

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

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь - «Магістр»

**на тему: ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ
КАТАСТРОФ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Виконав:

студентка спеціальності
281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»

Малюх Ганна Володимирівна

Керівник:

Бричко Аліна Михайлівна

к.е.н., доцент,

кафедри публічного управління та адміністрування

Рецензент:

Побідинський Роман Іванович

Завідувач медичної частини №116
Сумської філії ЦОЗ ДКВС України

Суми - 2024

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

Затверджую:

Завідувач кафедри к.е.н., доцент Аліна Бричко
 « _____ » _____ 202_ 4 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Малюх Ганна Володимирівна

1. Тема роботи: Державне управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Сумській області

2. База практичного дослідження:

КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

керівник роботи Бричко Аліна Михайлівна, к.е.н., доцент

затверджена наказом по університету від

«__» _____ 202_ р. № __

3. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи) «12» грудня 2024 р.

4. Вихідні дані до проекту (роботи):

нормативно-законодавчі акти України, навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації, статистична інформація за 2021-2023 роки

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

- обґрунтувати важливість проведення комплексного дослідження державного управління у сфері екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з урахуванням сучасних законодавчих і правових реалій;
- визначити специфіку понять «екстрена медична допомога» та «медицина катастроф» і їх основні характеристики;
- проаналізувати міжнародний досвід функціонування моделей екстреної медичної допомоги;
- дослідити нормативно-правові вимоги, які регулюють діяльність системи екстреної медичної допомоги, зокрема на основі положень Закону України «Про екстрену медичну допомогу»;
- охарактеризувати роботу центрів екстреної медичної допомоги, а також дослідити їхню структуру та органи управління;
- оцінити ефективність існуючих процедур управління екстреною медичною допомогою та медициною катастроф;
- розробити рекомендації для покращення державного управління у сфері розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

6. Дата видачі завдання:

«22» грудня 2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проекту	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач кваліфікаційної роботи, складання плану	Листопад-грудень 2023	виконано
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	Січень 2024	виконано
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу кваліфікаційної роботи	Лютий-квітень 2024	виконано
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	02-31 травня 2024	виконано
5	Оформлення теоретичної частини кваліфікаційної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	Червень 2024	виконано
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	Липень-Серпень 2024	виконано
7	Завершення проектної частини кваліфікаційної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	Вересень 2024	виконано
8	Оновлення даних за 2019, 2020 роки та доопрацювання аналітичного і проектного розділів кваліфікаційної роботи	Жовтень-листопад 2024	виконано
9	Оформлення кваліфікаційної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	Грудень 2024	виконано
10	Перевірка кваліфікаційної роботи на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	01 грудня - 07 грудня 2024	виконано
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	10 грудня 2024	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	18 грудня 2024	виконано

Студент
(підпис)

Ганна МАЛЮХ

Керівник роботи
(підпис)

Аліна БРИЧКО

Перевірку на автентичність проведено

(підпис)

Надія БАРАНІК

Дипломна робота допущена до захисту
(підпис)

Світлана ЛУКАШ

АНОТАЦІЯ

Малюх Г.В. Державне управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Сумській області.

Магістерська робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», ОП «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2024 р. – Рукопис.

Робота присвячена аналізу ефективності діяльності КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», із врахуванням сучасних підходів до організації роботи на догоспітальному етапі. У дослідженні висвітлено основні аспекти функціонування системи екстреної медичної допомоги, зокрема організацію роботи виїзних бригад, укомплектованість персоналу, впровадження нових клінічних протоколів і стандартів, а також якість та оперативність реагування на виклики.

В ході аналізу були розглянуті ключові показники роботи Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, такі як оперативність прибуття на місце виклику, структура та професійна підготовка персоналу, обсяг виконаних виїздів та їх ефективність. Досліджено питання співвідношення екстрених та неекстрених викликів, часу прибуття бригад у міській та сільській місцевостях, а також охоплення послугами різних категорій населення. Зокрема, виявлено тенденцію до зниження кількості викликів, що пояснюється як об'єктивними (демографічними) факторами, так і оптимізацією діяльності Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Окрему увагу приділено аналізу проблемних аспектів, таких як нестача кадрового забезпечення, нерівномірне навантаження на бригади, а також необхідність підвищення рівня професійної підготовки персоналу. Крім того, дослідження вказує на необхідність покращення взаємодії між підстанціями та підвищення рівня технічного оснащення.

Отримані результати свідчать про задовільний рівень функціонування системи екстреної медичної допомоги, проте акцентують увагу на можливості подальшого вдосконалення процесів. Напрацьовані висновки та рекомендації можуть бути використані для підвищення ефективності управління системою, покращення доступності та якості медичних послуг, а також раціоналізації роботи персоналу.

Ключові слова: екстрена медична допомога, догоспітальний етап, бригада екстреної медичної допомоги, якість медичних послуг, організація роботи, кадрове забезпечення.

SUMMARY

Malyukh G.V. State Administration for the Development of Emergency Medical Care and Disaster Medicine in Sumy Region.

Master's thesis in the specialty 281 "Public Management and Administration", EP "Public Management and Administration" SNAU, Sumy 2024 - Manuscript.

The work is devoted to the analysis of the effectiveness of the Sumy Regional Center for Emergency Medical Care and Disaster Medicine, taking into account modern approaches to organizing work at the pre-hospital stage. The study highlights the main aspects of the functioning of the emergency medical care system, in particular, the organization of the work of field teams, staffing, the implementation of new clinical protocols and standards, as well as the quality and efficiency of responding to calls.

During the analysis, key performance indicators of the Sumy Regional Center for Emergency Medical Care and Disaster Medicine were considered, such as the efficiency of arrival at the place of call, the structure and professional training of personnel, the volume of completed calls and their efficiency. The issues of the ratio of emergency and non-emergency calls, the time of arrival of teams in urban and rural areas, as well as the coverage of services by different categories of the population were investigated. In particular, a trend towards a decrease in the number of calls was identified, which is explained by both objective (demographic) factors and the optimization of the Center's activities.

Particular attention is paid to the analysis of problematic aspects, such as the lack of staffing, uneven workload on teams, as well as the need to increase the level of professional training of personnel. In addition, the study indicates the need to improve interaction between substations and increase the level of technical equipment.

The results obtained indicate a satisfactory level of functioning of the emergency medical care system, but emphasize the possibility of further improving processes. The conclusions and recommendations developed can be used to increase the efficiency of system management, improve the availability and quality of medical services, as well as rationalize the work of personnel.

Keywords: emergency medical care, prehospital stage, emergency medical care team, quality of medical services, work organization, staffing.

ЗМІСТ

ВСТУП		7
РОЗДІЛ 1	ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ	10
РОЗДІЛ 2	АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ ПРАКТИКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ	20
2.1	Характеристика діяльності державного управління екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	20
2.2	Аналіз структури і органів управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	24
2.3	Оцінка діючих процедур управління екстреною медичною допомогою та медициною катастроф та їх результативність	28
РОЗДІЛ 3	УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	38
3.1	Основні напрямки удосконалення управління організації розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	38
3.2	Пропозиції щодо забезпечення ефективної реалізації державного управління організації розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	46
ВИСНОВКИ		59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		61
ДОДАТОК А Копії публікацій		63

ВСТУП

Відповідно до сучасних стандартів, екстрена медична допомога має бути доступною кожній людині в будь-який час, коли вона необхідна. Своєчасно організована та якісна допомога сприяє зниженню смертності, скороченню тривалості та важкості перебігу раптових хвороб і травм, а також полегшенню страждань пацієнтів. У зв'язку з цим в Україні назріла нагальна потреба у впровадженні сучасної моделі управління розвитком екстреної медичної допомоги шляхом реформування та адаптації до європейських стандартів.

Теоретичним підґрунтям магістерського дослідження з питань державного управління розвитком екстреної медичної допомоги слугують наукові праці Сассер С. [15], Сиви А.М. [16], Федак Б.С., Забашти В.Ф., Салдан Г.М., Загуровського В.М. [17], Білинської М.М. [1], та інших дослідників. Результати їхніх робіт забезпечують міцну основу для теоретичного та прикладного аналізу. Водночас, у контексті екстреної медичної допомоги ці напрацювання залишаються предметом дискусій і вимагають подальшого дослідження та вдосконалення. Недостатнє наукове опрацювання питань управління розвитком екстреної медичної допомоги, а також недоліки в механізмах її публічного адміністрування зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи.

Метою роботи є аналіз теоретичних та практичних аспектів державного управління у сфері розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Для досягнення цієї мети заплановано виконання таких завдань:

- обґрунтувати важливість проведення комплексного дослідження державного управління у сфері екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з урахуванням сучасних законодавчих і правових реалій;
- визначити специфіку понять «екстрена медична допомога» та «медицина катастроф» і їх основні характеристики;
- проаналізувати міжнародний досвід функціонування моделей екстреної медичної допомоги;

- дослідити нормативно-правові вимоги, які регулюють діяльність системи екстреної медичної допомоги, зокрема на основі положень Закону України «Про екстрену медичну допомогу»;
- охарактеризувати роботу центрів екстреної медичної допомоги, а також дослідити їхню структуру та органи управління;
- оцінити ефективність існуючих процедур управління екстреною медичною допомогою та медициною катастроф;
- розробити рекомендації для покращення державного управління у сфері розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Об'єктом дослідження є державне управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Предметом дослідження є процес побудови та імплементації управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Житомирській області.

Методи дослідження: Методологічною основою дослідження є різні наукові методи, що використовувалися з метою забезпечення об'єктивності, достовірності знань, вирішення поставленої мети, обґрунтованості зроблених висновків та рекомендацій, зокрема: діалектичний – для оцінки теоретичних результатів та нормативних положень щодо екстреної медичної допомоги; структурно-функціональний – для дослідження особливостей організації екстреної медичної допомоги, взаємодії суб'єктів надання екстреної медичної допомоги з іншими суб'єктами публічного адміністрування; порівняльно- правовий – для порівняння екстреної медичної допомоги в Україні та в іноземних державах; структурно-логічний, статистичний та документальний аналіз – для аналізу екстреної медичної допомоги; моделювання – для розробки пропозицій стосовно вдосконалення державного управління розвитком екстреної медичної допомоги в Сумській області; статистичний – для проведення аналізу та узагальнення емпіричної інформації.

Практичне значення результатів дослідження полягає в узагальненні основ управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;

апробації діагностики процесу управління розвитком екстреної медичної допомоги; розроблені рекомендацій щодо впровадження моделі управління розвитком екстреної медицини та медицини катастроф в Сумській області.

Апробація результатів. Результати дослідження, що містяться в кваліфікаційній роботі магістра, є незалежними розробками та пропозиціями автора. Дослідження удосконалення державного управління у сфері розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, відображені у наукових працях, що має відношення до дослідження.

Публікації. 1. Малюх Г.В. Теоретичні засади державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф *Управління розвитком соціально-економічних систем в умовах війни російської федерації проти України : матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (м. Полтава, 13 лютого 2024 року).* – Полтава : ПУЕТ, 2024. – С. 413-415.

2. Малюх Г.В. Шляхи удосконалення державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф *Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції "Модернізація економіки: сучасні реалії, прогностні сценарії та перспективи розвитку" 18-19 квітня 2024 року.* м. Херсон – м. Хмельницький. 2024 – С. 279-281.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку літератури, яка складає 20 найменувань, додатків. Основний текст розміщений на 60 сторінках комп'ютерного тексту, робота містить 12 таблиць, 5 рисунків, додатки.

РОЗДІЛ 1

ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Екстрена медична допомога спрямована передусім на порятунок життя пацієнтів та надання невідкладної допомоги у випадках, які становлять загрозу для життя (травми, дорожньо-транспортні пригоди, гострі захворювання, такі як інфаркт міокарда, раптова зупинка серця, внутрішні кровотечі тощо). Екстрена медична допомога - це комплекс невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, які виконуються працівниками системи екстреної медичної допомоги з метою збереження життя людини в критичних станах і зменшення їх негативного впливу на здоров'я.

Система екстреної медичної допомоги в Україні діє на безоплатній основі, забезпечуючи допомогу пацієнтам у невідкладних станах, а також постраждалим під час нещасних випадків із значною кількістю потерпілих. Основною структурною одиницею станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги чи центрів екстреної медичної допомоги є бригада екстреної допомоги, яка виконує завдання з надання допомоги на місці події та під час транспортування пацієнта до медичного закладу. Виклик екстреної медичної допомоги доступний для кожного громадянина України, а також для інших осіб, які перебувають на її території. У 2024 році реформування системи екстреної медичної допомоги триватиме, зокрема через покращення матеріально-технічного забезпечення, модернізацію підходів до підготовки медичних працівників та підвищення кваліфікації водіїв, залучених до роботи в системі екстреної медичної допомоги.

Швидка допомога не займається виписуванням рецептів чи проведенням детальних діагностичних обстежень. У системі охорони здоров'я медичне обслуговування зазвичай поділяється на два типи. Перший – планова допомога (або допомога сімейного лікаря), яка передбачає попередньо узгоджені консультації

лікаря з пацієнтом. Така допомога надається особам із захворюваннями, які не становлять загрози для життя. Другий тип – невідкладна допомога, яка необхідна пацієнтам, стан яких потребує негайного втручання.

