

УДК 614.2.001.8

**НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА
ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ТА ЇЇ СКЛАДОВОЇ – ВІДДІЛЕНЬ ЕКСТРЕНОЇ (НЕВІДКЛАДНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У БАГАТОПРОФІЛЬНИХ ЛІКАРНЯХ**

**В.П. Печиборщ, В.В. Вороненко, М.М. Михайловський, О.В. Печиборщ,
В.Г. Василенко**

ДЗ «УНПЦЕМД та МК МОЗ України»

*ДУ «Науково-практичний Медичний центр дитячої кардіології та
кардіохірургії МОЗ України»*

*Центральний клінічний госпіталь Державної Прикордонної
служби України*

Резюме. *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»[3] єдина система надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги (далі - Система) створюється з метою реалізації політики держави щодо забезпечення вчасної та якісної медичної допомоги кожній особі, яка перебуває в невідкладному стані.*

Ключові слова: *система екстреної (невідкладної) медичної допомоги, принципи функціонування, складові системи.*

Актуальність питання. В умовах ведення антитерористичної операції на сході нашої країни виникає нагальна необхідність створення та функціонування системи ЕМД, а саме організації чіткої взаємодії диспетчерської служби, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та раннього госпітального етапу. Безперечним фактом залишається і те, що саме там актуальність проблеми створення системи ЕМД на території Донецької та Луганської областей набирає свого важливого значення. Безумовно, що ця життєво важлива проблема актуальна і для всіх регіонів України.

Матеріали та методи дослідження. Вказані матеріали опрацьовані за допомогою аналітичного методу.

Вступ. Аналіз летальності та інвалідності внаслідок несвоєчасної і неякісної екстреної до госпітальної та ранньої госпітальної медичної допомоги в Україні перевищує в рази летальність та інвалідність з цих причин в порівнянні із більшістю економічно розвинених країн завдяки якості налагодженої у них принципово нової системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) на етапах до госпітальної та ранньої госпітальної екстреної медичної допомоги.

У більшості економічно розвинених країн це досягається якістю налагодженої системи догоспітального етапу ЕМД, принципово нової системи ранньої госпітальної допомоги в відділеннях Emergency Department (ED) багатопрофільних лікарень, якості підготовки медичного персоналу та узгодженої послідовності їх діяльності на кожному етапі. [6].

Постановою Кабінету Міністрів України від 5.11.2007 р. №1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року» [2], вперше в Україні були задекларовані основні принципи та пріоритети системи ЕМД щодо реформування догоспітального етапу, за досвідом розвинутих країн зарубіжжя, створення відділень невідкладної медичної допомоги з відповідним оснащенням та кадровим забезпеченням лікарями 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 112. Все це знайшло відображення в основних положеннях проекту Закону України «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги» та Законі України «Про екстрену медичну допомогу»[1].

Враховуючи високий показник смертності в Україні від нещасних випадків, який на протязі 10 років зупинився на 132 випадках на 100 тис. населення, що в абсолютних цифрах щорічно становить понад 60 тис. чоловік, при чому, 24% з них помирає в лікарняних закладах, а 76% на догоспітальному етапі. Водночас в розвинутих державах- 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 ЕМД та раннього госпітального етапу,

невчасний доїзд бригад ЕМД до потерпілих,

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 (на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі),

недостатня оснащеність та застаріле обладнання автомобілів ЕМД,

вичерпаний ресурс експлуатації або відсутність необхідного діагностичного та лікувального обладнання у приймальних відділеннях.

За матеріалами звітів територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на догоспітальному етапі в Україні з 3147

бригад швидкої медичної допомоги фельдшерські бригади становлять 58%, а в сільській місцевості цей показник сягає 80%.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з пунктом 3 наказу МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Система передбачає використання новітніх стандартизованих медичних технологій, оптимізацію мережі лікувальних закладів, їх реорганізацію на основі єдиних науково обґрунтованих організаційних принципів та міжнародних стандартів надання екстреної медичної допомоги з відповідним матеріально-технічним забезпеченням, професійною підготовкою медичних працівників з питань надання екстреної медичної допомоги, а також рятувальників та інших фахівців, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій 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 Міністерством охорони здоров'я України, та забезпеченням умов для своєчасності надання цієї допомоги»[3]. Складові Системи:

Управління Системою:

1.1. На центральному рівні - Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;

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

2. Догоспітальний етап:

