**МІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Західноукраїнський національний університет**

**Навчально-науковий інститут публічного управління**

**Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу**

**УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

спеціальність 073 «Менеджмент»

освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров’я

Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

 Виконав здобувач:

**Жовтобрюх Олександр Михайлович**

 підпис

Науковий керівник:

к.е.н., доцент

**Смачило Ірина Ігорівна**

 підпис

Кваліфікаційну роботу допущено до

захисту «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 підпис

ТЕРНОПІЛЬ – 2021

**ЗМІСТ**

[РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 6](#_Toc90638496)

[1.1. Сучасний стан та особливості надання екстреної та невідкладної медичної допомоги 6](#_Toc90638497)

[1.2. Основні завдання та принципи екстреної та невідкладної медичної допомоги 13](#_Toc90638498)

[Висновки до розділу 1 21](#_Toc90638499)

[РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 23](#_Toc90638500)

[2.1. Механізми вдосконалення системи надання екстреної та невідкладної медичної допомоги 23](#_Toc90638501)

[2.2. Аналіз динаміки основних показників роботи закладів охорони здоров’я з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги 34](#_Toc90638502)

[Висновки до розділу 2 40](#_Toc90638503)

[РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 42](#_Toc90638504)

[3.1. Особливості організації екстреної медичної допомоги 42](#_Toc90638505)

[3.2. Взаємодія суб’єктів надання екстреної медичної допомоги з іншими суб’єктами публічного адміністрування 49](#_Toc90638506)

[Висновки до розділу 3 55](#_Toc90638507)

[ВИСНОВКИ 57](#_Toc90638508)

[СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 59](#_Toc90638509)

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Серед основних проблем сучасного етапу розвитку слід зазначити відсутність єдиної системи моніторингу і управління системою швидкої медичної допомоги в країні на різних рівнях її надання, що приводить до ослаблення координації і контролю її діяльності. Надання своєчасної медичної допомоги в України та територіальних громадах зокрема, відбувається не за принципом найбільш близько розташованої бригади, а на основі територіальної приналежності, що ускладнює можливість координувати роботу з сусідніми районами обслуговування, зокрема в умовах надзвичайних ситуацій.

Характерною є висока частка непрофільного навантаження: як і раніше бригади швидкої медичної допомоги виконують невластиві ним функції, амбулаторно-поліклінічні заклади з обслуговування хронічних хворих вдома і здійснюючи амбулаторні прийоми пацієнтів, планове транспортування хворих, доставку препаратів крові і консультантів, чергування на заходах, що відволікає їх від оперативної роботи.

Відсутність єдиних технологічних вимог, що враховують етапи її надання, обсяги і характер послуг, а також дієвих індикаторів доступності і якості не сприяють конкретизації державних гарантій цього виду допомоги, визначенню адекватного фінансування закладів охорони здоров’я швидкої медичної допомоги. Неефективна система організації надання швидкої медичної допомоги на госпітальному етапі перешкоджають раціональному використанню ліжкового фонду стаціонарів. Одна з гострих проблем - дефіцит кадрів в системі швидкої медичної допомоги, який веде до роботи в умовах неукомплектованих бригад, не сприяє оперативності і якості надання швидкої медичної допомоги.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць*.*** Питання удосконалення організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги досліджувалися у роботах вітчизняних та зарубіжних дослідників, зокрема: Венедіктовою І. В [1], Голяченко, О. М.[5], Наливайко О. І.[19], Сенюта І. Я.[23], Прасовим О. О. [31],Мартінезом [52], Поксінською Р. [55] та іншими.

**Мета кваліфікаційної роботи** полягає в узагальненні та поглибленні теоретичних основ удосконалення організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

Досягнення мети обумовлює розв’язання таких основних **завдань**:

- охарактеризувати сучасний стан та особливості надання екстреної та невідкладної медичної допомоги;

- визначити основні завдання та принципи екстреної та невідкладної медичної допомоги;

- проаналізувати механізми вдосконалення системи надання екстреної та невідкладної медичної допомоги;

-дати оцінку динаміки основних показників роботи закладів охорони здоров’я з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги;

-розробити особливості організації екстреної медичної допомоги;

-охарактеризувати взаємодію суб’єктів надання екстреної медичної допомоги з іншими суб’єктами публічного адміністрування.

**Об'єкт дослідження** – процес удосконалення організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

**Предмет дослідження** - удосконалення організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

**Методи дослідження.** У процесі дослідження щодо удосконалення організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги використані методи пізнання: аналізу та синтезу, індукції та дедукції, порівняння, наукового абстрагування, узагальнення, економіко-аналітичний метод, графічний метод та метод соціологічних досліджень.

