

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ОСВІТНІЙ СТУПІНЬ «МАГІСТР»

**тема: ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

Виконав: студент заочної форми навчання
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва напрямку підготовки, спеціальності)

Тесленко Юрій Михайлович

Керівник

Харченко Тетяна Олександрівна
к.е.н., доцент кафедри публічного управління та
адміністрування

Рецензент

Нагорна Ксенія Олександрівна
Лікар загальної практики – сімейний лікар
КНП «Центр первинної медико-санітарної
допомоги №1» СМР

Суми - 2023 р.

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет	Економіки і менеджменту
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь	<u>«Магістр»</u>
Спеціальність	<u>281 «Публічне управління та адміністрування»</u> <u>ОП «Публічне управління та адміністрування»</u>

Затверджую:
Завідувач кафедри д.е.н., професор О.П. Славкова
«___» «___» 202__ р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА

Тесленко Юрія Михайловича

1. Тема роботи: Публічне управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню

2. База практичного дослідження: Управління охорони здоров'я Сумської ОВА
керівник роботи Харченко Т.О., к.е.н., доцент кафедри публічного управління та адміністрування

затверджена наказом по університету від «___» _____ 202 р. № _____-н

3. Строк подання студентом закінченого проєкту (роботи) «___» _____ 202 р.

4. Вихідні дані до проєкту (роботи):

Нормативно-правові акти, Накази МОЗ, клінічні протоколи, навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації.

5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- визначити концептуальні засади публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню;
- дослідити нормативно-правові аспекти регламентації публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні;
- моніторинг системи організації надання екстреної медичної допомоги населенню Сумської області;
- провести аналіз результативності публічного управління системи екстреної медичної допомоги в розрізі медико-соціальних аспектів;
- дослідити шляхи імплементації закордонного досвіду публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню України;
- обґрунтувати напрями імплементації цифрових технологій системи публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню;
- провести оцінку результативності функціонування інтегрованої моделі системи екстреної медичної допомоги через впровадження індексу GHS в систему моніторингу оцінки

6. Дата видачі завдання: «___» _____ 20__ р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту(роботи)	Строк виконання етапів проєкту	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач дипломної роботи, складання плану	<i>Листопад-Грудень 2022</i>	<i>Виконано</i>
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	<i>Січень 2023</i>	<i>Виконано</i>
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу дипломної роботи	<i>Лютий-Квітень 2023</i>	<i>Виконано</i>
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	<i>Квітень – Червень 2023</i>	<i>Виконано</i>
5	Оформлення теоретичної частини дипломної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	<i>Червень, Вересень 2023</i>	<i>Виконано</i>
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	<i>Липень-Серпень 2023</i>	<i>Виконано</i>
7	Завершення проєктної частини дипломної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	<i>Вересень 2023</i>	<i>Виконано</i>
8	Оновлення даних та доопрацювання аналітичного і проєктного розділів дипломної роботи	<i>Жовтень 2023</i>	<i>Виконано</i>
9	Оформлення дипломної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	<i>Листопад-Грудень 2023</i>	<i>Виконано</i>
10	Перевірка дипломного проєкту на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедру, до відділу якості освіти)	<i>1 грудня -2023</i>	<i>Виконано</i>
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	<i>11 грудня 2023</i>	<i>Виконано</i>
12	Захист дипломної роботи	<i>19 грудня 2023</i>	<i>Виконано</i>

Здобувач

(підпис)

Ю.М. Тесленко

Керівник роботи

(підпис)

Т.О. Харченко

Перевірку на автентичність проведено

(підпис)

Н.М. Баранік

Кваліфікаційна робота допущена до

захисту

(підпис)

М.О. Лишенко

АНОТАЦІЯ

Тесленко Ю.М. Публічне управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню.

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2023 р. – Рукопис.

В першому розділі кваліфікаційної роботи встановлено, що структурні складники концептуальних засад публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню включають (але не обмежуються) розробку та реалізацію плану розподілу ЕМД. Здатність надавати медичну допомогу в кризовій ситуації в основному визначається готовністю лікувальних закладів і служб екстреної медичної допомоги, (наявність лікарняного обладнання, витратних матеріалів, машин швидкої допомоги, персоналу та інших ресурсів) забезпечити належну якість медичного обслуговування. Кризові ситуації в багатьох випадках охоплюють різні території та регіони, вимагаючи від державних органів запровадження різних процедур, таких як забезпечення обміну інформацією між усіма суб'єктами, залученими до ліквідації наслідків стихійних лих, сприяння інтеграції та перерозподілу існуючих (або додаткових) ресурсів на місцевому, регіональному та державному рівнях.

В другому розділі дослідження підтверджено, що з метою забезпечення реалізації публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню встановлено єдиний підхід до діяльності інституцій національного та регіонального рівнів. В рамках реалізації дворівневого підходу, в кожній області створено єдину юридичну установу системи ЕМД – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який забезпечує практичну імплементацію державної політики в сфері забезпечення надання ЕМД населенню. Дана інституція надає догоспітальні послуги ЕМД постраждалим і пацієнтам у надзвичайних ситуаціях за звичайних умов або несприятливих наслідків надзвичайних ситуацій на основі консультації за межами зони надзвичайної ситуації або безпосередньо в зоні її дії.

В третьому розділі кваліфікаційної роботи обґрунтовано, що в колі проблемних питань моніторингу оцінки системи ЕМД в розрізі індикаторів індексу GHS України 2022 р. лежать наступні: медичні контрзаходи та розгортання персоналу; зв'язок із медичними працівниками під час надзвичайної ситуації в галузі громадського здоров'я; транскордонні угоди про реагування на надзвичайні ситуації. Розвиток цифрових трансформацій та імплементація інтегрованої моделі системи ЕМД дозволить удосконалити систему публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню та покращить значення показників індексу GHS України в 2024 р. Проведений аналіз закордонного досвіду свідчить про важливість досягнення системної взаємодії між такими складовими національної системи охорони здоров'я, як громадська безпека, так і безпосередньо система регіонального управління.

Ключові слова: публічне управління, екстрені медичні послуги, інтегрована модель.

SUMMARY

Yu.M. Teslenko Public administration in the field of providing emergency medical care to the population.

Qualification work on specialty 281 "Public management and administration", SNAU, Sumy-2023 - Manuscript.

In the first section of the qualification work, it was established that the structural components of the conceptual foundations of public administration in the field of providing emergency medical care to the population include (but are not limited to) the development and implementation of the EMD distribution plan. The ability to provide medical care in a crisis is mainly determined by the readiness of medical facilities and emergency medical services (availability of hospital equipment, consumables, ambulances, personnel and other resources) to ensure the proper quality of medical care. Crises in many cases cover different territories and regions, requiring public authorities to implement different procedures, such as ensuring the exchange of information between all actors involved in the elimination of the consequences of natural disasters, promoting the integration and redistribution of existing (or additional) resources locally, regional and state levels.

In the second section of the study, it is confirmed that to ensure the implementation of public administration in the field of providing emergency medical assistance to the population, a unified approach to the activities of institutions at the national and regional levels has been established. As part of the implementation of the two-level approach, a single legal institution of the EMD system was created in each region - the Center for Emergency Medical Aid and Disaster Medicine, which ensures the practical implementation of state policy in the field of the provision of EMD to the population. This institution provides pre-hospital EMD services to victims and patients in emergencies under normal conditions or adverse consequences of emergencies based on consultation outside the emergency area or directly in the area of its effect.

In the third section of the qualification work, it is substantiated that the following are among the problematic issues of monitoring the evaluation of the EMD system in terms of indicators of the GHS index of Ukraine 2022: medical countermeasures and personnel deployment; communication with medical workers during a public health emergency; cross-border emergency response agreements. The development of digital transformations and the implementation of an integrated model of the EMD system will allow to improve the system of public management in the field of providing emergency medical care to the population and improve the values of the indicators of the GHS index of Ukraine in 2024. The analysis of foreign experience shows the importance of achieving systemic interaction between such components of the national health care system. I, both public safety and directly the system of regional management.

Keywords: public administration, emergency medical services, integrated model.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ.....	10
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	20
2.1 Нормативна-правова регламентація публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні	20
2.2 Характеристика системи організації надання екстреної медичної допомоги населенню Сумської області.....	27
2.3 Аналіз результативності публічного управління системи екстреної медичної допомоги в розрізі медико-соціальних аспектів.....	35
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ.....	43
3.1 Шляхи імплементації закордонного досвіду публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню України.....	43
3.2 Імплементація цифрових технологій системи публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню.....	49
3.3 Оцінка результативності функціонування інтегрованої моделі системи екстреної медичної допомоги через впровадження індексу GHS в систему моніторингу оцінки	56
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТКИ.....	73

ВСТУП

Актуальність теми. Надання екстреної медичної допомоги населенню лежить в площині публічного управління, в частині формування пріоритетних напрямів та розробки системи засобів управління для реалізації державної політики. Основним законом, що визначає основні поняття, організацію, правові засади створення, функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги, є Закон України «Про екстрену медичну допомогу». Надання безкоштовної, швидкої та ефективної медичної допомоги населенню України, яке перебуває у небезпечних для життя станах, є одним із найважливіших завдань галузі охорони здоров'я країни. Забезпечення доступності та належної якості надання медичної допомоги, зокрема й екстреної, лежить в площині публічного управління. Адже збереження життя та здоров'я населення є пріоритетним вектором державної політики на національному рівні, а також є базовим пріоритетом розвитку систем охорони здоров'я на міжнародному рівні, в тому числі й в розрізі діяльності міжнародних організацій різних рівнів.

Використання конкретних підходів в системі публічного управління значною мірою залежить від характеру кризової ситуації (інциденту), що вимагає відповідного рівня екстреної медичної допомоги, і ресурсів, необхідних для кожної ситуації. Надання екстреної медичної допомоги населенню в будь-якій ситуації значною мірою залежить від необхідних і наявних ресурсів та правильних рішень і дій органів державної, регіональної та місцевої влади щодо об'єднання зусиль усіх необхідних служб в певній ситуації. Структурні складники концептуальних засад публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню визначають важливість впровадження цифрових трансформацій в системі ЕМД. Наразі діє підхід пріоритетності стану хворого, основою якого є розподіл звернень пацієнтів за такими категоріями, як: критичні, екстрені, неекстрені та непрофільні. Серед переваг нового порядку функціонування системи ЕМД слід відмітити, такі як: забезпечення діяльності централізованої оперативно-диспетчерської служби, ведення електронного документообігу, автоматизація робочих місць диспетчерів,

запровадження єдиного номеру системи ЕМД «112». Використання цифрових технологій та Інтернет-комунікації під час надзвичайних ситуацій у різних природних і техногенних загрозах, які загрожують життю громадян, створює середовище для кращого використання та управління всіма доступними ресурсами. Крім того, створюються умови для вдосконалення контролю, управління діяльністю служб екстреної медичної допомоги, підвищення ефективності рішень органів державної влади у сфері захисту життя людей, а отже, зменшення витрат, підвищення ефективності та стабільності надання медичних послуг.

Концептуальні засади публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні регламентують реалізацію державної політики на двох рівнях: національному та регіональному.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження концептуальних аспектів публічного управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню та формування напрямів її удосконалення. Відповідно до визначеної в кваліфікаційній роботі мети дослідження визначено наступні **завдання**:

- визначення концептуальних засад публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню;
- дослідження нормативно-правових аспектів регламентації публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні;
- моніторинг системи організації надання екстреної медичної допомоги населенню Сумської області;
- проведення аналізу результативності публічного управління системи екстреної медичної допомоги в розрізі медико-соціальних аспектів;
- дослідження шляхів імплементації закордонного досвіду публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню України;
- обґрунтування напрямів імплементації цифрових технологій системи публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню;
- проведення оцінки результативності функціонування інтегрованої моделі системи екстреної медичної допомоги через впровадження індексу GHS в систему моніторингу оцінки.

Об'єктом дослідження є управління охорони здоров'я Сумської ОВА.

Предметом дослідження є теоретичні положення, методологічні засади та практичні аспекти публічного управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню та формування напрямів її удосконалення.

Теоретичні і методологічні засади кваліфікаційного дослідження були сформовані на основі положень, категорій і концепцій публічного управління. Важливе значення мали закони і нормативно-правові акти, які є регуляторами публічного управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню та формування напрямів її удосконалення. Для аналізу та оцінки явищ в розрізі інструментів публічного управління забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню було використано аналіз і синтез, загальнонаукові методи, зокрема, абстрактно-логічний, статистико-аналітичні методи тощо.

Інформаційною базою дослідження стали нормативно-правові акти, які регламентують публічне управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню, нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України, нормативні акти Кабінету Міністрів України, монографії і науково-аналітичні статті вітчизняних та зарубіжних вчених, Internet-ресурси, матеріали дискусій на наукових конференціях, аналітичні розробки та довідки, особистості спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в обґрунтуванні інструментів імплементації цифрових технологій системи публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором надано загальну характеристику системи публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню, визначено інструменти щодо її удосконалення. Окреслені напрями мають практичну цінність та актуальність для удосконалення інструментів публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню.

Основні положення і результати наукових досліджень пройшли апробацію на двох міжнародних науково-практичних конференціях:

1. Тесленко Ю.М. Публічне управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню. *Сучасні тенденції та перспективи розвитку науки, освіти, технологій і суспільства: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Кременчук, 18 листопада 2022 р.). Кременчук: ЦФЕНД, 2022. С.34-36.

2. Тесленко Ю.М. Оцінка результативності імплементації державної політики щодо забезпечення надання екстреної медичної допомоги. *Mechanisms of Scientific and Technical Potential Development: Proceedings of the 3rd International Scientific and Practical Internet Conference*, 2023. FOP Marenichenko V.V., Dnipro, Ukraine. С. 139-141.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатку. Основний зміст роботи викладено на 65 сторінках комп'ютерного тексту. Список використаних джерел нараховує 37 найменування. Робота містить 17 таблиць, 12 рисунків, додаток.

РОЗДІЛ 1

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Надання екстреної медичної допомоги населенню лежить в площині публічного управління, в частині формування пріоритетних напрямів та розробки системи засобів управління для реалізації державної політики. Основним законом, що визначає основні поняття, організацію, правові засади створення, функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги, є Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [1]. Надання безкоштовної, швидкої та ефективної медичної допомоги населенню України, яке перебуває у небезпечних для життя станах, є одним із найважливіших завдань галузі охорони здоров'я країни. Забезпечення доступності та належної якості надання медичної допомоги, зокрема й екстреної, лежить в площині публічного управління. Збереження життя та здоров'я населення є пріоритетним вектором державної політики на національному рівні, а також є базовим пріоритетом розвитку систем охорони здоров'я на міжнародному рівні, в тому числі й в розрізі діяльності міжнародних організацій різних рівнів.

Окремим складником публічного управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню, є забезпечення реалізації співпраці лікувальних закладів з НСЗУ в рамках пакету медичних послуг «Екстрена медична допомога», для забезпечення належного фінансування лікувальних закладів та вільного доступу населення до системи ЕМД. В рамках виконання даної медичної гарантії до постачальника послуг, необхідним є постійне забезпечення відповіді на дзвінки, котрі надходять від лікарів та людей, які потребують термінової медичної допомоги; вільний доступ до консультацій; проведення оцінки стану здоров'я пацієнта; надання невідкладної допомоги, зокрема, допомоги хворим в разі небезпечних інфекційних захворювань, транспортування хворих до медичних

пунктів тощо. При цьому повинні бути дотримані вимоги до організації надання послуг, структури команди, обладнання та ліцензій [2, с. 14].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі - ВООЗ), приблизно 20% населення планети помирає через відсутність кваліфікованої медичної допомоги на догоспітальному етапі, що пояснює зростання ролі служби екстреної медичної допомоги (далі - ЕМД) в системі охорони здоров'я (далі – ОЗ) [3, с. 59]. Останніми роками загрози життю та здоров'ю людей у всьому світі зросли, що вимагає від органів публічної влади посилення уваги та концентрації зусиль на формування заходів реагування на кризові ситуації, які загрожують життю. Своєчасне усунення різноманітних загроз потребує комплексного планування, співпраці, консультацій, більшої координації діяльності в різних сферах, участі центральних, регіональних та місцевих органів влади, екстрених служб, поліції, інституцій системи охорони здоров'я, лікувальних закладів та громадських організацій.

Важливість розвитку інструментів публічного управління в сфері забезпечення надання ЕМД набула особливої актуальності під час екологічних і техногенних катастроф, епідемій і терактів, що стало яскравим прикладом неспроможності системи публічного управління вчасно і якісно спрацювати в умовах невизначеності та підвищеної загрози життю та здоров'ю населення. Адже забезпечення надання медичної допомоги в умовах значного підвищення попиту на медичні послуги, медичний персонал і ресурси потребує координації зусиль різних гілок влади та їх органів управління. За таких умов, планування кризового реагування системи ЕМД допомагає організаціям і постачальникам медичних послуг за підтримки урядів і національних систем охорони здоров'я вживати ефективних заходів для надання відповідного рівня медичної допомоги [4, с. 30].

Однак брак важливих ресурсів у секторі охорони здоров'я під час кризових ситуацій призводить до необхідності їх перерозподілу та термінового прийняття рішень, що виходить за рамки звичайної практики. Якщо зазначена проблема наявна, у процес планування слід включити відповідні процедури, щоб запобігти поширенню хвороб та збільшенню кількості смертей, розробити відповідні заходи

для збереження здоров'я пацієнтів та більш ефективного використання обмежених ресурсів в сфері надання невідкладної медичної допомоги населенню.

Використання конкретних підходів в системі публічного управління значною мірою залежить від характеру кризової ситуації (інциденту), що вимагає відповідного рівня екстреної медичної допомоги, і ресурсів, необхідних для кожної ситуації. Такі ситуації можна визначити як нормальні, раптове погіршення стану здоров'я, що загрожує життю пацієнта, потреба в медичній допомозі вдома чи поза ним, несподівані, різного роду нещасні випадки (дорожньо-транспортні пригоди, аварії, вибух газу, пожежа тощо) і незвичайні (деякі з них згадані вище), котрі дуже важко або неможливо передбачити [5, с. 145]. Надання екстреної медичної допомоги населенню в будь-якій ситуації значною мірою залежить від необхідних і наявних ресурсів та правильних рішень і дій органів державної, регіональної та місцевої влади щодо об'єднання зусиль усіх необхідних служб в певній ситуації.

