

УДК 614.883:658

Шевченко Р. А., канд. мед. наук, директор**Матушак А. В.**, заступник директора з медичної роботи – керівник служби екстреної медичної допомоги**Денисенко Я. А.**, лікар-методист

КЗ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпро, Україна

Медичний менеджмент в екстреній медицині як запорука ефективності роботи системи

Резюме. Однією з найважливіших у системі охорони здоров'я є проблема якості медичного обслуговування, яку важко переоцінити, оскільки вона пов'язана зі здоров'ям, а часом і з життям людини. Сучасний менеджмент неможливий без об'єктивної оцінки клінічної та економічної ефективності надання нами якісних медичних послуг. Тільки обґрунтоване використання наявних ресурсів попередить зайві витрати та непотрібні дії.

Вирішити проблему якості медичної допомоги можливо тільки за умови оптимізації управління системою медичного обслуговування на всіх рівнях. У вирішенні цих питань пріоритет надається менеджersькому підходу в управлінні установою охорони здоров'я.

Упровадження і застосування медичного менеджменту, пристосування його до конкретних обставин є головним важелем впливу і досі невикористаним ресурсом, що може докорінно змінити службу екстреної медицини держави.

Ключові слова: медичний менеджмент, управління охороною здоров'я, якість надання медичних послуг, екстрена медична допомога.

*Коли вам здається, що ціль недосяжна,
не змінюйте мету – змінюйте свій план дій.
Конфуцій*

Террі Олександр Гібсон, відомий консультант, автор книг і статей з менеджменту, стверджував: «Менеджмент – це мистецтво досягнення цілей в умовах обмеженості ресурсів». Зміст цього висловлювання влучно пропонує нам відповідь, що робити в умовах нашого сьогодення. Питання обмежених ресурсів (кадрових, матеріальних та ін.) гостро стоїть перед кожним керівником територіального центру екстреної медичної допомоги (ЕМД).

Першорядне значення в охороні здоров'я набуває проблема якості медичного обслуговування, яку важко переоцінити, оскільки вона пов'язана зі здоров'ям, а часом і з життям людини.

Сучасний менеджмент неможливий без об'єктивного оцінювання клінічної та економічної ефективності, а також якості наданих нами медичних послуг. Тільки обґрунтоване використання наявних ресурсів дасть змогу запобігти зайвим витратам і непотрібним діям.

КЗ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради» (Центр) з 01.01.2016 р. почав працювати в новій структурі, приєднавши як структурний підрозділ Дніпро-

петровську станцію швидкої медичної допомоги (1342,25 штатних посад, 85 бригад ЕМД, 6 підстанцій, 22 пункти базування, 1160 тис. населення).

У структурі закладу було сформовано адміністративний апарат управління, структуровані необхідні відділи. Розподіл повноважень забезпечив ефективну діяльність Центру.

Відповідно до Наказу МОЗ України від 24.04.2013 р. № 336 «Про затвердження індикаторів оцінки діяльності системи ЕМД», догоспітальна летальність, летальність у присутності бригади та під час транспортування є показником ефективного надання медичної допомоги. Пріоритетними завданнями системи ЕМД з початку 2016 року стали такі положення.

1. Посилення дієвого контролю за роботою бригад ЕМД та працівників Центральної оперативної диспетчерської.

1.1. Здійснення щотижневого моніторингу та аналіз летальних випадків до приїзду та в присутності бригади (прослуховування архіватора мовлення, перевірка часу передачі виклику диспетчером, вибір найближчої бригади, час виїзду бригади на виклик, якість та об'єм наданої медичної допомоги – з перевіркою даних архіву та пам'яті діагностичного обладнання, аналіз розбіжностей діагнозів із висновками судово-медичної експертизи).

1.2. Проведення щотижневого моніторингу та аналіз викликів, що здійснюються у зв'язку із загрозою життю пацієнта (відповідність надання медичної допомоги вимогам клінічних протоколів з перевіркою обсягу медичної допомоги, зазначеного в супровідному листку (вибіркові виїзди до реанімаційних відділень лікарень, куди було госпіталізовано пацієнтів у критичному стані)).

1.3. Запрошення лікарів на доповідь перед колегами на лікарських конференціях про власні клінічні ситуації з детальним розглядом наданої допомоги.