**Наукова новизна дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

**Практична значущість** На основі теоретичних досліджень розроблені практичні рекомендації щодо удосконалення організації надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

**Апробація** За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему: « Удосконалення організації екстреної та невідкладної медичної допомоги»

у Збірнику II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ЗУНУ, 28 травня 2021) та «Удосконалення системи ресурсного забезпечення процесу надання екстреної та невідкладної медичної допомоги» у науковій інтернет – конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (Тернопіль, ЗУНУ, листопад 2021).

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 59 сторінках, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку літературних джерел із 61 найменування та містить 3 таблиці і 1 рисунок.

# **РОЗДІЛ 1ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**1.1.** **Сучасний стан та особливості надання екстреної та невідкладної медичної допомоги**

Сучасний етап розвитку вітчизняної охорони здоров'я, заснований на принципах медико-економічної ефективності, характеризується підвищенням вимог до якості надання швидкої медичної допомоги, впровадженням високотехнологічних методів діагностики і лікування, скороченням лікування і вимагає перегляду функціонування системи надання швидкої медичної допомоги. Робота в умовах надзвичайних ситуацій у взаємодії з оперативними службами роблять її важливою системою попередження і ліквідації важливих ситуацій.

Негативні тенденції медико-демографічної ситуації в країні, зростання числа і важкості техногенних аварій і катастроф із значними медико санітарними втратами, ускладнення внутрішніх і зовнішньополітичних ситуацій у зв'язку із зростанням та поширенням захворювань, висувають додаткові завдання з вдосконалення організації швидкої медичної допомоги в Україні.

Серед основних проблем сучасного етапу розвитку слід зазначити відсутність єдиної системи моніторингу і управління системою ШМД в країні на різних рівнях її надання, що приводить до ослаблення координації і контролю її діяльності. Надання своєчасної медичної допомоги в України та територіальних громадах зокрема, відбувається не за принципом найбільш близько розташованої бригади, а на основі територіальної приналежності, що ускладнює можливість координувати роботу з сусідніми районами обслуговування, зокрема в умовах надзвичайних ситуацій. Характерною є висока частка непрофільного навантаження: як і раніше бригади ШМД виконують невластиві ним функції, амбулаторно-поліклінічні заклади з обслуговування хронічних хворих вдома і здійснюючи амбулаторні прийоми пацієнтів, планове транспортування хворих, доставку препаратів крові і консультантів, чергування на заходах, що відволікає їх від оперативної роботи. Відсутність єдиних технологічних вимог, що враховують етапи її надання, обсяги і характер послуг, а також дієвих індикаторів доступності і якості не сприяють конкретизації державних гарантій цього виду допомоги, визначенню адекватного фінансування закладів охорони здоров’я ШМД. Неефективна система організації надання ШМД на госпітальному етапі перешкоджають раціональному використанню ліжкового фонду стаціонарів. Одна з гострих проблем - дефіцит кадрів в системі швидкої медичної допомоги, який веде до роботи в умовах неукомплектованих бригад, не сприяє оперативності і якості надання ШМД. Тенденцією розвитку первинного етапу стає поступове заміщення лікарської допомоги фельдшерською. «При цьому неефективно використовується потенціал лікарських і спеціалізованих бригад на викликах і при транспортуванні пацієнтів, де медична допомога надається в обсязі долікарської допомоги, нецільове і неефективне застосування спеціалізованих бригад веде до нераціонального використання матеріальних і кадрових ресурсів, дискваліфікації медичного персоналу» [39].

Матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров’я ШМД не повною мірою відповідає сучасним вимогам по рівню інформатизації і автоматизації процесів її надання, що має негативні наслідки для оперативності і скоординованості дій бригад, якості обробки статистичних даних, аналітичної і організаційно-методичної роботи. Стан автопарку ШМД продовжує залишатися великою проблемою. У ряді територіальних громад потреба в оновленні і придбанні автотранспорту досягає 80-90%. Медичне устаткування автомобілів ШМД вимагає модернізації і централізованого контролю закупівель. Ослаблення науково-методичного супроводу закладів охорони здоров’я ШМД і недостатній рівень контролю якості медичної допомоги також вимагають пильної уваги [40].