У нормальній (очікуваній) ситуації наявність ліжок, персоналу та їх оптимальне використання в лікувальних закладах відповідає звичайній потребам та щоденній практиці. У разі потреби, будівлі цих лікувальних закладів можуть бути використані в якості бази для розміщення пацієнтів на випадок серйозних аварій. Такі події активізують заходи, котрі належать до оперативного плану реагування на надзвичайні ситуації. Приміщення, витратні матеріали, персонал та медичне обладнання, що використовуються в надзвичайних ситуаціях, не відповідають повсякденній практиці, але забезпечують медичні послуги та догляд, еквівалентні звичайному догляду за пацієнтами. Ці об'єкти можуть використовуватися тимчасово під час надзвичайної ситуації чи постійно до закінчення надзвичайної ситуації, коли попит на їх отримання перевищує ресурси громади та стає проблемою. При цьому, під кризовою ситуацією буде розглядатись ситуація, коли відсутні засобів контролю за результатами несподіваної події, яка очікується в майбутньому [6, с. 21].

Виходячи з вищенаведеного, концептуальні засади публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню мають забезпечувати імплементацію механізмів та складників, представлених на рисунку 1.1. Адже

органи власти на національному. регіональному та місцевому рівнях мають багато підрозділів та організацій реагування.

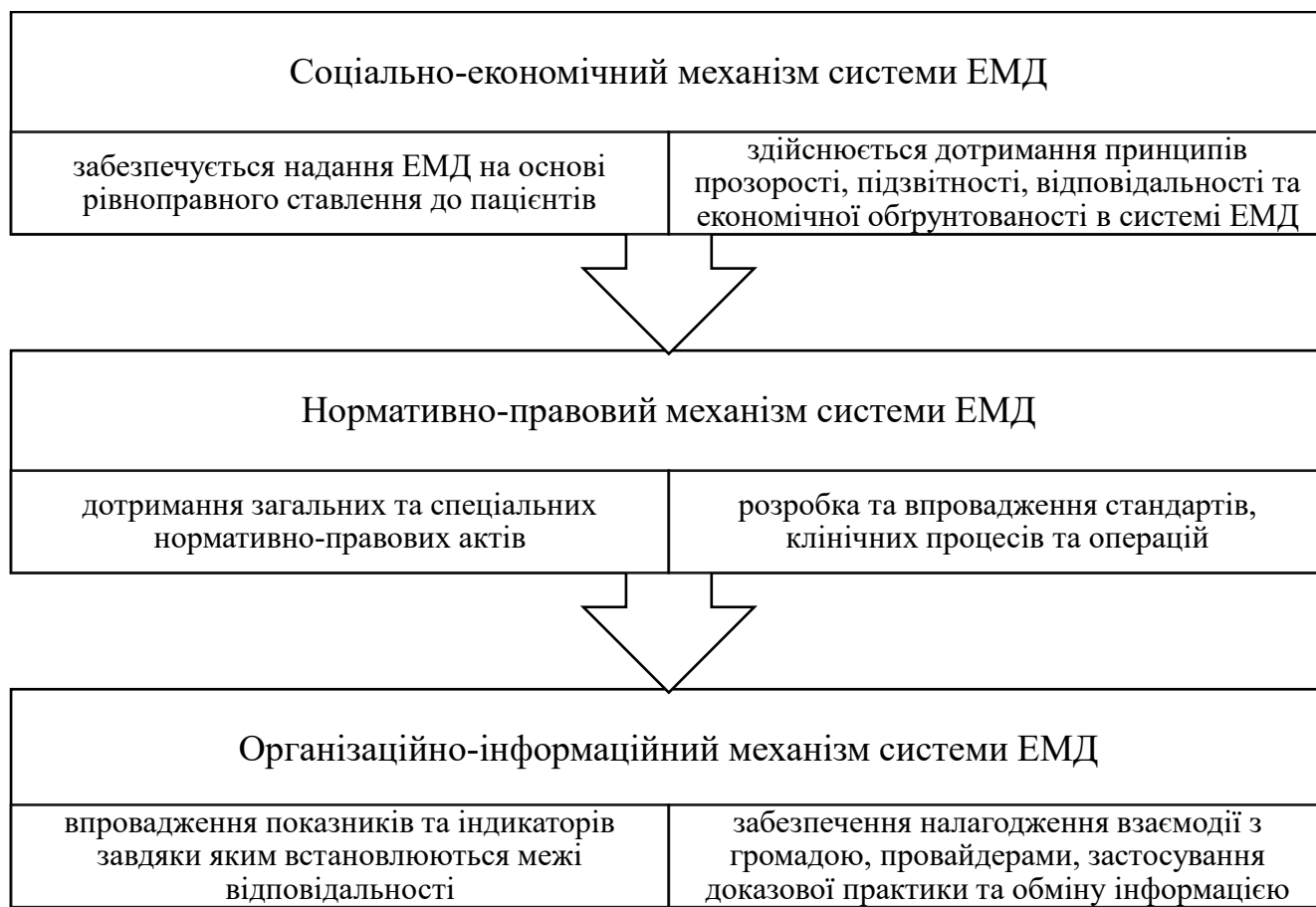


Рисунок 1.1 – Концептуальні засади публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню

Джерело: згруповано автором за даними [2-4, 6]

Представлені на рисунку 1.1 складники, котрі формують концептуальні засади для реалізації механізмів публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню формують підґрунтя для успішного реагування на кризові ситуації.. Саме тому необхідно здійснювати детальне планування, координацію, співпрацю та консультації в розрізі всіх інституцій.

Здатність надавати медичну допомогу в кризовій ситуації в основному визначається готовністю лікувальних закладів і служб екстреної медичної допомоги, (наявність лікарняного обладнання, витратних матеріалів, машин швидкої

допомоги, персоналу та інших ресурсів) забезпечити належну якість медичного обслуговування.

Система взаємодії всіх складників системи публічного управління в сфері забезпечення надання медичних послуг населенню, представлена на рисунку 1.2.



Рисунок 1.2 – Структурні складники концептуальних засад публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню
Джерело: розробка автора

Представлені на рисунку 1.2 структурні складники концептуальних засад публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню включають (але не обмежуються) розробку та реалізацію плану розподілу ЕМД. Кризові ситуації в багатьох випадках охоплюють різні території та регіони, вимагаючи від державних органів запровадження різних процедур, таких як

забезпечення обміну інформацією між усіма суб'єктами, залученими до ліквідації наслідків стихійних лих, сприяння інтеграції та перерозподілу існуючих (або додаткових) ресурсів на місцевому, регіональному та державному рівнях. Виходячи з наведених складників, реагування здійснюється в розрізі кожного з п'яти компонентів системи екстреної допомоги: система охорони здоров'я, екстрена медична допомога, долікарняна допомога, лікарняна допомога, управління кризовими ситуаціями. Ці елементи є взаємозалежними у своєму внеску в структуру. Вони безпосередньо взаємодіють із центральними, регіональними та місцевими органами влади, що забезпечує додаткові ресурси та гарантує безпеку.

Підтримка зусиль в умовах кризових ситуацій, з метою уніфікації дій реагування, починається з визначення ролей кожного з них в управлінні екстреною медичною допомогою та її регіональними центрами, координації діяльності всіх елементів громадської безпеки та поширення інформації про кризові ситуації. Частина цієї інформації може підлягати вимогам системі громадського здоров'я чи засадам законодавчого регулювання щодо звітності про спалахи вірусних захворювань, які можуть вразити країну. Представлені в концептуальних засадах соціально-економічні та нормативно-правові механізми є основою для розробки стандартів ЕМД. Основними учасниками розробки програми ЕМД, показників та індикаторів [3, с. 8; 4, с. 27; 7], відповідно до стандартів, клінічних процедур і практики виступають державні та приватні постачальників медичних послуг й безпосередньо громада.

Практика, що ґрунтується на доказах, і обмін інформацією, включаючи медичну, є специфічними «стовпами» цієї основи. Обмін клінічними даними, особливо неідентифікованими даними, може бути цінним доповненням до покращення знань у реальному часі [7; 8, с. 165], особливо при інфекційних захворюваннях, та є особливо важливою інформацією для осіб, які приймають рішення. У рамках вищезазначеного питання департаменти охорони здоров'я мають проаналізувати інформацію, отриману від МОЗ, медичних центрів та управління з надзвичайних ситуацій і розробити необхідні показники та індикатори,

котрі являють собою інформацію та дії, вжиті на певних етапах для забезпечення розробки (виявлення), реагування та моніторингу послуг ЕМД.

Важлива інформація для моніторингу основних показників епідеміологічної кризи, на основі якої можна вносити зміни в медичні послуги, повинна бути зібрана та інтегрована в електронну систему охорони здоров'я (e-Health), створену в інтегрованому інформаційному середовищі охорони здоров'я, зокрема і в частині цифрової інтеграції ЕМД [9, с. 27; 10, с. 328]. Така інфраструктура повинна забезпечувати єдину віртуальну інформаційну платформу, де всі частини системи реагування на надзвичайні ситуації можуть працювати разом, щоб надалі сприяти обміну важливою інформацією та запитами на критичні ресурси.

У цьому контексті МОЗ функціонує як своєрідний координаційний центр боротьби з епідеміями, оскільки пов'язаний із визначенням показників та індикаторів, які є основою для рішень та оціночних заходів під час кризи. Водночас державні органи різних рівнів відіграють важливу роль у зборі статистики та забезпеченні постійної доступності таких даних. Ознакою процесу планування та створення важливих кроків у системі державного управління та впровадження стандартів реагування на кризові ситуації в системі охорони здоров'я є відповідальність департаментів охорони здоров'я, які мають бути головними інституціями щодо збору інформації та її обміну [6, с. 20; 8, с. 165]. Проте, як показує практика, через брак необхідних ресурсів у галузі охорони здоров'я, у кризовий період може бути недостатньо лише організувати надання послуг ЕМД, також необхідним є прийняття рішень щодо їх розподілу в межах звичайної практики, розробки альтернатив і прийняття відповідних заходів.

Перше, що потрібно зробити після виникнення кризової ситуації, це підвищити обізнаність про неї, а потім оцінити наявні ресурси. Якщо ресурсів недостатньо, рекомендується використовувати стратегії адаптації. У кризовій ситуації рішення про розподіл/перерозподіл ресурсів може бути єдиним доступним рішенням, коли необхідно буде використовувати всі засоби впливу державної влади. У всіх випадках важливо регулярно аналізувати реакцію на надзвичайну ситуацію (кризу) у рамках циклу планування та впроваджувати певні зміни в її компоненти,

доки ситуація (інцидент) не завершиться. На цьому етапі можуть бути використані альтернативні методи та заходи, спрямовані на повернення системи охорони здоров'я до нормального стану. Ці параметри та дії включають збереження, зміну, модифікацію та навіть повторне використання окремих ресурсів у забезпеченні ЕМД [11, с. 125]

Планування та розробка можливих подій у розвитку кризової ситуації на основі створення взаємодії між спеціальною інформацією та всіма екстреними службами в державних установах сприятиме створенню інтелектуальної мережі на основі обміну цифровими даними в режимі реального часу. У зв'язку з вищезазначеним важливим є створення цифрової мережі ЕМД на основі поєднання елементів інфраструктури системи охорони здоров'я України та інших організацій, спрямованих на підвищення ефективності медичної галузі. У кризовій ситуації це значно підвищує шанси громадян на забезпечення надання екстреної медичної допомоги населення вчасно [3, с. 58].

Структурні складники концептуальних засад публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню визначають важливість впровадження цифрових трансформацій в системі ЕМД. Використання цифрових технологій та Інтернет-комунікації під час надзвичайних ситуацій у різних природних і техногенних загрозах, які загрожують життю громадян, створює середовище для кращого використання та управління всіма доступними ресурсами. Крім того, створюються умови для вдосконалення контролю, управління діяльністю служб екстреної медичної допомоги, підвищення ефективності рішень органів державної влади у сфері захисту життя людей, а отже, зменшення витрат, підвищення ефективності та стабільності надання медичних послуг [7].

У складі базових функцій системи ЕМД державного рівня є визначення стратегічних пріоритетів (рисунок 1.3) та здійснення контролю за якістю надання екстрених медичних послуг населенню шляхом оцінки стану дотримання протоколів. Концептуальні засади публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні регламентують реалізацію державної політики на двох рівнях: національному та регіональному.



Рисунок 1.3 – Базові функції системи ЕМД національного рівня

Джерело: згруповано автором за даними [1]

Для успішної реалізації функцій, представлених на рисунку 1.3, важливою є діяльність регіональних інституцій. Імплементація державної політики в сфері забезпечення надання екстрених медичних послуг населення здійснюється через регіональні Центри екстреної медико-санітарної допомоги та медицини катастроф.

До позитивних новацій системи ЕМД слід включити запровадження навчальної програму «перший на місці події», де пояснюється важливість надання допомоги в перші хвилини, і від цього залежить життя потерпілого. Враховуючи те, що першими на місце події прибувають водії, поліція та пожежники, тому вони повинні вміти надавати першу допомогу потерпілим. На виконання окреслених нормативних актів здійснюється навчання осіб без медичної освіти, але відповідно до службових обов'язків, має надаватися догоспітальна допомога, розроблена відповідно до основних вимог міжнародних програм «основи підтримки життя», «перший на місці події», «професійна підтримка життя».

В частині реалізації управлінської складової, регіональні Центри взаємодіють з департаментами/управліннями ОЗ. До функцій інституцій регіонального рівня системи ЕМД належать наступні:

- ✓ формування вимог до забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню;
- ✓ обґрунтування та впровадження регіонального плану до розвитку системи ЕМД згідно з регіональними пріоритетами розвитку системи охорони здоров'я;
- ✓ збір та аналіз інформації про діяльність системи ЕМД в розрізі регіону;
- ✓ розробка системи фінансування заходів на технічне забезпечення, зокрема на придбання обладнання та матеріалів, для розвитку регіональної системи ЕМД та надання екстреної медичної допомоги населенню;
- ✓ формування мережі лікувальних заходів, призначених для надання ЕМД в разі виникнення надзвичайної ситуації;
- ✓ забезпечення функціонування системи моніторингу та оцінки системи ЕМД в розрізі стандартів [12].

Досліджені структурні складники концептуальних засад публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню свідчать про важливість системної взаємодії між інституціями державного та регіонального рівнів.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

2.1 Нормативно-правова регламентація публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні

Базовими векторами реформування системи охорони здоров'я є удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню, зокрема через оновлення стандартів невідкладної допомоги та операційних процедур. При цьому, в якості цільових орієнтирів розвитку, визначено досягнення збалансованої взаємодії всіх складових системи ЕМД: забезпечення надання домедичної допомоги та медичної допомоги на догоспітальному етапі; забезпечення перебування пацієнта у лікувальному закладі; розробка чіткого алгоритму дій надання ЕМД населенню в першу годину існування загрози життю пацієнта. Реалізація розробленого комплексу змін, зокрема, дозволить знизити показник смертності пацієнтів [1].

Основоположним документом у відповідності до якого здійснюється нормативно-правова регламентація системи надання екстреної медичної допомоги виступає Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-VI [1]. Окрім даного нормативного акту, частково питання функціонування системи ЕМД регламентовано в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII [13] та Розпорядженні КМУ «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» від 29.01.2020 № 111-р. [12] (далі – Концепція). В рамках виконання представлених нормативних актів, до 2023 р. передбачено завершення трансформаційних процесів системи ЕМД в розрізі всіх регіонів України; оновлення системи кадрового забезпечення, підготовки фахівців та підвищення їх

кваліфікації, затверджене Концепцією. Серед позитивних змін, в умовах запроваджених реформ, слід відміти наступні: оновлення матеріально-технічної бази регіональних інституцій системи ЕМД; цифровізація діяльності Центрів ЕМД; оптимізація роботи з викликами пацієнтів Центрів ЕМД; оновлення парку санітарного автотранспорту регіональних інституцій системи ЕМД; запровадження системи «Централь - 103» тощо [14].

Розглядаючи профільні складові елементи системи ЕМД, слід відмітити нормативні акти, представлені в таблиці 2.1, котрі регламентують функціонування оперативно-диспетчерської служби, діяльність бригад ЕШМД, надання консультативної допомоги на звернення пацієнтів тощо.

Таблиця 2.1 – Базові правові акти в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню України

Нормативно-правовий акт	Назва
Постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2020 № 1271	«Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події»
Постанова Кабінету Міністрів України від 23.12.2020 № 1359	«Деякі питання організації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»
Постанова Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2021р. № 1181	«Деякі питання реалізації експериментального проекту із здійснення освітніх заходів та проведення оцінки якості знань (компетентностей) працівників системи екстреної медичної допомоги на національному рівні»

Джерело: згруповано автором за даними [15, 16, 17]

Розглянемо більш детально базові аспекти діяльності оперативно-диспетчерської служби, регламентовані Постановою КМУ № 1359 [16]. Даним правовим актом затверджено новий порядок її функціонування в розрізі виконання таких завдань, як: робота зі зверненнями громадян, супровід бригад ЕШМД на догоспітальному рівні; забезпечення консультативної допомоги пацієнтам; формування бази даних системи ЕМД; контроль якості надання екстреної медичної допомоги населенню; моніторинг стану функціонування регіональних інституцій системи ЕМД [16].

Відмова від територіального підходу в роботі бригад ЕШМД при наданні екстреної медичної допомоги населенню регламентована Постановою №1271 [15]. Для визначення категорії виклику, в залежності від стану хворого та обставин надзвичайної події, затверджено перелік критеріїв та дій диспетчера (рисунки 2.1).



Рисунок 2.1 – Алгоритм надання екстреної медичної допомоги населенню за критеріями викликів, 2023 р. (нормативна регламентація)

Джерело: [15]

Наразі діє підхід пріоритетності стану хворого, основою якого є розподіл звернень пацієнтів за такими категоріями, як: критичні, екстрені, неекстрені та непрофільні. Серед переваг нового порядку функціонування системи ЕМД слід відмітити, такі як: забезпечення діяльності централізованої оперативно-диспетчерської служби, ведення електронного документообігу, автоматизація

робочих місць диспетчерів, запровадження єдиного номеру системи ЕМД «112», інтеграція до єдиної інформаційно-аналітичної системи «Централь-103», що дозволяє автоматично здійснювати контроль за якістю надання екстреної медичної допомоги населенню [14].

Представлені на рисунку 2.2 характеристики для визначення категорії виклику та дій диспетчера формують механізм взаємодії оперативно-диспетчерської служби та бригад ЕМШД. Після надходження звернення, диспетчеру необхідно визначити бригаду ЕМШД, яка буде скерована до пацієнта. Серед суттєвих змін, слід відмітити посилення вимог до осіб, котрі здійснюють виклик, в частині надання інформації щодо адреси виклику, наявності небезпек, даних про пацієнта та його стан, контактні дані для отримання додаткової інформації (за потреби).