Проведена робота почала давати результати. Так, моніторинг своєчасності прибуття бригад на екстрені виклики, який здійснюють кожного тижня за допомогою програмно-апаратного комплексу оперативно-диспетчерської служби, показав зростання відсотка прибуття бригад на виклик у встановлений норматив з 13 до 30 %, а по деяким підстанціям – до 40 % (рисунк 1).

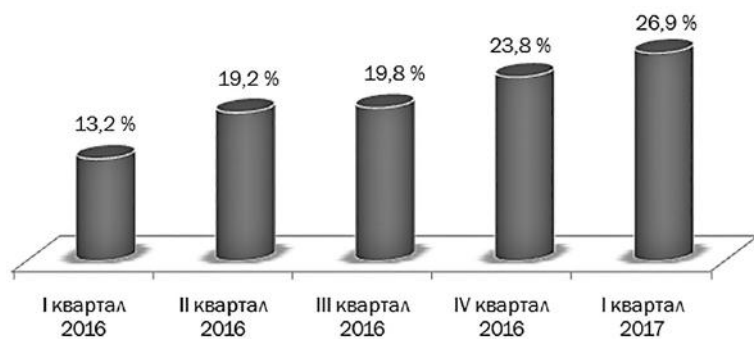


Рисунок 1
Зростання відсотка прибуття бригад ЕМД на виклик

Відбулося зростання кількості успішних серцево-легеневих реанімацій. За звітний період бригадами ЕМД було виконано 22 успішні серцево-легеневі реанімації (12 за аналогічний період 2015 року). Нехай поки що це не-

значна кількість, але показник зріс на 83 %, і ми розуміємо, що це тільки початок. Ми маємо ресурс та повинні рятувати набагато більше життів. Як зазначав видатний лікар, один з основоположників американської кардіохірургії Клод Бек: «У багатьох випадках люди із зупинкою серця мають серця занадто добрі, щоб умирати». І нам потрібно працювати так, щоб цих «зупинок» було набагато менше.

Медичні працівники стали більш відповідальними за свою роботу. Специфіка надання екстреної медичної допомоги за межами лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) все ж таки має вплив на якість медичної допомоги. Зіставлення обсягу медичної допомоги, зазначеного в супровідному листі, з картками виїзду, перевірка даних архіву пам'яті діагностичного обладнання стимулюють надавати більш якісну екстрену медичну допомогу. Практика доповідей лікарів про свої клінічні ситуації перед колегами на лікарських конференціях також дала позитивні результати.

Так, під час вибіркового оцінювання якості надання екстреної медичної допомоги у ситуаціях, коли існує загроза життю (гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, порушення серцевого ритму, тяжкі кровотечі та травми), відзначено, що медична допомога надавалася відповідно до протоколів у 80,8 % випадків (у 2015 р. – 70,4 %), частково відповідала протоколам у 12,6 % випадків (у 2015 р. – 21,5 %), не відповідала протоколам у 6,6 % випадків (у 2015 р. – 8,1 %). Збільшився обсяг виконання практичних маніпуляцій: використання вакуумного матраца та вакуумних шин, кисневої підтримки, використання діагностичного обладнання (моніторинг серцевої діяльності, пульсоксиметрія, глюкометрія) (рисунок 2).

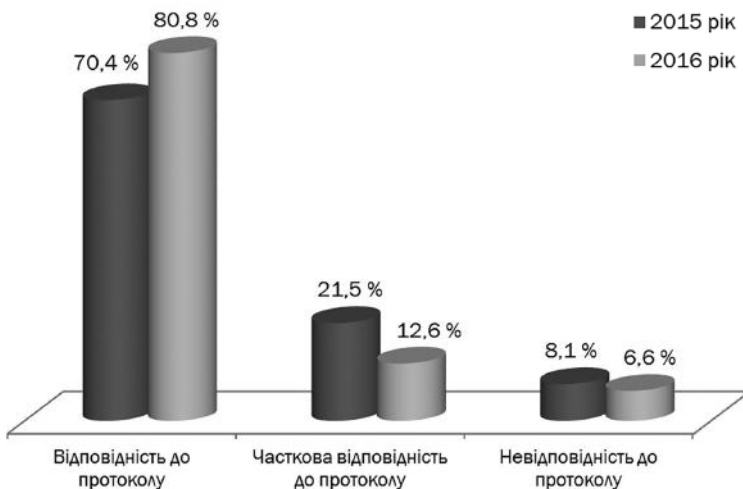


Рисунок 2. Зростання якості надання ЕМД відповідно до протоколів

Цей результат підтверджує більш широке використання лікарських засобів та витратних матеріалів порівняно з аналогічним періодом 2015 року. Так, збільшилися витрати на такі лікарські засоби, як Гемотран (на 23 %), Ебрантил (на 28 %), Беталок (на 18 %), Адреналін (на 30 %), Дофамін (на 12 %),