Лупина О.М. визначає екстрену медичну допомогу як процес, що включає організаційні, діагностичні та лікувальні заходи для надання своєчасної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим у невідкладному стані на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах. Проте це визначення виглядає неповним, оскільки не вказано, які саме суб'єкти повинні здійснювати ці заходи для надання допомоги постраждалим [9].

Є варіанти трактування екстреної медичної допомоги як необхідність термінової доставки пацієнта до медичного закладу, коли є показання для госпіталізації або загроза для життя. Однак, на наш погляд, це визначення обмежує права людини на отримання екстреної медичної допомоги, оскільки доставка до медичного закладу без належної медичної допомоги на місці може призвести до фатальних наслідків.

Ковригіна В.Є. стверджує, що обмеження надання медичної допомоги лише медичними закладами є недоцільним, оскільки допомога може надаватися й поза межами цих установ. Вчена пропонує визначати екстрену медичну допомогу як одну з форм швидкої медичної допомоги, що включає проведення кваліфікованими працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на збереження життя людини. Ця допомога надається при раптових гострих і хронічних захворюваннях, а також інших станах, що загрожують життю пацієнта, з метою попередження або мінімізації негативних наслідків [14].

Основними характеристиками екстреної медичної допомоги є такі:

1. екстрена медична допомога є однією з форм медичної допомоги;
2. надання екстреної медичної допомоги здійснюють як медичні, так і немедичні працівники, перелік яких визначено в частині першій статті 11 Закону України «Про екстрену медичну допомогу»;

3. екстрена медична допомога полягає в реалізації відповідних організаційних, діагностичних і лікувальних заходів згідно з законодавством;
4. основною метою надання такої допомоги є порятунок та збереження життя пацієнта у критичному стані, а також мінімізація шкоди для його здоров'я;
5. надання екстреної медичної допомоги здійснюється на місці події та в медичних установах і їх підрозділах, що відповідають за організацію та надання такої допомоги.

Отже, екстрена медична допомога – це амбулаторна служба, яка забезпечує первинну діагностику та лікування критичних станів, травм чи отруєнь, що загрожують життю. У разі потреби здійснюється транспортування пацієнта до лікувального закладу, зокрема у відділення невідкладної допомоги.

У разі виникнення серйозних інцидентів, природних катастроф або інших надзвичайних ситуацій, медичну допомогу зазвичай надають фахівці з невідкладної медицини. Проте відмінність між звичайною невідкладною медичною допомогою і допомогою в умовах надзвичайних ситуацій (медициною катастроф) полягає не лише в ступені складності обставин. Катастрофа визначається як ситуація, коли існує суттєвий дисбаланс між потребою у медичній допомозі та доступними ресурсами, що виходить за межі можливостей стандартної невідкладної медицини.

У зв'язку з цим лікарі, які працюють у сфері екстреної допомоги, повинні проходити спеціальну підготовку для роботи в умовах катастроф. Медицина катастроф фокусується на вивченні епідеміологічних аспектів, управлінні масштабними інцидентами та участі у ліквідації їх наслідків. Термін «медицина катастроф» почав активно використовуватися відносно недавно, проте рівень обізнаності як серед громадськості, так і серед медичних працівників щодо ключових понять і термінів, які регулюють діяльність служби медицини катастроф, залишається недостатнім [5].

Відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» передбачено створення єдиної системи екстреної медичної допомоги шляхом

реорганізації всіх підрозділів швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, а також їх об'єднання в єдину ефективну оперативно-диспетчерську службу.

Постанова № 1359 регламентує порядок роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Згідно з цим документом, ключові завдання центральної оперативно-диспетчерської служби включають:

- прийом і обробку звернень щодо екстреної медичної допомоги, а також супровід роботи бригад на догоспітальному етапі;
- надання консультативної допомоги в режимі 24/7 із використанням телемедичних технологій;
- створення і ведення бази даних про процес надання екстреної медичної допомоги;
- моніторинг якості обробки викликів та організації екстреної медичної допомоги;
- оперативне реагування і контроль роботи всіх складових системи екстреної медичної допомоги.

Центр функціонує з однією постійною центральною оперативно-диспетчерською службою, яка забезпечує ведення документообігу виключно в електронному форматі. Робочі місця диспетчерів оснащені автоматизованими системами. Для забезпечення стабільної роботи з обробки звернень центри мають можливість створити резервну оперативно-диспетчерську службу. Вона активується у разі виникнення збоїв в роботі основної служби.

Центр екстреної медицини та медицини катастроф виконує такі функції:

- ✓ прийом екстрених медичних викликів;
- ✓ формування, обробка та передача інформації щодо викликів;
- ✓ координація роботи бригад екстреної медичної допомоги та медичних закладів для забезпечення невідкладної допомоги;
- ✓ взаємодія з органами державної та місцевої влади, а також з установами, підприємствами й організаціями;
- ✓ надання амбулаторного лікування;

- ✓ ведення статистичного обліку та звітності;
- ✓ планування та визначення кількості постійних і тимчасових баз для розміщення бригад екстреної допомоги, щоб забезпечити своєчасне реагування на виклики. Усі ці дії здійснюються відповідно до норм Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [10].

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1119, встановлено, що персонал швидкої медичної допомоги повинен прибувати на місце події у випадках, які належать до надзвичайних ситуацій, протягом 10 хвилин у межах міста та протягом 20 хвилин у сільській місцевості. Час відліковується з моменту отримання виклику диспетчерською службою Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Крім того, передбачено класифікацію викликів на термінові та нетермінові залежно від стану здоров'я пацієнта.

На сьогоднішній день глобальна система екстреної медичної допомоги досягла такого рівня розвитку, що здатна значно впливати на ефективність загальної системи охорони здоров'я у світі. Відповідно до визначення ВООЗ, системи екстреної медичної допомоги є невід'ємним елементом будь-якої ефективної та функціональної медичної системи [11]. Екстрена медична допомога виступає початковою ланкою в наданні медичних послуг для більшості пацієнтів під час надзвичайних ситуацій або травм, що загрожують життю та здоров'ю. Вона забезпечує перший етап доступу до вторинної та третинної медичної допомоги (рис. 1.1).

Догоспітальна допомога спрямована на надання медичної допомоги безпосередньо на місці аварії чи гострої хвороби. Ця система являє собою комплекс, що охоплює різні елементи: від пунктів екстреної допомоги до диспетчерських служб, які приймають виклики та за необхідності направляють мобільні бригади екстреної медичної допомоги [4]. У багатьох розвинених країнах система екстреної допомоги, яка гарантує безперервну готовність до надзвичайних ситуацій, успішно функціонує протягом багатьох років. Для України вкрай важливо врахувати найкращий міжнародний досвід реформування екстреної медичної допомоги з метою створення ефективної системи.

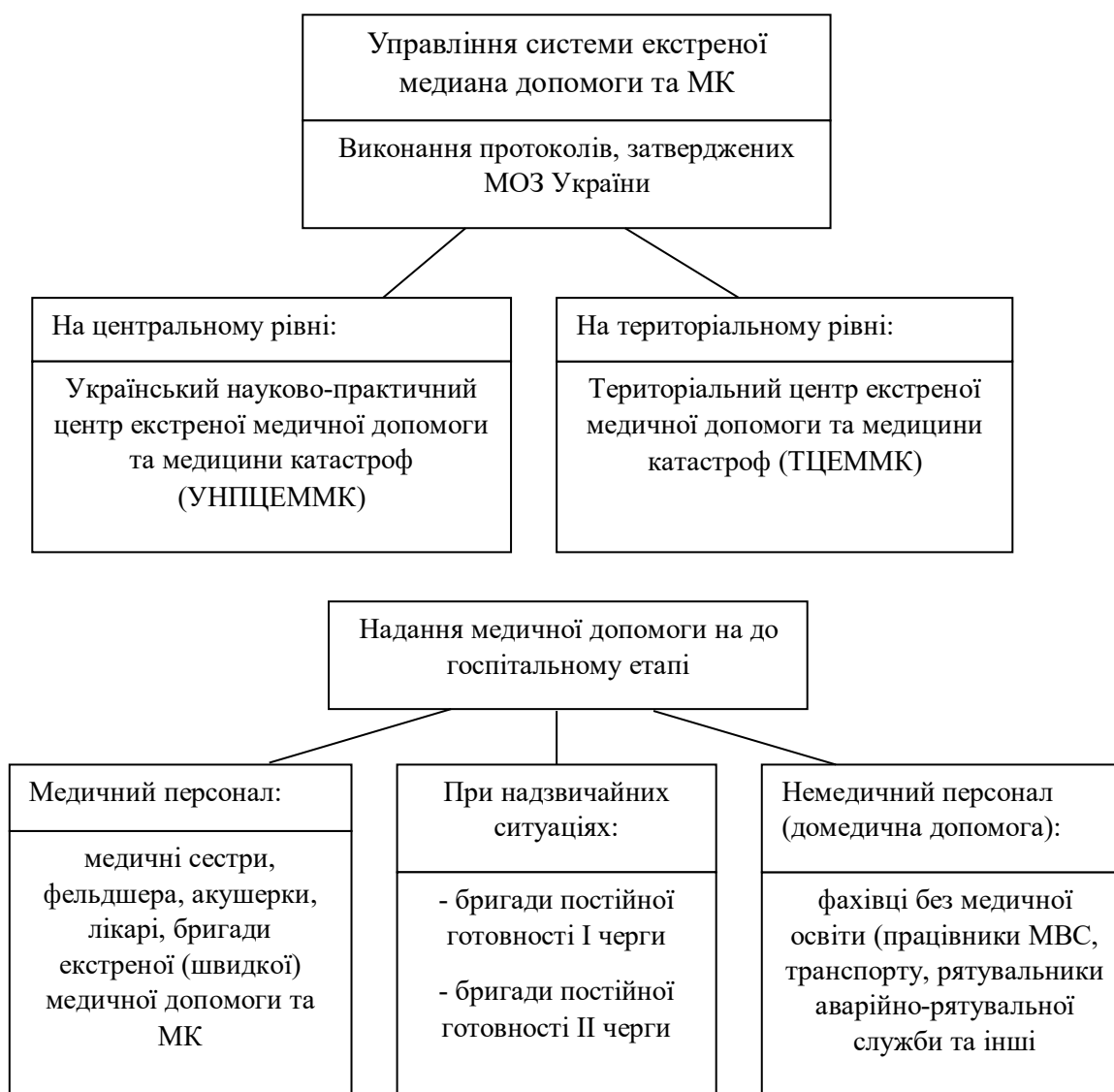


Рисунок 1.1 – Схема управління та надання медичної допомоги системою екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Джерело: розроблено автором на основі [2, 12]

На сьогодні існують дві основні моделі системи екстреної медичної допомоги у світі. Перша модель передбачає, що екстрена медицина є самостійною спеціалізацією, і успішно функціонує в таких країнах, як США, Канада, Австралія та Великобританія. В Європі, окрім Великобританії, екстреної медичної допомоги є окремою системою в Ірландії, Ісландії, Польщі, Чехії, Угорщині, Болгарії, Естонії, Румунії та Туреччині. Є ймовірність, що незабаром ця модель буде впроваджена в Швеції, Італії та Іспанії [8, 13].

Друга модель полягає в тому, що екстрена медицина є додатковою спеціальністю, для освоєння якої необхідно пройти 2 роки спеціалізації після базової медичної освіти (6 років) та початкової професійної підготовки (3-5 років). Ця система діє в таких країнах, як Австрія, Швейцарія, Німеччина, Франція, Нідерланди, Данія, Фінляндія, Норвегія, Бельгія та Португалія. Однак, одним з недоліків цієї моделі є те, що кожен лікар надає невідкладну допомогу в межах своєї основної спеціальності [18].

У США існує успішна практика навчання суб'єктів надання екстреної медичної допомоги. Щорічно Червоний Хрест США навчає близько 8,5 мільйонів осіб навичкам надання першої допомоги. У цьому процесі активно залучаються більшість професійних об'єднань лікарів. Провідні клінічні журнали мають спеціальні розділи для населення, де публікується важлива інформація. В Україні ж, на жаль, немає органу, який би цілеспрямовано та систематично працював над формуванням культури безпеки життєдіяльності серед громадян і регулярно проводив безкоштовне навчання. Водночас прості та малозатратні заходи щодо надання само- і взаємодопомоги, як важливий елемент у загальній системі екстреної медичної допомоги, можуть врятувати життя тисячам людей та значно підвищити ефективність медичних технологій [3].

Для реформування системи екстреної медичної допомоги в Україні слід взяти за основу досвід розвинених країн з високим рівнем економіки та ефективною системою охорони здоров'я. Наприклад, в Сполучених Штатах Америки діюча система екстреної медичної допомоги демонструє високий рівень обізнаності населення щодо необхідних дій у разі надання такої допомоги та чітке розмежування критеріїв для виклику екстреної медичної допомоги.

