

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2.001.8

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Н. І. Іскра¹, В. П. Печиборщ², М. М. Михайловський²,
В. Ю. Кузьмін¹, Д. В. Ярощук³*

¹Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ,

²ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної
медичної допомоги та медицини катастроф
МОЗ України», м. Київ,

³Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, м. Київ

Вступ. Аналіз летальності та інвалідизації внаслідок несвоєчасної і неякісної ЕМД в Україні перевищує в рази ці показники в порівнянні із більшістю та країн з розвинутою ринковою економікою, що досягається завдяки якості налагодженої у них системи ЕМД: системи догоспітального етапу, принципово нової системи медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі у відділеннях екстреної (невідкладної) медичної допомоги (Е(Н)МД) — «emergency department» («ED») багатопрофільних лікарень, якості підготовки медичного персоналу та узгодженої послідовності їх діяльності на кожному етапі.

Мета. З метою створення повноцінної системи екстреної медичної допомоги необхідно визначити основні принципи її діяльності, які б оптимізували процес надання екстреної медичної допомоги населенню країни.

Матеріали та методи. У дослідженні використані матеріали наукових досліджень країн далекого та близького зарубіжжя та вимоги нормативно-правових актів нашої держави, що стосуються оптимальної структури системи екстреної медичної

допомоги. Вказані матеріали опрацьовані за допомогою аналітичного методу.

Результати. В результаті вивчення досвіду діяльності системи екстреної медичної допомоги розвинених країн та державних нормативно-правових актів, визначені основні принципи діяльності системи екстреної медичної допомоги, які спроможні оптимізувати цю систему заради поліпшення показників надання екстреної медичної допомоги населенню України.

Висновки. Досвід виконання цих принципів у країнах з розвинутою ринковою економікою безперечно свідчить про суттєве поліпшення організації та показників діяльності системи екстреної медичної допомоги в цих країнах. Створення оптимальної структури системи екстреної медичної допомоги передбачає достатнє бюджетне фінансування процесів її реформування.

Ключові слова: система екстреної медичної допомоги, принципи функціонування, складові системи.

Вступ. Згідно з вимогами п. 1 Положення про єдину систему надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги затвердженого наказом МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги» — єдина система надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) створюється з метою реалізації політики держави щодо забезпечення вчасної та якісної медичної допомоги кожній особі, яка перебуває в невідкладному стані [13]. Аналіз летальності та інвалідизації внаслідок несвоєчасної і неякісної ЕМД в Україні перевищує в рази ці показники в порівнянні із більшістю, та країн з розвинутою ринковою економікою, що досягається завдяки якості налагодженої у них системи ЕМД: системи догоспітального етапу, принципово нової системи медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі у відділеннях екстреної (невідкладної) медичної допомоги (Е(Н)МД) — «emergency department» («ED») багатопрофільних лікарень, якості підготовки медичного персоналу та узгодженої послідовності їх діяльності на кожному етапі [2, 3, 8, 15]. Постановою Кабінету Міністрів України від 5.11.2007 р. № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екс-

треної медичної допомоги на період до 2010 року», вперше в Україні були задекларовані основні принципи та пріоритети системи ЕМД щодо реформування догоспітального етапу за досвідом країн з розвинутою ринковою економікою, створення відділень Е(Н)МД з відповідним оснащенням та кадровим забезпеченням лікарями з «медицини невідкладних станів», створення підсистеми центрів травми, удосконалення служби медицини катастроф, створення кафедр «невідкладної медичної допомоги» та «медицини катастроф» в системі медичних закладів додипломної освіти, створення нової наукової спеціальності «медицина невідкладних станів», створення єдиної диспетчерської служби та введення єдиного номеру виклику «112» [12]. Все це знайшло відображення в основних положеннях проекту Закону України «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги» та Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [1].