Кейвер (16 %), інфузійні розчини (на 21 %); частіше почали використовувати витратні матеріали: папір для монітора-дефібрилятора, одноразові грудні електроди, повітроводи, аспіраційні та периферійні катетери, кисневі маски (рисунок 3).

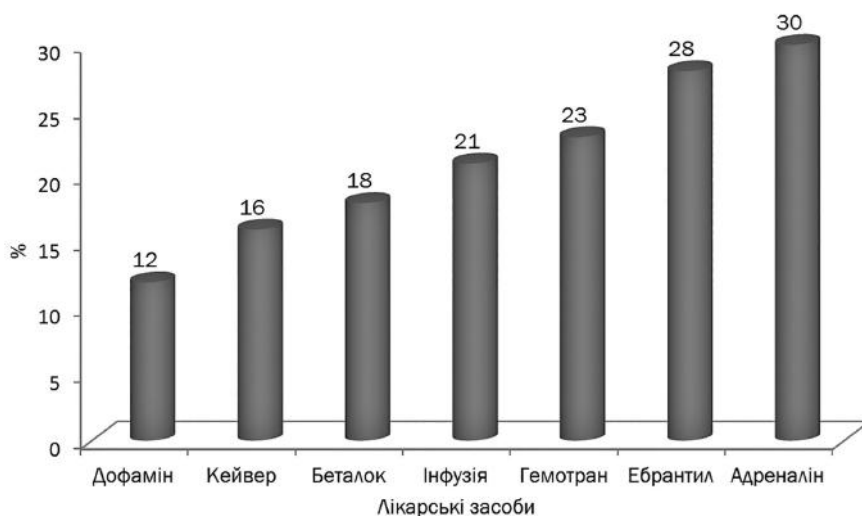


Рисунок 3. Зростання відсотка використання лікарських засобів

2. Щоденний аналіз моніторингу викликів до хворих із хронічною патологією, які потребують планового лікування або невідкладної медичної допомоги, та моніторинг викликів до хворих із хронічною патологією, яких після обслуговування було передано до центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Ми вдосконалили програмне забезпечення Центральної оперативної диспетчерської, яке на сьогодні дозволяє отримувати автоматично в електронному вигляді за добу список хворих, які потребують спостереження сімейного лікаря, та надавати його у вигляді електронного листа кожного ранку на електронні адреси ЦПМСД (рисунок 4).

Це дало змогу звільнити бригади та керівників підстанцій ЕМД від рутинної необхідності телефонувати до ЦПМСД та записувати «активи» сімейним лікарям. Тим більше, що відсутність прямих стаціонарних телефонів в амбулаторіях, їхній час роботи до 18.00 та велике навантаження на бригаду ЕМД заважали передавати повною мірою всі ці виклики до ЦПМСД.

Також кожного місяця в міський департамент надають узагальнену інформацію щодо кількості викликів до хворих із хронічною патологією та список пацієнтів, які викликали бригаду ЕМД із зазначенням території обслуговування ЦПМСД.

Ми віримо, що зазначена робота забезпечить здійснення контрольованого лікування хворих із хронічною патологією, поліпшить диспансерний патронаж, що, своєю чергою, зменшить відсоток звернень хронічних та непрофільних хворих до служби ЕМД.