Одним з напрямів реформування системи охорони здоров'я є передача повноважень Міністерства охорони здоров’я, у сфері охорони здоров'я, органам місцевого самоврядування , зокрема з розробці, затвердженню і реалізації Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017р. [8], що включає територіальну програму МС; з організації надання населенню всіх видів медичної допомоги закладу охорони здоров’я; «із створення умов для розвитку медичної допомоги і забезпечення її доступності для громадян» [8]. В результаті цього структура системи надання швидкої, зокрема швидкій спеціалізованій медичній допомозі, в закладах охорони здоров’я повністю визначається органами місцевого самоврядування закладу охорони здоров’я, що здійснюють повноваження у сфері охорони здоров'я. Органи місцевого самоврядування наділяються повноваженнями із забезпечення організації надання медичної допомоги в рамках регіональної системи охорони здоров'я тільки у разі делегування ним відповідних повноважень закладом охорони здоров’я [34].

Сьогодні МС – це розвинена система фінансування охорони здоров'я України, створена з метою забезпечення конституційних прав громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги. Найважливішим нормативним правовим актом, регулюючим МС, «Закон України [Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення](http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19) № 2168-VIII від 19.10.2017» [8], який встановлює правові, економічні і організаційні основи медичного страхування населення України, визначає засоби МС, як одного з джерел фінансування медичних закладів.

Важливою особливістю нового закону став принцип «гроші слідують за пацієнтом», тобто фінансується не закладів, а надана медична послуга, впроваджується система тарифів і диференційованих цін на медичні послуги. Метою медичного страхування в сфері охорони здоров'я на період до 2020 рр. є формування системи, що забезпечує доступність медичної допомоги і підвищення її ефективності. Одним з найважливіших завдань передбачається здійснення переходу на одноканальну модель фінансування медичної допомоги в системі МС; перехід до ефективних способів оплати медичної допомоги, що враховують якість і обсяги її надання; створення системи управління якістю медичної допомоги [10].

При реалізації програми МС застосовуються наступні способи оплати швидкої медичної допомоги, надані страховими організаціями, по місцю виклику бригади швидкою, «зокрема швидкої спеціалізованої, медичної допомоги, а також в транспортному засобі при медичній евакуації» [14].

Спосіб оплати медичної допомоги – це встановлення державних гарантій безкоштовного надання громадянам медичної допомоги в рамках МС і наданим медичним закладом охорони здоров'я. На думку фахівців, оптимальна система оплати медичної допомоги припускає досягнення цілого ряду цілей: ефективності використання ресурсів, якості і доступності медичної допомоги; контроль використання засобів [34]. Світовий досвід показує, що контроль з боку платників не підвищує ефективності використання ресурсів закладами охорони здоров’я (ЗОЗ) без їх власної зацікавленості в цьому, саме тому такий важливий вибір раціональної системи оплати медичної допомоги [34].

Зазначено, що впровадження в практику охорони здоров'я ефективних способів оплати медичної допомоги дозволить забезпечити доступність і якість такою, що надається населенню, а також економічну зацікавленість закладів охорони здоров'я і персоналу в результатах своєї праці. Вибір способу оплати медичної допомоги повинен відображати необхідні медико-організаційні та економічні умови її надання, оскільки система фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я надає безпосередню дію зацікавленості медичних закладів в наданні оптимального (з погляду підтримки і поліпшення здоров'я населення) обсягу медичної допомоги і забезпеченні відповідного рівня якості лікування; величину загального обсягу фінансового забезпечення медичної допомоги, можливість його прогнозування; раціональне використання і контроль споживання фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів, що направляються на надання медичної допомоги (система оплати медичної допомоги повинна передбачати механізми компенсації, забезпечувати оптимізацію витрат на оплату медичних послуг і пов'язані з цим контрольні функції); формування економічної зацікавленості працівників охорони здоров'я для забезпечення доступності і якості медичної допомоги [18].

У різні періоди реформування охорони здоров'я використовувалися різні способи оплати медичної допомоги: кошторисне фінансування (для надання непередбачуваного і невизначеного обсягу допомоги), кількісні способи фінансування (за послугу, за пролікованого хворого, за ліжко-день), глобальний бюджет (узгоджений обсяг фінансування на певний період часу, узгоджені види і обсяги допомоги для груп населення).

Крім способів оплати ШМД, ключовим поняттям у фінансово-економічному благополуччі закладів є тарифи на медичні послуги. Тарифи на оплату медичної допомоги (послуги) включають статті витрат. Витрати розраховуються виходячи з витрат закладів безпосередньо пов'язаних з наданням меддопомоги (медпослуги), і витрат, необхідних для забезпечення діяльності закладів в цілому [40]. У нових умовах фінансування принциповим стає питання цільового використання засобів МС. Як відомо, фінансове забезпечення надання громадянам безкоштовної медичної допомоги здійснюється за рахунок всіх джерел, передбачених чинним законодавством. Медична організація використовує засоби МС і здійснює витрати ЗОЗ із загального обсягу засобів, що поступили згідно тарифів на оплату медичної допомоги.