В частині забезпечення фінансування, для належного функціонування системи ЕМД, необхідним є укладання договору з НСЗУ в рамках пакету медичних послуг «Екстрена медична допомога». За даним пакетом надавач послуг має забезпечити безперебійне функціонування оперативно-диспетчерської служби для прийому звернень щодо потреби в екстреній медичній допомозі, консультуванні пацієнтів, проведенні оцінки стану пацієнта, встановлення діагнозу та визначення потреби в госпіталізації. Фельдшери та лікарі бригад ЕМШД мають бути підготовлені до надання екстреної медичної допомоги, як безпосередньо на місці виклику, так і під час транспортування пацієнта, зокрема пацієнтам з небезпечними інфекційними захворюваннями, постраждалим від надзвичайних ситуацій; здійснювати медичне сортування.

Вимоги до регіональної інституції системи ЕМД за пакетом «Екстрена медична допомога», представлені на рисунку 2.2.

Для забезпечення організаційної складової функціонування системи ЕМД за пакетом послуг «Екстрена медична допомога», окрім визначених на рисунку 2.2 вимог, затверджено нормативи, щодо складу бригад ЕМШД, укомплектованості обладнанням. Також обов'язковим складником є наявність ліцензії на дозвіл по обігу наркотичних та психотропних речовин, а також прекурсорів. Представлені

характеристики визначають нові вимоги до фахівців системи ЕМД, в рамках яких затверджено стандарт освіти до професії «Екстрений медичний технік».

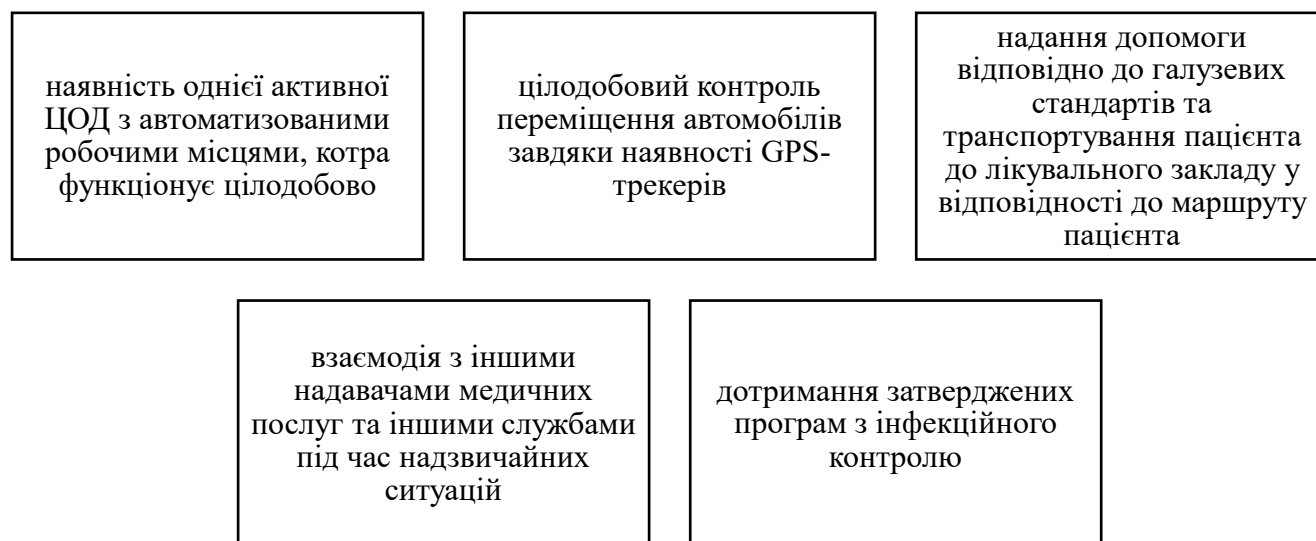


Рисунок 2.2 - Вимоги до регіональної інституції системи ЕМД за пакетом «Екстрена медична допомога» щодо організації надання медичних послуг

Джерело: [15]

До спеціальних нормативно-правових актів, котрі забезпечують регламентацію профільних елементів системи ЕМД належать Накази МОЗ України, уніфіковані клінічні протоколи, стандарти екстреної медичної допомоги та профільні методичні рекомендації, перелік яких представлено в Додатку А. В рамках окреслених нормативно-правових актів передбачено дворівневу регламентацію діяльності системи ЕМД в Україні (рисунок 2.3). При цьому єдиною інституцією системи ЕМД державного рівня є ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України».

Окремим блоком законодавчого регулювання в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги є організація медичного захисту населення під час надзвичайних ситуацій, особливо воєнного характеру у відповідно до норм, затверджених Кодексом цивільного захисту України. Згідно з Наказом МОЗ України № 667 від 25.03.2019 р. «Положення про функціональну підсистему

медичного захисту населення» визначено режими роботи підсистеми ЕМД. Розробка конкретних заходів, що мають бути регламентовані в практичній складовій [20], визначаються Постановою КМУ від 09.01.2014 р. № 11 «Положення про єдину державну систему цивільного захисту» (ЄДСЦЗ) [21].

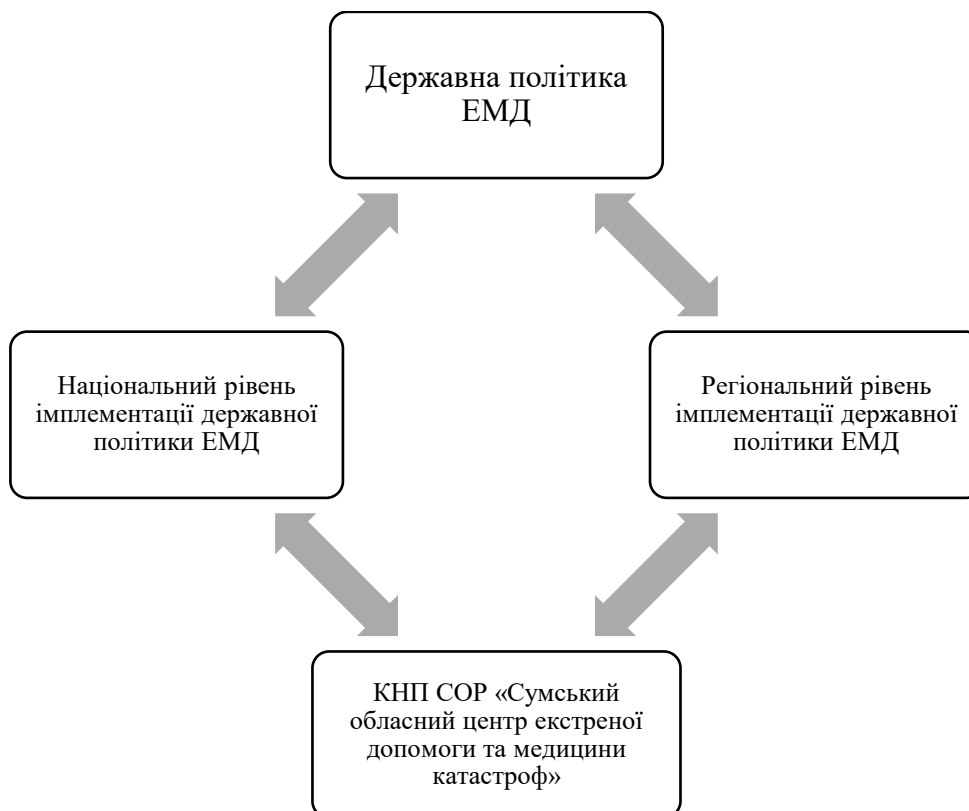


Рисунок 2.3 – Алгоритм організаційної взаємодії державних та регіональних інституцій в рамках імплементції державної політики в системі ЕМД
Джерело: [18, 19]

Кодекс цивільного захисту України, зокрема, передбачає забезпечення надання екстреної медичної допомоги постраждалим від стихійного лиха, рятувальникам, які беруть участь у рятувальних та інших невідкладних роботах, іншим особам у тому числі їх медична та психологічна реабілітація. Медико-санітарна підтримка населення здійснюється службою медицини катастроф, у віданні якої знаходиться центральний орган, відповідальний за розроблення та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Незалежно від форми власності лікувального закладу здійснюється планування умов їх використання в

рамках реалізації підходу щодо єдиної державної системи цивільного захисту [12, 20]. Слід зазначити, що одним із найважливіших аспектів прийняття управлінських рішень в системі ЕМД є організація управління та координації між підрозділами реагування, оскільки їх вплив зростає пропорційно масштабу надзвичайної ситуації та складності ситуації, що передбачає збільшення кількості залучених сил та зростання потреб в ресурсах [11].

В даному контексті, важливим є розгляд ЄДСЦЗ, як комплексу управлінських установ, сил і засобів центральних і регіональних органів державної влади, органів місцевого самоврядування, що складається з функціональних і регіональних підсистем та їх зв'язків (основних органів із функціональними підрозділами, що утворюють функціональні підсистеми ЄДСЦЗ: МВС України, МОЗ України, Міністерство оборони України, Міністерство інфраструктури України тощо). Основною метою діяльності ЄДСЦЗ є забезпечення реалізації державної політики у сфері цивільного захисту (ЦЗ) в умовах мирного стану та надзвичайних ситуацій. Одним із основних завдань центру є захист населення та території в надзвичайних ситуаціях (евакуація населення; радіаційний, хімічний, біологічний, психологічний захист та захист здоров'я; навчання, навчання навичок і вмінь населення до роботи в надзвичайних ситуаціях) [22].

До складу функціональних завдань підсистеми ЄДСЦЗ є організація її роботи на регіональному рівні, забезпечення функціонування її органів, підготовка до виконання завдань з нормативних актів з питань безпеки людей, пожежної безпеки, ЦЗ, НС. Для координації медичної діяльності в медичних центрах, військових частинах, правоохоронних органах і медичних центрах інших країн також важливо розробляти документи щодо планів надзвичайних ситуацій та співпрацювати з ними. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 08.07.2015 № 469 «Про затвердження Порядку діяльності спеціальних служб цивільного захисту» в умовах настання надзвичайної ситуації до роботи залучаються лікувальні заклади та інші медичні відділення. В даному аспекті важливим є врегулювання питань щодо формування мобільних формувань цивільного захисту за такими напрямками, як: мобільна медична бригада, мобільний медичний госпіталь тощо [23].

Для забезпечення результативності реалізації державної політики в системі надання ЕМД, в умовах настання надзвичайних ситуацій, Міністерством внутрішніх справ та Міністерством охорони здоров'я здійснюється планування взаємодії для всіх організацій, залучених до ліквідації наслідків надзвичайної ситуації в сфері охорони здоров'я на різних рівнях на підставі спільного наказу МВС та МОЗ України від 03.04.2018 р. № 275/600 «Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України в разі виникнення надзвичайних ситуацій». Організаційно-методична розробка й реалізація концепції функціонування сучасної системи ЕМД населення України, заходи якої виконують підрозділи медичної служби на різних рівнях функціонування ЄДСЦЗ України, а також у загальнодержавному масштабі, повинна забезпечити лікувальну, соціальну й економічну ефективність. Окреслені складники визначають, що систему ЕМД України за обсягом матеріально-технічного та кадрового забезпечення варто розглядати як складову національної безпеки держави в рамках реалізації механізмів публічного управління.

2.2 Характеристика системи організації надання екстреної медичної допомоги населенню Сумської області

Сучасний стан організації системи ЕМД в Україні відповідає вимогам національних та міжнародних стандартів, рівню розвитку держави та прагненню країни стати членом ЄС. Перевагами діючої системи організації ЕМД є збалансована взаємодія національних та регіональних інституцій. Серед соціально-економічних цілей розвитку системи ЕМД на національному рівні є покращення екстреної медичної допомоги для всього населення і, перш за все, загальне визнання та впровадження моделі медичної освіти, щоб уникнути непотрібних проблем для працівників системи ЕМД. Крім того, важливим є запровадження системних заходів, спрямованих на покращення стану здоров'я населення, зниження рівня злочинності тощо та, відповідно, зменшення кількості звернень до системи ЕМД.

Серед базових функцій МОЗ є впровадження комплексу заходів до покращення роботи центрів ЕМД за рахунок збільшення витрат та їх кращого використання, зменшення плинності кадрів, зокрема, за рахунок підвищення мотивації праці.

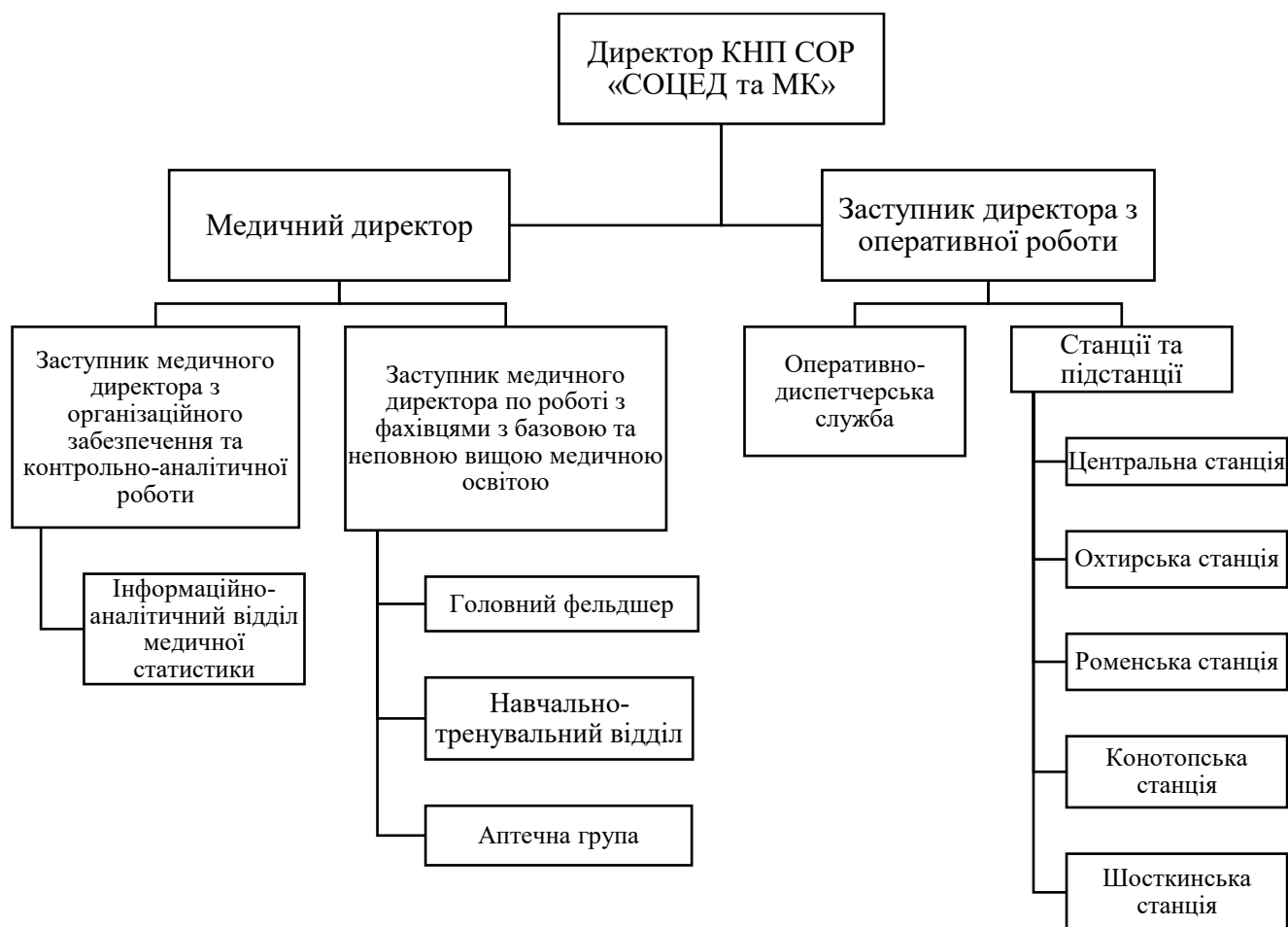


Рисунок 2.4 – Організаційна структура системи ЕМД Сумської області
Джерело: [19]

З метою забезпечення реалізації публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню встановлено єдиний підхід до діяльності інституцій національного та регіонального рівнів. В рамках реалізації дворівневого підходу, в кожній області створено єдину юридичну установу системи ЕМД – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який забезпечує практичну імплементацію державної політики в сфері забезпечення надання ЕМД населенню. В Сумській області такою регіональною інституцією виступає КНП СОР «СОЦЕД та МК». Дана інституція надає догоспітальні послуги ЕМД постраждалим і

пацієнтам у надзвичайних ситуаціях за звичайних умов або несприятливих наслідків надзвичайних ситуацій на основі консультації за межами зони надзвичайної ситуації або безпосередньо в зоні її дії. Для забезпечення якості та доступності надання екстреної медичної допомоги населенню КНП СОР «СОЦЕД та МК» щорічно, починаючи з 2021 року, підписує договір з НСЗУ в рамках пакету медичних послуг «Екстрена медична допомога». Враховуючи те, що КНП СОР «СОЦЕД та МК» виступає регіональною інституцією, котра діє на території всієї Сумської області, необхідним є розгляд організаційної структури системи ЕМД регіону (рисунок 2.4).

Представлена на рисунку 2.4 організаційна структура системи ЕМД Сумської області виокремлює два ключових напрямів регламентації: медичний та оперативний. В рамках регламентації медичної діяльності, функціональні обов'язки розподілені між профільними заступниками, а саме: заступника з організаційного забезпечення та контрольно-аналітичної роботи та заступника по роботі з фахівцями з базовою та неповною вищою медичною освітою. У складі системи ЕМД Сумської області функціонують п'ять станцій, чотирнадцять підстанцій та тридцять сім пунктів постійного базування (далі – ППБ).

Регламентація оперативної діяльності в розрізі оперативно-диспетчерської служби та функціонування станцій й підстанцій лежить в площині управління заступника директора з оперативної роботи. Представлена на рисунку 2.5 функціональна структура оперативної служби свідчить про те, що кожна станція включає підстанції та ППБ. В даному контексті особливої важливості набуває робота оперативно-диспетчерської служби, яка є основним підрозділом прийому звернень пацієнтів. Адже забезпечення цілодобового спілкування з пацієнтами та бригадами ЕШМД є одним із головних завдань регіональної системи ЕМД. Для вирішення цієї проблеми всі бригади ЕШМД Центральної станції були забезпечені радіозв'язком. Крім того, 11 підстанцій були оснащені Starlink, що дозволило забезпечити їх безперебійне функціонування. Серед позитивних характеристик слід відмітити забезпечення діяльності двох консультаційних пунктів, котрі функціонують на базі оперативно-диспетчерської служби.