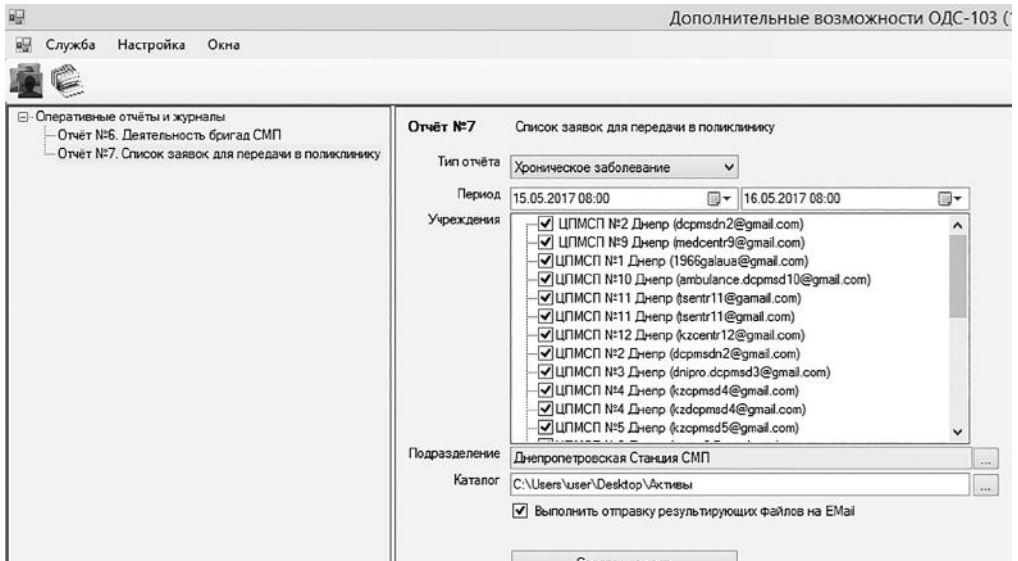


Рисунок 4. Приклад електронного листа зі списком хворих

Також ми почали боротися з непрофільною роботою, яку традиційно місцеві органи влади покладали на бригади ЕМД.

Першу категорію таких випадків становлять виклики для констатації смерті, які ми почали знову виконувати після протокольного рішення наради МОЗ України з питань діяльності закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги та служби ЕМД від 19.11.2015 р., де зазначалося, що служба швидкої медичної допомоги встановлює факт смерті людини з 20 години вечора до 8 години ранку, у вихідні та святкові дні (у неробочий час амбулаторій). Але це рішення суперечило Постанові Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1114 «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги», згідно з якою бригада може бути залучена лише до виконання завдань, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги.

Ми зіткнулися з великим спротивом органів місцевої влади щодо цього питання, але завдяки підтримці МОЗ України більше не виїжджаємо на такі виклики.

Друга категорія викликів, які ми постійно обслуговували раніше, – це медичний супровід усіх масових заходів. Більша частка цих заходів не потребує присутності медичного працівника, а для служби ЕМД, по суті, ця робота є «образливою». Нам вдалося переконати Департамент охорони здоров'я про дозвіл у наказах на супровід прописувати «не забезпечити чергування бригади, а забезпечити 10-хвилинний доїзд бригади швидкої медичної допомоги». У деяких випадках адміністрація закладу бере на себе відповідальність та дає розпорядження диспетчерській «На оперативне реагування».

Як і всі бригади ЕМД по Україні, бригади м. Дніпро виконують транспортування компонентів і препаратів крові. У м. Дніпро для цих цілей на Станції впродовж багатьох років була виділена окрема бригада, медичні працівники якої протягом доби чергування здійснювали тільки перенесення медич-

них термоваліз (5–6 викликів). Додатково орендували автомобіль в КП «Автот Підприємство санітарного транспорту» Дніпропетровської міської ради», послуги якого коштували Станції до 1 млн грн на рік. Нині ми відмовилися від оренди цієї машини, заощадивши бюджетні кошти. До вирішення цього питання (написаний лист до МОЗ України, чекаємо на підтримку) транспортування компонентів і препаратів крові здійснюють бригади ЕМД у проміжку між виконанням інших викликів.

3. Наступним кроком до поліпшення якості надання екстреної медичної допомоги став перегляд мережі підстанцій на території м. Дніпро та складу бригад ЕМД.