Слід зазначити, що позитивний ефект від того або іншого способу оплати медичної допомоги багато в чому залежить від правил і техніки формування тарифів на медичні послуги, а також від точності розрахунків, що відображають технології надання медичної допомоги, що склалися [34]. В основі тарифів лежать стандарти (еталони якості, нормативи, правила), які можуть бути розроблені як для структури, так і для процесу та результатів діяльності організації і пов'язані з витратами ресурсів. Серед країн, що активно розвивають медичні реформи, слід назвати США, розвинені країни Європи, Японію. Швидке зростання вартості медичної допомоги приводить до прагнення економістів за допомогою стандартизації знизити витрати системи охорони здоров'я [13]. В зв'язку з цим важливими є особливості формування тарифів. Тариф на конкретну медичну послугу (наприклад, виклик ШМД) включає витрати медичного закладу, безпосередньо пов'язані з наданням медичної допомоги (медичної послуги), які використовуються в процесі її надання, і витрати, необхідні для забезпечення діяльності ЗОЗ в цілому, але не використані безпосередньо в процесі надання медичної допомоги. В той же час нормативи на одну людину, фінансування відображають розмір засобів на компенсацію витрат за поданням медичної допомоги за рахунок засобів МС і бюджетів всіх рівнів з розрахунку на 1 застрахованого в рік. Розрахунок тарифу на основі такого нормативу фінансування ЗОЗ здійснюється виходячи з даних про обсяг коштів на одного хворого фінансування медичної допомоги і чисельності прикріплених до ЗОЗ застрахованих осіб, він зовсім не гарантує належний рівень відшкодування витрат закладу охорони здоров’я, нівелює її мотивацію до підвищення якісних показників роботи [26].

Система оплати і тарифи повинні забезпечити належну винагороду закладам охорони здоров'я, здатним показати високу ефективність в наданні медичній допомоги. Вони повинні підвищити ініціативність всіх закладів охорони здоров’я і стимулювати їх якісніше і менш витратне медичне обслуговування населення. Вирішення цих завдань можна добитися шляхом застосування таких способів оплати медичної допомоги і тарифів, які б не тільки мотивували заклад охорони здоров’я до результативної роботи, але і забезпечували б оптимальне поєднання ринкових сил, підприємницьких і некомерційних форм організації медичної допомоги [25].

Обговорювані вище питання розвитку системи надання ШМД не можна розглядати без аналізу загальної фінансово-економічної ситуації в країні. Останніми роками структура суспільної охорони здоров'я характеризується дефіцитом фінансового забезпечення надання громадянам безкоштовної медичної допомоги і високим рівнем зносу основних фондів закладів охорони здоров'я в більшості закладів охорони здоров’я. «Економічна модель вітчизняної охорони здоров'я довгі роки відрізнялася уніфікованим підходом до планування обсягів медичної допомоги без урахування регіональних особливостей здоров'я населення країни, екстенсивним підходом до планування структури охорони здоров'я, відсутністю нормативів ефективного використання матеріальних і трудових ресурсів, а також фінансовими нормативами тарифами, що не дозволяють в повному обсязі відшкодувати витрати закладів охорони здоров'я» [36]. Тому пріоритетним напрямом розвитку охорони здоров'я сьогодні повинна стати модернізація системи МС, а найважливішим її елементом - тарифна політика, направлена на відшкодування витрат закладів охорони здоров'я в повному обсязі із забезпеченням їх рентабельності, а також формування економічних механізмів, направлених на реструктуризацію мережі закладів охорони здоров'я, їх технологічне переозброєння і підвищення якості надання медичної допомоги населенню [19].

В даний час в умовах обмежених ресурсів, для системи надання швидкої медичної допомоги, так само як і для охорони здоров'я в цілому, необхідний перехід від екстенсивного до інтенсивного шляху розвитку, при якому індикаторами розвитку будуть не кількісні показники (кількість станцій, бригад, персоналу ШМД, ліжко - місць в стаціонарах ШМД), а показники роботи, що характеризують її ефективність і якість.

## **1.2.** **Основні завдання та принципи екстреної та невідкладної медичної допомоги**

«Основу державної політики охорони здоров’я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров’я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров’я» [36].