За останні роки частка екстреної медицини значно збільшилася, і концепція екстреної медицини як окремої професії набуває популярності в Європі. Європейське товариство екстреної медицини було засноване десять років тому, а статус цієї дисципліни підтверджується маніфестом Європейського товариства екстреної медицини [7]. Також була розроблена європейська навчальна програма з надання екстреної допомоги. Наразі ведуться переговори з Європейською

організацією медичних асоціацій щодо створення Європейської секції екстреної медицини. Євродирективи рекомендують мінімум 5 років практики екстреної медичної допомоги, з яких не менше 3 років мають бути проведені в відділенні невідкладної допомоги.

Проблеми в системі екстреної медичної допомоги включають значну нерівність між європейськими країнами, що ускладнює гармонізацію цієї системи на континенті. Зростає навантаження на відділення невідкладної допомоги, що спричиняє дефіцит ліжок у лікарнях та нестачу медичного персоналу. Незважаючи на це, існує велика потреба в кваліфікованих фахівцях. Лікарі екстреної медицини працюють у двох основних умовах: в автомобілях швидкої допомоги та в відділеннях невідкладної допомоги. Лікарі, які пройшли спеціалізовану підготовку з надання допомоги пацієнтам в екстрених ситуаціях і володіють навичками інтенсивної терапії, транспортування та догоспітального лікування, можуть виконувати реанімаційні процедури. Проте варто зазначити, що лікарі, які працюють у відділеннях невідкладної допомоги, також можуть мати досвід роботи як реаніматологи.

Оцінка потреби у фахівцях для лікарень показує, що для забезпечення необхідної кількості лікарів у лікарнях необхідно близько 80-100 спеціалістів (приблизно 0,7 лікаря на 10 000 осіб). Для швидкої допомоги потрібно буде забезпечити роботу 70-80 лікарів (приблизно 0,6 лікаря на 10 000 осіб). Скорочення числа лікарів у швидких допомогах вимагає збільшення кількості медичних працівників у відділеннях невідкладної допомоги, оскільки зростає кількість пацієнтів у критичних станах, що потребують термінової госпіталізації.

Оскільки кількість державних фінансованих місць для підготовки лікарів екстреної медицини обмежена (приблизно 5 місць на 10000 осіб на рік), підготовка необхідної кількості лікарів швидкої допомоги може зайняти 25-30 років. Для покращення ситуації в підготовці кадрів необхідно впровадити курси перепідготовки тривалістю не менше 6 місяців для лікарів з попереднім досвідом роботи в екстреній медичній допомозі (наприклад, лікарі загальної практики або фахівці, які працювали у відділеннях швидкої допомоги).

Система екстреної медичної допомоги в Україні повинна бути орієнтована на суспільство, зосереджуючись на порятунку життя та здоров'я людей у надзвичайних ситуаціях. Така мета закріплена в Законі України «Про екстрену медичну допомогу». Перетворення цієї системи в Україні є складним і тривалим процесом.

Впровадження змін вимагає не лише структурних коригувань, але й зміни психології та розуміння завдань, що стоять перед службою екстреної медичної допомоги, а також усвідомлення важливості створення цієї необхідної складової системи охорони здоров'я. Виконання положень українського Закону про екстрену медичну допомогу є початком змін, які призведуть до того, що система екстреної медичної допомоги в Україні отримає функціональність, схожу з європейськими стандартами.

Діяльність системи екстреної медичної допомоги в Україні регулюється низкою нормативних актів, серед яких:

- Закон України «Про екстрену медичну допомогу»;
- постанова КМУ «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» від 16.12.2020р. № 1271
- постанова КМУ «Деякі питання реалізації експериментального проекту із здійснення освітніх заходів та проведення оцінки якості знань (компетентностей) працівників системи екстреної медичної допомоги на національному рівні» від 03 листопада 2021р. № 1181
- постанова КМУ «Деякі питання організації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» від 28.12.2020р. № 1359
- постанова КМУ «Деякі питання виконання функцій медицини катастроф» від 09.06. 2023р. № 586
- наказ МОЗ «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом» від 15.06.2023р. № 1091
- наказ МОЗ «Про затвердження Правил виклику бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та Порядку транспортування пацієнтів

(постраждалих) бригадами екстреної (швидкої) медичної у заклади охорони здоров'я» від 26.03.2021р. № 583

- наказ МОЗ «Про затвердження Єдиного класифікатора попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги» від 05.11.2020р. № 2524
- наказ МОЗ «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» від 05.06.2019р. № 1269
- наказ МОЗ «Про затвердження Правил виклику бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та Порядку транспортування пацієнтів (постраждалих) бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги у заклади охорони здоров'я» від 26.03.2021р. року № 583
- наказ МОЗ «Про затвердження Регламенту щодо проведення йодної профілактики у разі виникнення радіаційної аварії» від 09.03.2023р. № 408.

Таким чином, екстрена медична допомога зазвичай пов'язана з надзвичайними ситуаціями та критичними станами, в яких опиняється постраждала особа. Не кожна людина здатна спокійно сприймати критичну ситуацію, зберігати спокій під час контакту з кров'ю та стражданнями іншої людини. Водночас, надання екстреної медичної допомоги немедичними працівниками не замінює кваліфіковану медичну допомогу, і повинно обмежуватися лише тимчасовими заходами до прибуття лікаря. Належне законодавче врегулювання цієї сфери, з урахуванням вищезазначених рекомендацій, включаючи зміни та доповнення до Основ законодавства України про охорону здоров'я та Закону України «Про екстрену медичну допомогу», які включені в проект Медичного кодексу України, сприятиме не лише вдосконаленню законодавства, але й підвищенню ефективності врятування та збереження життя людей у критичних станах.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ ПРАКТИКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

2.1 Характеристика діяльності державного управління екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

КНП СОР «Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» є провідним медичним закладом, що надає екстрену медичну допомогу на території Сумської області. Заклад був створений та зареєстрований 28 грудня 2012 року відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», який передбачав створення єдиної системи екстреної медичної допомоги шляхом реорганізації існуючих служб швидкої медичної допомоги та медицини катастроф і їхнього об'єднання в єдину оперативно-диспетчерську службу. Сумський центр екстреної медичної допомоги об'єднує 5 станцій, 14 підстанцій і 37 пунктів постійного базування бригад, що функціонують на базі сільських медичних закладів. У Центрі працює 1240 співробітників. На початкових етапах становлення нової структури відбувався добір кадрів, підготовка документації, а керівництво змінювалося кілька разів. Кожен із директорів зробив свій внесок у розвиток закладу.

Попри численні виклики, за цей період було модернізовано адміністративну будівлю, зокрема збудовано четвертий корпус, облаштовано гараж для 26 санітарних автомобілів та ремонтну зону. Створено сучасну оперативно-диспетчерську службу, яка приймає виклики з усієї області, використовуючи передові технології. Введено в експлуатацію телеметричний консультативний кабінет «Юнет» для віддаленої діагностики ЕКГ, організовано цех із пошиття медичного одягу. Реконструкції та ремонти охопили майже всі підрозділи Центру, а автопарк значно оновлено сучасними автомобілями швидкої допомоги. Завдяки

цим змінам працівники служби «103» отримали покращені умови для виконання своїх обов'язків.

У Сумському обласному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф успішно функціонує один із найкращих в Україні навчально-тренувальних відділів. Його інструктори, які є досвідченими лікарями та фельдшерами, регулярно проходять навчання та здобувають міжнародні сертифікати. Завдяки їхній професійній підтримці команди Центру протягом останніх років стабільно займають призові місця на престижних всеукраїнських і міжнародних змаганнях бригад ЕМД/ШМД «Медичні ралі».

З 24 лютого 2022 року працівники Центру, як і вся країна, працюють у складних умовах воєнного часу, гідно виконуючи свою місію на медичному фронті. За мужність і відвагу багато медиків та водіїв були удостоєні високих державних нагород України. Кожен із них є справжнім героєм. Під час виконання викликів члени бригад ЕМД/ШМД демонстрували надзвичайну сміливість і професіоналізм: долаючи кілька ворожих блокпостів, часто під обстрілами, вони стабілізували стан важкопоранених і транспортували їх до лікарень. Найвищою нагородою для цих фахівців залишаються врятовані людські життя.

Екстрену медичну допомогу мешканцям та гостям області надають 105 бригад, що щодня здійснюють від 700 до 800 виїздів до пацієнтів з важкими травмами, отруєннями, кровотечами, гострими хірургічними захворюваннями, ускладненнями вагітності, інфарктами, інсультами та іншими невідкладними станами.

Основні напрямки розвитку системи екстреної медичної допомоги включають:

- стимулювання мотивації персоналу до тривалої роботи в системі екстреної медичної допомоги шляхом створення умов для ефективного перенавчання;
- суттєве покращення матеріально-технічної бази для зміцнення можливостей системи екстреної медичної допомоги;

- впровадження програмного продукту «екстрена допомога в смартфоні» для покращення взаємодії в межах ОДС та з громадянами, включаючи інклюзивну політику для осіб з порушеннями слуху, мови та зору;

- оновлення медичних настанов та протоколів надання допомоги;
- покращення управлінської ефективності та взаємодії в системі.

Оперативно-диспетчерське управління здійснює реєстрацію та обробку викликів, розподіляючи їх на екстрені та неекстрені. Сучасна автоматизована інформаційно-диспетчерська система «Швидка медична допомога», заснована на ІТ-технологіях, забезпечує автоматизацію процесів прийому викликів, аналіз викликів за територіальними ознаками, управління виїздами бригад, моніторинг роботи структурних підрозділів, інформування про місця госпіталізації пацієнтів та автоматичну обробку статистичних даних для формування звітності.

У штаті оперативно-диспетчерської служби визначені диспетчери за декількома напрямками:

Таблиця 2.1 - Штат оперативно-диспетчерської служби

Визначені диспетчери ОДС	Функції
Диспетчер прийому викликів	Прийом викликів та внесення відповідної інформації до електронної форми первинної медичної облікової документації; передача інформації про виклик диспетчеру напрямку; інформаційно-консультативна підтримка населення
Диспетчер напрямку	Прийом викликів від диспетчера прийому викликів та визначення бригади для обслуговування виклику; інформаційний супровід та координація дій бригади на всіх етапах надання екстреної медичної допомоги, залучення до обслуговування виклику додаткових бригад; координація дій бригад ЕМД з іншими екстреними службами

Джерело: розробка автора

Відповідно до постанови КМУ № 586, службі екстреної медичної допомоги делеговано частину завдань, які раніше виконувала служба медицини катастроф, зокрема щодо надання безоплатної медичної допомоги постраждалим унаслідок надзвичайних ситуацій техногенного чи природного характеру.

Для виконання завдань медицини катастроф визначено такі рівні суб'єктів:

- національний рівень – залучається Міністерством охорони здоров'я для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій на національному рівні, а за необхідності – і на інших рівнях.
- регіональний рівень – діє у разі надзвичайних ситуацій регіонального, місцевого або об'єктового рівня.
- об'єктовий рівень – застосовується для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій на місцевому чи об'єктовому рівні.

Для надання допомоги постраждалим у складі Центру ЕМД та медицини катастроф, уповноважених закладів або медичних установ, залучених службою медицини катастроф, формуються спеціалізовані команди. До їх складу входять як медичні працівники, так і представники інших професій.

Центри ЕМД та медицини катастроф залучають до складу таких команд щонайменше 10% свого персоналу, як медичного, так і немедичного.

Таблиця 2.2 – Типи команд Центрів ЕМД та медицини катастроф

Тип команд медицини катастроф	Завдання
Мобільні команди I типу	Надають екстрену медичну допомогу постраждалим на місці події, здійснюють евакуацію постраждалих. Команди I типу забезпечені транспортними засобами медицини катастроф
Мобільні команди II типу	Надають екстрену медичну допомогу постраждалим за місцем проживання чи перебування; здатні надавати таку допомогу не більше ніж 100 постраждалим впродовж дня
Мобільні команди III типу	Надають екстрену медичну допомогу постраждалим за місцем проживання чи перебування; здатні надавати таку допомогу понад 100 постраждалим впродовж дня; для їх розміщення використовують намети чи стаціонарні будівлі
Команди МК IV типу	Надають цілодобову медичну допомогу постраждалим. Працюють на базі мобільного госпіталю чи лікувального закладу де розгортають щонайменше 20 ліжкомісць. За добу такі команди мають проводити понад сім великих чи 15 малих оперативних втручань
Команди МК V типу	Надають цілодобову медичну допомогу постраждалим. Працюють на базі мобільного госпіталю чи лікувального закладу де розгортають щонайменше 40 ліжкомісць та чотирьох ліжок інтенсивної терапії. За добу такі команди мають проводити понад 15 великих чи 30 малих оперативних втручань
Команди МК VI типу	Різносторонні команди відповідно до спеціалізації, які долучаються до команд IV та V типів чи закладів охорони здоров'я в разі потреби надання спеціалізованої медичної допомоги

Джерело: розробка автора

Залежно від складності випадку такі мобільні бригади будуть залучатись в найкоротші терміни. Працівники бригад медицини катастроф проходять навчання та атестацію щодо відповідності фахового рівня підготовки та стану здоров'я. Відповідну атестацію проводить комісія МОЗ України. Уповноважений заклад охорони здоров'я організовує дистанційне консультування стосовно надання медичної допомоги постраждалим. В разі потреби залучають медичних працівників інших закладів охорони здоров'я.