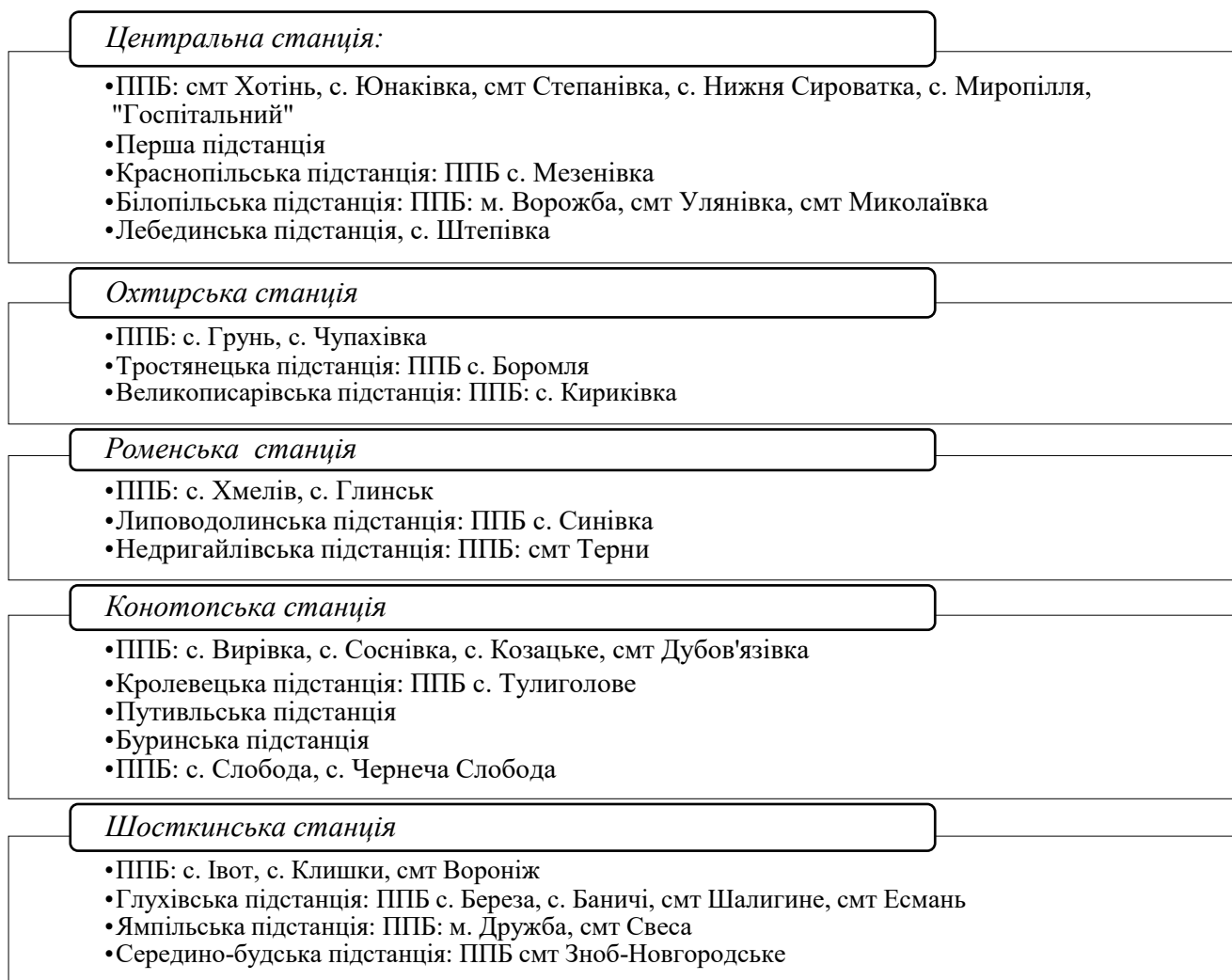


Рисунок 2.5 – Функціональна структура оперативної служби в системі ЕМД
Сумської області, 2022 р.

Джерело: згруповано автором за даними [18]

В якості програмного продукту, оперативно-диспетчерська служба використовує «ОДС-103». Перевагами даної програми є її імплементація в інтегровану національну систему «Централь103» і дає змогу відстежувати дзвінки та оцінювати якість наданих послуг ЕМД.

Серед позитивних моментів роботи регіональної організації системи ЕМД у Сумській області слід відзначити те, що вона забезпечує роботу комплексної мережі підрозділів, що дає можливість дотримуватись регламенту по часу госпіталізації пацієнтів, який складає 60 хв. З метою покращення роботи системи ЕМД розпочато роботу по відкриття ППБ в лікувальному закладі м. Суми, котрий територіально

розташований в іншому районі міста, що дозволить покращити якість надання послуг ЕМД на догоспітальному етапі.

У зв'язку з укрупнення районів Сумської області виникла необхідність впровадження змін до функціональної структури оперативної служби в системі ЕМД області. У 2022 році відбулись зміни по Конотопській станції, в частині зміни розташування Кролевецької підстанції з с. Тулиголове на с. Ярославець. Також відбулись зміни щодо територіального розташування ППБ, які було переміщено до с. Козацьке. Окремо слід зазначити й про територіальні зміни, котрі відбулись по Центральній підстанції, в частині перенесення ППБ до с. Нижня Сироватка. У Пошосткинській станції відбулись зміни, пов'язані з ППБ, яке перемістилось з с. Шевченкове до с. Береза. Проведені зміни в територіальній організації системи ЕМД регіону дозволили підвищити якість надання екстрених медичних послуг населенню.

Враховуючи виклики з якими стикнулась система ЕМД Сумської області, актуальним стало питання щодо створення та укомплектування бригад медицини катастроф (далі -МК). Даний напрям було впроваджено на виконання вимог наказу УОЗ Сумської ОВА від 15.04.2022 р. та наказу регіонального Центру № 160-ОД від 01.12.2022 р. В рамках забезпечення реалізації окреслених ініціатив було створено 9 відповідних бригад. Крім Центральної станції, де налічується 4 профільні бригади медицини катастроф, кожна із станцій системи ЕМД Сумської області включає одну таку бригаду.

Для забезпечення ефективної роботи бригад медицини катастроф необхідно було розробити відповідні заходи, виділити спеціальний транспорт та додаткове обладнання, визначити найкраще територіальне розміщення для забезпечення доїзду бригади ЕМД в найкоротші терміни. Реалізація розроблених заходів дозволила створити в Сумській області 3 лікарських та 6 фельдшерських бригад МК протягом 2022 р. (рисунок 2.6).

Загальна чисельність працівників МК в загальній структурі ЕМД складає 200 осіб, у наступному структурному співвідношенні (рисунок 2.6). Найменшою є частка лікарів, в загальній структурі персоналу, що цілком обґрунтовано, адже в

Сумській області функціонує 3 бригади МК. Частка фельдшерів є значно більшою та складає 49,0% в загальній структурі персоналу.

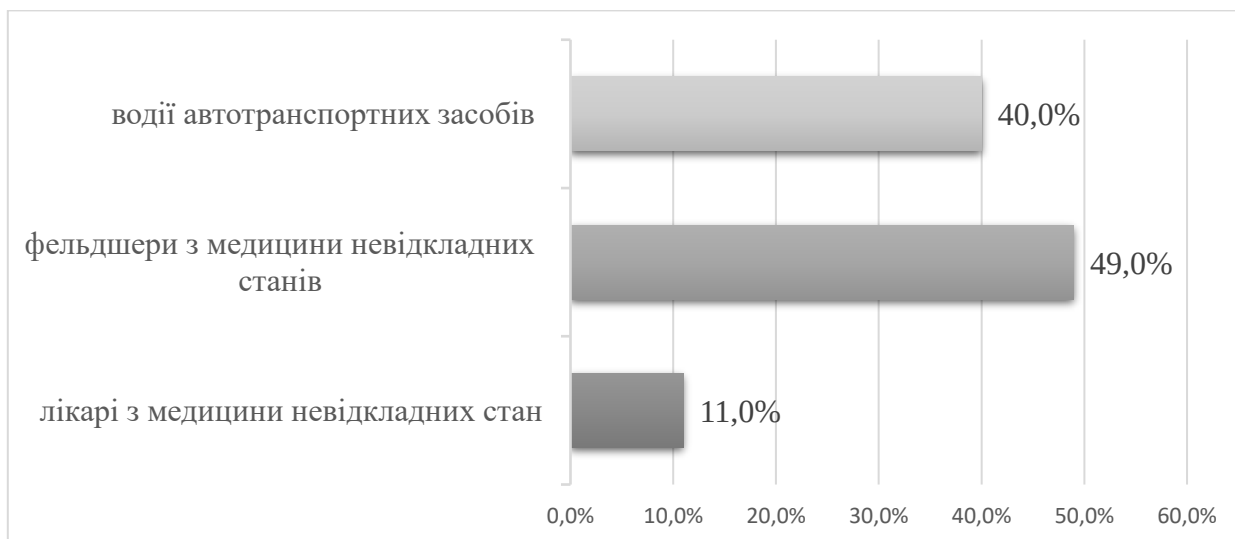


Рисунок 2.6 – Структурне співвідношення фахівців системи ЕМД Сумської області в розрізі бригад МК, 2022 р.

Джерело: [18]

Також вагомий вплив на діяльність бригад МК здійснюють водії санітарного автотранспорту, частка яких складає 40,0%. Наявні потужності системи ЕМД регіону дозволяють здійснювати підготовку бригад МК на базі власного навчально-тренувального відділу.

Одним із комплексних показників, котрий характеризує стан організації надання екстрених медичних послуг населенню є інтенсивність роботи бригад ЕШМД, зокрема, в розрізі таких індикаторів, як звернення пацієнтів, часткове співвідношення виїздів та кількості осіб, яким надано допомогу до загальної кількості звернень. Розглянемо динаміку зміни інтенсивності роботи в сфері надання ЕМД населенню Сумської області в 2022 р. в порівнянні з 2020 р., котра представлена в таблиці 2.2.

Відповідно до статистичних даних системи ЕМД, наведених у таблиці 2.2, частка виїздів в загальній структурі звернень пацієнтів протягом періоду спостереження характеризується різновекторною динамікою. Так, відбулось зростання досліджуваного показника в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. на 5,0%, і зменшення в 2022 р. в порівнянні з 2021 р. на 8,2%.

Таблиця 2.2 – Динаміка інтенсивності роботи в сфері надання ЕМД населенню Сумської області, 2020 -2022 рр.

Показники	2020 р.		2021 р.		2022 р.	
	од.	%	од.	%	од.	%
Кількість звернень	193767	100,0	197656	100	150371	100
Кількість виїздів	151749	78,3	164729	83,3	112951	75,1
в т.ч. у сільську місцевість	35989	23,7	40083	24,3	27740	24,6
Кількість осіб, яким надана медична допомога	143587	74,1	157093	79,5	107273	71,3
в т.ч. мешканцям сільської місцевості	34232	23,8	38330	24,4	26392	24,6

Джерело: [18]

Кількість виїздів у сільську місцевість в абсолютних одиницях збільшилась на 4094 од. в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. Однак в 2022 р. відбулось зменшення досліджуваного показника на 12343 од. В частковому співвідношенні даний показник не мав суттєвої динаміка протягом періоду спостереження. Простежуються зміни й щодо частки осіб, котрим надано медичну допомогу в загальній структурі звернень, котра зросла в 2021 р. в порівнянні з 2020 р. на 5,4% і зменшилась в 2022 р. в порівнянні з 2021 р. на 8,2%. В цілому слід зазначити, що протягом періоду спостереження найбільш інтенсивною була робота системи ЕМД в 2021 р.

Загалом тенденції, що спостерігаються, пов'язані зі змінами в системі надання екстрених медичних послуг населення, зокрема, в частині порядку виїзду бригад ЕШМД лише на критичні та екстрені виклики. У разі неекстреного та непрофільного виклику пацієнта направляють до сімейного лікаря та проводять консультацію по телефону. Таким чином, тенденції наданих консультацій щодо артеріального тиску, лихоманки, хронічних захворювань і отриманих травм мали різний характер протягом періоду моніторингу.

Досліджуючи стан функціонування напряму консультування в системі ЕМД, зауважимо про зростання показника з 23741 од. у 2020 р. до 56731 од. у 2021 р., що у відносному співвідношенні дорівнює 58,2%. Динаміка зміни даного показника в цілому відповідає загальній тенденції періоду спостереження в частині зростання значень показників в 2021 р. та їх зменшення в 2022 р. Так, в 2022 р. кількість

консультацій в порівнянні з попереднім роком зменшилась на 35,3%.

Загальна структура виїздів для надання екстреної медичної допомоги населенню формується в розрізі таких напрямів, як: раптові захворювання, нещасні випадки, безрезультатні виїзди, виїзди до хронічних хворих та перевезення пацієнтів. Розглянемо тенденції, котрі склались протягом досліджуваного періоду в системі ЕМД Сумської області, в розрізі даних, представлених в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Динаміка структури виїздів системи ЕМД Сумської області, 2020-2022 рр.

Види звернень	2020 р.	2021р.	2022 р.	К _{пр} , 2022/2020, +/-
Раптові захворювання	82,0	83,4	80,6	-1,4 в.п.
Нещасні випадки	8,0	8,6	10,3	2,3 в.п.
Безрезультатні виїзди	5,2	4,5	4,9	-0,3 в.п.
Виїзди до хронічних хворих	3,0	2,0	2,9	-0,1 в.п.
Перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів і травмпунктів	1,8	1,5	1,3	-0,5 в.п.
Всього:	100,0	100,0	100,0	-

Джерело: [18]

В загальній структурі виїздів системи ЕМД Сумської області, в досліджуваному періоді, спостерігається загальна тенденція щодо переважної частки викликів з приводу раптових захворювань в порівнянні з іншими видами звернень у наступному співвідношенні 82,0% та 18,0% у 2020 р.; 80,6% та 19,4% у 2022 р. відповідно. Розглядаючи значення коефіцієнту приросту в 2022 р. в порівнянні з 2020 р., позитивна динаміка встановлена виключно за показником частки нещасних випадків в загальній структурі звернень. У складі інших видів звернень, частка безрезультатних викликів склала в 2022 р. 4,9%, динаміка в порівнянні з 2020 р. характеризується зменшенням на 0,3 в.п. Частка виїздів до хронічних хворих також зменшилась в 2022 р. в порівнянні з 2020 р. на 0,1 в.п. і склала в 2022 р. 2,9%. Найменшою в загальній структурі звернень є частка звернень з приводу перевезення пацієнтів та породіль, котра складала в 2022 р. 1,3% та зменшилась в порівнянні з 2020 р. на 0,5 в.п.

В частині оцінки тенденцій щодо зміни показників на тисячу населення, встановлено наступну динаміку. Так, кількість звернень з приводу раптових

захворювань скоротилась з 130,6 у 2021 році до 87,9 у 2022 році. Динаміка зміни звернень в розрізі нещасних випадків зменшилась до 11,2 на тисячу населення в 2022 р., що на 16,4% менше порівняно з 2020 роком (13,4 на тисячу населення). Серед позитивних характеристик слід відмітити скорочення показника звернень з приводу безрезультатних викликів, адже їх кількість у 2022 р. зменшилася до 5,3 на тисячу населення порівняно з показником 2021 р., де було встановлено 7,0 на тисячу населення. Розглядаючи динаміку зміни частки виїздів до хронічних хворих, встановлено зростання даного показника на 27,8% в 2022 р. в порівнянні з показником 2021 р.

2.3 Аналіз результативності публічного управління системи екстреної медичної допомоги в розрізі медико-соціальних аспектів

Одним із підходів до оцінки результативності публічного управління системи ЕМД є дослідження показників медико-соціальних аспектів. Розгалужена система станцій та підстанцій в загальній структури системи ЕМД визначає необхідність проведення досліджень щодо добового навантаження лікарських бригад в розрізі станцій та підстанцій. Серед структурних підрозділів, котрі мають найбільше навантаження слід відмітити Центральну підстанцію, показник завантаженості якої складає 6,7 виїздів на добу та Першу підстанцію, котра функціонує у складі Центральної станції, показник завантаженості якої – 7,7. Значно меншу завантаженість в розрізі виїздів встановлено по Охтирській станції, з показником 3,8 та Тростянецькій підстанції з показником 3,5. Також слід відмітити, що в діючій мережі структурних підрозділів системи ЕМД Сумської області в розрізі Глухівської та Кролевецької підстанціях встановлено 1,2 виклики на добу. В даному контексті слід зазначити про наявність підстанцій, де працюють виключно фельдшерські бригади. До складу таких підстанцій входять Білопільська, Буринська, Великописарівська, Краснопільська, Лебединська, Недригайлівська, Путивльська, Середино-Будська, Ямпільська. Зазначена різновекторна динаміка

щодо забезпеченості лікарськими бригадами призвела до значної розбіжності показника Сумської області в порівнянні із загальним показником по Україні.

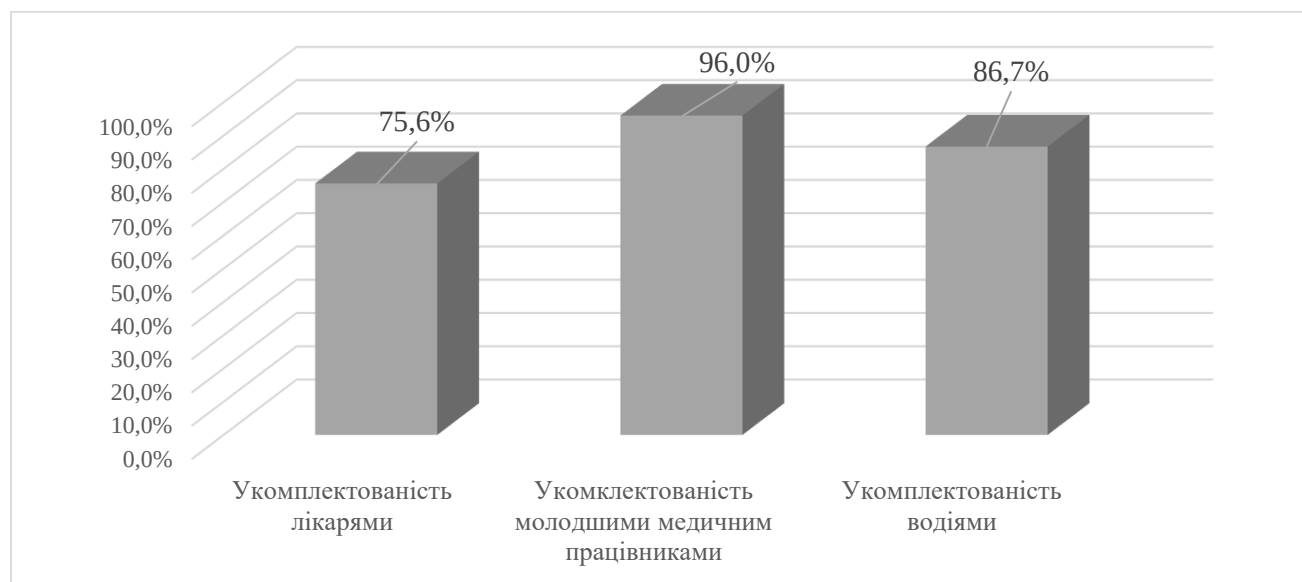
В частині оцінки діяльності фельдшерських бригад системи ЕМД Сумської області зазначимо про наявність наступних тенденцій. Так, середній показник виїздів фельдшерських бригад в 2022 р. складав 3,2 од. на добу, що на третину менше за показник 2021 р. В цілому, подібно до попереднього показника, можна спостерігати максимальне навантаження в розрізі Центральної станції, а саме Першої підстанції - 7 виїздів. Серед найбільш завантажених, в розрізі діяльності фельдшерських бригад, слід відмітити підстанції Конотопської та Центральної станцій у наступному співвідношенні 4,1 та 5,5 виїздів. У складі найменш завантажених структурних одиниць виділяють Великописарівську підстанцію, з завантаженням 2,2 виїзди; Недригайлівську підстанцію, з показником 1,8 виїздів; Ямпільську та Липоводолинську підстанції з навантаженням 1,6 та 1,1 виїздів відповідно.