2.1. Служба швидкої медичної допомоги, функціональною одиницею якої є бригада швидкої медичної допомоги;

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

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

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

7. Надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, медицина катастроф:

7.1. Бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги);

7.2. Спеціалізовані бригади другої черги;

7.3. Мобільні польові бригади;

7.4. Мобільні загоны;

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 екстреної (невідкладної) медичної допомоги (ЕМД) у розвинутих країнах світу стоїть в числі найпріоритетніших 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, досвід засвідчує що ці затрати є виправданими оскільки при діючій системі ЕМД настає значний позитивний соціальний ефект та економічна доцільність, яка проявляється у зменшенні рівня смертності та інвалідизації хворих та потерпілих.

Дослідження існуючих систем ЕМД показало, 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» [3] 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 надзвичайної ситуації;

єдності медичної науки, освіти та практики, що забезпечує динамічний розвиток і удосконалення Системи.

Високі показники надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги пацієнтам та постраждалому населенню при НС досягаються адекватною високою організованістю та взаємодією в системі ЕМД, (бригад Е(Ш)МД, оперативно-диспетчерської служби ЕМД та ЕД 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 періодів;

- використанням єдиних стандартів і алгоритмів надання ЕМД, що базуються на принципах доказової медицини;

- єдиним розумінням патології та травм, і 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 екстреної медичної допомоги, 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.

Вирішення проблем поліпшення стану та показників діяльності системи екстреної (невідкладної) медичної допомоги пацієнтам та 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 регіональному рівнях. Якщо розглянути кожний із вище перерахованих пунктів то можна констатувати наступне:

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

- укомплектованістю високо підготовленими медичними фахівцями з питань медицини невідкладних станів,

- забезпеченістю медичним майном та оснащенням,

- створенням запасів медичного майна і виробів медичного призначення та відповідних обладнання та апаратури на особливий період та НС,

- 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.

- 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.

- Своєчасність екстреної медичної допомоги досягається організацією часом прибуття на виклик, початком надання ЕМД хворим (постраждалим), травмованим біля осередку НС, швидкою їх доставкою на ранні госпітальні етапи та правильною організацією роботи останніх,

- чіткою організацією діяльності оперативно-диспетчерської служби з використанням новітніх технологій екстреної медичної диспетчеризації з використанням алгоритмів роботи,

- організація чіткої взаємодії диспетчерів прийому викликів, диспетчерів напрямків, бригад екстреної медичної допомоги та приймальних відділень лікарень (відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень та лікарень інтенсивного лікування),

- достатньою кількістю бригад ЕМД, спроможних надати ЕМД,

- використанням для надання екстреної медичної допомоги бригад

ЕМД, які найближче знаходяться від постраждалих (хворих), чи осередку НС та прибуттям до пацієнтів найкоротшим шляхом,

- скороченням часових показників на організацією виїздів бригад ЕМД на виклики.

Екстрена медична допомога повинна бути надана у строки, що найбільш сприятливі для збереження життя та послідуочого відновлення здоров'я пацієнта.

- Якість надання ЕМД досягається:
- своєчасністю прибуття бригад ЕМД на виклики,
- високим рівнем професійної і фахової підготовки медичного складу бригад ЕМД,

- високим рівнем укомплектованості медичним майном, виробами медичного призначення та медичної апаратурою бригад ЕМД,

- високим рівнем знання вимог локальних клінічних протоколів з надання ЕМД особовим складом бригад ЕМД,

- постійним підвищенням рівня професійної підготовки особового складу бригад.

- прагненням до вчасної, одномоментної, радикальної та вичерпної екстреної медичної допомоги з подальшим наступним лікуванням хворих, (постраждалих) травмованих,

- евакуацією хворих (постраждалих) травмованих за призначенням - до того лікувального закладу, де їм може бути надана вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання;

- проведенням за необхідності заходів інтенсивної терапії тяжкохворим (постраждалим) травмованим під час евакуації за призначенням до відповідного закладу охорони здоров'я.

- Послідовність та наступність у наданні медичної допомоги під час евакуації за призначенням, догоспітального та раннього госпітального періодів;

Спадкоємність та послідовність у наданні ЕМД та подальшому лікуванні хворих (постраждалих) та травмованих досягається насамперед єдиним розумінням патологічних процесів, що проходять в організмі при ураженнях та захворюваннях, 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 розвиненою ринковою економікою як у повсякденних умовах, так і при надзвичайних ситуаціях в мирний час та в особливий період в системі ЕМД використовуються ВНМД, які вперше були створені в США і названі

там Emergency Department (ED), які є структурними підрозділами багатопрофільних лікарень та лікарень інтенсивного лікування.