Госпіталізація пацієнтів бригадами екстреної медичної допомоги відбувається у медичні заклади Сумської області. Щорічно за екстреними показаннями госпіталізується понад 40 тисяч осіб. Санітарний транспорт для Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф забезпечується власними силами. Автомобілі відповідають вимогам національних стандартів і оснащені медичним обладнанням, необхідними лікарськими засобами та медичними виробами. Персонал закладу зосереджує свої зусилля на наданні високоякісної та своєчасної екстреної медичної допомоги, беручи на себе відповідальність за здоров'я та життя громадян 24/7.

2.2 Аналіз структури і органів управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є комунальним некомерційним медичним закладом, що відповідає за надання екстреної медичної допомоги пацієнтам та постраждалим у невідкладних станах на території Сумської області, включаючи звичайні умови, особливий період або під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Основною метою діяльності Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є надання високоякісної екстреної медичної допомоги населенню області при різноманітних невідкладних станах.

До пріоритетних завдань для покращення роботи підприємства належать:

- Надання своєчасної та висококваліфікованої екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі.
- Зміна алгоритму категоризації викликів, зокрема вдосконалення роботи диспетчерської служби для швидкого реагування на виклики.
- Скорочення кількості непрофільних викликів для бригад екстреної медичної допомоги шляхом інтеграції АІДС «Швидка медична допомога» з ЦПМСД (сімейними лікарями та черговими кабінетами).
- Організація системного підходу до надання медичної допомоги при невідкладних станах, таких як ДТП, травми, отруєння, інфаркти, інсульты, шляхом оперативного інформування про госпіталізацію.
- Перехід на електронні обліково-статистичні форми для зменшення використання паперових носіїв.
- Впровадження сучасних методів управління якістю і безпекою надання екстреної медичної допомоги, використання актуальних протоколів і медикаментів.
- Створення системи безперервного професійного розвитку для медичних працівників із подальшим контролем їх теоретичних знань та практичних навичок в рамках навчально-тренувального відділу.
- Забезпечення надання екстреної медичної допомоги за міжнародними стандартами, що гарантують доступність, рівність та прозорість медичних послуг.
- Забезпечення оперативного та ефективного реагування на надзвичайні ситуації та ліквідацію їх наслідків.
- Привернення фінансових ресурсів для розвитку та утримання установи.
- Оновлення та модернізація матеріально-технічної бази для створення комфортних умов праці для співробітників і зручного перебування відвідувачів.
- Своєчасне забезпечення персоналу спеціальним одягом і взуттям.

Структура Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф включає управлінський склад (директора, медичного директора, заступників, головного бухгалтера), підстанції, відділення медицини катастроф та оперативно-диспетчерську службу. Реформа системи екстреної

медичної допомоги не передбачає скорочення кількості працівників на місцях або зменшення чисельності виїзних бригад, а має на меті оптимізацію управлінського та допоміжного персоналу через централізацію частини функцій в єдиній регіональній структурі.

У 2023 році екстрену медичну допомогу надавало 105 виїзних бригад, серед яких: 87 фельдшерських, 17 загально-лікарських, 1 спеціалізована бригада в м. Житомир, з яких 1 психіатрична. Таблиця 2.3 представляє дані про штатні посади та зайняті посади за роками.

Таблиця 2.3 - Штатні посади в Сумському обласному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Показник	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021 рр.
Лікарі	96,25	96,25	99,00	2,75
Середній медичний персонал	698,75	704,25	704,25	5,50
Молодший медичний персонал	118,25	118,75	96,75	-21,50
Інший персонал	570,00	574,50	594,75	24,75
Загальна кількість	1483,25	1492,75	1494,75	11,50

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Аналізуючи дані таблиці, можемо зробити висновок, що загальна кількість штатних посад поступово збільшувалася: +11,5 за три роки. Найбільше зростання відбулося в категорії «Інший персонал» (+24,75), тоді як у «Молодшого медичного персоналу» відбулося суттєве скорочення (-21,5). В таблиці 2.4 представлено інформацію про кількість зайнятих посад за досліджуваний період.

Таблиця 2.4 - Зайняті посади в Сумському обласному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Категорія	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Лікарі	79,75	84,75	81,00	1,25
Середній медичний персонал	673,75	677,50	646,50	-27,25
Молодший медичний персонал	112,75	105,50	84,75	-28,00
Інший персонал	538,00	530,75	526,00	-12,00
Загальна кількість	1404,25	1398,50	1338,25	-66,00

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Аналізуючи дані таблиці 2.4, можемо констатувати, що загальна кількість зайнятих посад зменшилася на 66,0 за три роки. Найбільше скорочення відбулося серед «молодшого медичного персоналу» (-28,0) та «середнього медичного персоналу» (-27,25). Лише в категорії «лікарі» спостерігалось незначне зростання (1,25). Кількість штатних посад залишилася майже незмінною (2,0), тоді як кількість зайнятих посад суттєво зменшилася (-60,25). Найбільше зменшення стосується «середнього медичного персоналу» (-31,0) та «молодшого медичного персоналу» (-20,75). Спостерігається дисбаланс між зростанням кількості штатних посад та скороченням кількості зайнятих. Це може свідчити про труднощі з набором персоналу, зокрема середнього та молодшого медичного персоналу, що впливає на ефективність роботи закладу. Категорія «інший персонал» демонструє зростання штатних посад, але незначне скорочення зайнятих (-12,0 за три роки).

В таблиці 2.5 розглянемо Укомплектованість персоналом та атестація персоналу в Сумському обласному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за досліджуваний період.

Таблиця 2.5 - Укомплектованість персоналом та атестація персоналу

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Лікарі (%)	93,5	94,9	91,2	-2,3
Атестація персоналу				
Лікарі (%)	93,5	94,9	91,2	-2,3
Фельдшери (%)	78,6	78,0	77,0	-1,6

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

У 2021 році рівень укомплектованості складав 93,5%, зріс у 2022 році до 94,9%, але у 2023 році зменшився до 91,2%, що вказує на негативну динаміку (-2,3% за три роки). Це може бути наслідком труднощів із залученням або утриманням персоналу. Рівень атестації лікарів повторює динаміку укомплектованості. Зменшення на 2,3% у 2023 році вказує на необхідність покращення умов професійного розвитку. Показник атестації фельдшерів демонструє поступове зменшення з 78,6% у 2021 році до 77,0% у 2023 році (-1,6%).

Це може свідчити про недостатню кількість тренінгів, курсів або стимулів для підвищення кваліфікації.

Згідно з чинною нормативно-правовою базою для працівників системи екстреної медичної допомоги передбачено низку матеріальних стимулів – виплата стимулюючої надбавки у розмірі до 20% посадового окладу за особливі умови праці та за особливий характер праці, надбавка за безперервний стаж роботи у службі, надається один раз на рік матеріальна допомога у розмірі посадового окладу для вирішення соціально-побутових питань. Проте умови роботи (змінний графік, фізичне навантаження, психоемоційні і стресові ситуації, робота з відповідним контингентом пацієнтів (особи без постійного місця проживання, в алкогольному та/або наркотичному сп'янінні), ймовірність потрапити у дорожньо-транспортні пригоди, кримінальні ситуації (напад на працівників бригади)), в яких працюють працівники служби екстреної медичної допомоги недостатньо оцінено цими матеріальними стимулами, тому плинність кадрів у службі досить висока, особливо з числа молодих фахівців, як лікарів, так і фельдшерів.

Таким чином, зниження укомплектованості лікарів та рівня їх атестації свідчить про проблеми з мотивацією кадрів, а також можливі організаційні чи економічні бар'єри. Зменшення рівня атестації фельдшерів вказує на потребу у посиленні програм професійного навчання та підтримки середнього медичного персоналу.

2.3 Оцінка діючих процедур управління екстреною медичною допомогою та медициною катастроф та їх результативність

Система контролю якості в Сумському обласному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф охоплює:

- застосування стандартів та нормативних вимог до лікувально-діагностичного процесу догоспітальної допомоги;
- впровадження сучасних клінічних протоколів медичної допомоги, зокрема клінічних настанов МОЗ України;

- встановлення та використання критеріїв для оцінки діяльності медичних працівників;
- проведення експертної оцінки якості лікувально-діагностичного процесу;
- забезпечення взаємодії між Центром екстреної медичної допомоги та лікувальними закладами міста та області.

На основі єдиних клінічних протоколів, в Центрі були розроблені та впроваджені локальні клінічні протоколи та маршрути пацієнтів.

Ключові групи індикаторів для оцінки ефективності системи екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі включають:

- Індикатори, що відображають технології надання медичної допомоги: середнє добове навантаження на бригаду; кількість претензій від лікувально-профілактичних установ; обґрунтовані скарги від населення (%); частка випадків раптових захворювань (%); частка безрезультатних викликів.
- Показники, що відображають результати надання екстреної медичної допомоги: до госпітальна летальність (%); смертність при наявності бригади Е(Ш)МД (%); смертність серед потерпілих у ДТП (%); частка випадків доїзду до пацієнта за 10 хвилин (%); частка випадків доїзду до пацієнта за 20 хвилин (%).
- Показники, які характеризують результат надання екстреної медичної допомоги: показники здоров'я населення; рівень соціальної задоволеності.

Здійснимо аналіз процедур управління екстреною медичною допомогою та медициною катастроф за 2021-2023 роки.

Число бригад екстреної медичної допомоги на 10 тис. населення є важливим показником, який відображає рівень забезпечення населення медичними ресурсами та доступність екстреної допомоги в області.

Таблиця 2.6 - Число бригад ЕМД на 10 тис. населення в регіоні 2021-2023 рр.

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Загально-профільні лікарські	0,13	0,12	0,14	0,01
Спеціалізовані	0,03	0,03	0,008	-0,02
Фельдшерські	0,6	0,6	0,7	0,1

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Кількість бригад дещо зросла (0,01) з 0,13 у 2021 році до 0,14 у 2023 році. Це свідчить про невелике, але позитивне збільшення доступності таких бригад. Число спеціалізованих бригад зменшилося з 0,03 у 2021–2022 роках до 0,008 у 2023 році (-0,02). Таке суттєве скорочення може негативно вплинути на надання спеціалізованої допомоги. Кількість фельдшерських бригад зросла з 0,6 у 2021–2022 роках до 0,7 у 2023 році (0,1). Це може свідчити про акцент на підсиленні догоспітальної допомоги шляхом розширення фельдшерських бригад. Збільшення числа загально-профільних лікарських та фельдшерських бригад свідчить про спробу підвищити доступність екстреної медичної допомоги для населення. Скорочення спеціалізованих бригад може вказувати на нестачу ресурсів чи спеціалістів для таких підрозділів, що потребує окремого аналізу та уваги.

Кількість виїздів бригадами ЕМД є важливим показником для оцінки потреб населення в екстреній допомозі, навантаження на систему охорони здоров'я, ефективності її функціонування та якості організації догоспітальної допомоги (таблиця 2.7).

Таблиця 2.7 - Кількість виїздів бригадами ЕМД 2021-2023 рр.

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Загальна кількість виїздів	283476	247473	205282	-78194
Нещасні випадки та травми	22103	20631	17611	-4502
Раптові захворювання	234691	203406	170748	-63943
Пологи та патологія вагітності	1221	960	760	-461
Хронічні захворювання	3381	1760	1052	-2329
Перевезення хворих, потерпілих та породіль	8398	7324	4713	-3685
Безрезультатні виїзди	8676	8808	7726	-950

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

В 2023 році загальна кількість виїздів зменшилась на 78194 порівняно з 2021 роком, що становить -27,6%. Це зменшення може бути пов'язане з різними факторами, такими як зменшення загального числа викликів або покращення ефективності надання медичної допомоги. Кількість виїздів з категорії нещасних випадків та травм знизилась на 4502 у порівнянні з 2021 роком, що становить -

20,4%. Це може свідчити про зменшення випадків нещасних випадків або покращення профілактичної роботи. Зменшення виїздів на випадки раптових захворювань на 63943 (або -27,3%) може вказувати на зменшення кількості таких викликів або на зниження рівня захворюваності. Зниження на 461 виїзд у категорії «Пологи та патологія вагітності» (або -37,7%) може вказувати на зменшення кількості термінових пологів або поліпшення умов для породіль. Величезне зменшення кількості виїздів через хронічні захворювання на 2329 (або -68,9%) може бути ознакою покращення стану пацієнтів, впровадження нових методів лікування або зменшення кількості загострень. Зменшення на 3685 виїздів (або -43,9%) може свідчити про зниження потреби в перевезеннях або про поліпшення умов на місцях для хворих, потерпілих та породіль. Хоча кількість безрезультатних виїздів зменшилась на 950 (або -10,9%), це все ще показує певний рівень неефективності в системі, що може потребувати вдосконалення організації викликів та обробки інформації. Зменшення загальної кількості виїздів може свідчити про позитивні зміни в здоров'ї населення, покращення профілактики захворювань або удосконалення управлінських процесів у системі ЕМД. Значне зниження виїздів через хронічні захворювання та пологи може вказувати на покращення медичного обслуговування та ефективнішу організацію роботи. Зменшення безрезультатних виїздів є позитивним сигналом про покращення ефективності роботи диспетчерських служб.

Таблиця 2.8 демонструє зменшення кількості виїздів бригадами екстреної медичної допомоги (ЕМД) за кількома категоріями викликів у 2021–2023 роках.