Одним з чинників, який спонукав розпочати реформування системи надання медичної допомоги — високий показник смертності в Україні від нещасних випадків, який на протязі 10 років зупинився на 132 випадках на 100 000 населення, що в абсолютних цифрах щорічно становить понад 60 000 осіб, причому, 24 % з них помирає в лікарняних закладах, а 76 % — на догоспітальному етапі (в країнах з розвинутою ринковою економікою 72 % постраждалих від нещасних випадків вмирає у лікарнях, а 28 % — на догоспітальному етапі).

Причинами такого стану є:

- відсутність чіткої організації роботи та взаємодії основних складових системи ЕМД, а саме: диспетчерської служби, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) та раннього госпітального етапу;

- невчасний доїзд бригад Е(Ш)МД;

- низький професійний рівень та фахова підготовка медичного персоналу;

- низький рівень надання ЕМД на місці події та під час евакуації постраждалих до лікувального закладу та у закладі охорони здоров'я;

- недостатня оснащеність та застаріле обладнання автомобілів швидкої медичної допомоги (ШМД);

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- вичерпаний ресурс експлуатації або відсутність необхідного діагностичного та лікувального обладнання у приймальних відділеннях закладів охорони здоров'я.

На догоспітальному етапі в Україні з 3 147 бригад Е(Ш)МД, фельдшерські бригади становлять 58 % (в сільській місцевості цей показник сягає 80 %).

Мета. З метою створення повноцінної системи екстреної медичної допомоги необхідно визначити основні принципи її діяльності, які б оптимізували процес надання екстреної медичної допомоги населенню країни.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні використані матеріали наукових досліджень країн далекого та близького зарубіжжя та вимоги нормативно-правових актів нашої держави, що стосуються оптимальної структури системи екстреної медичної допомоги. Вказані матеріали опрацьовані за допомогою аналітичного методу.

Результати дослідження. Згідно з п. 3 Наказу МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», — система передбачає використання новітніх стандартизованих медичних технологій, оптимізацію мережі лікувальних закладів, їх реорганізацію на основі єдиних науково обґрунтованих організаційних принципів та міжнародних стандартів надання ЕМД з відповідним матеріально-технічним забезпеченням, професійною підготовкою медичних працівників з питань надання ЕМД, а також рятувальників та інших фахівців, які беруть участь у ліквідації наслідків НС та не мають медичної освіти, працівників, професійні обов'язки яких пов'язані з автомобільним, залізничним, водним та повітряним транспортом. Пунктом 4 передбачено, що «управління Системою полягає в контролі за виконанням протоколів надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному та госпітальному етапах, затверджених МОЗ України, та забезпеченням умов для своєчасності надання цієї допомоги» [12].

Складові Системи ЕМД:

1. Управління Системою:

1.1. На центральному рівні — Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (на даний час, це ДЗ «Український науково-практичний

центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»).

1.2. На територіальному рівні — територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

2. Догоспітальний етап:

2.1. Служба ЕМД, функціональною одиницею якої є бригада Е(Ш)МД.

2.2. Немедичний персонал системи — фахівці, що не мають медичної освіти (працівники МВС, рятувальники та інші), функціональні обов'язки яких передбачають надання домедичної допомоги.

3. Госпітальний етап:

3.1. Багатопрофільні лікарні з цілодобовим режимом роботи, в тому числі які мають у своєму складі відділення невідкладної медичної допомоги.

3.2. Лікарні швидкої медичної допомоги.

3.3. Центри травми трьох рівнів.

4. Спеціалісти Системи, їх підготовка та перепідготовка:

4.1. Немедичний персонал — спеціальні центри підготовки.

4.2. Фельдшери, медичні сестри бригад Е(Ш)МД — вищі навчальні медичні заклади I-II рівнів акредитації.

4.3. Лікарі зі спеціальності «медицина невідкладних станів» — вищі навчальні медичні заклади III-IV рівнів акредитації.

5. Зв'язок та диспетчерська служба:

5.1. Диспетчерська служба Е(Ш)МД.