Відповідно до концепції ЕМД США, на догоспітальному етапі основний обсяг ЕМД покладений на осіб, що не мають спеціальної медичної освіти (парамедики, медичні техніки тощо), перша долікарська та лікарська медична допомога пацієнтам, що перебувають у невідкладному стані, передбачена тільки у відділеннях невідкладної медичної допомоги стаціонарів та первинної медичної допомоги.

Відділення (палати) невідкладної медичної допомоги 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.

ВНМД - Emergency department в англо-американській системі охорони здоров'я, яке іноді називають кімнатою невідкладної допомоги (Emergency room), відділенням нещасного випадку та ВНМД чи відділенням швидкої медичної допомоги – це відділення багатопрофільної лікарні чи іншого лікувального закладу, яке забезпечує надання первинної медичної допомоги пацієнтам з широким спектром хвороб чи травматичних пошкоджень, які зумовлюють невідкладний стан пацієнта.

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 відділення невідкладної медичної допомоги за самозверненнями чи доставляються немедичним транспортом, з метою визначення характеру та тяжкості захворювання, обов'язково підлягають медичному сортуванню. Пацієнти, що перебувають в тяжкому та вкрай тяжкому стані, підлягають огляду лікарем в першу чергу; 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.

ВНМД створювались під нову, на той час, спеціальність «медицина невідкладних станів» із знанням та вмінням виконувати наступні, рятуючи життя та зменшуючи тяжкі ускладнення, маніпуляції.

Ці маніпуляції передбачені рекомендаціями Європейської та

Американської асоціації невідкладної медичної допомоги для фахівців, що працюють у ВНМД 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, 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 взагалі відсутні, але там надається така ж допомога відповідно до затверджених протоколів.

Правове та нормативне забезпечення організації та функціонування ВНМД.

Щодо правового та нормативного забезпечення організації та функціонування ВНМД, то в 1986 році 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 ВНМД у лікуванні пацієнтів, які не могли розрахуватись за надану НМД. Цей закон зобов'язав кожне ВНМД надавати мінімальний рівень медичної допомоги всім пацієнтам незалежно від їхньої платоспроможності, ним, же передбачено, що кожна особа, яка поступає до ВНМД, 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 ВНМД. 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 неургентного візиту до лікаря відділення втричі дорожча візиту до лікаря первинної ланки [4].

Взагалі, хоча медична допомога у США платна, ВНМД 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 ВНМД. З іншої точки зору - ці підрозділи часто є «останніми» пристанищами людей з «дна суспільства» [4,8]. Відповідно до даних Американської медичної асоціації (АМА) за один місяць, лікарі ЕМД в межах акту EMTALA надають щорічну некомпенсовану медичну допомогу в середньому на 138300 доларів.

Обладнання ВНМД передбачене діючими і обов'язковими для виконання усіма стаціонарними закладами держави (незалежно від форми власності) стандартами «Спільної комісії з акредитації госпіталів» (СКАГ). Стандарт і закони не зобов'язують створення в кожній лікарні такого відділення. Тому відділення у деяких лікарнях існують, згідно з розробленим провідним агентством з НМД та затвердженим Департаментом охорони здоров'я штату, планом системи НМД відповідної території.

На ВНМД нормативно-правовими документами покладаються наступні функції:

- регулювання роботи транспорту та підвозу хворих,
- прийом та виписка хворих,
- їх медична реєстрація, забезпечення збереження коштовностей хворих,
- 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 ВНМД щодо надання НМД здійснюється в умовах повсякденної діяльності та при надзвичайних ситуаціях. ВНМД включаються в місцеві, регіональні та державні плани захисту населення при надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу і періодично приймають участь у відповідних навчаннях з цього приводу.

Для погодженої роботи ВНМД та служби догоспітальної НМД до складу Ради з охорони здоров'я госпіталю, у якому передбачене ВНМД, входить керівник служби НМД.