Таблиця 2.8 - Зменшення кількості виїздів ЕМД 2021-2023 рр.

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Нещасні випадки та травми	22103	20631	17611	-4502
Раптові захворювання	234691	203406	170748	-63943
Перевезення хворих	8398	7324	4713	-3685
Хронічні захворювання	3381	1760	1052	-2329
Безрезультатні виїзди	8676	8808	7726	-950

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

У 2023 році було зафіксовано 4502 менше виїздів по нещасним випадкам та травмам, порівняно з 2021 роком (зниження на 20,4%). Це може свідчити про зниження частоти нещасних випадків або покращення профілактики травм. Зменшення раптових захворювань на 63943 виїзди (або -27,3%). Це може свідчити про зменшення випадків раптових захворювань або вдосконалення медичних послуг, що сприяють своєчасному лікуванню та профілактиці. Зменшення перевезення хворих на 3685 виїздів (або -43,9%). Це значне зменшення може бути наслідком поліпшення умов для пацієнтів або оптимізації процесів транспортування. Значне зниження на 2329 виїздів (або -68,9%) по хронічним захворюванням. Це може свідчити про ефективнішу роботу в лікуванні або контролюванні хронічних захворювань, що дозволяє зменшити потребу у викликах ЕМД. Зменшення безрезультатних виїздів на 950 виїздів (або -10,9%) є позитивним знаком і може свідчити про покращення точності оцінки ситуації диспетчерами та зменшення кількості викликів, що не потребують медичної допомоги.

Зменшення кількості виїздів у всіх категоріях може свідчити про покращення медичної профілактики, зниження кількості термінових випадків та покращення ефективності роботи медичних бригад. Зниження виїздів по таких категоріях, як хронічні захворювання та перевезення хворих, може вказувати на кращу організацію медичних послуг та більш ефективне надання допомоги на місцях. Зменшення безрезультатних виїздів також є важливим індикатором підвищення ефективності роботи диспетчерських служб та надання екстреної медичної допомоги.

Таблиця 2.9 показує співвідношення екстрених та неекстрених виїздів бригадами екстреної медичної допомоги (ЕМД) за 2021–2023 роки.

Таблиця 2.9 - Співвідношення екстрених та неекстрених виїздів

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Екстрені виїзди (%)	90,5	90,5	91,7	1,2
Неекстрені виїзди (%)	9,5	9,5	8,3	-1,2

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

У 2023 році частка екстрених виїздів склала 91,7%, що на 1,2% більше, ніж у 2021 році (90,5%). Це свідчить про збільшення частки викликів, що потребують невідкладної медичної допомоги. Можливо, це пов'язано з покращенням способів оцінки серйозності стану пацієнтів або змінами в організації надання допомоги. Частка неекстрених виїздів у 2023 році знизилась до 8,3%, що на 1,2% менше, ніж у 2021 році (9,5%). Це зменшення може бути результатом оптимізації викликів, коли менше випадків не потребують швидкої медичної допомоги або коли пацієнти отримують допомогу через інші канали (наприклад, через сімейного лікаря або амбулаторні служби). Збільшення частки екстрених виїздів може свідчити про зростання числа серйозних медичних випадків або покращення диспетчерської оцінки терміновості викликів. Зниження частки неекстрених виїздів є позитивним результатом, що вказує на підвищення ефективності надання допомоги та, ймовірно, на поліпшення роботи диспетчерських служб з оптимізації розподілу викликів.

Таблиця 2.10 демонструє зміну кількості виїздів бригадами екстреної медичної допомоги (ЕМД) на місце виклику до 10 хвилин за 2021–2023 роки.

Таблиця 2.10 - Кількість виїздів на місце виклику до 10 хвилин

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Загальна кількість виїздів до 10 хвилин	170982	148439	118797	-52285
Нещасні випадки та травми	12291	11615	9262	-3030
Раптові захворювання	141934	121619	98734	-43200
Пологи	744	589	400	-344
Хронічні захворювання	2011	1067	676	-1335
Перевезення хворих	5288	4675	2855	-2433
Безрезультатні виїзди	6203	6522	5596	-607

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

У 2023 році загальна кількість виїздів на місце виклику до 10 хвилин знизилась до 118,797 (менше на 52,285 виїздів порівняно з 2021 роком). Це може бути результатом оптимізації роботи бригад або зменшенням кількості викликів, які потребують швидкої медичної допомоги. Виїзди на місце нещасних випадків та травм зменшились на 3,030 випадків (з 12,291 до 9,262). Це може свідчити про

зниження числа нещасних випадків або покращення профілактичних заходів. Кількість виїздів на місце раптових захворювань знизилась на 43,200 випадків (з 141,934 до 98,734). Це значне зниження може бути результатом покращення профілактики або зміни в організації надання медичних послуг (наприклад, перенаправлення частини викликів до амбулаторних служб). Виїзди на місце пологів зменшились на 344 випадки (з 744 до 400). Це може свідчити про зміни в організації допомоги жінкам при пологах, зокрема про можливість більшої частини пологів відбуватись в медичних установах.

Таблиця 2.11 демонструє кількість виїздів на місце виклику до 20 хвилин за 2021–2023 роки.

Таблиця 2.11 - Кількість приїздів на місце виклику до 20 хвилин

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Загальна кількість приїздів	74468	64853	58167	-16201
Нещасні випадки та травми	7078	6323	6111	-967
Раптові захворювання	61901	54145	49623	-12278
Пологи	353	249	256	-97
Хронічні захворювання	838	725	243	-595
Перевезення	1776	1622	1199	-577
Безрезультатні виїзди	1560	1440	1291	-269

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

У 2023 році загальна кількість приїздів до 20 хвилин зменшилась до 58,167 (менше на 16,201 виїздів порівняно з 2021 роком). Це може вказувати на зменшення кількості термінових викликів або покращення ефективності роботи диспетчерських служб, що дозволило знизити кількість таких виїздів.

Виїзди на місце нещасних випадків та травм зменшились на 967 випадків (з 7,078 до 6,111). Це свідчить про зниження кількості нещасних випадків або зміну організаційних підходів до надання допомоги в таких ситуаціях. Кількість виїздів на місце раптових захворювань знизилась на 12,278 випадків (з 61,901 до 49,623). Значне зниження кількості таких виїздів може свідчити про покращення профілактичних заходів, оптимізацію роботи бригад або перенаправлення деяких викликів до інших медичних установ. Виїзди на місце пологів зменшились на 97 випадків (з 353 до 256). Це зниження може бути результатом організаційних змін

або зміни в кількості пологів, які потребують виїзду екстреної медичної допомоги. Виїзди на місце хронічних захворювань знизились на 595 випадків (з 838 до 243). Це свідчить про зниження потреби в екстреній медичній допомозі для пацієнтів з хронічними захворюваннями, можливо, через покращення лікування на амбулаторному рівні. Кількість виїздів на перевезення хворих зменшилась на 577 випадків (з 1,776 до 1,199). Це може свідчити про оптимізацію процесу перевезення пацієнтів або використання інших видів транспорту для перевезення. Кількість безрезультатних виїздів зменшилась на 269 випадків (з 1,560 до 1,291). Зменшення кількості безрезультатних виїздів може свідчити про покращення оцінки викликів диспетчерськими службами та точніше визначення необхідності виїздів.

Зниження кількості виїздів до 20 хвилин відображає загальну тенденцію зменшення кількості термінових викликів або покращення ефективності роботи служби ЕМД. Нещасні випадки, раптові захворювання, перевезення та хронічні захворювання демонструють значне зниження, що може бути результатом зменшення випадків цих подій або змін в організації медичної допомоги. Зниження безрезультатних виїздів є позитивною зміною, що може вказувати на покращення роботи диспетчерських служб та ефективність оцінки викликів.

Головні чинники, які впливають на оперативність бригад:

- відсутність вільних бригад ЕМД на момент надходження звернення;
- затримка передачі виклику бригаді диспетчером напрямку за наявності вільних бригад (відсутність досвіду і недостатній професіоналізм диспетчерів через 30% плинність кадрів);
- тривалий час перебування на виклику і в приймальних відділеннях ЛПЗ при госпіталізації пацієнтів;
- затримки, пов'язані з пошуком адреси (зміна назв населених пунктів і вулиць, відсутність табличок);
- затримки, пов'язані з технічним станом санітарного автомобіля, низькою швидкістю його руху через стан доріг (з усіх наявних 155 санітарних автомобілів 17,4% потребують капітального ремонту або списання).

За даними служби автомобільних доріг у Сумській області, близько 70% доріг області не відповідають вимогам);

- далека відстань до адреси виклику (середній радіус обслуговування по області – 38,1 км).

З метою покращення роботи ОДС щодо оперативності виїзних бригад керівництвом Центру проводиться певна організаційно-практична робота:

- організовано та забезпечено проведення щоденних виробничих нарад з диспетчерами змін, на яких розглядаються помилки в роботі, проводиться їх аналіз, розробляються заходи щодо їх попередження в подальшому, додатково вивчаються вимоги нормативно-правових актів системи екстреної медичної допомоги (маємо позитивні зрушення у зменшенні часу обробки виклику та передачі його бригаді);
- удосконалення існуючого програмного забезпечення спеціалістами підприємства-розробника та силами інженерів-програмістів Центру в частині підвищення оперативності та якості обробки викликів;
- контроль з боку керівництва підрозділів і постійне проведення роз'яснювальної роботи з працівниками виїзних бригад щодо необхідності покращення оперативності в роботі;
- організація роботи виїзних бригад у режимі очікування виклику на території обслуговування;
- постійне оновлення та вдосконалення електронної мапи території обслуговування;
- забезпечення передачі неекстрених викликів бригадам пунктів невідкладної медичної допомоги (20-30 викликів на добу);
- зменшення кількості непрофільних міжлікарняних перевезень;
- застосування принципу екстериторіальності при направленні бригади на місце виклику;
- вдосконалення роботи з надання пацієнтам консультацій та порад по телефону для покращення стану здоров'я без виїзду бригад до місця виклику (35-50 викликів на добу);

- забезпечення постійного контролю диспетчерами напрямку за етапами виконання виклику (підтвердження, виїзд, прибуття та завершення виклику), активний зв'язок з бригадами для з'ясування причин затримок та сприяння їх оперативному усуненню;
- активний зв'язок з бригадами та їх інформування про важливі обставини виклику (характер невідкладного стану та/або захворювання пацієнта, особливості виклику (алкогольне/наркотичне сп'яніння, агресивна поведінка, ДТП, проблеми з під'їздом до місця виклику, залучення служб «101» та «102» тощо));
- надання допомоги бригадам для спрямування їх на місцевості до місця виклику за допомогою електронної мапи з урахуванням їх поточного місцезнаходження;
- забезпечення постійного контролю диспетчерами напрямку за часом перебування бригад на викликах та часом перебування у приймальних відділеннях закладів охорони здоров'я
- за зверненням працівників бригад оперативне інформування приймальних відділень закладів охорони здоров'я про госпіталізацію до них тяжкохворих зі вказівкою орієнтовного часу прибуття бригад та попередній діагноз;
- організація взаємодії з екстреними службами «101» та «102» щодо надання допомоги бригадам в буксировці автомобілів у разі їх поломки або неможливості подальшого пересування через погодні умови, супроводження вирішення питання до його повного завершення.

Таблиця 2.12 відображає кількість наданої допомоги бригадами екстреної медичної допомоги (ЕМД) за 2021–2023 роки, зокрема загальну кількість виїздів та зміну в характері допомоги.

У 2023 році кількість виїздів на 1000 населення знизилась до 168,1 (з 228,3 у 2021 році), що є зменшенням на 60,2 виїздів. Це може свідчити про зменшення потреби в екстреній медичній допомозі на рівні населення або зниження загальної кількості екстрених випадків. Загальна кількість наданих допомог знизилась на 76,193 (з 273,245 у 2021 році до 197,152 у 2023 році). Це свідчить про значне зменшення викликів на допомогу, що може бути результатом зміни в організації

служби чи змін в потребах населення у зв'язку із військовим станом значна частина населення виїхала з регіону.