6. Транспортні засоби (їх відповідність державним стандартам та табелям оснащення):

6.1. Санітарний транспорт (автомобілі, гелікоптери, літаки).

7. Надання ЕМД при НС, медицина катастроф:

7.1. Бригади постійної готовності першої черги (бригади Е(Ш)МД)).

7.2. Спеціалізовані бригади другої черги.

7.3. Мобільні польові бригади.

7.4. Мобільні загони.

7.5. Мобільні госпіталі.

7.6. Медичні заклади.

8. Медична облікова документація, облікова звітність, статистичні форми.

9. Інформованість населення про роботу Системи та дії в умовах надзвичайних ситуацій.

Питання оптимізації організації надання ЕМД в країнах з розвинутою ринковою економікою стоїть в числі найбільш пріоритетних завдань щодо збереження життя та здоров'я їх населення. За досвідом цих країн, створення системи ЕМД, у першу чергу, пов'язане зі значними структурними перебудовами охорони здоров'я держави та значними матеріальними затратами. Водночас, цей досвід засвідчує що ці затрати є виправданими, оскільки наступає значний позитивний соціальний ефект та економічна доцільність, яка проявляється у зменшенні рівня смертності і інвалідизації хворих та потерпілих.

Дослідження існуючих систем ЕМД довело, що незалежно від регіональних особливостей, основні напрямки їх діяльності ґрунтуються на єдиних принципах:

- своєчасність та якість надання ЕМД;
- спадкоємність догоспітального та раннього госпітального етапів;
- використання єдиних стандартів та алгоритмів надання ЕМД;
- загальнодоступність для всіх категорій населення у цілодобовому режимі роботи.

Згідно з вимогами Наказу МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», — система функціонує за принципами:

- доступності і безоплатності медичної допомоги кожній фізичній особі, яка перебуває у невідкладному стані;
- своєчасності і якості надання медичної допомоги;
- надання медичної допомоги, як у повсякденних умовах, так і в умовах НС;
- єдності медичної науки, освіти та практики, що забезпечує динамічний розвиток і удосконалення Системи.

Високі показники надання ЕМД пацієнтам та постраждало-му населенню при НС, досягаються адекватною високою організованістю та взаємодією в системі ЕМД (бригад Е(Ш)МД, оперативно-диспетчерської служби Е(Ш)МД та Е(Н)МД на ранньому госпітальному етапі), а саме:

- постійним підтриманням високого рівня готовності сил і засобів системи ЕМД;

- пріоритетністю завдань спрямованих на збереження життя та здоров'я громадян;
- своєчасністю і якістю надання ЕМД;
- послідовністю та наступністю у наданні медичної допомоги під час евакуації за призначенням, догоспітального та раннього госпітального етапів;
- використанням єдиних стандартів і алгоритмів надання ЕМД, що базуються на принципах доказової медицини;
- єдиним розумінням патології та травм;
- єдиною системою підготовки медичних кадрів «медицини невідкладних станів»;
- доступністю медичної допомоги для всіх громадян України;
- надійністю у вирішенні спільних завдань щодо організації медичної допомоги всім категоріям громадян України;
- безоплатністю при наданні медичної допомоги;
- прозорістю надання медичної допомоги;
- виключенням випадків ненадання медичної допомоги всім категоріям громадян України;
- організацією дієвої взаємодії з використанням сучасних технологій та засобів зв'язку.

У сучасній системі ЕМД особливе значення мають своєчасність надання медичної допомоги, спадкоємність та послідовність лікувальних заходів, тобто виконання єдиних методів надання ЕМД, початок проведення заходів інтенсивної терапії на місці події та під час здійснення евакуації хворих/постраждалих, поранених та послідовне нарощування лікувальних заходів на ранньому госпітальному етапі [2, 3, 8, 11]. Вирішення проблем поліпшення стану та показників діяльності системи ЕМД під час надання медичної допомоги пацієнтам, а також постраждалому населенню при НС та в особливий період потребує більш детального розгляду взаємопов'язаних між собою складових досягнення успіху у цьому життєво важливому питанні, як на державному, так й на регіональному рівнях [6, 8, 10, 11].