3.1. Як здобуток радянської медицини, нам у спадок дісталася Спеціалізована підстанція, яка розміщувалася на одній території з іншою (Центральною) підстанцією. Після відкриття Центральної оперативної диспетчерської Спеціалізована підстанція не мала своєї визначеної території обслуговування (виклик автоматично потрапляв до територіального диспетчера напрямку, а на передачу його диспетчеру Спеціалізованої підстанції витрачався дорогий час (до 4 хв)). Бригади розміщувалися в одному місці та мали великий радіус доїзду до пацієнта, що було недоцільно, коли важлива кожна хвилина. Через відсутність лікарів із п'яти бригад інтенсивної терапії та реанімації в цілодобовому режимі працювало тільки 3 бригади.

Було прийнято рішення розмістити на кожній підстанції міста по одній бригаді інтенсивної терапії та реанімації, вільні лікарські посади доукомплектували найдосвідченішими та висококваліфікованими лікарями цих підстанцій.

Результатом стало наближення до пацієнта спеціалізованої ЕМД, цілодобовий режим роботи всіх наявних бригад інтенсивної терапії та реанімації, зростання відсотка приналежності профілю роботи цих бригад (правильний вибір бригади диспетчером, доступніший виклик на «допомогу» фельдшеру). Медичні працівники бригад інтенсивної терапії та реанімації почали ділитися своїм досвідом з іншими працівниками на підстанціях під час робочої зміни.

3.2. Багато років поспіль актуальним залишається питання кадрового дефіциту медичних працівників бригад. Передусім це стосується лікарів. Наприкінці 2016 року укомплектованість лікарських посад по Центру становила 58 %, що нижче показника по Україні на 4,2 %. Крім того, третина лікарів – це люди пенсійного віку, які часто вимушені працювати по одному, що також впливає на якість надання медичної допомоги.

Тому в 2016 році адміністрацією Центру було прийнято рішення про перепрофілювання 60 посад лікарів на посади фельдшерів з медицини невідкладних станів. Так, за рахунок перепрофілювання лікарських посад і вивільнення посад диспетчерів 14 виїзних бригад ЕМД було доукомплектовано другим медичним працівником.

3.3. У зв'язку з оптимізацією роботи диспетчерської служби вивільнені пости фельдшерів-диспетчерів було перепрофілювано на цілодобові пости з комплектування та поповнення виїзних бригад ЕМД на кожній підстанції в м. Дніпро.

Можливо, цілодобові пости для поповнення бригад існують уже давно в інших територіальних Центрах. Але для м. Дніпро це стало великим проривом в оптимізації роботи (бригада має можливість отримати необхідні медикаменти в будь-який час зміни, ліквідовані ранкові черги на поповнення в кабінетах старших фельдшерів, відсутня затримка у виїзді через тривалу

перезміну і, найголовніше, облік лікарських засобів і медичних виробів на підстанціях почали вести з дотриманням вимог законодавства).

4. Удосконалення підготовки медичних працівників закладу.

Реалії сьогодення змушують працівників служби ЕМД постійно підвищувати рівень своїх професійних знань та вмінь. Адже саме професійна майстерність, чіткість дій, відточених до автоматизму, та злагоджена командна робота – це запорука якісного й ефективного надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах.

Тому особливо важливими напрямками діяльності Центру є:

- удосконалення професійних знань із обов'язковим відпрацюванням практичних навичок в умовах, наближених до реальних;
- накопичення досвіду роботи на основі національних стандартів і рекомендацій;
- ознайомлення з міжнародними досягненнями надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі.

З цією метою в навчально-тренувальному відділі постійно проводять тренінги в малих групах слухачів, які максимально відображують усі основні моменти в роботі бригад ЕМД.

Матеріально-технічна база відділу дає змогу в повному обсязі відтворити багато невідкладних станів та провести маніпуляції з їх усунення з використанням обладнання, яке фахівці ЕМД застосовують у повсякденній роботі.

У минулому році завдяки Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації оснащення навчально-тренувального відділу поповнилося сучасними манекенами на суму 1 515 000,00 грн.

Додатково проводять такі організаційні заходи:

- виїзні цикли з питань використання сучасного медичного обладнання, яким оснащені санітарні автомобілі;
- тренінги з медичного сортування;
- практичні навчання для всіх лікарів і фельдшерів у вільний від роботи час;
- практична підготовка майбутніх працівників бригад ЕМД (випускників медичного коледжу).

Також викладачі відділу беруть активну участь у навчаннях і практичній підготовці з питань надання домедичної допомоги військових, співробітників Служби безпеки України, добровольчих батальйонів територіальної оборони, представників Національної гвардії України та учнів загальноосвітніх шкіл.