В якості окремого складника при проведенні оцінки результативності публічного управління системи ЕМД розглядають кількість бригад на 10 тис. населення. Даний показник по Сумській області характеризується значенням 0,8 в 2022 р. Змін в значенні показника в порівнянні з 2021 р. не відбулось. За даним показником спостерігається різновекторна динаміка, як в розрізі підстанцій, так і в порівнянні із середньо-обласним значенням. До п'ятірки кращих підстанцій за рівнем забезпеченості фельдшерськими бригадами на 10,0 тис. населення належать Липоводолинська (1,8), Буринська (1,5), Недригайлівська (1,4), Великописарівська (1,4) та Ямпільська (1,4). Однак в структурі діючої мережі системи ЕМД наявні й підрозділи, котрі характеризуються найнижчими показниками щодо забезпеченості бригадами на 10,0 тис. населення. До складу таких структурних одиниць включають Кролевецьку підстанцію із показником 0,6; Центральну станцію із загальним показником 0,3.

З точки зору проведення оцінки звернень населення, встановлено, що показники по Буринській підстанції (157,8 на тисячу населення) та Конотопській підстанції (155,7 на тисячу населення) є вищими за середньо-обласне значення.

Найменші значення щодо оцінки звернень в 2022 р. спостерігаються в розрізі Роменської, Ямпільської та Липоводолинської підстанцій в наступному співвідношенні 115,4; 108,3 та 101,2. Встановлена динаміка в цілому характеризує загальну тенденцію щодо розбіжності показників діяльності в розрізі структурних підрозділів регіональної системи ЕМД. Обмеженість кадрового ресурсу для формування лікарських бригад негативно впливає на якість надання екстрених медичних послуг населення та має бути визначені в якості стратегічного пріоритету розвитку публічного управління системи ЕМД.

Продовжуючи аналіз медико-соціальних аспектів системи ЕМД, визначимо стан її кадрового потенціалу в розрізі базових категорій персоналу, котрі забезпечують її функціональну основу, а саме лікарів, молодшого медичного персоналу та водіїв санітарного автотранспорту (рисуюнок 2.7).



Рисуюнок 2.7 – Укомплектованість персоналу системи ЕМД Сумської області, 2022 р.

Джерело: [18]

Дані, наведені на рисунку 2.7, підтверджують загальні тенденції щодо недостатньої забезпеченості лікарями системи ЕМД Сумської області. Так, рівень укомплектованості лікарями в 2022 р. встановлено на рівні 75,6%. В частині оцінки стану укомплектованості молодшими медичними працівниками ситуація є значно

кращою, адже рівень забезпеченості даної категорії персоналу визначено на рівні 96,0%. Загальна оцінка стану забезпеченості медичними працівниками системи ЕМД Сумської області визначена на рівні 92,1% в 2022 р. Також слід приділити увагу й питанням щодо підвищення укомплектованості водіями санітарного автотранспорту. Особливої актуальності для системи ЕМД Сумської області дане питання набуває в контексті формування бригад медицини катастроф.

Кількісна оцінка профільних фахівців системи ЕМД в 2022 р. свідчить про те, що кількість фельдшерів в 9,6 раз перевищує кількість лікарів і складає 498 та 58 штатних одиниць відповідно. В частині порівняльної оцінки з 2021 р. встановлено зростання кількості лікарів на 3 штатних одиниці, а кількості фельдшерів на 42 штатні одиниці. Зауважимо, що зростання кількості штатних одиниць в системі ЕМД не мало позитивного впливу на інтенсивність роботи. Значна варіативна розбіжність між кількістю лікарських та фельдшерських бригад в системі ЕМД Сумської області визначила відповідну динаміку й щодо загальної кількості виїздів в 2022 р. в наступному співвідношенні 17205 од. (лікарські бригади) та 95746 од.(фельдшерські бригади) відповідно. При цьому встановлено зниження даного показника в розрізі діяльності лікарських бригад на 25,5% в 2022 р. в порівнянні з 2021 р.

Розглянемо більш детально динаміку основних показників системи ЕМД Сумської області, котрі представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Динаміка основних показників системи ЕМД Сумської області, 2020-2022 рр.

Найменування бригад ЕШМД	Кількість бригад ЕШМД, од.			Відхилення 2022 р. до 2020 р., %	Кількість осіб, яким надана допомога бригадами ЕШМД			Відхилення 2022 р. до 2020 р.,%
	2020 р.	2021 р.	2022 р.		2020 р.	2021 р.	2022 р.	
Лікарські	13,0	11,3	12,3	94,2	30456	23098	17205	56,5
Фельдшерські	76,0	79,3	78,5	103,3	121293	141631	95746	78,9
Всього:	89,0	90,5	90,8	102,0	151749	164729	112951	74,4

Джерело: [18]

В цілому, наведена в таблиці 2.4 динаміка, свідчить про те, що кількість лікарських бригад системи ЕМД Сумської області зменшилась до 12,3 од. в 2022 р. в порівнянні з 13,0 од. в 2020 р., що у відносному вимірі склало 5,8%. Протилежна динаміка визначається в частині зростання кількості фельдшерських бригад в 2022 р. в порівнянні з 2020 р., що, відповідно, забезпечило й зростання загального показника щодо кількості бригад системи ЕМД Сумської області до 90,8 од. В частині аналізу динаміки кількості осіб, котрим було надано допомогу, встановлено загальну тенденцію до скорочення значень показників в 2022 р. в порівнянні з 2020 р. в розрізі всіх досліджуваних складників. Так, допомога населенню надана лікарськими бригадами в спостережному періоду скоротилась на 43,5% за кількістю осіб. Динаміка значень показника в розрізі фельдшерських бригад характеризується скороченням на 21,1%, а загальний показник знизився на 25,6%.

Одним із факторів впливу на загальний показник якості надання екстрених медичних послуг населенню є стан забезпеченості системи ЕМД санітарним автотранспортом. Розглянемо динаміку значень показників в Сумській області в аналізованому періоді, котрі представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Динаміка стану забезпечення автотранспортом системи ЕМД Сумської області, 2020-2022 рр.

Показник	Роки			Відношення 2022 р. до 2020 р., %	
	2020	2021	2022	+/-	%
Всього одиниць спеціалізованого санітарного транспорту, з них:	158	153	147	-11	93,0
типу «А»	39	39	56	17	143,6
типу «В»	52	47	37	-15	71,2
типу «С»	67	67	54	-13	80,6

Джерело: [18]

З даних, представлених у таблиці 2.5, випливає, що загальна кількість спеціального санітарного транспорту у 2022 р. зменшилась на 7,0% порівняно з 2020 р. Щодо оцінки стану забезпечення санітарним транспортом структурних підрозділів системи ЕМД Сумської області встановлено позитивну динаміку щодо значення даного показника в 2022 р. на рівні 109,6%. Зауважимо, що даний

показник у 2022 р. погіршився на 121,9% порівняно з 2021 р. Окрім загального показника щодо наявної кількості автотранспорту, важливим фактором також є й стан його експлуатації. В даному контексті слід відмітити, що у 2022 р. найбільшу частку, а саме 54,1%, складали автомобілі з терміном служби менше 5 років. При цьому встановлено позитивну динаміку щодо збільшення частки санітарних автомобілів у цій категорії в порівнянні з показником попереднього року на 31,1%. В цілому до системи ЕМД Сумської області в 2022 р. надійшло 47 одиниць санітарного автомобільного транспорту.

Фінансування закупівлі автотранспорту здійснено за кошти державного бюджету та благодійних організацій. Аналіз технічного стану санітарного автотранспорту системи ЕМД визначив, що потребують заміни 23 автомобіля, що складає 15,5% в загальній структурі. Також 3 автомобілі потребують капітального ремонту. Щодо зміни кількості транспортних засобів, які потребують заміни чи капітального ремонту у 2022 р. порівняно з 2021 р., встановлено зменшення значень даних показників на 13,2 в.п. та 7,0 в.п. В якості позитивних змін слід відмітити обладнання всього автотранспорту GPS-трекерами та GPS-навігаторами. Для підвищення безпеки медичних працівників системи ЕМД проведено заходи по встановленню кнопки «тривога» на 17 санітарних автомобілях Центральної та Шосткинської станцій.

Цілодобова консультація є частиною функціональних можливостей системи ЕМД, котра лежить в площині діяльності операційно-диспетчерської служби. Аналіз цього напрямку діяльності в системі ЕМД Сумської області показує, що кількість звернень за викликом лікарів-консультантів медичних центрів області зріс до 77 од. в 2022 р. в порівнянні з показником минулого року, котрий склав 41 од. За цими зверненнями надано 93 консультації спеціалістів, оглянуто 86 хворих та санітарним транспортом «С» доставлено до спеціальних лікувальних закладів 14 пацієнтів в розрізі таких напрямів, як нещасний випадок, опіки, травми, отруєння та захворювання.

Структура направлень до консультантів системи ЕМД показує, що не було суттєвих змін у тенденціях протягом моніторингового періоду. Так, великий

відсоток у складі звернень в 2022 р. становлять хвороби, а саме 67,7%. Другим за значимістю показником в загальній структурі складають звернення щодо травм, частка яких в 2022 р. склала 30,1%. При цьому звернення через хвороби у 2022 р. порівняно з 2021 р. зменшились, а звернення з приводу травм – збільшились.

Відповідно до Постанови КМУ №1271, враховуючи оперативний контроль системи ЕМД щодо часу прибуття бригад ЕМД для критичних викликів та екстрених викликів, встановлено наступний час: протягом 10 хвилин для критичних викликів; протягом 20 хвилин для екстрених викликів []. У складі загальних параметрів, що визначають ефективність роботи системи ЕМД в Сумській області, розглянемо співвідношення кількості звернень за нормами часу в розрізі категорій викликів, котрі наведено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Динаміка показників оцінки якості системи ЕМД Сумської області, 2020-2022 рр.

Показник	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Відхилення 2022 р. до 2020 р., +/-	Відхилення 2022 р. до 2021 р., %
прибуття бригад Е(Ш)МД на місце виклику до 10 хвилин з моменту звернення, всього	52,6%	40,3%	42,7%	-9,9 в.п.	2,4 в.п.
в т.ч. по місту	69,0%	53,6%	56,6%	-12,4 в.п.	3,0 в.п.
прибуття бригад Е(Ш)МД на місце виклику до 20 хвилин з моменту звернення від загального числа викликів	10,5%	9,2%	10,1%	-0,4 в.п.	0,9 в.п.
прибуття бригад Е(Ш)МД на місце виклику до 20 хвилин з моменту звернення у сільській місцевості від виїздів у сільську місцевість	44,4%	37,8%	41,3%	-3,1 в.п.	3,5 в.п.

Джерело: [18]

Характеристика даних, наведених в таблиці 2.6, вказує на досягнення позитивної динаміки щодо часткового співвідношення викликів, котрі відповідають нормативам в загальній структурі викликів в 2022 р. в порівнянні з 2021 р. Так, характеристика критичних викликів свідчить про те, що в 2022 р. із дотриманням нормативу було здійснено 42,7% виїздів. В частині аналізу базисних та ланцюгових змін встановлено зменшення на 9,9 в.п. та зростання на 2,4 в.п. відповідно. В частині

структурного співвідношення визначено, що показник частки виїздів на критичні виклики по місту з дотриманням нормативу був вищим в порівнянні із середньо-обласним і складав в 2022 р. - 56,6%. В розрізі структурних підрозділів системи ЕМД Сумської області встановлена значна варіативна розбіжність щодо частки виїздів, котрі виконані вчасно. У складі підстанцій, котрі мали найнижчі значення показника виділяють наступні: Липоводолинська – 25,9%, Білопільська – 31,3%, Краснопільська - 31,5% та Недригайлівська – 32,6%.

Аналогічна тенденція простежується й щодо стану виконання екстрених викликів. Так, частка викликів, котрі були виконані із дотриманням нормативу склала в 2022 р. – 10,1%, значних змін в спостережному періоді не виявлено. Динаміка змін досліджуваного показника в структурному співвідношенні до загальної кількості викликів в сільську місцевість, свідчить про приріст на 3,5 в.п. в 2022 р. до показника 2021 р. Серед базових характеристик діяльності системи ЕМД Сумської області, слід відмітити наявність випадків щодо розходження діагнозів та непрофільних викликів. Хоча дані прецеденти мають місце, однак їх частка в загальній структурі є незначною та значно меншою за середні показники по Україні.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

3.1 Шляхи імплементації закордонного досвіду публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню

Згідно з міжнародним досвідом боротьби з наслідками серйозних надзвичайних ситуацій та функціонування системи ЕМД, колективна здатність бригад ЕМШД має забезпечувати надання послуг екстреної медичної допомоги в медичних установах та поза її межами. Однак практичний досвід функціонування системи ЕМД, навіть у країн з розвинутою економікою свідчить про недостатню потужність системи ЕМД для забезпечення надання повного пакету послуг екстреної медичної допомоги, особливо у разі виникнення надзвичайної ситуації. є недостатньою навіть у розвинених країнах.

Закордонний досвід свідчить, що за принципом роботи визначено два основних підходи до організації функціонування системи ЕМД, а саме:

- англо-американський підхід (в основі лежить принцип «взяти та вести»), згідно з яким допомогу пацієнтам надають техніки екстреної медичної допомоги різного рівня, включаючи парамедиків;
- німецько-французький підхід (в основі лежить принцип «присутності та лікування») у відповідності до якого передбачено участь лікарів у бригадах ЕМШД [24].

У той же час у більшості європейських країнах приймаються рішення про оптимізацію бюджету та можливостей існуючої інфраструктури для надання кращої догоспітальної допомоги. Як правило в існуючу систему публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги вносяться зміни з метою підвищення якості надання екстрених медичних послуг населенню.

У Швейцарії та Австрії однією із базових інституцій системи ЕМД виступають волонтерські організації (Австрійський Червоний хрест, Конфедерація Самаритян Австрії, Служба швидкої медичної допомоги тощо), котрі надають допомогу постраждалим в разі виникнення надзвичайної ситуації та співпрацюють із лікувальними закладами системи охорони здоров'я країни [25].

У США надання допомоги при надзвичайних ситуаціях здійснюється переважно муніципалітетами, місцевими органами влади, державними та федеральними органами влади. У випадку, якщо громада, певна адміністративно-територіальна одиниця та навіть штат не можуть протистояти стихійним лихам, вони негайно звертаються за допомогою до Федерального Уряду та працюють разом, в рамках реалізації Плану дій Національної системи захисту населення та територій від стихійних лих, котра в тій чи іншій формі діє вже понад 200 років [26].

У США діяльність системи ЕМД в умовах дії надзвичайних ситуацій регламентуються у відповідності до плану дій, розроблених та затверджених в рамках функціонування Національної системи медицини катастроф (NDMS). При цьому відповідальність за стан функціонування системи ЕМД несуть Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення та Міністерство оборони, яке відповідає за організацію планування та розробки санітарно-рятувальних заходів [27]. Слід також зазначити, що FEMA (Федеральне агентство з управління надзвичайними ситуаціями) відіграє найбільш важливу роль при реалізації заходів для усунення катастроф. Це агентство координує діяльність державних органів цивільного захисту, федеральних міністерств і відомств (Міністерство енергетики, Міністерство транспорту тощо) і приватних компаній [6].

Як і в багатьох країнах світу, служби ЕМД у США включають парамедиків. Для забезпечення бригад ЕШМД парамедиками, в 1966 р. було розпочато їх підготовку. В 1970 р. даний напрям було розширено, в частині підготовки екстрених медичних техніків. Технік екстреної медичної допомоги (ТЕМД) — це особлива категорія медичної професії, яка зазвичай перебуває на догоспітальному етапі ЕМД. Залежно від штату в офіційному переліку медичних кваліфікацій можуть розглядатися кілька різних професій, зокрема EMT-B (EMT-basic), EMT-advanced і

парамедик (формально EMT-P або EMT-paramedic). Є два класи навчання: EMT-I та EMT-P. EMT-I (Emergency Medical Technician - Intermediate) - вчиться розпізнавати ситуації, що загрожують життю, і надавати невідкладну медичну допомогу (наприклад, кардіопульмональної реанімації). EMT-P (техніки екстреної допомоги - парамедики) проходять підготовку як вузькоспеціалізовані професіонали для надання допомоги з використанням методів реанімації. Парамедик – медичний працівник, який надає невідкладну допомогу, як правило, на догоспітальному та госпітальному етапах [25-27].

Навчання парамедиків більше зосереджується на знаннях принципів невідкладної медицини, ніж на загальному рівні медичних знань, якими повинні володіти лікарі. Пожежники та поліція часто мають сертифікати CFR (Certified First Responder) [28]. Тим часом у США є групи швидкого реагування, які приїжджають на екстрені виклики, коли бригади ЕМШД системи ЕМД затримуються. Зазвичай це місцеві пожежники, котрі мають певну медичну кваліфікацію (від надання першої медичної допомоги до парамедиків). У деяких містах поліцейські, які володіють навиками першої медичної допомоги, обслуговують складні виклики [27].