Якщо розглянути кожний із вище перерахованих пунктів, то можна констатувати, що:

1. Постійне підтримання високого рівня готовності сил і засобів системи ЕМД досягається:

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- укомплектованістю високо підготовленими медичними фахівцями з питань «медицини невідкладних станів»;
- забезпеченістю медичним майном та оснащенням;
- створенням запасів медичного майна і виробів медичного призначення та відповідного обладнання та апаратури на НС та особливий період;
- справністю та готовністю транспортних засобів для евакуації травмованих (уражених) хворих з осередків НС;
- наявністю справних засобів радіо- та мобільного зв'язку;
- високим рівнем професійної підготовленості особового складу оперативно-диспетчерської служби та її оснащеності.

2. Пріоритетність завдань спрямованих на збереження життя та здоров'я громадян на збереження життя та здоров'я громадян досягається:

- створенням та виконанням вимог короткострокових та перспективних загальнодержавних програм спрямованих на попередження професійних захворювань, профілактику соціальної захворюваності в державі, збереження життя та здоров'я громадян;
- створення відповідної нормативно-правової бази спрямованої на поліпшення умов праці;
- домінування у всіх сферах виробництва виконання всіма категоріями працівників правил техніки безпеки.

3. Своєчасність ЕМД досягається:

- чіткою організацією діяльності оперативно-диспетчерської служби з використанням новітніх технологій екстреної медичної диспетчеризації з використанням алгоритмів роботи;
- чіткою організацією взаємодії диспетчерів прийому викликів, диспетчерів напрямків, бригад Е(Ш)МД та приймальних відділень лікарень (відділень Е(Н)МД багатопрофільних лікарень та лікарень інтенсивного лікування);
- достатньою кількістю бригад Е(Ш)МД, спроможних надати ЕМД;
- використанням для надання ЕМД бригад Е(Ш)МД, які найближче знаходяться до хворого/постраждалого, чи осередку НС та прибуттям до пацієнтів найкоротшим шляхом;
- скороченням часових показників на організацією виїздів бригад Е(Ш)МД на виклики.

Якість надання ЕМД досягається:

- своєчасністю прибуття бригад Е(Ш)МД на виклики;
- високим рівнем професійної і фахової підготовки медичного складу бригад Е(Ш)МД;
- високим рівнем укомплектованості медичним майном, виробами медичного призначення та медичної апаратурою бригад Е(Ш)МД;
- високим рівнем знання вимог локальних клінічних протоколів з надання ЕМД особовим складом бригад Е(Ш)МД;
- постійним підвищенням рівня професійної підготовки особового складу бригад Е(Ш)МД;
- прагненням до вчасної, одномоментної, радикальної та вичерпної ЕМД з подальшим наступним лікуванням хворих/постраждалих;
- евакуацією хворих/постраждалих за призначенням — до того лікувального закладу, де їм може бути надана вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання;
- проведенням під час евакуації заходів інтенсивної терапії (за необхідності) тяжкохворим/постраждалим.

Спадкоємність та послідовність у наданні ЕМД та подальшому лікуванні хворих/постраждалих досягається, насамперед, єдиним розумінням патологічних процесів, що проходять в організмі при захворюваннях та ураженнях, єдиними методами їх профілактики та лікування. Обов'язковою умовою спадкоємності медичної допомоги та лікування є чітке ведення медичної документації. Важливим етапом у системі надання екстреної та не екстреної медичної допомоги є ранній госпітальний етап. На сьогодні в системах ЕМД більшості країн з розвинутою ринковою економікою, як у повсякденних умовах, так й за умови НС в мирний час та в особливий період, в системі ЕМД використовуються відділення Е(Н)МД, які вперше були створені в США («ЕД»), які є структурними підрозділами багатoproфільних лікарень та лікарень інтенсивного лікування.