Таблиця 2.12 - Кількість наданої допомоги бригадами екстреної медичної допомоги (ЕМД) за 2021–2023 роки

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 до 2021
Виконано виїздів на 1000 населення	228,3	200,8	168,1	-60,2
Кількість наданої допомоги				
Загальна кількість наданих допомог	273245	237225	197152	-76193
Загально-профільними лікарськими бригадами	19158	15672	22996	3848
Спеціалізованими лікарськими бригадами	10496	10562	2479	-8017
Фельдшерськими бригадами	243591	210991	171677	-71914
Добове навантаження на 1 бригаду	7,3	6,1	5,3	-2,0
Питома вага виїздів до хронічних хворих, %	1,1	0,7	0,5	-0,6
Доставлено для госпіталізації				
Кількість доставлених для госпіталізації	91247	82538	83277	-7980

Джерело: сформовано на основі офіційних даних КНП СОР «Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Кількість наданих допомог загально-профільними лікарськими бригадами збільшилась на 3,848 (з 19,158 у 2021 році до 22,996 у 2023 році). Це позитивна зміна, що може вказувати на покращення ефективності роботи таких бригад або зростання випадків, де потрібна допомога загального медичного характеру. Кількість наданих допомог спеціалізованими лікарськими бригадами зменшилась на 8,017 (з 10,496 у 2021 році до 2,479 у 2023 році). Значне зменшення цієї категорії може свідчити про зниження випадків, де необхідна спеціалізована медична допомога, або зміну в організації таких виїздів. Кількість допомог, наданих фельдшерськими бригадами, зменшилась на 71,914 (з 243,591 у 2021 році до 171,677 у 2023 році). Це значне зменшення може бути результатом скорочення числа таких виїздів або змін у характері медичних послуг, що надаються фельдшерськими бригадами. Добове навантаження на одну бригаду знизилось на 2,0 (з 7,3 у 2021 році до 5,3 у 2023 році). Це може свідчити про зниження

навантаження на бригади та покращення умов їх роботи. Питома вага виїздів до хронічних хворих знизилась на 0,6% (з 1,1% у 2021 році до 0,5% у 2023 році). Це може вказувати на зменшення екстрених випадків серед хронічних хворих або зменшення потреби в терміновій медичній допомозі для таких пацієнтів. Кількість доставлених для госпіталізації зменшилась на 7,980 (з 91,247 у 2021 році до 83,277 у 2023 році). Це зниження може свідчити про зміну в структурі наданої медичної допомоги або зміну в організації госпіталізацій.

Зниження загальної кількості наданих допомог вказує на зменшення потреби в екстреній медичній допомозі, можливо, через покращення медичної профілактики та зміну в організації служби, або за рахунок зменшення кількості населення в області за останній рік. Зростання допомоги загально-профільними лікарськими бригадами свідчить про позитивні зміни в ефективності роботи таких бригад. Зниження допомоги спеціалізованими бригадами та фельдшерськими бригадами може бути результатом зменшення кількості таких викликів або зміни в організації екстреної медичної допомоги. Зниження добового навантаження на бригади є позитивним сигналом, що свідчить про покращення умов праці медичних працівників.

Таким чином, аналіз діяльності служби екстреної медичної допомоги (ЕМД) за період з 2021 по 2023 роки свідчить про кілька важливих тенденцій, які мають безпосередній вплив на ефективність роботи системи. По-перше, загальна кількість виїздів та наданих допомог знизилась, що може бути ознакою як змін в організації служби, так і зменшення екстрених випадків серед населення. Це також може свідчити про успішність профілактичних заходів або зміну у структурі запитів на медичну допомогу.

Зокрема, зменшення кількості виїздів на місце виклику до 10 і 20 хвилин може вказувати на певні труднощі в оперативності реагування, хоча в той же час кількість екстрених виїздів залишається на високому рівні, що є позитивним сигналом щодо важливості швидкої допомоги в критичних випадках. Однак зниження числа спеціалізованих та фельдшерських бригад у відповідь на деякі виклики може вимагати ретельного перегляду та оптимізації цієї частини роботи.

Збільшення питомої ваги виїздів загально-профільними лікарськими бригадами також демонструє зміни в організації медичної допомоги, зокрема, ефективне використання ресурсів у наданні першої медичної допомоги та стабілізації стану пацієнтів до госпіталізації. Водночас, зниження кількості допомоги для хронічних хворих та зменшення доставлених для госпіталізації показує тенденцію до зниження навантаження на систему, однак залишає питання щодо впливу цих змін на загальну якість медичних послуг.

Загалом, спостерігається тенденція до оптимізації медичних ресурсів та зниження навантаження на бригади, що може бути пов'язано як із внутрішніми організаційними змінами, так і з подальшим розвитком профілактичних заходів та ефективною роботою медичних установ.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

3.1 Основні напрямки удосконалення управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Для досягнення високих стандартів надання медичної допомоги кожному пацієнту необхідно змінити умови, в яких функціонує система екстреної медичної допомоги. В українському законодавстві з екстреної медичної допомоги існують усі необхідні компоненти, що відповідають нормам ЄС. Однак український закон не включає приватні медичні заклади до системи, не визначає чітко ролі фахівців, їхню додипломну та післядипломну освіту, а також спеціалізацію. Крім того, не передбачено залучення фахівців з інших відомств і не визначена організація медицини катастроф на державному рівні.

Законодавство, що регулює систему екстреної медичної допомоги в більшості розвинених країн, визначає ключові напрямки для її розвитку та ефективного функціонування, орієнтуючись на картографію госпітальних округів:

- Створення відділень невідкладної медичної допомоги та центрів для надання допомоги при травмах;
- Уніфікація планів реагування на надзвичайні ситуації на єдиному рівні;
- Уніфікація протоколів надання екстреної медичної допомоги на етапах догоспітальної допомоги та на початкових етапах госпіталізації;
- Впровадження єдиної системи додипломної та післядипломної освіти, а також відповідних спеціалізацій для екстрених медичних техніків, парамедиків, лікарів і медсестер з невідкладної допомоги.

Забезпечення автоматизації медичних послуг, зокрема реєстраційних і диспетчерських центрів, як частина ініціатив уряду. Це важливий крок для

моніторингу якості наданих послуг, коригування їхнього розподілу та забезпечення кращого управління медичними установами. Впровадження єдиного екстреного номера (служба порятунку 112) для всіх служб громадської безпеки, таких як поліція, пожежна служба та медична допомога, сприятиме поліпшенню координації між різними секторами та забезпечить надання комплексних послуг населенню (повинні запрацювати в Україні до кінця 2024 року). Створення єдиної національної гарячої лінії для невідкладної медичної допомоги дозволить покращити процес тріагуляції екстрених дзвінків, що допоможе зменшити навантаження на екстрену медичну службу та забезпечить легший доступ до медичних консультацій для громадян.

Виділення бюджету для екстреної медичної допомоги має на меті забезпечити достатнє фінансування для функціонування постачальників медичних послуг відповідно до встановлених норм і стандартів у рамках нової платіжної системи. Для цього необхідно створити комп'ютеризовану систему управління фінансами, яка включатиме механізми для моніторингу витрат та прогнозування фінансів.

Наразі послуги екстрених служб фінансуються за принципом «на душу населення», що може бути недостатнім для забезпечення необхідних змін у схемах надання екстреної допомоги. Фінансування екстреної медичної допомоги може включати стимули для: зменшення часу з моменту виклику до приїзду в відділення невідкладної допомоги при гострих станах; організації належного транспортування пацієнтів за визначеними клінічними маршрутами; встановлення контрольних точок для пацієнтів з інсультами, серцево-судинними захворюваннями, а також для надання материнської та неонатальної допомоги. Це може вимагати запровадження механізмів, заснованих на результатах, для оплати послуг екстреної медичної допомоги, що в свою чергу може передбачати перегляд моделі оплати.

У 2023 році Міністерство охорони здоров'я розпочало процес трансформації ЕМД, виділивши майже 1 мільярд гривень додаткового фінансування для впровадження необхідних реформ. Ці диспетчерські центри будуть забезпечені можливістю надавати комп'ютеризовані дані про свою діяльність в реальному часі,

що допоможе покращити моніторинг і подальше планування роботи екстреної медичної допомоги в пілотних регіонах. Особлива увага приділена підготовці та перепідготовці персоналу екстреної медичної допомоги, включаючи диспетчерів і медичних працівників, які надають невідкладну допомогу. Реорганізація команд екстреної медичної допомогиз включенням парамедиків з відповідною підготовкою дозволить покращити ефективність використання ресурсів і скоротити час від виклику до доставлення пацієнта до лікарні.

До обласної програми розвитку служби екстреної медичної допомоги у рамках загальнонаціональної Концепції розвитку служби ЕМД до 2023 року, затвердженої Кабінетом Міністрів України, та Стратегії регіонального розвитку Сумської області на 2021-2027 роки розроблено та затверджено план, який включає ключові організаційні кроки:

1. Досягнення автономії.
2. Підписання угоди з Національною службою здоров'я України щодо пакету послуг «Екстрена медична допомога».
3. Модернізація автоматизованої інформаційно-диспетчерської системи «Швидка медична допомога».
4. Участь у реалізації проекту «Служба порятунку 112», координованого Міністерством внутрішніх справ України, із запровадженням єдиного телефонного номера 112 для екстрених служб.
5. Впровадження електронного документообігу.
6. Оптимізація кадрового складу.
7. Розробка фінансового плану згідно з Бюджетним кодексом України.
8. Модернізація медичного та технологічного обладнання.
9. Реалізація плану підвищення кваліфікації та атестації персоналу.
10. Оновлення алгоритмів диспетчеризації та впровадження обов'язкових протоколів для диспетчерів, включаючи рекомендації до прибуття бригад екстреної медичної допомоги та протоколи дій бригад.
11. Регулярне проведення тренінгів для диспетчерів з основ комунікаційних навичок, кризового консультування, етики та деонтології.

12. Створення відділу внутрішнього аудиту та експертизи якості надання медичних послуг.

13. Розробка та затвердження тарифів на платні медичні послуги.

14. Підготовка матеріалів для соціальних кампаній з метою зменшення числа непрофільних викликів та популяризації домедичної допомоги серед населення.

15. Започаткування співпраці з Національною поліцією України, рятувальними службами та громадськими організаціями для покращення доступу до першої допомоги.



Рисунок 3.1 - Основні напрямки удосконалення управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Джерело: сформовано автором

Уряд затвердив концепцію реформування системи екстреної медичної допомоги до 2023 року, визначивши ключові пріоритети розвитку. У рамках цієї роботи регулярно проводились зустрічі з керівниками обласних центрів екстреної медичної допомоги. Під час однієї з таких зустрічей, яка відбулася в грудні 2021 року, обговорювали проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Одним із важливих питань стала складність роботи медиків у гірській місцевості, де стандартні автомобілі швидкої допомоги часто не можуть дістатися до місця виклику через засніжені або розмиті дороги.

Для розв'язання цієї проблеми Національній агенції «Медичні закупівлі України» було доручено придбати 245 автомобілів Citroen Jumper з повним приводом, які здатні пересуватися в умовах складного рельєфу та погодних умов. Цікаво, що завдяки попереднім закупівлям швидких на суму 1 млрд грн вдалося заощадити 346 млн грн, які й були використані для придбання цих спеціалізованих автомобілів.

Друге важливе питання стосувалося забезпечення захисту працівників швидкої допомоги від проявів агресії з боку пацієнтів. Щорічно Національна поліція реєструє численні випадки нападів на медиків. Проте, навіть якщо такі справи доходять до суду, зазвичай зловмисникам загрожує лише штраф за статтею «хуліганство». Це виглядає несправедливо, адже, наприклад, за напад на журналіста передбачено кримінальну відповідальність. У теперішніх умовах, коли працівники швидкої допомоги виконують життєво важливі завдання, рятуючи постраждалих від обстрілів та евакуюючи поранених з лінії фронту, питання їхньої безпеки стає ще більш актуальним.

Попри виклики повномасштабної війни, триває реалізація ключових напрямів реформи системи екстреної медичної допомоги. Так, влітку минулого року Кабінет Міністрів затвердив постанову, яка запроваджує роботу центрів екстреної медицини за європейськими стандартами. Одним із нововведень стало введення поняття «команда медицини катастроф», розробленого відповідно до міжнародних класифікацій ВООЗ. Такі команди поділяються на три типи: перший – для надання допомоги на місці події та евакуації до медичних закладів; другий –

для допомоги за місцем проживання або перебування постраждалих; третій – для роботи в наметах чи стаціонарних приміщеннях, створених для постраждалих.

У 2023 році було розпочато масштабний проєкт, реалізований спільно Міністерством охорони здоров'я та Світовим банком. У межах цього проєкту тренінги проходять 25 тисяч працівників служби екстреної медичної допомоги. Основними цілями ініціативи є впровадження сучасних підходів до надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, зниження рівня смертності серед пацієнтів із невідкладними станами, а також розвиток навичок медицини катастроф, необхідних для порятунку постраждалих унаслідок воєнних дій.

Одним із ключових етапів реформи є оновлення автопарку бригад екстреної медичної допомоги за рахунок придбання сучасних автомобілів, оснащених новітнім обладнанням. За даними Міністерства охорони здоров'я, з початку війни було пошкоджено 103 автомобілі "швидкої", а ще 383 — знищено чи захоплено. Таким чином, у користуванні служби недоступні близько 500 одиниць техніки. Для поповнення автопарку центри екстреної медичної допомоги отримують нові автомобілі через закупівлі, які здійснює Національна агенція «Медичні закупівлі України», а також у рамках благодійної допомоги.

З 2019 року «Медичні закупівлі України» забезпечили придбання понад 1,1 тисячі сучасних автомобілів "швидкої" на суму понад 2 мільярди гривень. Переважна частина з них — це автомобілі типу С, обладнані необхідними засобами, такими як кисневі балони, кардіомонітори, дефібрилятори, електрокардіографи та апарати штучної вентиляції легень. Таке обладнання дозволяє оперативно та безпечно транспортувати важкохворих і поранених до медичних закладів. Окрім того, понад 300 автомобілів було отримано від міжнародних партнерів у межах гуманітарної допомоги.