Саме тому, «характеристика адміністративно-правового регулювання екстреної медичної допомоги неможлива без встановлення мети, завдань та принципів діяльності» [56].

«Така позиція передбачає вивчення сучасного стану організації екстреної медичної допомоги; встановлення її місця серед інших видів медичної допомоги; уточнення переліку питань, пов’язаних із реалізацією їх повноважень» [36].

Так, Гладун З. С. зазначає, що в публічному управлінні створюється стійкий і досить міцний «каркас», який несе на собі всі динамічні елементи [3, c. 28]. Саме для з’ясування сутності адміністративно-правового регулювання екстреної медичної його можна зобразити такою логічною схемою як мета – завдання – принципи. Тому, вважаємо за доцільне, здійснити ґрунтовнухарактеристику зазначених понятійних категорій.

Традиційно поняття «мети» є визначальною категорією для всього процесу свідомої діяльності та управління, спрямованого на досягнення певних результатів. Мета вважаються категорією, яка визначає напрямки розвитку будь-якої системи.

Важливість поняття та його значення визнаються багатьма вченими, але розгляд цієї категорії так і залишається перспективою.

Так, видатний науковець Пищита А. Н. «зазначив, що без розгляду поняття «мета» неможливо уявити людську діяльність. Можна охарактеризувати категорію «мета» за певним рівнем абстрагування щодо конкретного предмета дослідження» [40, c. 35]. У трактуванні поняття «мета» дослідники повної згоди не мають. Наведемо основні погляди і спробуємо їх узагальнити.

Рабінович С. П. з’ясовує, що мета – це бажаний, можливий і необхідний стан процесу або системи [42, c. 79]. «Твердження, що система прямує до мети, означає, що її дії зводять до мінімуму розбіжність між наявним станом або величиною на виході й деяким заданим станом. Цьому станові відповідає величина, що означається терміном мета» [42].

З наведених визначень видно, що поняття «мета» використовується в різних значеннях, і їх різниця зазвичай не розглядається. При цьому смислова форма терміна індивідуальна і залежить від ситуації в аналізі явища. Крім того, можна зробити висновок, що тільки визначенням «мети» обмежитися недостатньо, треба розглянути систему, елементом якої подається «мета», цією системою слід вважати діяльність або подання діяльності як системи і як процесу. Мета є необхідною складовою моделі структури діяльності.

Рамазанова У. В. виділяє такі функціональні компоненти діяльності: «потреба – мотив – мета – предмет – умови середовища – засоби – план – продукт – контроль – оцінка» [[44,](#page63) c. 13]. Але в цій структурі Рамазанова У. В. «змішує два елементи різних складових діяльності: акту дії та функції діяльності (контроль, оцінка), які безпосередньо є діяльностями та мають свій склад елементів або відображують процесуальну складову діяльності» [44]. Зазвичай виділяють різні види функцій діяльності: основні, забезпечувальні, управлінські. В управлінській діяльності вирізняють такі функції: аналіз, прогнозування, планування, організовування, регулювання, контроль тощо.

Стефанчук Р. О. зазначає, що просте уявлення (блочне) про діяльність становлять: мета, завдання, процедури, методи, засоби, вихідний матеріал, продукт [[46,](#page63) c. 80].

Виходячи із викладеного, вважаємо, що структуру діяльності визначають як цілісну єдність компонентів і зв’язків, які реалізують діяльність. Саме тому мету діяльності необхідно розглядати в сукупності елементів і зв’язків, що утворюють акт діяльності як складову діяльності, чітко визначити її місце і не плутати і не підміняти її іншими елементами. Мета може бути виражена через потенцію вироблення в майбутньому продукті діяльності за добору необхідних матеріалів, засобів, способів, норм, принципів тощо. Тоді організацією реалізації мети буде добір елементів та зв’язків, їх конфігурації, необхідні для вироблення певного продукту діяльності.

Категорія «мета» дуже складна та багатоаспектна, тому не можна погодиться з твердженням, «що коли йдеться про мету в праві, то мають на увазі лише кінцеву мету» [16, с. 54–55].