Вирішальним фактором своєчасної доставки ЕМД є швидкість збору та передачі даних із зони надзвичайної ситуації. Тому в більшості країн світу є єдиний телефонний номер, за яким можна швидко зв'язатися з будь-якою ланкою системи порятунку. Наприклад, у США існує єдиний номер телефону 911. Кожен клієнт може зв'язатися з поліцією, пожежною службою та екстреними службами одночасно, не дзвонячи за різними номерами [30].

У Німеччині неурядові (волонтерські) організації (Німецьке товариство працюючих самаритян, Німецьке товариство порятунку життя, Німецький Червоний Хрест тощо) забезпечують 95% медичних потреб Німеччини. У країні діють три типи рятувальних команд. Зокрема, подібні до США функції мають лікарські бригади, бригади парамедиків і бригади медичних техніків [31].

У шведській службі ЕМД перевага робиться на стабілізації та доставці, в найкоротші терміни, постраждалих до лікувальних закладів, а не до пунктів збору

постраждалих. В системі надання ЕМД, при настанні надзвичайної ситуації, керівництво медичною службою покладено на штаб реагування, до складу якого входять керівники відповідних підрозділів: рятувальної служби, служби охорони здоров'я та поліції. При цьому ключова відповідальність за реалізацію дій в системі ЕМД належить старшому офіцеру рятувальників. З метою підготовки медичного персоналу до надзвичайних ситуацій у Швеції щороку організовується навчання, де встановлюються контакти з різними організаціями системи охорони здоров'я, а також з іншими міністерствами та відомствами. Вивченням науково-практичних проблем шведської медицини катастроф займається дослідницька організація «KAMEDO» [28].

У Франції система ЕМД є багаторівневою, де передбачено шість рівнів, представлених на рисунку 3.1.

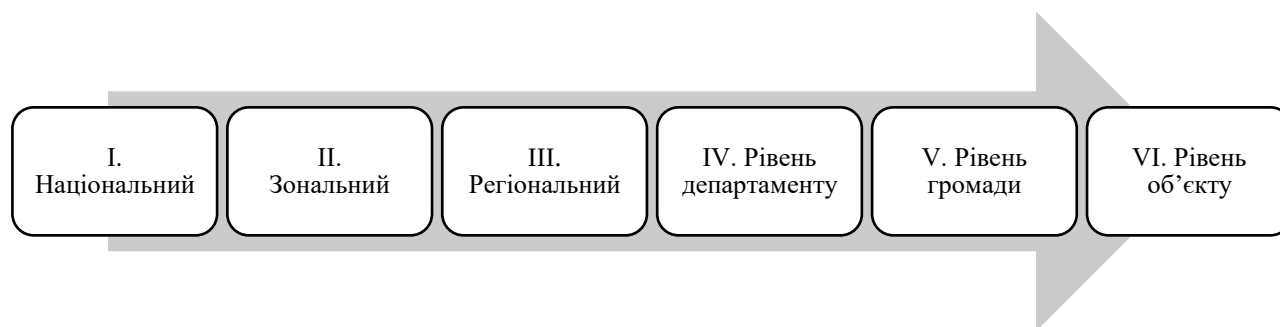


Рисунок 3.1 – Рівні функціонування системи ЕМД у Франції

Джерело: [28]

Координація діяльності щодо готовності та розподіл ресурсів здійснюється на національному рівні Оперативним центром керівництва цивільної безпеки (CODISC) при Міністерстві внутрішніх справ. На місцевому рівні після отримання екстреного повідомлення щодо виникнення надзвичайної ситуації здійснюється активізація екстреної медичної служби (SAMU) та оптимізуються необхідні ресурси. Серед особливостей діяльності системи ЕМД слід відмітити наявність ППБ в кожному окружному лікарняному закладі [26].

Розглядаючи систему ЕМД Польщі, слід зазначити, що реалізація даного напрямку в системі публічного управління формує свою історію, ще з 17 ст. Однією з перших організацій було Королівське товариство порятунку потонулих, засноване

в Каліші в 1898 р. Події, що відбулися в Кракові в грудні 1890 р., відіграли важливу роль у розвитку системи ЕМД країни, де у пожежі загинули десятки людей, чиї життя можна було б врятувати, якби була задіяна добре спланована система екстреної медичної допомоги населенню. Ці події мали значний вплив на рішення про заснування Краківського добровільного рятувального товариства, яке розпочало свою діяльність 6 червня 1891 р. Першим нормативно-правовим актом, який регулював систему надання ЕМД населення в Польщі, є Закон " Про державне медичне рятування " від 25.07.2001 р., де вперше було визначено принципи організації та функціонування системи ЕМД та визначено багато основних понять у цій галузі [27].

Окрім стратегічних цілей державної системи охорони здоров'я, Польща створила умови для надання спеціалізованих медичних послуг шляхом функціонування національної системи пожежно-рятувальних служб, що складається зі спеціалізованих підрозділів. Міністерством внутрішніх справ Республіки Польща, його добровільною пожежною службою та загальним управлінням займається Спілка добровільних пожежних товариств. Розроблений механізм публічного управління дозволяє досягти взаємодії між підрозділами національної пожежно-рятувальної системи та бригадами екстреної медичної допомоги та правильно проводити загальнодержавні операції в системі ЕМД.

Національна пожежно-рятувальна система та система аварійно-рятувальних робіт є важливою частиною забезпечення внутрішньої безпеки країни, особливо у сфері збереження життя, здоров'я та майна людей, запобігання впливу шкідливих речовин на навколишнє середовище, прогнозування, виявлення та гасіння пожеж, ліквідації стихійних лих та інших внутрішніх загроз життю людей. Залучення пожежно-рятувальних підрозділів пожежної служби та рятувальників до медичних рятувальних робіт базується на принципі найкоротшої відстані для швидкого прибуття до місця події [26].

Обсяг медичних послуг, які надаються під час проведення медичних рятувальних робіт, визначено Законом Республіки Польща «Про державне медичне рятування» від 8 вересня 2006 р., який визначає практику роботи рятувальників в

рамках надання спеціалізованої першої медичної допомоги [27]. Правила організації медичних рятувальних робіт у національній пожежно-рятувальній системі, затверджені наказом Міністра внутрішніх справ Республіки Польща від 18 лютого 2011 р., передусім включають організацію медичних робіт з порятунку людей та створення стандартів надання кваліфікованої першої допомоги. У національній пожежно-рятувальній системі Закон визначає, що пожежники, уповноважені на проведення рятувальних робіт, можуть пройти навчання з надання першої медичної допомоги (66 годин) і отримати досвід у сфері охорони здоров'я відповідно до вимог Розпорядження Міністерства внутрішніх справ Республіки Польща від 12.12.2008 р. [26].

Важливим аспектом публічного управління системи ЕМД Польщі є регламентація медико-рятувальних робіт залежно від кількості рятувальників на місці пригоди, їх кваліфікації та оснащення, котра здійснюється в розрізі трьох ступенів оперативної готовності: «А», «В» і «С». При цьому, у встановленому порядку цільової готовності кожного підрозділу добровільних пожежних формувань, які входять до державної пожежно-рятувальної системи, має відповідати рівню оперативної готовності «А» та «В». В частині регламентації діяльності парамедиків Національної пожежно-рятувальної системи, регламентовано можливість надання ними медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, коли немає бригади екстреної медичної допомоги або коли персонал екстреної медичної допомоги недоступний. Якщо потерпілий знаходиться у небезпечній зоні і до нього неможливо дістатися, але доступ до нього можуть отримати рятувальники державної пожежно-рятувальної системи за допомогою аварійно-рятувальних засобів, рятувальники здійснюють невідкладні заходи та проводять медичні аварійно-рятувальні роботи. Статистичні дані підтверджують, що кількість наданих послуг ЕМД за допомогою рятувальників національної пожежно-рятувальної системи Польщі є високою [27].

Проведений аналіз закордонного досвіду публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню свідчить про важливість досягнення системної взаємодії між такими складовими національної системи

охорони здоров'я, як громадська безпека, так і безпосередньо система регіонального управління в розрізі обласних департаментів та управлінь охорони здоров'я.

3.2 Імплементація цифрових технологій публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню

Проведений аналіз публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню визначив низку складників, котрі потребують удосконалення. Одним із таких напрямів є розвиток цифрових технологій, що, відповідно, передбачає й розбудову цифрової інфраструктури. При цьому необхідно зазначити, що актуалізація цифрових процесів в системі ЕМД, передбачає й посилення відповідальності в сфері захисту даних щодо діяльності лікувальних закладів та показників здоров'я населення, що чітко видно з документів та резолюцій, прийнятих міжнародними організаціями, такими як ООН, ВООЗ, урядами країн на національному рівні, у тому числі й в Україні.

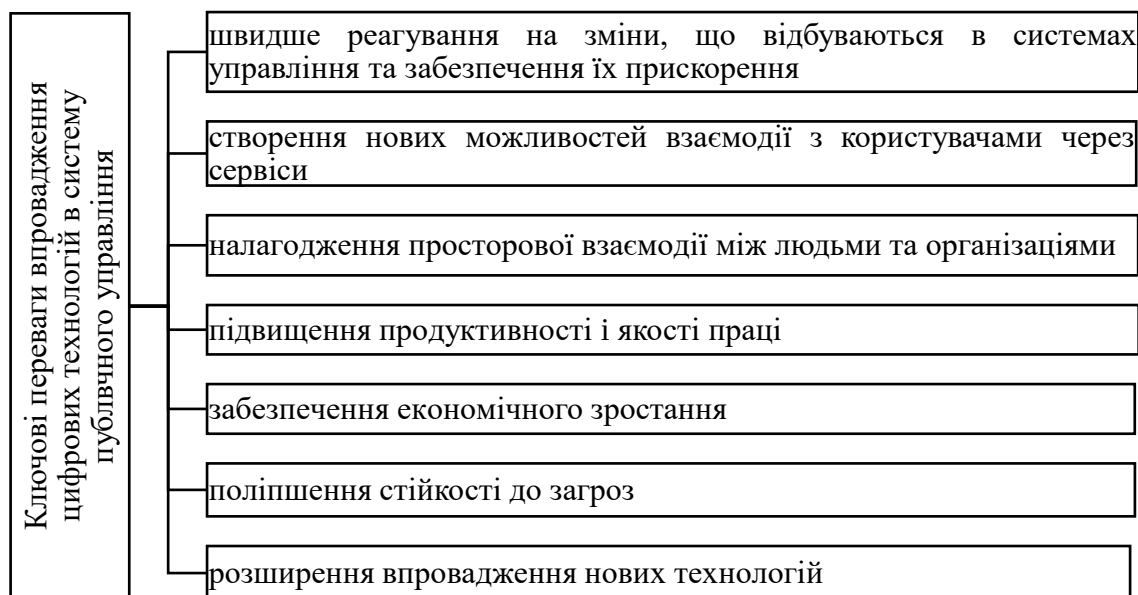


Рисунок 3.2 – Ключові переваги цифрових трансформацій системи публічного управління

Джерело: згруповано автором за даними [5, с. 145]

Впровадження цифрових інструментів в сфері публічного управління дозволить досягти змін, представлених на рисунку 3.2. Активні трансформаційні зміни цифрового простору країни формують низку проблемних питань щодо забезпечення їх впровадження в діяльність закладів системи публічного управління, зокрема, й сфери охорони здоров'я, котра функціонує в умовах постійних змін та трансформацій. Розглядаючи зміни в цифровому полі системи ЕМД, важливо створити інфраструктуру, яка забезпечує використання цифрових технологій, вносячи серйозні зміни в процес надання екстреної медичної допомоги населенню та забезпечення координації та інформаційного обміну між її складовими елементами.

Виходячи із діючих причинно-наслідкових зав'язків слід розглянути різні підходи до формування концепцій цифрової інфраструктури. В основі першої концепції лежить безпосередньо процедура розвитку (зміцнення) цифрової інфраструктури, яка базується на соціально-технічній діяльності. Зміцнення інфраструктури та її розвиток забезпечується шляхом створення ефективного управління компонентами інфраструктури. Управління інфраструктурою часто поділяють на декілька різновекторних елементів, тому з практичних та економічних причин важко керувати всіма її аспектами. Однак, саме механізми розвитку відіграють важливу роль у формуванні стабільних організаційних змін [15].

Другим підходом до формування цифрової інфраструктури передбачено досягнення результативності в розрізі трьох базових компонентів. Концептуальний компонент передбачає забезпечення прогресу від макрорівня до мікрорівня. Компонент формування дій передбачає імплементацію складників технічної діяльності. Компонент трансформацій орієнтований на забезпечення мінімального виконання цілей організаційного рівня, визначені на макрорівні. Алгоритм взаємодії в розрізі всі складників та їх вплив на формування інфраструктури системи ЕМД, представлена на рисунку 3.3.

Розглянемо більш детально кожний із представлених на рисунку 3.3 компонентів. Концептуальний компонент визначає, як інфраструктура в цілому формує можливості, створює правила та контролює (регулює) діяльність різних

структурних частин, через реалізацію стратегій та програми на макрорівні (концептуальне бачення розвитку). Єдина система екстреної допомоги 112, є яскравим прикладом створення цифрової інфраструктури в Україні [2; 5], котра надає ряд опцій для окремих користувачів (структура від загального рівня (тема) до мікрорівня (користувач) за умови дотримання стандартного інтерфейсу, визначеного в ньому.

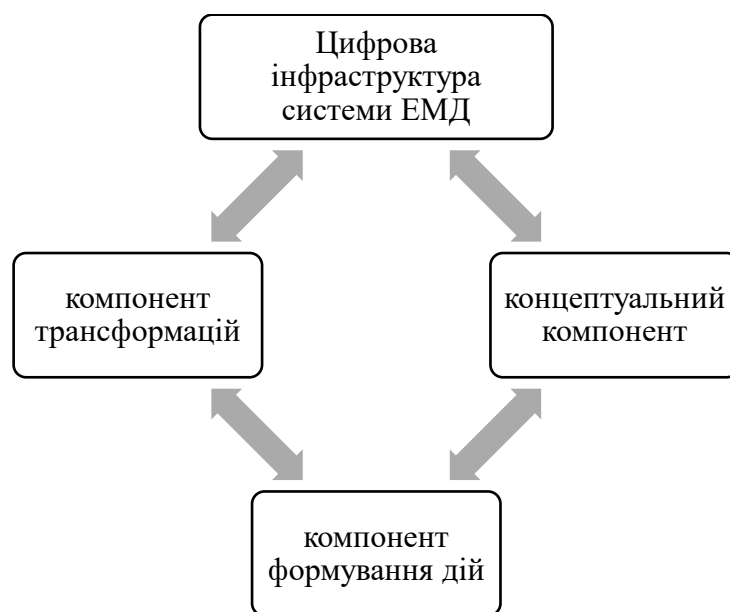


Рисунок 3.3 – Алгоритм розвитку цифрової інфраструктури системи ЕМД
Джерело: згруповано автором за даними [26]

Компонент формування дій визначає, як конкретне поєднання індивідуальних бачень і варіантів реалізації плану розвитку призводить до формулювання та реалізації конкретних дій. Даний елемент висвітлює, як користувачі інтегрованих систем екстреної допомоги (служби екстреної допомоги, поліція, пожежники тощо) вдосконалюють свої процеси та технології у відповідності до розроблених в концептуальному компоненті стандартів та програм. Компонент формування дій (мікро- та загального рівня) описує процеси, нові типи взаємодії, обмін інформацією між різними частинами інфраструктурних елементів на мікрорівні (навіть організацію цих служб в системі ЕМД) і спрямовані на досягнення цільових результатів щодо забезпечення надання якісних медичних послуг населенню. Шляхом вдосконалення внутрішніх процесів організації та управління кожним

ланцюгом інформаційної інфраструктури системи ЕМД зміцнюється загальна система інтегрованих екстрених служб та підтримується реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я та безпеки громадян країни.

Найбільш важливим компонентом для формування цифрової інфраструктури системи ЕМД виступає компонент трансформацій. Адже більшість досліджень та методів, які впливають на соціальні та технологічні аспекти діяльності організацій, недоступні для системи ЕМД і достатньо важко визначити, який саме підхід найбільше підходить для формування цифрової інфраструктури зазначеної системи. Досягнення високих результатів від створеної інфраструктури можливе лише за умови взаємодії соціальних і технологічних аспектів комплексного процесу змін.

Проведений аналіз свідчить про те, що три представлені компоненти демонструють причинно-наслідковий зв'язок, який дозволяє сформувати перспективні напрями конфігурації цифрової інфраструктури системи ЕМД. Окреслюючи сутність поняття інфраструктура, як різних фізичних об'єктів (будівлі, дороги, водопроводи, електромережі тощо), а також організаційної структури для забезпечення функціонування всіх служб в розрізі громад, доцільним є визначення сутності цифрової інфраструктури системи ЕМД. Так, цифрова інфраструктура системи ЕМД в даному контексті стосується місця для транспортування людей та обміну інформацією для захисту здоров'я та життя громадян в процесі забезпечення надання екстрених медичних послуг населенню. Цифрова інфраструктура системи ЕМД з'єднує пристрої, технології, процеси та людей і діє як сполучна ланка в процесі обміну інформацією, яка забезпечує роботу усіх аспектів системи ЕМД.

Система ЕМД містить низку інфраструктурних елементів, ефективність діяльності яких підвищиться за умови впровадження цифрових інструментів. Так, діяльність оперативно-диспетчерської служби є елементами інфраструктури. Санітарний автомобільний транспорт є традиційною транспортною інфраструктурою, але з різними датчиками, навігацією, засобами діагностики та передачі даних вони є частиною гібридної цифрової інфраструктури. У деяких випадках гібридна інфраструктура може отримати розвідувальні дані за рахунок включення цифрових компонентів, таких як квадрокоптери зі штучним інтелектом

для навігації, які використовуються для доставки медичних препаратів на місце події та передачі зображень до відповідних медичних закладів [28].

Цифрова інфраструктура є важливим складовим елементом удосконалення системи ЕМД в умовах трансформацій сфери охорони здоров'я, яка показує діяльність персоналу лікарні та керівників відділень через набір структур даних, алгоритмів, стандартів і правил (правил). Таким чином, цифрова інфраструктура системи ЕМД дозволяє структурним підрозділам системи охорони здоров'я безперешкодно спілкуватися з іншими службами, дозволяє уникнути багатьох бюрократичних правил, пов'язаних з адміністративними витратами, підвищує ефективність, захищає дані від несанкціонованого доступу та розширює сферу застосування. Однак, важливо розрізняти концепцію цифрової інфраструктури, як платформи для діяльності системи ЕМД та додаткових елементів у вигляді інформаційних систем, пов'язаних із діяльністю інших аварійних служб (поліція, пожежна служба тощо), котрі можуть бути задіяні в процесі надання екстреної медичної допомоги населенню.