Особливої уваги заслуговують і підготовка та участь у змаганнях за звання кращої бригади ЕМД.

У вересні 2016 року проведено вже VII обласні змагання, присвячені пам'яті засновника служби ЕМД в Дніпропетровській області Степана Олександровича Бешти у м. Кам'янське.

У лютому 2017 року в м. Кременець відбувся Всеукраїнський зимовий чемпіонат бригад ЕМД «Кременецькі медичні ралі 2017», де команда нашого Центру показала відмінний результат та посіла перше місце серед українських команд.

5. Завдяки підтримці Дніпропетровської обласної ради, Облдержадміністрації, Департаменту охорони здоров'я Фонд оплати праці надає не тільки надбавки за особливий характер праці та особливі умови праці (20 і 20 %) усім медичним працівникам, а й надбавки в розмірі до 50 % посадового окладу за складність та напруженість у роботі кращим співробітникам. Та-

кож усім працівникам виплачують матеріальну допомогу на оздоровлення та вирішення соціально-побутових питань, а тяжко хворим співробітникам надають третю допомогу.

Від Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації ми отримали 30 електрокардіографів, а для відділу виїзної консультативної медичної допомоги (також централізована закупівля ДОЗ ДОДА) було придбано: гастродіфіброскоп (GIF-E3) у комплекті з джерелом світла ендоскопічним (CLK-4) виробництва Olympus Medical Systems Corporation, Japan та дефібрилятори-монітори LIFEPAK 20 у кількості 3 шт.

Фінансування поточних видатків Центру у 2016 році порівняно з 2015-м зросло на 56 %, а капітальних – на 151 %.

Завдяки впровадженню системи державних закупівель ProZorro в 2016 році за всіма видатками бюджету було зекономлено понад 2230 тис. грн (13 %), з них кошти «Субвенції для забезпечення швидкої медичної допомоги» становлять 1770 тис. грн. Така економія дала змогу додатково придбати: лікарські засоби (зокрема Металізе – 18 флаконів), тест-смужки контролю рівня глюкози в крові, рукавички, шприци, паливно-мастильні матеріали, канцелярські вироби.

У 2017 році станом на травень сума економії з закупівель ліків і виробів медичного призначення вже становить 1 717 122,08 грн (15 %).

Планується придбати ларингеальні маски, ларингоскопи, оновити тонометри та стетоскопи, додатково закупити вартісні лікарські засоби. Також завдяки системі державних закупівель ProZorro планується:

- усіх медичних працівників закладу забезпечити спеціальним одягом;
- сплатити діагностичне обстеження медичних працівників на гепатити В та С;
- провести страхування від нещасних випадків на транспорті всіх медичних працівників (уперше за останні роки);
- придбати шафи для одягу для медичних працівників двох підстанцій (48 шт.);
- частково оновити мобільні термінали (12 шт.);
- надрукувати локальні протоколи, розраховані на кожну бригаду;
- закупити 23 електрокардіографи «Мідас».

Зазначені успіхи були б неможливими без професійної роботи тендерного комітету. Завдяки постійному навчанню як на виїзних семінарах, так і за допомогою онлайн-ресурсів, члени тендерного комітету мають високий рівень освіти на тлі постійно змінюваного законодавства.

Як приклад успішної роботи Департаментом охорони здоров'я наприкінці 2016 року було запропоновано освоїти додаткові кошти сумою 172 тис. грн. Ураховуючи кінець року та необхідність проводити закупівлю через систему ProZorro, існував ризик ці кошти не використати. Але завдяки правильно спланованій роботі відбулося дві важливі закупівлі: шаф для одягу та мобільних терміналів.

Іншим здобутком у роботі став перегляд деяких закупівель з метою економії бюджетних коштів. Так, традиційно для ремонту медичного обладнання ми співпрацювали з фірмами, які здійснювали ремонт, та проводили її оплату як послуги (КЕКВ 2240). Аналізуючи ці витрати за актами виконаних робіт, було встановлено, що найпоширеніша проблема під час ремонту – це заміна кабелю відведень в ЕКГ-апаратах, що коштувало близько 4 тис. грн. Проаналізувавши потребу (це, на жаль, «хвороба» ЕКГ-апаратів через транспортування) та встановивши, що кабель відведень є виробом медичного

призначення і тому зазначений окремо в додатку до свідоцтва, при цьому ціна його на ринку становить від 1500 грн, запланували закупівлю за статтею «Діагностичні прилади» за рахунок коштів «Субвенції для забезпечення швидкої медичної допомоги» для всіх станцій швидкої медичної допомоги.