Площа приміщень, штати та обладнання ВНМД визначаються відповідними стандартами. Так, у приміщенні для прийому нош стандартами передбачено на одні ноші не менше – 6,3 – 8,4 м², також нормується і площа приміщення для проведення сортування, реєстратури, конференц-залу, палат інтенсивної терапії, палат для пацієнтів та допоміжних приміщень тощо. Для

розрахунків штатної чисельності працюючих у відділенні основним показником слугує чисельність звернень за допомогою (відвідувань). Середнім показником навантаження на лікаря є обслуговування - 2,75 звернень (відвідань) громадян за годину. При розрахунках штатної чисельності лікарів відділення на 30 тис. звернень (відвідувань) і 1920 годин роботи лікаря протягом року, кількість ставок лікарів складає - 4,56.

Забезпечення догляду та надання медичної допомоги пацієнтам при надходженні до відділення, в процесі стаціонарного лікування та при виписці покладається на середній медичний персонал. Норматив для розрахунку штатної чисельності навантаження медичної сестри в середньому складає 0,82 години на кожного пацієнта. За 6 годин медична сестра повинна доглянути 6,9 пацієнтів. Сумарний час роботи медичних сестер - складає 107,97 годин протягом дня чи 39416,35 протягом року. Якщо прийняти до відома, що сестринський персонал має перерву на обід та фактично працює 90% оплаченого часу, то виникає потреба у 21,05 ставки медичних сестер [4, 5, 6, 7, 8].

Висновки

Кожне ВНМД спроможне надавати мінімальний рівень медичної допомоги всім пацієнтам, незалежно від їхньої платоспроможності, де кожен громадянин, який поступає до відділення НМД, має право на загальне медичне обстеження та надання невідкладної медичної допомоги, що передбачає виявлення будь-якого захворювання чи пошкодження, яке протягом доби може призвести до наслідків небезпечних для здоров'я та життя пацієнта.

Незважаючи на те, що близько половини всіх візитів до цих відділень відбувається з приводу незначних проблем із станом здоров'я, пацієнта відправляють до лікаря первинної ланки тільки після закінчення повного обстеження, при умові, якщо дозволяє стан його здоров'я.

ВНМД призначене обслуговувати всіх тих громадян, які потребують обстеження та при необхідності – надання медичної допомоги, незалежно від платоспроможності та є «останніми» пристанищами для людей з «дна суспільства».

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

Література

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу 2012 р.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 5.11.2007 р. №1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року».

3. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги».
4. Даниель Р. Смайли. Краткий обзор систем неотложной медицинской помощи // Информационный сборник АМОЗ. – Нью-Йорк. – 2000. - №1. - С.1-26.
5. Рошін Г.Г., Михайловський М.М., Нацюк М.В. Концепція організації та функціонування невідкладної медичної допомоги у США // Неотложная медицинская помощь. - Сб. статей Харьковской ГКБСНМП. - Вип.8. - 2005. - С. 15-20.
6. Рошін Г.Г., Корнієнко М.М., Нацюк М.В., Ден Смайлі, Михайловський М.М., Мазуренко О.В., Лобода А.Г. Система невідкладної медичної допомоги США. Особливості її організації та підготовки фахівців. (довідковий посібник). - МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМАПО ім. П.Л.Шупика., 2004. - 206 с.
7. Williams R.M. The cost of visits to emergency departments // №. Engl. J.Med. – 1996. – vol. – 334. – 10. - P. 642-646.
8. Robert W. Schafermeyer, Brent R Asplin. Hospital and emergency department crowding in the United States // USA, Emergency Medicine.-2003, 15, 22 – 27.

Резюме. *Согласно требованиям п. 1 Положение о единой системе предоставления экстренной (неотложной) медицинской помощи утвержденного приказом МОЗ Украины от 01.06.2009 г. № 370 “О единой системе предоставления экстренной медицинской помощи” [3] единая система предоставления экстренной (неотложной) медицинской помощи (далее - Система) создается с целью реализации политики государства относительно обеспечения своевременной и качественной медицинской помощи каждому лицу, которое находится в неотложном состоянии.*

Ключевые слова: *система экстренной (неотложной) медицинской помощи, принципы функционирования, составные системы.*

Summary. *According to the requirements of n. 1 Statute is about the single system of grant of urgent (urgent) medicare of MOZ of Ukraine ratified by an order from 01.06.2009 № 370 “About the single system of grant of urgent medicare” [3] the single system of grant of urgent (urgent) medicare (farther is System) is created with the aim of realization of politics of the state in relation to providing of timely and quality medicare to every person that is in the urgent state.*

Keywords: *system of urgent (urgent) medicare, principles of functioning, component systems.*