Відповідно до концепції ЕМД США, на догоспітальному етапі основний обсяг ЕМД покладений на парамедиків та осіб, що не мають спеціальної медичної освіти (медичні техніки тощо), перша лікарська медична допомога пацієнтам, що перебувають у невідкладному стані, передбачена тільки у «ЕД»

стаціонарів та центрах первинної медичної допомоги. «ED», в англо-американській системі охорони здоров'я, яке іноді називають кімнатою невідкладної допомоги — «emergency room» («ER»), відділенням нещасного випадку чи відділенням швидкої медичної допомоги — це відділення багатопрофільної лікарні чи іншого лікувального закладу, яке забезпечує надання медичної допомоги пацієнтам з широким спектром хвороб чи травматичних пошкоджень, які зумовлюють його невідкладний стан. В середині ХХ століття такі відділення у США (та деяких інших країнах, які надавали НМД безоплатно), стали важливим місцем лікування для тих, хто не мав інших можливостей доступу до мережі медичних закладів. Всі пацієнти, що поступають у «ED»/«ER» за самозверненням чи доставляються немедичним транспортом, з метою визначення характеру та тяжкості захворювання, обов'язково підлягають медичному сортуванню. Пацієнти (хворі/постраждали), що перебувають в тяжкому та вкрай тяжкому стані, — підлягають огляду лікарем в першу чергу, а потім — підлягають огляду ті пацієнти, що мають менш тяжкі симптоми та пошкодження. Після огляду та надання ЕМД, пацієнтів, що потребують стаціонарного лікування, — госпіталізують або, при необхідності, після стабілізації стану, переводять до іншої лікарні, а ті пацієнти, що можуть продовжувати лікування амбулаторно, — підлягають виписці.

«ED»/«ER» створювались під нову (на той час) спеціальність «медицина невідкладних станів» із знанням та вмінням виконувати рятуючи життя та зменшуючи тяжкі ускладнення, маніпуляції. Ці маніпуляції передбачені рекомендаціями Європейської та Американської асоціацій невідкладної медичної допомоги для фахівців, що працюють у «ED»/«ER» та успішно склали іспит відповідно до програм: ATLS (Advance Trauma Life Support) — професійна підтримка життя при травмах, ACLS (Advance Cardiac Life Support) — професійна допомога при серцево-судинних розладах, PALS (Pediatric Advance Life Support) — професійна підтримка життя у дітей та немовлят та MALS (Medical Advance Life Support) — професійна ЕМД. Саме тому, лікар з «медицини невідкладних станів» є основною фігурою в цьому відділенні, а розподіл на зони у великих лікарнях є умовним, а в малопотужних лікарнях, так звані зони взага-

лі відсутні, але там надається така ж допомога відповідно до затверджених протоколів. «ED» багатопрофільних лікарень з ліжками та перебуванням пацієнта до 1 доби, замість приймальних відділень, функціонують у майже 85 % усіх лікувальних закладів. Впровадження в діяльність багатопрофільних лікарень цих відділень (палат) надає реальні можливості для скорочення існуючого ліжкового фонду лікувальних закладів на 20 % та амбулаторної мережі на 15 %. Паралельно існують центри травми трьох рівнів, які складають 15-20 % від потужності усіх лікувально-профілактичних закладів.

Щодо правового та нормативного забезпечення організації та функціонування «ED»/«ER», то в 1986 р. Конгрес США прийняв закон, загальновідомий, як EMTALA («Акт про федеральну екстрену медичну допомогу та активні пологи» або «Антидемпінговий закон для пацієнтів»), причиною появи якого стало зростаюче занепокоєння випадками відмови у лікуванні пацієнтів, які не могли розрахуватись за надану ЕМД. Цей закон зобов'язав кожне «ED»/«ER» надавати мінімальний рівень медичної допомоги всім пацієнтам незалежно від їхньої платоспроможності. Також, цим законом передбачено, що кожна особа, яка поступає до «ED»/«ER», має право на загальне медичне обстеження. Метою цього обстеження є виявлення будь-якого захворювання чи пошкодження, яке без негайного втручання чи відтермінування надання медичної допомоги на строк більше доби може призвести до серйозних наслідків. На практиці, проводиться повне обстеження більшості пацієнтів, які поступають до «ED»/«ER». Тільки після закінчення повного обстеження, якщо дозволяють стан та діагноз, пацієнта можна відправляти в амбулаторний заклад чи до лікаря первинної ланки. Треба відзначити, що близько половини всіх візитів до цих відділень відбувається з приводу незначних медичних проблем, а вартість не ургентного візиту до лікаря відділення втричі дорожча візиту до лікаря первинної ланки [5].