Безумовно, саме кінцева мета є відправним (первинним) чинником і таким, що завершує у відповідній правотворчій і правозастосовній діяльності, але: а) на шляху досягнення кінцевої мети стоять найближчі цілі, поза здійсненням яких вона не може бути досягнута; б) саме найближча, а не кінцева мета, виражає специфіку (differentia specifica) «конкретних юридичних інструментів»[46]; в) «нормативне закріплення отримують лише такі цілі, які забезпечені вже в даний час реальними засобами та умовами здійснення, тобто найближчі; саме вони, будучи втілені в конкретних нормах права, набувають для певних суб’єктів значення юридичних обов’язків» [46]; г) «зосередження уваги лише на кінцевій, офіційній меті може усунути з поля зору дослідника інші, індивідуальні цілі, далеко не в усіх випадках відповідні офіційній меті; вони можуть мати місце у сфері правозастосовної діяльності, їх виявлення та облік мають важливе практичне значення» [17, c. 55]*.*

Виходячи із наведеного, слід запропонувати власну детермінанту мети як уявне, бажане, упереджене сприймання у свідомості результату діяльності, на досягнення якої спрямовані функції системи.

У процесі організації діяльності мета виконує ряд суттєвих функцій. «Мета покликана відображати основні напрями діяльності організації та конкретизувати,

уточнювати її роботу на кожному етапі функціонування й розвитку» [48].

«Важливість визначення мети діяльності організації (соціальної системи) полягає в тому, що вона: становить основу для визначення характеристик діяльності, яку реалізовує організація; визначає структуру організації» [25]; слугує фундаментом для процесу управління в цілому та лежить в основі прийняття будь-

якого управлінського рішення; визначає способи підвищення ефективності організації; визначає напрями розвитку соціальної системи (організації).

Для сфери та її членів мета є орієнтиром, мобілізуючим чинником у підвищенні ефективності діяльності, вона сприяє координації дій і вчинків в інтересах виконання місії й загальної стратегічної цілі.

Якщо спроектувати теоретичне поняття «мети» на поняття «мети екстреної медичної допомоги», то дійдемо висновку, що остання, будучи збуджувальною та спонукальною причиною до дій, у кінцевому підсумку передбачатиме отримання особою певних благ. Відповідно, «мета екстреної медичної допомоги зумовлюється потребами й інтересами як особи, так і держави й суспільства загалом» [47].

«Для всебічного дослідження мети екстреної медичної допомоги важливо умовно відобразити її у вигляді системи, що містить безпосередню (найближчу), загальну і перспективну мету» [37]. Коротко зупинимося на аналізі кожної з них.

Безпосередня мета знаходить своє закріплення в самій спонукальній нормі або нормативному акті шляхом встановлення тих результатів, показників, умов, досягнення яких забезпечується державою («здійснення працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я)» [[18,](#page67) с. 56].

До загальної мети екстреної медичної допомоги належать: а) спонукання особи виконати схвалюваних державою невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних дій, що іноді перевершує звичайні вимоги; б) спонукання до нових корисних дій з боку особи, що надає медичну допомогу наприклад, «здійснення працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків» [[18,](#page67) с. 47].

Перспективна мета екстреної медичної допомоги *–* це, більш менш, віддалені результати, яких має бути досягнуто унаслідок реалізації певного діяння.

«Усі види мети мають бути злагодженими та взаємозв’язаними один з одним, оскільки помилково» і несвоєчасно висунута мета не дасть соціально значущого ефекту» [[18,](#page67) с. 17].

Виходячи із вище визначеного, метою екстреної медичної допомоги, на наш погляд є: а) «здійснення працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків» [38]; б) створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги; в) рятування життя постраждалих; г) «усунення дії уражуючих факторів, попередження чи зменшення тяжких ускладнень і якнайшвидша евакуація з осередку ураження» [48].

Важливими елементами адміністративно-правого регулювання екстреної медичної допомоги виступають завдання та принципи, які складають підґрунтя зазначеної діяльності.

Так, «завдання першої медичної допомоги полягає в тому, щоб найпростішими засобами врятувати життя потерпілому, полегшити його страждання, запобігти розвитку можливих ускладнень, зменшити тяжкість перебігу травми чи захворювання» [13].

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» основними завданнями системи екстреної медичної допомоги «визначає організацію та забезпечення: надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків; медико-санітарного супроводу масових заходів та заходів за участю осіб, стосовно яких здійснюється державна охорона; взаємодії з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків» [[10].](#page45)

«Таким чином, завданням екстреної медичної допомоги – є визначений, запланований для виконання обсяг тотієнтів, який спрямований на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я, рятування життя постраждалих, усунення дії уражуючих факторів, попередження чи зменшення тяжких ускладнень і якнайшвидша евакуація з осередку ураження» [38].