6. Антитерористична операція (АТО). Надання своєчасної та якісної медичної допомоги важливе в будь-яких випадках: як у мирному житті, так і у разі надзвичайних ситуацій, особливо в ході ведення бойових дій.

У зв'язку з проведенням АТО на території, яка межує з нашою областю, перед службою ЕМД та медицини катастроф було поставлено нові завдання. Ми одні з перших почали надавати екстрену медичну допомогу пораненим, які надходили з першого та другого етапу медичної евакуації східного й південно-східного напрямку (відстань від м. Дніпро до кордону з Донецькою областю становить 170 км).

За умови відсутності чіткої організації та координації в перші місяці війни, а також сформованого механізму ефективної взаємодії між різними медичними службами наш заклад припускався прорахунків: бригади вимушені були цілодобово чергувати на кордоні Донецької області та тривалий час простоювати в аеропорту. При цьому витрачалися зайві фінансові ресурси (додаткові кошти на оплату праці, закупівлю паливно-мастильних матеріалів).

Поступово налагоджувалося військово-цивільне співробітництво, було розроблено логістику евакуацій. У перші 2 роки проведення АТО майже 70 % медичних евакуацій здійснювалися військовим повітряним транспортом, а за останні 1,5 року відсоток цих евакуацій зменшився до 46 %, поступившись залізничним перевезенням і спеціалізованому санітарному транспорту (рисунк 5).

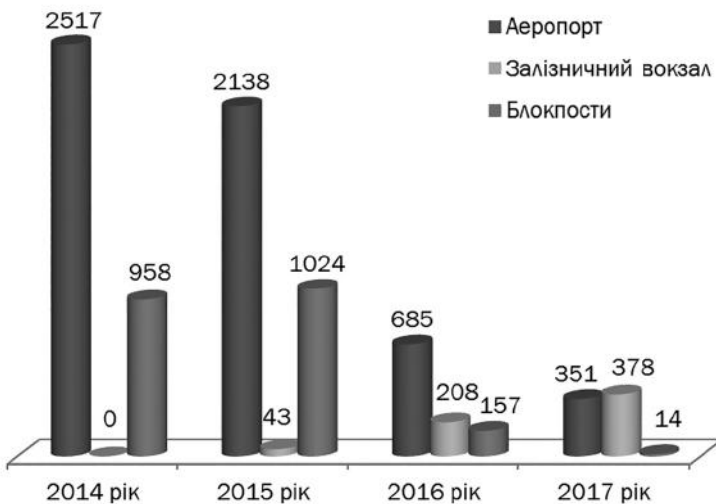


Рисунок 5. Здійснення перевезень різними видами транспорту

Успішна координація диспетчерської служби допомогла побудувати правильні схеми та маршрути транспортування поранених. За пацієнтами, які потребують супроводу анестезіолога, виїзять анестезіологічні бригади відділу

медицини катастроф. Пацієнтам у стані середнього ступеня тяжкості надають допомогу фельдшерські бригади територіально наближених підстанцій швидкої медичної допомоги. Завдяки ефективній і вдосконаленій системі логістики в закладі було створено систему медичного забезпечення, яка дає змогу надавати вчасну та якісну медичну допомогу великій кількості постраждалих.

Станом на 01.08.2017 р. (відлік ведеться з 09.05.2014 р.) до нашої області було доставлено 8861 пораненого, з них 5882 особи із аеропорту, 816 – із залізничного вокзалу та 2163 – з прикордонних сіл і міст Донецької області.

7. Організація аеромедичної евакуації постраждалих під час надзвичайних ситуацій.

Питання використання вертольотів для надання екстреної медичної допомоги в службі медицини катастроф залишається відкритим.

Наявне тільки одне Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 жовтня 2009 р. № 1283-р «Про реєстрацію вертольотів для надання екстреної медичної допомоги», згідно з яким МОЗ повинно забезпечити внесення до Державного реєстру лікарських засобів придбаних за бюджетні кошти вертольотів для надання екстреної медичної допомоги як виробів медичного призначення.