Взагалі, хоча медична допомога у США платна, «ED»/«ER» повинно обслуговувати кожного, хто звертається з проханням про лікування, навіть у тому випадку, коли немає підтверджень платоспроможності і це, в свою чергу викликає багато фінансових проблем для закладу, який створив «ED»/«ER». З іншої

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

точки зору, ці підрозділи часто є «останнім» пристанищем людей з «дна суспільства» [9]. Відповідно до даних Американської медичної асоціації («American Medical Association») за один місяць, лікарі ЕМД в межах акту EMTALA надають щорічну некомпенсовану медичну допомогу в середньому на 138 300 доларів.

На «ED»/«ER» нормативно-правовими документами покладаються наступні функції:

- регулювання роботи транспорту та підвозу хворих/постраждалих;
- прийом та виписки хворих/постраждалих;
- медична реєстрація, та збереження коштовностей хворих/постраждалих;
- отримання згоди пацієнта на лікування;
- організація діагностики та лікування пацієнта;
- проведення необхідних процедур;
- консультації, профілактика інфекцій;
- забезпечення усім необхідним для цілодобового чергування;
- раціональне використання медикаментів;
- розміщення медичного обладнання згідно зі стандартами;
- забезпечення нагляду за неповнолітніми;
- оповіщення сімейного лікаря пацієнта;
- дотримання умов конфіденційності щодо пацієнта;
- при необхідності (у випадках передбачених законодавством) — оповіщення органів охорони здоров'я та поліції;
- при необхідності — переведення пацієнта у спеціальні центри (травми, токсикології);
- проведення комплексу необхідних заходів у разі смерті пацієнта.

Організація роботи «ED»/«ER» щодо надання ЕМД здійснюється в умовах повсякденної діяльності та при НС. Вони включаються в місцеві, регіональні та державні плани захисту населення при НС мирного та воєнного часу і періодично приймають участь у відповідних навчаннях з цього приводу. Площа приміщень, штати та обладнання «ED»/«ER» визначаються відповідними стандартами. Для розрахунків штатної чисельності пра-

цюючих у відділенні основним показником слугує чисельність звернень (відвідувань) за допомогою. Забезпечення догляду та надання медичної допомоги пацієнтам при надходженні до відділення, в процесі стаціонарного лікування та при виписці покладається на середній медичний персонал [4, 5, 7, 9, 14, 15].

Висновки. Таким чином, в умовах сьогодення, а саме економічної та соціальної кризи в нашій країні, створення єдиної системи екстреної медичної допомоги є одним з найважливіших соціальних пріоритетів держави, спрямованих на збереження життя та здоров'я населення України.

За умови бездоганного виконання основоположних принципів діяльності системи екстреної медичної допомоги всіма її складовими та використання досвіду існування аналогічних систем у країнах з розвинутою ринковою економікою, виникають передумови щодо оптимізації показників екстреної медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах її надання.