«В свою чергу, функція екстреної медичної допомоги **–** це цілеспрямована діяльність, зосереджена на виконанні встановлених обов’язків щодо врятування і збереження життя людини в невідкладному стані, які визначені законодавцем, спрямовані на мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я; створення, функціонування і розвиток системи екстреної медичної допомоги; усунення дії уражуючих факторів, а також попередження чи зменшення тяжких ускладнень і якнайшвидша евакуація з осередку ураження» [10].

Треба відзначити, що законодавець не визначає поняття завдань та функцій екстреної медичної допомоги, тому пропонуємо доповнити п. 2, ст. 5 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», а саме: «рятування життя постраждалих, усунення дії уражуючих факторів, попередження чи зменшення тяжких ускладнень і якнайшвидша евакуація з осередку ураження; розвиток системи екстреної медичної допомоги; впровадження новітніх технологій у діяльність екстреної медичної допомоги; підвищення якості роботи медичного персоналу екстреної медичної допомоги» [10].

У результаті проведеного інтерв’ювання 650 працівників сфери охорони здоров’я, а «саме Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва та медичних працівників» відділень екстреної (швидкої) медичної допомоги (підстанцій №1-17) 630 осіб з яких підтримало дану позицію автора щодо «запропонованих змін до Закону України Про екстрену медичну допомогу» [10] з питань впровадження новітніх технологій у діяльність екстреної медичної допомоги; підвищення якості роботи медичного персоналу екстреної медичної допомоги ними підтримано 600 осіб, а 30 з них закцентували увагу на активному і терміновому рятуванні життя постраждалих, усунені дії уражуючих факторів, попереджені чи зменшені тяжких ускладнень і якнайшвидшій евакуації з осередку ураження та на розвитку системи екстреної медичної допомоги в цілому, 20 осіб взагалі утрималися від відповіді.

Здійснення адміністративно-правового регулювання екстреної медичної допомоги неможливе без створення стійкого фундаменту, якими, виступають першооснови, основні правила, за якими діє регулююча правова система. Такими основоположними ідеями є принципи.

У сучасній літературі існує чимало досліджень, «присвячених принципам, їх аналіз дає можливість виділити декілька основних підходів, щодо тлумачення даного терміну» [47], а саме:

1. принцип – категорія об’єктивна. Наприклад, Стеценко С.Г. «визначає дану категорію як об’єктивно притаманні праву відправні положення, безперечні вимоги позитивні зобов’язання, які висуваються до учасників суспільних відносин з метою гармонійного поєднання індивідуальних, групових та суспільних інтересів, зауважуючи, що принципи – це система координат, у рамках якої розвивається право, і одночасно вектор, що визначає напрямок його розвитку» [21];
2. юридичні принципи – основні ідеї. Прасов О. О. «пропонує трактувати їх як основні ідеї, вихідні положення процесу його формування, розвитку і функціонування; конструкції, на засадах яких встановлюються і функціонують не тільки норми, інститути або галузі, але і вся правова система» [32, с. 54].
3. юридичні принципи – сфера правосвідомості, правової ідеології;
4. «визначення, що будуються на аналізі різниці понять принципів права і правових принципів ґрунтуються на тому, що правові принципи – це головні ідеї,

які виражають основні вимоги до системи права тієї чи іншої держави» [[12,](#page69) с. 55-56].

Теоретики права відокремлюють різні види принципів таких як, наприклад, конституційні принципи, принципи побудови державного апарату, принципи функціонування державного апарату, принципи теоретичних засад тощо.

У нашій роботі ми звертаємо увагу на принципи, які покладені в основу адміністративно-правове регулювання екстреної медичної допомоги.

У правовій державі адміністративно-правове регулювання екстреної медичної допомоги має базуватися «на демократичних принципах, у яких відображено політико-правові ідеї, погляди носія влади і суверенітету народу – на право як соціальну цінність» [15, с. 61-62]. Демократичність цих принципів полягає в тому, що вони забезпечують здійснення широких і реальних прав учасників правовідносин, надійні гарантії їх реалізації тощо.

Категорія принципу як методологічна основа є першочерговою й первинною в теорії будь-якої науки. Для юридичної науки питання про принципи права завжди було актуальним.

Питання принципів завжди посідало у праві непересічне місце. «Принцип» походить від латинського «principium», що «означає начало, основа у філософії, те, що лежить в основі деякої сукупності фактів або знань, із збереженням первинного відтінку – перший, основний, вихідний» [16, с. 24].

Слід відзначити, що саме дана класифікація принципів містить принципи функціонування різного роду суб’єктів серед яких непересічне місце посідають принципи екстреної медичної допомоги.