Створення ефективної та уніфікованої системи екстреної медичної допомоги є одним із ключових соціальних пріоритетів України, спрямованих на забезпечення здоров'я населення. Це також є важливою передумовою для сталого економічного розвитку сучасної європейської держави. Сучасні демографічні процеси в Україні характеризуються поступовим зменшенням чисельності населення, що значною

мірою обумовлено низкою соціально-економічних факторів. Подолання цих негативних тенденцій є тривалим і складним завданням. Незважаючи на певні позитивні зрушення, демографічна ситуація як в Україні, так і в Сумській області залишається складною.

У таких умовах державна демографічна політика має бути спрямована передусім на підвищення якості та рівня життя громадян. Особливу увагу слід приділяти не лише кількісним показникам відтворення населення, але й його якісним характеристикам. Зусилля необхідно зосередити на вирішенні як актуальних, так і довгострокових завдань, таких як забезпечення економічних умов для демографічного відтворення, належний соціальний захист сімей з дітьми та літніх людей, покращення екологічного стану, зниження рівня побутового травматизму, популяризація здорового способу життя, а також забезпечення доступу до якісної медичної допомоги та освіти. Усе це створить надійне підґрунтя для переходу до сучасної моделі демографічного відтворення і сприятиме збільшенню тривалості активного та здорового життя населення. У таких умовах особливого значення набуває проблема своєчасного та якісного надання екстреної медичної допомоги. Це завдання має бути пріоритетним у найближчі роки як для органів влади всіх рівнів, так і для медичної системи країни, враховуючи сучасні соціально-економічні виклики.

3.2 Пропозиції щодо забезпечення ефективної реалізації державного управління організації розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є організацією, яка забезпечує цілодобову готовність до надання екстреної медичної допомоги та реагування на надзвичайні ситуації.

Поліпшення економічних та фінансових результатів сприяють:

1. Укладення договорів з:

- Страховими компаніями та приватними медичними установами, а також Центрами первинної медико-санітарної допомоги.
- Організаторами масових заходів, спортивних подій та інших заходів на забезпечення медичного супроводу бригадами екстреної медичної допомоги.
- Міськими клінічними лікарнями для надання послуг з транспортування консультантів, крові, органів для трансплантації, бактеріальних препаратів та пацієнтів між лікарнями.
- Приватними особами для транспортування лежачих пацієнтів до лікарень, хоспісів, а також в аеропорти, вокзали та з квартир.

2. Аутсорсинг немедичних послуг – обслуговування системи «Швидка медична допомога», технічне обслуговування засобів зв'язку, аварійно-ремонтні служби для водозабезпечення, опалення, каналізації, освітлення тощо.

3. Ефективне використання фінансових ресурсів і матеріальних цінностей.

Завдяки додатковим платним медичним і немедичним послугам виникає можливість: підвищити заробітну плату, заповнити вакантні посади, модернізувати заклад та утримувати його в належному санітарному стані.

4. Підвищення престижу професії працівників екстреної медичної допомоги та забезпечення належної оплати праці: Продовження нарахування до посадових окладів:

- надбавок за особливі умови праці, доплат за наукові ступені тощо;
- матеріальної допомоги для оздоровлення під час щорічної відпустки, а також для вирішення соціально-побутових питань;
- надбавок у розмірі 50% від посадового окладу за інтенсивність та напруженість праці.

5. Сприяння збереженню прав медичних працівників системи екстреної медичної допомоги:

- проведення регулярних медичних оглядів;
- забезпечення засобами захисту персоналу;
- організація індивідуального страхування медичних працівників.

6. Розробка пропозицій щодо місцевих стимулів: надання надбавок, пільг та пріоритетів.

7. Ініціювання будівництва відомчого житла, гуртожитків для молодих спеціалістів, а також пільгової участі у будівництві нового житла.

Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, як організація, перебуває під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх факторів, що можуть як сприяти ефективному використанню організаційно-функціональних можливостей, так і створювати загрози через зовнішні чинники, які посилюють існуючі проблеми.

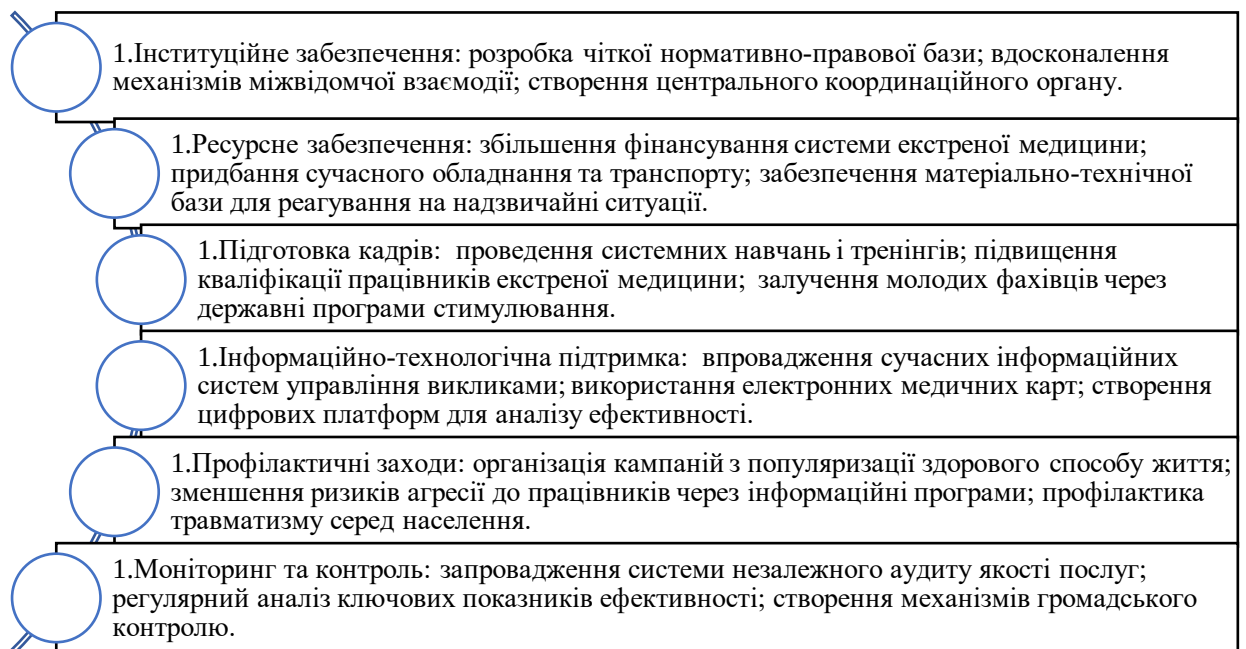


Рисунок 3.2 – Пропозиції щодо забезпечення ефективної реалізації державного управління організацією розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Джерело: сформовано автором

Забезпечення ефективної реалізації державного управління організацією розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф потребує комплексного підходу, який включає законодавчі, організаційні, фінансові, кадрові, технічні та соціальні аспекти.

1. Інституційне забезпечення складається з розробки нормативно-правової бази; створення координаційних органів. Зважаючи на швидкі зміни в умовах війни та глобальних викликів, необхідно постійно оновлювати законодавство, яке регулює діяльність екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Для цього слід розробити нові або вдосконалити існуючі закони, що чітко визначають функціонування органів екстреної допомоги, структуру та повноваження відповідних служб, а також процедури, що стосуються реєстрації, моніторингу та оцінки ефективності роботи. Це також включає врахування нових міжнародних стандартів медицини катастроф і адаптацію їх до національних умов.

Створення міжвідомчих комітетів або агентств на рівні урядів для координації діяльності між міністерствами охорони здоров'я, внутрішніх справ, оборони та інших органів, що мають безпосереднє відношення до надання екстреної допомоги. Це дозволить оптимізувати процеси прийняття рішень і забезпечить швидке реагування на ситуації, які потребують скоординованих зусиль.

2. Ресурсне забезпечення з урахуванням фінансування та бюджетування, придбання сучасних автомобілів та медичного обладнання, забезпечення інфраструктури

Важливо забезпечити достатнє фінансування на рівні центрального і місцевих бюджетів для задоволення потреби в технічних, кадрових та матеріальних ресурсах. Необхідно встановити прозорі механізми витрачання коштів для фінансування закупівель медичного обладнання, транспорту, медикаментів, навчання персоналу та інших важливих напрямків.

Для забезпечення ефективності роботи бригад екстреної медичної допомоги потрібно постійно оновлювати автопарк. Машини повинні бути оснащені сучасним обладнанням, таким як дефібрилятори, кардіомонітори, апарати ШВЛ, щоб максимально швидко та безпечно доставити пацієнтів до медичних закладів. Особливо важливо придбати автотранспорт, здатний працювати в складних умовах, наприклад, для гірських регіонів або в умовах війни.

Важливим є також забезпечення постійного розвитку інфраструктури – створення нових пунктів базування бригад, ремонт та модернізація існуючих медичних установ і диспетчерських центрів. Це дасть змогу зменшити час на прибуття бригад до місця події, що є критичним фактором у наданні екстреної допомоги.

3. Підготовка та навчання кадрів: навчання та підвищення кваліфікації та стимулювання професійного розвитку.

Ефективність системи екстреної медичної допомоги багато в чому залежить від професіоналізму її працівників. Для цього необхідно постійно проводити навчання для лікарів, фельдшерів, водіїв, диспетчерів. Це включає як базові тренінги, так і спеціалізовані програми з медицини катастроф, психологічної підтримки, взаємодії з правоохоронними органами та іншими службами під час надзвичайних ситуацій.

Рекомендується створити системи заохочень та стимулів для медичних працівників, щоб зберегти кадри в екстреній медицині. Включення в систему професійного розвитку, гнучке планування кар'єрних можливостей та підвищення заробітної плати можуть зменшити рівень професійного вигорання серед медиків.

4. Інформаційно-технологічна підтримка зі складовими впровадження інформаційних систем, телемедицина та дистанційні консультації.

Для покращення роботи служб екстреної медичної допомоги необхідно впровадити єдині інформаційні системи для реєстрації викликів, відслідковування стану пацієнтів, а також для оперативного управління ресурсами. Важливо впровадити автоматизовані системи диспетчеризації, які допомагають швидко визначати оптимальні маршрути для бригад, а також контролювати час прибуття та ефективність роботи. Використання технологій телемедицини дозволить лікарям та фельдшерам на місці події здійснювати дистанційні консультації з вузькопрофільними фахівцями, що сприятиме кращій діагностиці та прийняттю рішень у складних ситуаціях.

5. Профілактичні та соціальні заходи.

Система екстреної медичної допомоги також повинна зосереджуватися на профілактичних заходах. Проведення національних кампаній з пропаганди здорового способу життя, боротьба з курінням, алкоголізмом та іншими факторами ризику дозволить зменшити кількість екстрених викликів, зокрема, через серцево-судинні захворювання та травми. У разі надзвичайних ситуацій та катастроф важливо надавати психологічну допомогу не лише постраждалим, а й медичним працівникам, які переживають стресові ситуації та працюють в умовах високого навантаження. Це дозволить зберегти психічне здоров'я персоналу та ефективність надання допомоги.

6. Моніторинг, контроль та оцінка ефективності за допомогою створення системи моніторингу та оцінки ефективності. Необхідно постійно оцінювати ефективність роботи системи екстреної медичної допомоги. Для цього варто впровадити механізми моніторингу, що включають збір даних про час реагування, результативність надання допомоги та задоволеність пацієнтів. Ця інформація повинна використовуватися для постійного вдосконалення процесів і для внесення коректив у стратегію розвитку.

У результаті реалізації цих пропозицій можна забезпечити більш ефективне функціонування екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Україні, що буде сприяти підвищенню рівня безпеки та здоров'я населення, зокрема в умовах надзвичайних ситуацій, війни та природних катастроф.

З метою підвищення ефективності роботи «Служби 103» було організовано цілодобове чергування лікаря-консультанта. Однак у наданні екстреної медичної допомоги сільському населенню все ще залишаються труднощі. Через дефіцит кваліфікованих медиків у сфері невідкладної допомоги, які проживають у сільській місцевості, забезпечити постійне функціонування пунктів базування бригад Е(Ш)МД цілодобово є вкрай складно. У Центрі систематично виконується маршрут пацієнтів із гострим коронарним синдромом, що значно покращує якість діагностики та лікування таких пацієнтів.

Серед основних пріоритетів виділяємо такі завдання:

- забезпечення своєчасного прибуття бригад Е(Ш)МД на виклики;
- відновлення роботи І підстанції Е(Ш)МД у м. Суми та відкриття нових пунктів базування;
- покращення матеріально-технічного забезпечення служби;
- збереження кадрового складу;
- підвищення кваліфікації медичного та немедичного персоналу;
- покращення якості допомоги на догоспітальному етапі;
- удосконалення системи контролю якості медичної допомоги;
- дотримання маршрутів пацієнтів; а також поліпшення співпраці служби ЕМД із первинною медичною ланкою.

Головною метою реалізації Плану відновлення у сфері охорони здоров'я є відновлення та розвиток системи охорони здоров'я з новою якістю і доступністю послуг для задоволення потреб громадян. Для реалізації цієї мети План відновлення сфери охорони здоров'я передбачає:

1) Посилення політик та інститутів національної системи охорони здоров'я для керівництва процесом відновлення, що передбачає впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, що забезпечують професійну автономію, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я; створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я на основі затверджених політик, які базуються на фактичних даних; створення системи ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд.

2) Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я шляхом запровадження гнучких методів фінансування у сфері охорони здоров'я, розширення програми медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування;

3) Відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я, які відбуваються відповідно до підходів до госпітального планування та спрямовані на забезпечення надання базових послуг з охорони здоров'я шляхом розширення

послуг первинної медичної допомоги, впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд на рівні первинної медичної допомоги, впровадження багаторічних договорів між Національною службою здоров'я України та закладами охорони здоров'я.

4) Посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей (включаючи ВПО, ветеранів війни), викликаних війною, що передбачає розвиток реабілітаційної допомоги, розвиток послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад, розвиток травматологічних, ортопедичних, опікових та послуг інтенсивної терапії, вдосконалення пакетів програми медичних гарантій для врахування потреб ветеранів війни і осіб, постраждалих від воєнних дій;

5) Зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я шляхом здійснення заходів щодо інтеграції освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я до сучасного міжнародного контексту; планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я в обсягах та структурі відповідно до потреб системи; створення умов для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я.

6) Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження інфекційних та неінфекційних хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них, створення координаційного механізму в системі громадського здоров'я; забезпечення функціонування національної системи крові для гарантування державою рівноправного та своєчасного доступу пацієнтів до безпечних та якісних компонентів донорської крові у достатній кількості.

7) Розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки. шляхом формування єдиного медичного інформаційного простору з національною і транскордонною інтероперабельністю та наскрізними процесами та сервісами; забезпечення інфраструктурних та технічних умов надання якісних медичних послуг із використанням інформаційно-комунікаційних систем на всіх рівнях;

створення зручних та прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я, управління цією інформацією.

8) Посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях, що передбачає розробку і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на національному рівні та на рівні закладу охорони здоров'я.

9) Відновлення фармацевтичного сектора, покращення доступу та належне використання ліків шляхом гармонізації державних політик доступу до лікарських засобів та медичних виробів; утворення незалежної агенції з оцінювання медичних технологій у якості єдиного експертного органу, який забезпечує обґрунтованість та доказову базу відбору та оцінювання ефективності лікарських засобів, медичних виробів; стимулювання розвитку фармацевтичної галузі з фокусом на стимулювання інвестицій в R&D, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів та медичних виробів, сприяння проведенню клінічних досліджень в Україні, посилення контролю за непорушенням прав інтелектуальної власності, повноцінне запровадження у національне законодавство принципу Болар (можливості реєстрації генеричних лікарських засобів до моменту закінчення дії патенту на оригінальний лікарський засіб) та інших сучасних інструментів, спрямованих на посилення галузі; забезпечення доступу населення до якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів, шляхом встановлення в Україні суворої регуляторної системи, належним чином визнаної на міжнародному рівні.

Для розробки ефективної стратегії було застосовано аналіз актуальних проблем, що дозволяє провести глибоке дослідження зовнішнього та внутрішнього середовища організації. Результати аналізу вказали на сильні та слабкі сторони, а також можливості та загрози, які необхідно враховувати при прийнятті рішень. Аналіз потенційних ризиків, пов'язаних із реалізацією стратегії розвитку підприємства на середньострокову перспективу, також був врахований.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі представлено теоретичне узагальнення та вирішення проблеми державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

На основі проведеного теоретичного аналізу наукових джерел щодо управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф уточнено значення таких понять, як «екстрена медична допомога та медицина катастроф», «управління», «управління розвитком». Проаналізовано та охарактеризовано основні характеристики і особливості управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. В рамках цього контексту запропоновано власне визначення управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Вивчено та проаналізовано вітчизняний та міжнародний досвід управління екстреною медичною допомогою.

Проведено аналіз ефективності функціонування системи екстреної медичної допомоги. Розглянуто низку нормативно-правових актів та програмних документів, що стосуються розвитку цієї системи. Проаналізовано Концепцію розвитку екстреної медичної допомоги та визначено, що основна увага буде зосереджена на організаційно-структурних змінах у системі, а також на вирішенні соціально-економічних проблем, пов'язаних як з цими змінами, так і з забезпеченням стабільного функціонування системи. Визначено ключові соціально-економічні завдання для розвитку екстреної медичної допомоги на національному рівні.

Аналіз роботи служби екстреної медичної допомоги (ЕМД) за період з 2021 по 2023 роки свідчить про зміни в її функціонуванні, що впливають на якість та ефективність надання допомоги населенню. Найбільш очевидною є тенденція до зменшення загальної кількості виїздів бригад ЕМД, що супроводжується зменшенням обсягу наданої медичної допомоги. Зокрема, кількість виїздів на 1000 населення скоротилася на 60,2, а загальна кількість допомог зменшилась на 76 193 випадки. Це може бути пов'язано як із зниженням кількості викликів, так і з підвищенням ефективності диспетчеризації викликів та перерозподілом ресурсів.

Суттєве зменшення кількості викликів, пов'язаних із раптовими захворюваннями, хронічними хворобами та перевезенням пацієнтів, свідчить про зміну структури запитів на медичну допомогу. При цьому кількість екстрених викликів залишається стабільно високою – їх частка зросла з 90,5% у 2021 році до 91,7% у 2023 році, що демонструє важливість своєчасної допомоги при критичних станах. У той же час, неекстрені виклики скоротилися на 1,2%, що може свідчити про ефективну взаємодію з первинною медичною ланкою.

Оперативність реагування бригад ЕМД демонструє певні проблеми: кількість прибуттів на місце виклику у межах 10 хвилин скоротилась на 52 285 випадків, а у межах 20 хвилин – на 16 201 випадок. Це може бути викликано як логістичними складнощами, так і впливом зовнішніх факторів, зокрема, погіршенням інфраструктури чи збільшенням навантаження на окремі підрозділи. Водночас спостерігається позитивна динаміка щодо залучення загально-профільних лікарських бригад, питома вага яких зросла на 4,5%.

Загальні тенденції свідчать про перехід системи ЕМД до оптимізації процесів та ресурсів, підвищення ефективності роботи диспетчерської служби та впровадження нових організаційних підходів. Проте певні аспекти, такі як оперативність реагування та зменшення кількості спеціалізованих бригад, потребують подальшого аналізу та корекції для забезпечення якісного і доступного медичного обслуговування.

Отже, можемо зробити висновок, що реалізація реформ у службі екстреної медичної допомоги на території Сумської області успішна і дієва. На прикладі Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф можемо констатувати, що впровадження медичної реформи проходить з позитивними результатами. Реформування триває і триватиме ще не один рік. Попереду – зміни підходів в управлінні галуззю, в тому числі і службою екстреної медичної допомоги, уніфікація принципів надання медичної допомоги, навчання і виховання нового покоління медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державна політика у сфері охорони здоров'я: монографія / за загальною редакцією професора Білінської М. М., професора Радиша Я. Ф., Київ: Національна академія державного управління при Президентові України, 2019. 396 с.
2. Про внесення змін до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (щодо забезпечення справедливої оплати праці працівників бригад екстреної медичної допомоги): *Законопроект* URL: <https://www.apteka.ua/article/330480> (дата звернення: 30.01.2024 р.).
3. Дік В.Ф. Англо-американська та франко-німецька система екстреної медичної допомоги. *Prehosp Disaster Med* 2023. Січень-березень; 18 (1): 29-35.
4. К'етіл С., переклад Ю. Шиманський, Л. Дунець. А. Яремчук, - *Resuscitation* 81, 2010 (4) 371- 372.
5. Кузьмін В.Ю., Іскра Н.І., Терент'єва, А.В. Медицина катастроф: основні поняття та завдання служби. 2010. 298-302.
6. Маніфест Європейської Асоціації Екстреної медичної допомоги URL: <http://www.urg.org.ua/>. (дата звернення: 30.11.2024 р.).
7. Мартінес Р. Нове бачення ролі екстреної медичної допомоги. *Ann Emerg Med* 1998. листопад; 32 (5): 594-599).
8. Папаспіру Е, Сетзіс Д, Гросоманідіс В, Манікіс Д, Бутліс Д, Рессос С. Міжнародні системи EMS: Греція. *Реанімація* 2004. Грудень; 63 (3): 255-259.
9. Лупина О.М. До питання про поняття медичної допомоги в системі соціального забезпечення фізичних осіб. *Форум права: електронний журнал*. 2012. №2. С. 415.
10. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 05.01.2024 р.).
11. Разак Д.А., Келлерманн А.Л. Невідкладна медична допомога в країнах, що розвиваються: чи варто це робити? *Bull World Health Organ*

2002;80(11):900-905.

12. Реформування системи екстреної медичної допомоги: актуальні питання, - Прес-служба МОЗ України, 27 червня 2012 року. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20120627_b.html. (дата звернення: 05.01.2024 р.).

13. Росслер М., Зузан О. Системи EMS у Німеччині. *Реанімація* 2006. Січ; 68 (1): 45-49.

14. Ковригіна В.Є. Адміністративно-правове регулювання екстреної медичної допомоги. автор. дисер. на здоб. наук. ступеня к.ю.н.: 12.00.07. Нац. акад. внут. спр., 15 лютого 2017 року. 22 с.

15. Сассер С., Варгхессе М., Келлерманн А., Лорманд Д. Догоспітальні системи допомоги при травмах. ВООЗ. 2005.

16. Сова А.М. Реформа екстреної медичної допомоги у Житомирській області. Газета «Пульс» № 7, 2013. Вип. 59.

17. Федак Б.С., Забашта В.Ф., Салдан Г.М., Загуровський В.М., Досвід перехідного періоду реформування екстреної медичної допомоги в Харківській області. «Медицина неотложных состояний» 2 (49) 2013.

18. Флейшманн Т., Фульде Г. Невідкладна медицина в сучасній Європі. *Emerg Med Australas* 2007. Серпень; 19 (4): 300-302.

19. Малюх Г.В. Теоретичні засади державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф *Управління розвитком соціально-економічних систем в умовах війни російської федерації проти України: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (м. Полтава, 13 лютого 2024 року)*. – Полтава : ПУЕТ, 2024. – С. 413-415.

20. Малюх Г.В. Шляхи удосконалення державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф *Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції "Модернізація економіки: сучасні реалії, прогнозні сценарії та перспективи розвитку" 18-19 квітня 2024 року*. м. Херсон – м. Хмельницький. 2024 – С. 279-281.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК Б

Самооцінювання кваліфікаційної роботи

Назва: «Державне управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Сумській області»

Автор: Малюх Ганна Володимирівна

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування» ОП «Публічне управління та адміністрування»

Критерій	Рівень			Коментар
Огляд літератури побудовано навколо основної проблеми, використано найактуальніші сучасні дослідження за темою, чітко відображено зв'язок між завданнями, поставленими в роботі, та попередніми дослідженнями				
Надана конкретна та точна інформація про методи та дані (кількість, температура, тривалість, послідовність, умови, розташування, розміри тощо), методи пов'язані з іншими дослідженнями.				
Наведено конкретні результати з поясненнями та аналізом, порівняння з результатами інших досліджень, показано чіткий зв'язок проблеми з отриманими результатами,				
Надано пропозиції щодо удосконалення, що підкріплено відповідними обґрунтуваннями (прогноз, модель тощо)				
Висновки містять зв'язок з найважливішими аспектами попередніх розділів, підсумок ключових результатів, продемонстровано зв'язок між цією роботою та наявними дослідженнями зосереджена увага на суттєвих результатах, зазначено їх можливе застосування; подано обмеження, на які слід спрямувати майбутні дослідження.				
Перелік посилань є повним та достатнім для вирішення завдань дослідження				
Робота оформлена повністю відповідно до вимог				
Робота не містить друкарських та граматичних помилок				

Підтверджую, що робота виконана мною самостійно, не містить академічного плагіату. Зокрема, у моїй роботі немає запозичення текстів, ідей чи розробок, результатів досліджень інших авторів без посилань на них, у тому числі буквального перекладу з іноземних мов чи перефразування, що видаються за свій текст, вирваних із контексту тверджень, цитат без лапок, фабрикації (вигаданих) даних чи фальсифікації (вигаданих і модифікованих на догоду бажаному висновку) результатів досліджень.

16.12.24 _____

ДОДАТОК В

Декларація академічної доброчесності

Я, Малюх Ганна Володимирівна, студент/ка групи ЗПУіА 2301м Сумського національного аграрного університету зобов'язуюсь дотримуватися принципів академічної доброчесності під час виконання кваліфікаційної роботи. Я поінформований(а), що у разі порушення мною академічної доброчесності під час виконання кваліфікаційної роботи повинен/нна буду нести академічну та/або інші види відповідальності і до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення академічної доброчесності та етики академічних взаємовідносин, в тому числі, кваліфікаційна робота може бути анульована з наступним відрахуванням із університету.

Також усвідомлюю, що до мене у майбутньому може бути застосована процедура позбавлення ступеня вищої освіти та відповідної кваліфікації, якщо свідомо вчинене порушення академічної доброчесності не буде виявлено під час перевірки кваліфікаційної роботи на наявність текстових запозичень відповідно до встановленої в університеті процедури з використанням ліцензованих програмних продуктів.

16.12.24

Ганна МАЛЮХ