Ідея системної взаємодії полягає в тому, щоб забезпечити існування інформаційної платформи, за допомогою якої зацікавлені сторони системи ЕМД можуть координувати свою взаємодію з іншими дотичними до надання екстреної медичної допомоги структурами. Одним із таких цифрових інструментів, котрий успішно реалізовано в системі ЕМД України є запровадження діяльності єдиної екстреної системи «112», що об'єднує всі номери екстрених служб [4]. Базовими перевагами цифрової інфраструктури системи ЕМД є оптимізація діючих процесів, підвищення результативності кожного процесу, системна взаємодія орієнтована на кінцевий результат – підвищення якості надання екстрених медичних послуг населенню. Пацієнто-орієнтована інфраструктура цифрових трансформацій системи ЕМД, представлена на рисунку 3.4.

Представлені на рисунку 3.4 складові елементи цифрової інфраструктури системи ЕМД потребують уточнення щодо характеристики структурних елементів. Так, електронний звіт про обслуговування пацієнта готується під наглядом одного

з членів бригади ЕМД або під час транспортування пацієнта до лікувального закладу.

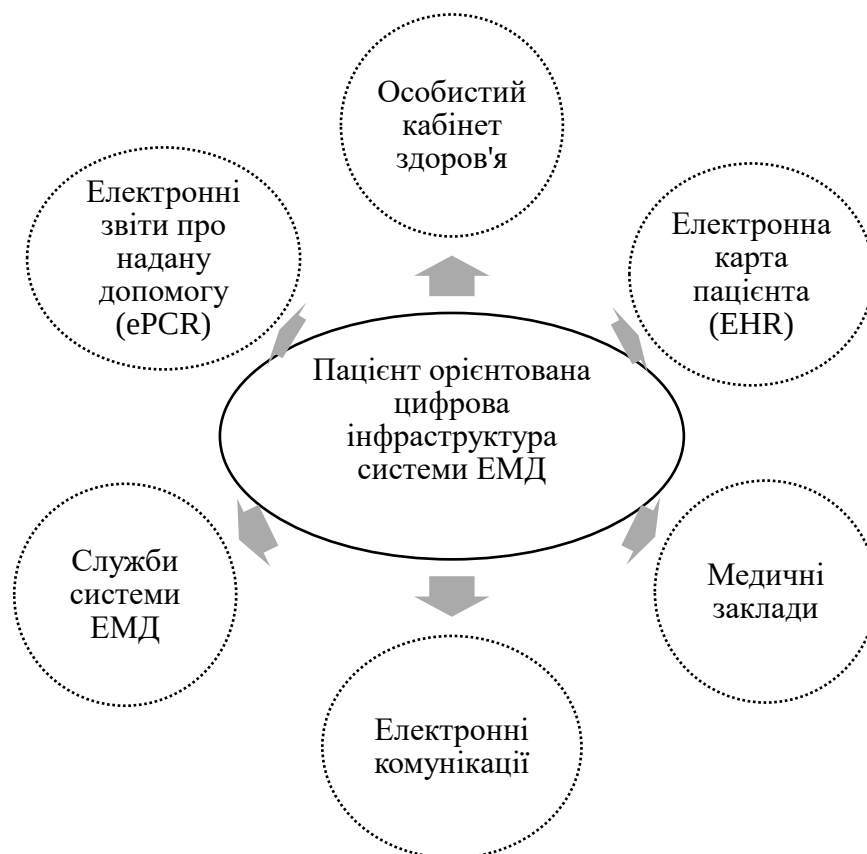


Рисунок 3.4 - Пацієнто-орієнтована інфраструктура цифрових трансформацій системи ЕМД

Джерело: [5, с. 146]

Запровадження даного підходу принципово змінює технологічний процес оформлення записів щодо надання екстреної медичної допомоги населенню та має низку наступних переваг:

- а) скорочення часу на оформлення та отримання лікувальними закладами про надання допомоги;
- б) наявність часу на попередню підготовку медичного персоналу до прийняття пацієнта;
- в) зменшення навантаження на медичних працівників бригад ЕМШД;
- г) зменшення ризику неякісного запису та некоректної інтерпретації іншою особою;

д) безпосередній запис даних в електронну картку пацієнта (EHR); вільний доступ пацієнтів та медичного персоналу до медичних даних [28].

В даному контексті впровадження електронної картки пацієнта (ЕКП) є дієвим інструментом підвищення якості надання медичних послуг населенню, адже медичні працівники системи ЕМД мають можливість отримати всю необхідну інформацію про стан здоров'я пацієнта, що сприяє покращенню процесу лікування. Окремо слід зауважити й про позитивний вплив даного цифрового інструменту на управлінську складову системи ЕМД, адже вона містить базову інформацію для департаментів охорони здоров'я, лікувальних закладів, медичного персоналу служби ЕМД, персоналу із забезпечення якості, інформаційних спеціалістів лікувальних заходів, формує необхідну базу даних для удосконалення відповідних клінічних протоколів. Базові переваги цифрової інфраструктури системи публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню, згруповані та представлені на рисунку 3.5.

Представлені складові елементи окреслюють розширення можливостей щодо зменшення помилок у лікуванні за рахунок впровадження інструментів електронної передачі інформації. Даний підхід дозволяє визначити ключову роль пацієнта в даній цифровій системі, яка охоплює усі частини інфраструктури системи охорони здоров'я та розширює завдання та цілі системи ЕМД [12].

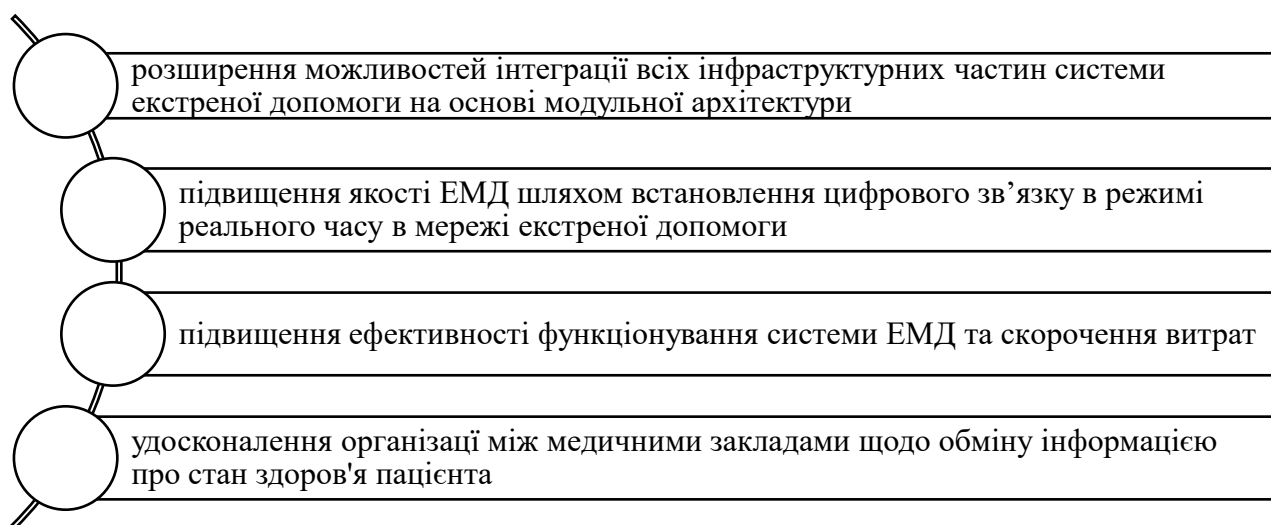


Рисунок 3.5 - Базові переваги цифрової інфраструктури системи публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню

Джерело: згруповано автором [26]

Система випадкового збору даних переходить до формування повноцінної бази даних пацієнтів та вирішує завдання моніторингу постійного стану здоров'я пацієнта. Даний інструментарій дозволить підвищити результативність публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню.

3.3 Оцінка результативності функціонування інтегрованої моделі системи екстреної медичної допомоги через впровадження індексу GHS в систему моніторингу оцінки

Проведені реформи в сфері охорони здоров'я визначили зміну векторів системи ЕМД в часті формування інтегрованої моделі, котра включає як безпосередньо службу ЕМД, систему громадської безпеки та управління ОЗ. Аналіз публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги визначає відсутність системи моніторингових показників, котрі б дозволили провести комплексну оцінку якості надання послуг в системі ЕМД, адже наразі аналіз є фрагментарним. Проведена оцінка передумов імплементації закордонного досвіду в систему ЕМД України, виокремлює в якості ключового аспекту блок підготовки до надзвичайних ситуацій, котрий безпосередньо лежить в площині публічного управління та визначає важливість дотримання діючих міжнародних стандартів.

В частині розробки блоку надзвичайних ситуацій необхідним є розробка комплексу заходів реагування на біологічні загрози та інфекційні захворювання. Так, в міжнародній площині біологічні загрози розглядають, як природні, навмисні та ненавмисні, що можуть загрожувати здоров'ю населення світу, глобальній безпеці та економіці будь-якої країни. В контексті розробки заходів системи ЕМД, в площі інфекційних захворювань, важливим є визначення пріоритетності заходів із запобігання, виявлення та управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я. При цьому кожна країна має визначати власні можливості, щоб інші країни були впевнені, що вони можуть запобігти переростанню локального спалаху в міжнародну кризу. З іншого боку, світові лідери та міжнародні організації несуть

спільну відповідальність за зміцнення та підтримку глобальної спроможності протистояти загрозам інфекційних захворювань. Даний напрям міжнародної політики орієнтований на розробку заходів на збереження життя та зміцнення міжнародної безпеки [35].

Проект Global Health Security Index (GHS Index) є, наразі, єдиним комплексним показником, котрий може використовуватися для порівняння систем охорони здоров'я та їх можливостей в розрізі 195 країн-учасниць, які підписали Міжнародні медичні правила (IHR, 2005) [35]. Це проект Nuclear Threat Initiative (NTI) і Центру охорони здоров'я Університету Джона Гопкінса (JHU), розроблений у співпраці з The Economist Intelligence Unit (EIU).

Метою створення критеріїв оцінки для індексу GHS є забезпечення позитивних тенденцій, показаних у кількісних показниках, забезпечення безпеки сектору охорони здоров'я в країнах світу та зміцнення міжнародного потенціалу для боротьби з однією із найбільших загроз: спалах інфекційного захворювання, що може спричинити глобальну епідемію чи пандемію. Цей напрям є основою системи публічного управління рамках реалізації концепції охорони здоров'я населення, зокрема системи ЕМД, в Україні.

Індекс GHS є комплексним індикатором моніторингу, який є ефективним інструментом публічного управління, враховуючи загрозу великих біологічних подій і біологічний ризик глобальних катастроф, особливо враховуючи значні прогалини у фінансуванні глобальної готовності систем ЕМД до реагування на надзвичайні ситуації. Ці ризики ускладнюються швидкими змінами у зовнішньому середовищі, такими як політична нестабільність, урбанізація, зміна клімату та швидкий технологічний прогрес, який сприяє швидкому та неконтрольованому розвитку патогенів. Глобальна біологічна небезпека – це безпрецедентна біологічна небезпека, яка може завдати значної шкоди людській цивілізації в глобальному масштабі та зруйнувати довгострокові перспективи розвитку [35].

Серед переваг досліджуваного індексу, слід відмітити, що дані, використані для розрахунку, були розроблені відповідно до вказівок міжнародної експертної групи на основі загальнодоступної інформації, опублікованої країнами та

міжнародними організаціями, а також з багатьох інших джерел, таких як публічні публікації та міжнародні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародного епізоотичного бюро (МЕБ), Продовольчої і сільськогосподарська організації ООН (FAO), Світового банку, законів, нормативних актів та наукових ресурсів різних країн. Індекс GHS є єдиною комплексною оцінкою ситуації в сфері безпеки охорони здоров'я в кожній країні та можливостей боротьби з хворобами в широкому спектрі біологічних небезпек, включаючи географічні фактори та ефективність системи охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій та медицини катастроф. Разом з міжнародною командою експертів-консультантів з 13 країн команда проекту розробила комплексний і детальний інструмент, що складається зі 140 запитань, розділених на 6 категорій, 34 критерії та 85 підкритеріїв для оцінки спроможності країни запобігати та ліквідувати наслідки епідемій [35].

Індекс GHS базується на інформації з відкритих джерел, включаючи інформацію, опубліковану незалежно кожною країною, а також інформацію від міжнародних організацій. Розробники індексу GHS вважають, що такий підхід дозволить громадянам бути поінформованими про можливості та плани своєї країни, а самі країни зможуть вжити ефективних заходів у сфері боротьби з інфекційними захворюваннями та підготуватися до епідемії, розуміючи свої слабкі місця та можливості їх усунення. Розробка напрямів та джерел для фінансування заходів дозволить підвищити національну безпеку сфери охорони здоров'я та глобальну безпеку. Параметри та запитання, які використовуються для розрахунку індексу GHS, спрямовані на аналіз здатності сектору охорони здоров'я забезпечити безпеку національної системи охорони здоров'я в кожній країні, врахувати інші показники та національні фактори ризику [35].

Підсумкові характеристики результативності публічного управління в сфері охорони здоров'я та системи ЕМД, зокрема, за показниками індексу GHS наведені в таблиці 3.1.

Представлені в таблиці 3.1 дані свідчать про важливість продовження процесу імплементації інтегрованої моделі системи ЕМД в сфері публічного управління для забезпечення її подальшого розвитку та досягнення конструктивної

взаємодії, як з управліннями охорони здоров'я, так і з сектором управління надзвичайними ситуаціями. Комплексна оцінка в розрізі індексу GHS формується через систему питань, котрі характеризують не лише спроможність системи публічного управління країни, а й її здатність впроваджувати ефективні, та перевірені заходи, зокрема системи ЕМД, для ліквідації надзвичайних ситуацій.

Таблиця 3.1 - Характеристика результативності публічного управління в сфері охорони здоров'я та системи ЕМД за показниками індексу GHS, 2022 р.

Результати	Висновки
Україна не готова до глобальних катастрофічних біологічних подій небезпечного чи штучно створеного патологічного агенту чи організму.	• отримано бали найнижчого рівня за критеріями, пов'язаними з навмисними ризиками (біозахист); • отримано бали найнижчого рівня за критеріями, пов'язаними з ненавмисними ризиками (біобезпека).
Біозахист та біобезпека є пріоритетними областями безпеки у сфері охорони здоров'я, але координованість дій охоронних відомств та органів безпеки при реагуванні на спалахи захворювань є недостатньою.	• відсутній нагляд за дослідженнями, які можуть мати подвійне призначення; • відсутні дані, які показують, що персонал, який має допуск до небезпечних біологічних матеріалів або токсинів, проходить обов'язкові перевірки благонадійності.
Відсутній моніторинг здатності країни забезпечити безпеку у сфері охорони здоров'я та належне функціонування власної системи реагування за умов виникнення надзвичайних ситуацій в сфері охорони здоров'я	• відсутні навчання для перевірки готовності до біологічних загроз спільно зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у рамках своїх зобов'язань за Міжнародними медико-санітарними правилами (ММСП); • відсутні перевірки функціонування національного центру управління у надзвичайних ситуаціях щонайменше щорічно; • відсутня можливість збирати лабораторні дані регулярно або в реальному часі; • відсутній план розгортання медичних контрзаходів під час надзвичайних ситуацій, що загрожують здоров'ю населення; • наявні проблема із забезпеченням кваліфікованими епідеміологами

Джерело: згруповано автором за даними [35]

Коло запитань слід використовувати не тільки для визначення наявності цієї здатності, але й для оцінки частоти перевірки ефективності вжитих заходів - наприклад, шляхом щорічних навчань або тестів системи ЕМД при настанні надзвичайних ситуацій.

При розрахунку індексу GHS враховується можливість і здатність системи публічного управління для зниження біологічного ризику глобальних катастроф, які можуть завдати великої шкоди населенню та негативно вплинути на розвиток системи ЕМД. Так, в 2022 р. позиція України в загальному рейтингу GHS характеризується 83 місцем з 195 країн-учасників. Значення групових показників індексу GHS України в порівняльному аспекті із середнім значенням індексу, представлені на рисунку 3.6.

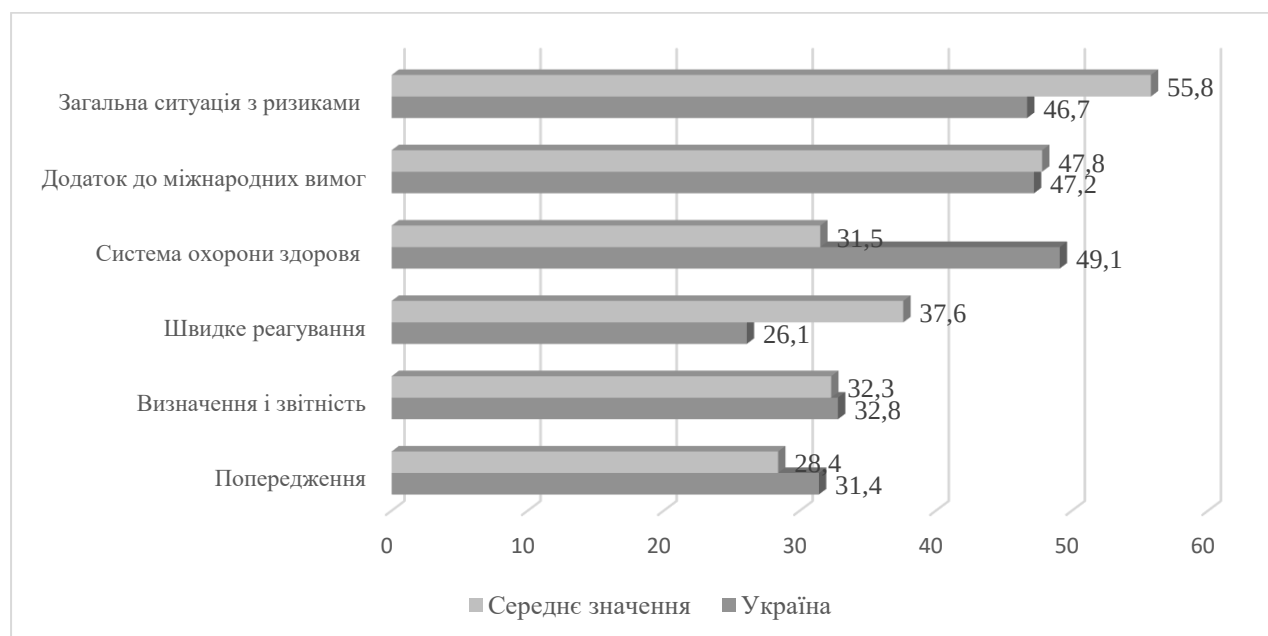


Рисунок 3.6 - Значення групових показників індексу GHS України, 2022 р.
Джерело: [35]

В разі відсутності відповідного відклику національної системи публічного управління на загрози в умовах настання надзвичайних ситуацій можуть дестабілізуватись національні та регіональні рівні, які призведуть до негативних економічних наслідків у світі та значного зростання захворюваності та смертності. В частині оцінки значень показників найбільш проблемною є група показників швидкого реагування, котрі безпосередньо лежать в площині публічного управління системи ЕМД України. Розглянемо динаміку зміну групових показників індексу GHS України в 2022 р. в порівнянні з 2020 р., котрі представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 - Динаміка зміни групових показників індексу GHS (перший блок), Україна, 2020-2022 рр.