Створення повноцінної системи екстреної медичної допомоги потребує створення нової системи підготовки медичних кадрів та відповідних протоколів з надання екстреної медичної допомоги та настанов до них.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу», 2012 р., м. Київ.
2. Іскра Н. І. Особливості планування функцій та структури відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень на основі досвіду США / Н. І. Іскра, В. П. Печиборщ, В. Ю. Кузьмін // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2016. — № 5. — С. 5-13.
3. Іскра Н. І. Відділення Emergency Department як компонент системи екстреної медичної допомоги та структурний підрозділ багатoproфільної лікарні / Н. І. Іскра, В. П. Печиборщ, М. М. Михайловський [та ін.]. // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2016. — № 5. — С. 15-19.
4. Комаров Б. Д. Основы организации экстренной специализированной медицинской помощи / Б. Д. Комаров, Т. Н. Богницкая, А. И. Арбаков [и др.]. — М.: Медицина. — 1986. — 272 с.
5. Неотложная медицинская помощь/ Под ред. Дж. Э. Тинтинalli, Р. Л. Кроума, Э. Руиза; пер. с англ. В. И. Кондрора. — М.: Медицина, 2001. — 879 с.
6. Рошін Г. Г. Загальні принципи розробки плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків (методичні рекомендації) / Г. Г. Рошін, С. О. Гур'єв, І. П. Семенів [та ін.]. — Київ. — 2013. — 30 с.
7. Рошін Г. Г. Система невідкладної медичної допомоги США. Особливості її організації та підготовки фахівців / Г. Г. Рошін, М. М. Корнієнко, М. В. Нацюк [та ін.]. — Київ: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМАПО ім. П. Л. Шупика. — 2004. — 206 с.

8. Рошін Г. Г. Система невідкладної медичної допомоги та шляхи її удосконалення як ланки догоспітального етапу єдиної системи екстреної медичної допомоги в Україні / Г. Г. Рошін, Н. І. Іскра, В. М. Завальний [та ін.]. // Острые и неотложные состояния в практике врача. — К. — 2010 — № 3, — С. 5-9.
9. Смайлі Д. Р. Відділення невідкладної медичної допомоги — етапи розвитку та принципи функціонування / Д. Р. Смайлі, Г. Г. Рошін // Екстрена медицина: від науки до практики. — 2013. — № 1. — С. 74–81.
10. Юрченко В. Д. Деконтамінації постраждалих внаслідок дії хімічних, радіаційних чинників та біологічних агентів / В. Д. Юрченко, С. В. Синельник, В. О. Крилюк [та ін.]. // Екстрена медицина. — 2013 — № 2. — С. 97-107.
11. Юрченко В.Д. Організація роботи приймального відділення під час надзвичайних ситуацій: аналіз досвіду країн СНД / В. Д. Юрченко, В. О. Крилюк, В. Ю. Кузьмін [та ін.]. // Екстрена медицина: від науки до практики. — 2014. — № 2 (08). — С. 33-40.
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 5.11.2007 р. № 290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року».
13. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги».
14. New South Wales Government (1997) Emergency department strategic directions: priorities and planning guidelines for the NSW health system 1997-2000. North Sydney: NSW Health, 25 pp.
15. Schafermeyer R.W., Asplin B.R. (2003) Hospital and emergency department crowding in the United States. Emergency Medicine. — Vol. 15. — P. 22-27.

Основные принципы организации и деятельности системы экстренной медицинской помощи

*Н. И. Искра¹, В. П. Печиборщ², Н. Н. Михайловский²,
В. Ю. Кузьмин¹, Д. В. Ярощук³*

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев,

²ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины», г. Киев,

³Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев

Вступлення. Аналіз летальності та інвалідизації вслідствии несвоевременной и некачественной ЭМП в Украине в разы превышает аналогичные показатели большинства стран с развитой рыночной экономикой, что достигается благодаря налаженной в них системы ЭМП: системы догоспитального этапа, принципиально новой системы медицинской помощи на раннем госпитальном этапе в отделениях экстренной (неотложной) медицинской помощи (Э(Н)МП — «emergency department» («ED») многопрофильных больниц, качества под-

готовки медичинського персоналу і узгодженої послідовності їх діяльності на кожному етапі.