На виконання цього розпорядження до Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення було зареєстровано і внесено тільки один вертоліт EUROCOPTER MBV BK117 C-2 (EC 145) (Німеччина) для надання екстреної медичної допомоги, заявником було Міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи (Наказ МОЗ України від 24.11.2009 р. № 860 «Про державну реєстрацію медичних виробів», реєстрація на 6 міс.). Середня вартість його в стандартній комплектації становить 5,5 млн доларів.

Нині обговорюється сумісний наказ МВС і МОЗ України «Про затвердження Порядку спільних дій ЦЕМД та МК, органів та підрозділів цивільного захисту під час здійснення екстреної медичної евакуації постраждалих із зони надзвичайних ситуацій авіацією Державної служби України з надзвичайних ситуацій».

Згідно з проектом цього наказу, «медичними авіаційними силами та засобами» визначаються медичні працівники бригад постійної готовності другої черги. Але бригади постійної готовності другої черги є позаштатними й формуються в разі надзвичайної ситуації. До їх складу входять висококваліфіковані фахівці, які є основними співробітниками різних багатопрофільних лікарень. І тільки в разі виникнення надзвичайної ситуації наказом Департаменту охорони здоров'я їх відряджають для роботи у складі цих бригад. Та кож не оновлено Наказ МОЗ України від 20.11.1997 р. № 334 «Про визначення у складі державної служби медицини катастроф медичних сил, засобів і лікувальних закладів».

Залишаються відкритими та не вирішеними ще багато питань, а саме:

- На якій підставі ці медичні працівники будуть задіяні при медичній евакуації?

- Які критерії стану здоров'я будуть характеризувати «придатний стан здоров'я для виконання функціональних обов'язків з медичного супроводу на борту повітряного судна»?

- Яким чином буде створюватися резерв ліків та виробів медичного призначення, що маєтись на увазі під формулюванням «у визначених режимах готовності»? Хто визначає ці режими?

– Як слід розуміти вислів «значна відстань до спеціалізованого ЛПЗ»? «Значна» – це яка саме?

– Що мається на увазі під поняттям «віддаленість місця надзвичайної ситуації»? «Віддалена» на скільки?

– Яким чином обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ОЦЕМД та МК) може забезпечити підготовку медичних працівників бригад постійної готовності другої черги, якщо вони працюють в інших лікарнях та юридично не підпорядковуються керівнику Центру?

– Наскільки економічно вигідно забезпечувати доставку постраждалих бригадами ЕМД до та від місця приземлення повітряного судна до закладів охорони здоров'я? Наскільки доцільно перекладати пацієнта в критичному стані декілька разів?

– Бригада ЕМД не працює в зоні надзвичайної ситуації, тільки на безпечній території.

– Наскільки швидко буде організовано евакуацію, якщо потрібен час для приведення бригади у готовність до вильоту (зазначається в плані)?

– Як може командир спеціального авіаційного загону оперативно-рятувальної служби цивільного захисту (САЗ ОРС ЦЗ) своїм наказом включити до складу екіпажу повітряного судна Державної служби з надзвичайних ситуацій (ДСНС) визначених медичних працівників ОЦЕМД та МК? На якій підставі?

– Згідно з яким чинним законодавством має здійснюватися оплата працівникам, які будуть задіяні в аеромедичній евакуації?

На сьогодні в нашій області та, мабуть, і в більшості областей України відсутня інфраструктура для налагодження роботи «санітарної авіації». Відсутні вертолітні майданчики біля спеціалізованих лікарень. Не вирішено питання щодо страхування медичних працівників від нещасного випадку. Служба є високовартісною в обслуговуванні та при використанні (наприклад, витрати пального: 230 кг/год).

Поліпшити якість надання медичних послуг можливо тільки за умови оптимізації управління системою медичного обслуговування на всіх рівнях. Тому пріоритет надається менеджерському підходу в управлінні закладом охорони здоров'я.

Упровадження і застосування медичного менеджменту, пристосування його до конкретних обставин є головним важелем впливу і досі невикористаним ресурсом, що може докорінно змінити службу екстреної медицини держави.

Стаття надійшла в редакцію 03.08.2017 р.