Показники	Індикатори Індексу GHS України, 2020	Індикатори Індексу GHS України, 2022	Середнє значення індикаторів Індексу GHS, 2022
<i>ПОПЕРЕДЖЕННЯ</i>	32,8	31,4	28,4
Резистентність до протимікробних препаратів (РПП)	0	8,3	45,3
Зоонозне захворювання	39,5	18,8	19,8
Біозахист	32,0	36,0	18,7
Біобезпека	50,0	50	20,9
Дослідження подвійного призначення та принцип відповідального проведення досліджень	0	0	2,6
Імунізація	75	75	63,3
<i>ВИЗНАЧЕННЯ І ЗВІТНІСТЬ</i>	23,3	32,8	32,3
Лабораторні системи	50,0	87,5	44,9
Виявлення та звітність у режимі реального часу	40,0	46,7	34,7
Епідеміологічні кадри	50,0	50,0	46,5
Обмін даними між фахівцями в галузі здоров'я людини, здоров'я тварин та захисту навколишнього середовища	0	12,5	16,9
<i>ШВИДКЕ РЕАГУВАННЯ</i>	37,7	26,1	37,6
Планування готовності та реагування на надзвичайні ситуації	37,5	37,5	30,4
Виконання планів реагування	0	25,0	21,1
Оперативне реагування на надзвичайні ситуації	0	0	27,0
Координація роботи органів громадської охорони здоров'я та безпеки	0	0	22,1
Інформування про ризики	50,0	50,0	57,9
Доступ до комунікаційної інфраструктури	76,3	69,9	65,7
Обмеження на торгівлю та туризм	100	0	39

Джерело: згруповано автором за даними [35]

Дані, представлені в таблиці 3.2, свідчать про те, що система публічного управління України не повністю готова до епідемій та дій в надзвичайних ситуаціях. До такої загрози недостатньо навіть колективної підготовки міжнародної спільноти.

В Україні бракує інформації про потенціал безпеки та спроможність сектору охорони здоров'я запобігати, виявляти та реагувати на визначені виклики, що негативно впливає на функціонування системи ЕМД. Вразливість до політичних, соціально-економічних та екологічних ризиків, які можуть перешкоджати готовності до стихійних лих і реагування на них, а також недотримання міжнародних вимог мають найбільший негативний вплив. Показник дослідження подвійного призначення має нульове значення, що вказує на важливість розробки втручань, спрямованих на ефективне управління в сфері протимікробної стійкості для підвищення значення цих показників.

Серед позитивних характеристик слід відміти зростання показника виконання планів реагування, котрий з 0 виріс до 25 в 2022 р. Однак залишаються проблеми щодо оперативного реагування на надзвичайні ситуації та координація роботи органів громадської охорони здоров'я та безпеки. Саме дані складники лежать в площині публічного управління системи ЕМД. За умови подальшого впровадження інтегрованої моделі в систему ЕМД буде досягнуто позитивних змін в розрізі досліджуваних показників.

Розглянемо динаміку зміни показників другого блоку індексу GHS України, представлену в таблиці 3.3.

Наведені в таблиці 3.3 дані свідчать про позитивну динаміку значень показників, котрі є найбільш наближеними до середнього значення або перевищують його. В колі проблемних питань слід виділити наступні: медичні контрзаходи та розгортання персоналу; зв'язок із медичними працівниками під час надзвичайної ситуації в галузі громадського здоров'я; транскордонні угоди про реагування на надзвичайні ситуації, що загрожують здоров'ю людей та тварин, що також підтверджує важливість впровадження інтегрованої моделі в системі ЕМД.

Розвиток цифрових трансформацій та імплементація інтегрованої моделі системи ЕМД дозволить удосконалити систему публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню.

Таблиця 3.3 - Динаміка зміни групових показників індексу GHS (другий блок),
Україна, 2020-2022 рр.

Показники	Індикатори Індексу GHS України, 2020	Індикатори Індексу GHS України, 2022	Середнє значення індикаторів Індексу GHS, 2022
СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	32,7	49,1	31,5
Можливості надання медичної допомоги у клініках, лікарнях та місцевих центрах здоров'я	22,0	37,0	30,0
Медичні контрзаходи та розгортання персоналу	0	0	10,3
Доступ до охорони здоров'я	98,6	98,6	55,2
Зв'язок із медичними працівниками під час надзвичайної ситуації в галузі громадського здоров'я	0	0	10,8
Практика інфекційного контролю та наявність обладнання	0	100	40,5
Здатність тестувати та затверджувати нові медичні контрзаходи	75	75	45,14
ДОДАТОК МІЖНАРОДНИХ ВИМОГ	50,9	47,2	47,8
Виконання вимог ММСП до звітності та зниження ризику надзвичайних ситуацій	50	50	58,5
Транскордонні угоди про реагування на надзвичайні ситуації, що загрожують здоров'ю людей та тварин	0	0	50,0
Міжнародні зобов'язання	96,9	100	56,1
СВО та ПВС	25	0	18,7
Фінансування	66,7	66,7	35,2
Зобов'язання обмінюватися генетичними та біологічними даними та зразками	66,7	66,7	68,4
ЗАГАЛЬНА СИТУАЦІЯ З РИЗИКАМИ	44,0	46,7	55,8
Політичні ризики та ризики безпеки	13,1	24,3	58,1
Соціально-економічна стійкість	69	69	60,9
Адекватність інфраструктури	41,7	41,7	50,2
Екологічні ризики	50,6	53,3	54,7
Уразливості системи громадської охорони здоров'я	45,4	45,4	55,3

Джерело: згруповано автором за даними [35]

Прогнозні значення показників індексу GHS України в 2024 р. в розрізі наступних показників (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4 – Прогнозні значення показників індексу GHS України, 2024 р.

Показники	Індикатори Індексу GHS України, 2020	Індикатори Індексу GHS України, 2022	Середнє значення індикаторів Індексу GHS, 2022
Оперативне реагування на надзвичайні ситуації	0	27,0	25,0
Координація роботи органів громадської охорони здоров'я та безпеки	0	22,1	18,90
Медичні контрзаходи та розгортання персоналу	0	10,3	9,80
Зв'язок із медичними працівниками під час надзвичайної ситуації в галузі громадського здоров'я	0	10,8	11,5
Транскордонні угоди про реагування на надзвичайні ситуації, що загрожують здоров'ю людей та тварин	0	50,0	48,7

Джерело: розраховано автором за даними [35]

Досягнення результативності імплементації обґрунтованої цифрової інфраструктура системи ЕМД дозволить структурним підрозділам системи охорони здоров'я безперешкодно спілкуватися з іншими службами, уникнути багатьох бюрократичних правил, пов'язаних з адміністративними витратами, підвищить ефективність взаємодії з системою громадського здоров'я та сектором управління надзвичайними ситуаціями, і як наслідок, забезпечить зростання індикаторів Індексу GHS в 2024 р.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо публічного управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню. Здійснено обґрунтування комплексу теоретичних і концептуальних положень та практичних рекомендацій в сфері публічного управління розвитку системи ЕМД.

Висновки і результати, одержані у процесі наукового дослідження, можуть бути зведені до наступного:

1. Досліджено, що структурні складники концептуальних засад публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню включають (але не обмежуються) розробку та реалізацію плану розподілу ЕМД. Здатність надавати медичну допомогу в кризовій ситуації в основному визначається готовністю лікувальних закладів і служб екстреної медичної допомоги, (наявність лікарняного обладнання, витратних матеріалів, машин швидкої допомоги, персоналу та інших ресурсів) забезпечити належну якість медичного обслуговування. Кризові ситуації в багатьох випадках охоплюють різні території та регіони, вимагаючи від державних органів запровадження різних процедур, таких як забезпечення обміну інформацією між усіма суб'єктами, залученими до ліквідації наслідків стихійних лих, сприяння інтеграції та перерозподілу існуючих (або додаткових) ресурсів на місцевому, регіональному та державному рівнях. Виходячи з наведених складників, реагування здійснюється в розрізі кожного з п'яти компонентів системи екстреної допомоги: система охорони здоров'я, екстрена медична допомога, долікарняна допомога, лікарняна допомога, управління кризовими ситуаціями. Ці елементи є взаємозалежними у своєму внеску в структуру. Вони безпосередньо взаємодіють із центральними, регіональними та місцевими органами влади, що забезпечує додаткові ресурси та гарантує безпеку.

2. Основоположним документом у відповідності до якого здійснюється нормативно-правова регламентація системи надання екстреної медичної допомоги виступає Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-

VI. Окрім даного нормативного акту, частково питання функціонування системи ЕМД регламентовано в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII та Розпорядженні КМУ «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» від 29.01.2020 № 111-р. В рамках виконання представлених нормативних актів, до 2023 р. передбачено завершення трансформаційних процесів системи ЕМД в розрізі всіх регіонів України; оновлення системи кадрового забезпечення, підготовки фахівців та підвищення їх кваліфікації, затверджене Концепцією.

3. Підтверджено, що з метою забезпечення реалізації публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню встановлено єдиний підхід до діяльності інституцій національного та регіонального рівнів. В рамках реалізації дворівневого підходу, в кожній області створено єдину юридичну установу системи ЕМД – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який забезпечує практичну імплементацію державної політики в сфері забезпечення надання ЕМД населенню. Дана інституція надає догоспітальні послуги ЕМД постраждалим і пацієнтам у надзвичайних ситуаціях за звичайних умов або несприятливих наслідків надзвичайних ситуацій на основі консультації за межами зони надзвичайної ситуації або безпосередньо в зоні її дії.

4. Встановлено досягнення позитивної динаміки щодо часткового співвідношення викликів, котрі відповідають нормативам в загальній структурі викликів в 2022 р. в порівнянні з 2021 р. Так, характеристика критичних викликів свідчить про те, що в 2022 р. із дотриманням нормативу було здійснено 42,7% виїздів. В частині аналізу базисних та ланцюгових змін встановлено зменшення на 9,9 в.п. та зростання на 2,4 в.п. відповідно. В частині структурного співвідношення визначено, що показник частки виїздів на критичні виклики по місту з дотриманням нормативу був вищим в порівнянні із середньо-обласним і складав в 2022 р. - 56,6%. В розрізі структурних підрозділів системи ЕМД Сумської області встановлена значна варіативна розбіжність щодо частки виїздів, котрі виконані вчасно. У складі підстанцій, котрі мали найнижчі значення показника виділяють наступні:

Липоводолинська – 25,9%, Білопільська – 31,3%, Краснопільська - 31,5% та Недригайлівська – 32,6%..

5. Досліджено, що згідно з міжнародним досвідом боротьби з наслідками серйозних надзвичайних ситуацій та функціонування системи ЕМД, колективна здатність бригад ЕМШД має забезпечувати надання послуг екстреної медичної допомоги в медичних установах та поза її межами. Проведений аналіз закордонного досвіду публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню свідчить про важливість досягнення системної взаємодії між такими складовими національної системи охорони здоров'я, як громадська безпека, так і безпосередньо система регіонального управління в розрізі обласних департаментів та управлінь охорони здоров'я.

6. Визначено, що в колі проблемних питань моніторингу оцінки системи ЕМД в розрізі індикаторів індексу GHS України 2022 р. лежать наступні: медичні контрзаходи та розгортання персоналу; зв'язок із медичними працівниками під час надзвичайної ситуації в галузі громадського здоров'я; транскордонні угоди про реагування на надзвичайні ситуації. Розвиток цифрових трансформацій та імплементація інтегрованої моделі системи ЕМД дозволить удосконалити систему публічного управління в сфері надання екстреної медичної допомоги населенню та покращить значення показників індексу GHS України в 2024 р.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 5 липня 2012 року № 5081-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 07.10.2023 р.)
2. Бобришева О.В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Економіка»*. 2014. Вип. 8 (2). С. 12–18.
3. Чередник Л. А. Використання електронних інформаційних ресурсів у сфері охорони здоров'я. України. *Інформологія*. 2021. № 2. С. 57-62.
4. Кисельова О. І. Надточій К. О. Система охорони здоров'я: загальний огляд. *Правові горизонти*. 2020 № 25 (38). С 25-33.
5. Дубчак, Л. О. Телемедицина: сучасний стан та перспективи розвитку. *Системи обробки інформації*. 2017. №1. С. 144-146.
6. Жуковська А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Економіка та інноваційний розвиток національного господарства*. 2020. №3-4. С. 19-30.
7. Трансформація охорони здоров'я у 2020 році: основні підсумки та досягнення. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/transformaciya-ohoroni-zdorovya-u-2020-roci-osnovni-pidsumki-438> (дата звернення: 08.10.2023).
8. Бакуменко В.Д., Попов С.А., Вошко І.В. Медична політика держави як об'єкт публічного управління та адміністрування. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. праць*. Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2021. № 1 (59). С. 163-172.
9. Надутий К.А., Лехан В.М., Найда І.В. Обґрунтування концепції безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України. *Український медичний часопис*. 2019. № 1(2). С. 26-28.
10. Вошко І.В. Сучасні засади державної медичної політики: стратегічний підхід. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 326-334.

11. Толстанов О.К., Михальчук В.М., Курило Т.М. Право на екстрену медичну допомогу в Україні та загальні принципи його забезпечення (для підготовки керівників охорони здоров'я). *Сучасні медичні технології*. Запоріжжя, 2015. № 2–3. С. 124–130.

12. Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги: Розпорядження КМУ від 22.05.2019 № 383-р URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-%D1%80#doc_info (дата звернення: 07.09.2023 р.)

13. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 26 січня 1993 року 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.10.2023 р.)

14. Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112: Закон України від 13 березня 2012 року № 4499-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4499-17#Text> (дата звернення: 07.10.2023 р.)

15. Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2020 № 1271 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1119-2012-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.10.2023 р.)

16. Деякі питання організації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.12.2020 № 1359 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1359-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 07.10.2023 р.)

17. Деякі питання реалізації експериментального проекту із здійснення освітніх заходів та проведення оцінки якості знань (компетентностей) працівників системи екстреної медичної допомоги на національному рівні: Постанова Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2021р. № 1181 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1181-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.10.2023 р.)

18. Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф URL: <https://103.sumy.info> (дата звернення: 08.09.2023 р.)
19. Управління охорони здоров'я Сумської ОВА URL: <https://sm.gov.ua/ru/2012-02-03-06-47-56/2-uncategorised/10409-upravlinnya-okhorony-zdorovya.html> (дата звернення: 08.09.2023 р.)
20. Положення про функціональну підсистему медичного захисту населення: Наказ МОЗ від 23.03.2023 № 542 URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0590-23#doc_info (дата звернення: 01.10.2023 р.)
21. Положення про єдину державну систему цивільного захисту: Постановою КМУ від 09.01.2014 р. № 11 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2014-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.10.2023 р.)
22. Надання екстреної медичної допомоги потребує вдосконалення: результати незалежної оцінки якості. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/nadannja-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-potrebue-vdoskonalennja-rezultati-nezaleznoi-ocinki-jakosti> (дата звернення: 02.09.2023 р.)
23. Про затвердження Порядку діяльності спеціальних служб цивільного захисту: Постанова Кабінету Міністрів України від 08.07.2015 № 469 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/469-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 08.09.2023 р.)
24. Constantinides P., Henfridsson O. & Parker GG. (2018). Platforms and Infrastructures in the Digital Age. Information Systems Research, Vol. 29, № 2. pp.1—20. URL: <https://doi.org/10.1287/isre.2018.0794> (дата звернення 24.06.2023).
25. DHS (2017), "Emergency Services Sector," Emergency Services Sector Homeland Security, URL: https://www.dhs.gov/emergency_services_sector (дата звернення 28.07.2023).
26. Digital Government Transformation. The Journey to Government's Digital Transformation. URL: https://www2.deloitte.com/global/en/pages/public_sector/articles/digital_government_transformation.html (дата звернення: 28.09.2023)

27. Inkyung Sung, Taesik Lee (2012). Modeling Requirements for an Emergency Medical Service System Design Evaluator. URL: <https://informatics.sim.org/wsc12papers/includes/files/con379.pdf> (дата звернення 28.07.2023).
28. Lechleuthner A. (2019). Architecture of emergency medical services in Germany. Part I: Integration into the public protection system. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-019-0597-x> (дата звернення 18.06.2023).
29. Atkinson, R. D., Castro, D., Ezell, S., MCquinn, A., & New, J. (2016). A Policymaker's Guide to Digital Infrastructure. Retrieved May 16, 2016 from <https://pdfs.semanticscholar.org/c5f9/5fb0944c5a7e4193ce56b32ca3d7adcf49ec.pdf>. (дата звернення 24.06.2023).
30. Institute of Medicine. (2007). Emergency Medical Services: At the Crossroads. Washington, DC: The National Academies Press.
31. Parker, G. G, & Van Alstyne, M. (2017). Innovation, openness, and platform control. Management Science. 64(7), 3015 – 3022.
32. Public Digital Infrastructure. (2020). URL: <https://www.digital.nsw.gov.au/transformation/public-digital-infrastructure>.
33. Brass P.L.O., Stappearts K.H., Luiten E.I.T., Gruwer I.A. (2017) The Importance of early internal fixation in multiply injured patients to prevent late death due to sepsis. Injury, 18(4): 235–237.
34. Chan R.N., Ainscow D., Sikorski J.M. (2018) Diagnostic failures in the multiple injured. J. Trauma, 20(8): 684–687.
35. Глобальний індекс безпеки здоров'я URL: <https://www.ghsindex.org/> (дата звернення 18.10.2023).
36. Тесленко Ю.М. Публічне управління в сфері забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню. *Сучасні тенденції та перспективи розвитку науки, освіти, технологій і суспільства: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Кременчук, 18 листопада 2022 р.). Кременчук: ЦФЕНД, 2022. С.34-36.

37. Тесленко Ю.М. Оцінка результативності імплементації державної політики щодо забезпечення надання екстреної медичної допомоги. *Mechanisms of Scientific and Technical Potential Development: Proceedings of the 3rd International Scientific and Practical Internet Conference*, 2023. FOP Marenichenko V.V., Dnipro, Ukraine. С. 139-141.

ДОДАТКИ