Цель. С целью создания полноценной системы экстренной медицинской помощи необходимо определить основные принципы ее деятельности, которые реально влияют на оптимизацию процесса оказания экстренной медицинской помощи населению страны.

Материалы и методы. В исследовании использованы материалы научных исследований стран дальнего и ближнего зарубежья, а также требования нормативно-правовых актов нашего государства, касающиеся оптимизации структуры системы экстренной медицинской помощи. Указанные материалы проработаны с помощью аналитического метода.

Результаты. В результате изучения опыта деятельности систем экстренной медицинской помощи развитых стран и нормативно-правовых актов государства, — определены основные принципы деятельности системы экстренной медицинской помощи, которые способны оптимизировать эту систему для улучшения показателей оказания экстренной медицинской помощи населению Украины.

Выводы. Опыт реализации принципов деятельности системы экстренной медицинской помощи в странах с развитой рыночной экономикой свидетельствует о существенном улучшении организации и показателей деятельности системы экстренной медицинской помощи в этих странах. Создание оптимальной структуры системы экстренной медицинской помощи предусматривает достаточное бюджетное финансирование процессов ее реформирования.

Ключевые слова: система экстренной медицинской помощи, принципы функционирования, составляющие системы.

Basic principles of the organization and operation of the emergency medical care system

¹*N. I. Iskra*, ²*V. P. Pechyborsch*, ²*M. M. Mykhaylovskiy*,
¹*V. Yu. Kuzmin*, ³*D. V. Yaroshuk*

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Kyiv,

²SI«Ukrainian Scientific and Practical Center for Emergency
Medical Care and Medicine of Disasters», Ministry of Health of
Ukraine, Kyiv,

³O. Bohomolets National Medical University, Kyiv

Introduction. According to the findings of the analysis, values of mortality and disability due to untimely and poor emergency medical care (EMC) in most countries with developed market economies are by far lower than those in Ukraine, which results from the well-established system of EMC, including the pre-hospital system, a fundamentally new system of medical care in the early hospital stage in emergency (acute) patient care departments — “emergency departments” (ED) of multi-field hospitals, the quality of training of medical personnel and the consensus sequence of their activities at each stage.

Aim. Creating an adequate system of emergency medical care requires the determination of the basic principles of its operation, which really influence the optimization of provision of emergency medical care to the population of the country.

Materials and methods. The study was based on the reports of scientific studies conducted in far- and near-abroad countries and the requirements of regulatory acts of Ukraine pertaining to the optimization of the structure of the emergency medical care system. An analytical analysis was employed to process the above materials.

Results. Based on the experience of the operation of emergency medical care systems in developed countries and Ukrainian regulatory legal acts, there have been determined main principles of the emergency medical care system that can optimize the above system for improving the outcomes of emergency medical care for the population of Ukraine.

Conclusions. The experience of implementing the principles of the emergency medical care system in economically

developed countries demonstrates a significant improvement in the organization and functioning of the emergency medical care system in these countries. The creation of an optimal structure of the emergency medical care system provides for sufficient budgetary financing for the processes of its reforming.

Key words: emergency medical care, principles of operation, the components of the system.

Відомості про авторів:

Іскра Наталія Іванівна — доктор медичних наук, професор кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) 518-76-26.

Печиборщ Вячеслав Петрович — доктор медичних наук, доцент, завідувач відділом наукових проблем організації та управління медичною допомогою при надзвичайних ситуаціях ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України». Адреса: м. Київ, вул. Братиславська, 3, тел.: (044) 518-57-08.

Михайловський Микола Миколайович — кандидат технічних наук, доцент, провідний науковий співробітник відділу наукових проблем організації та управління медичною допомогою при надзвичайних ситуаціях ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України». Адреса: м. Київ, вул. Братиславська, 3, тел.: (044) 518-57-08.

Кузьмін Валерій Юрійович — кандидат медичних наук, доцент кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел. : (044) 518-76-26.

Ярошук Дмитро Валерійович — кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Адреса: м. Київ, бул. Шевченка, 13.