Принципи екстреної медичної допомоги, як і будь-які інші принципи, утворюють певну систему. Проте в науковій літературі, досліджуючи принципи екстреної медичної допомоги, принципи не систематизують і не поділяють на окремі групи. Втім систематизація принципів функціонування екстреної медичної допомоги, на наш погляд, необхідна для всебічного вивчення на науковому рівні системи екстреної медичної допомоги як правової категорії.

## **Висновки до розділу 1**

1. Доведено, що допомога – це організована та активна діяльність людей (людини), здійснювана у формі соціального сприяння та підтримки, спрямована на попередження, усунення або мінімізацію шкідливих наслідків, де одна з них діє в інтересах іншої для досягнення якісного та корисливого результату.

2. Виділено значення «допомоги», що розкривають природу вищезазначеного феномену медичної допомоги, а саме: особлива організована та активна діяльність, вказує не лише на наявність учасників цього процесу, а й на наявність певної організаційної структури; в загально-соціальному контексті допомога являє собою соціальне сприяння або підтримку, здійснювану в інтересах одержувача для вирішення проблемної життєвої ситуації; основною метою (призначенням) допомоги є реалізація інтересів суб'єкта, який зазнає труднощів або нестачу власних сил, засобів та здоров’я при вирішенні проблемної життєвої ситуації; спрямовання на попередження або мінімізацію шкідливих наслідків і збереження особи від можливих або наступаючих несприятливих наслідків; досягнення якісного та корисливого результату.

3. Визначено ознаки екстреної медичної допомоги, а саме: вид швидкої медичної допомоги; надання допомоги кваліфікованими медичними працівниками; присутність невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів; наявність ознак загрози для життя пацієнта.

# **РОЗДІЛ 2ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**2.1.** **Механізми вдосконалення системи надання екстреної та невідкладної медичної допомоги**

Питання доступності і якості швидкої медичної допомоги розглянуті нами також з урахуванням думки фахівців служби – керівників закладів охорони здоров’я ШМД. З цією метою проведено соціологічне дослідження «Оцінка показників доступності і якості швидкої медичної допомоги фахівцями - експертами швидкої медичної допомоги».

Аналіз показників роботи закладів охорони здоров’я ШМД, використовуваних в галузевих статистичних формах, критеріях доступності і якості медичної допомоги територіальних програм державних гарантій надання громадянам cистеми закладів охорони здоров’я безкоштовної медичної допомоги, показників державних цільових програм в сфері охорони здоров'я виявив істотну обмеженість проблем системи надання швидкої медичної допомоги, що торкнулися, з погляду її подальшого розвитку. Часто всі розмови про ефективність її роботи зводяться до показника «частка викликів швидкої медичної допомоги з часом приїзду до 20 хвилин».

Метою дослідження було виявити найбільш значущі показники, які характеризують основні напрями роботи закладів охорони здоров’я ШМД і можуть бути використані як індикатори. Для наукової оцінки значущості запропонованих показників доступності і якості ШМД (n=51) був використаний метод експертних оцінок - метод організації роботи з фахівцями-експертами і обробки думок експертів [19].

Згідно репрезентативної теорії вимірювань, основою теорії експертних оцінок, яка пов'язана з аналізом висновків експертів, що служить, використовувалася порядкова шкала вимірювань якісних ознак для встановлення порядку між об'єктами, а саме: кожен індикатор був експертно оцінений по 5-и бальній системі (чим вище бал, тим більше значущий вплив має індикатор) по трьом характерологічним ознакам (напрямам впливу):

– з погляду впливу його на досягнення оптимальних обсягів показників роботи бригад ШМД (кількість виїздів бригад ШМД; кількість осіб, ШМД, що отримали, зокрема на 1000 населення);

– з погляду впливу його на досягнення доступності (оперативності) роботи бригад ШМД (підвищення частки виїздів з часом приїзду» до пацієнта в інтервалі 20 хв);

– з погляду впливу його на досягнення якості надання ШМД (підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, зниження частки розбіжності діагнозів бригад ШМД з клінічними діагнозами).

Обробка результатів експертних оцінок проводилася різними методами.

Метод визначення вагових коефіцієнтів,які повинні кількісно відображати важливість відповідних приватних критеріїв (показників, індикаторів). Всі запропоновані на розгляд експертів індикатори були ранжирувані з погляду значущості результатів, масштабності і впливу на стан підрозділів ШМД. В результаті аналізу отриманих результатів по кожному напряму впливу були виділені групи індикаторів по ступеню пріоритету (впливи):

1 група - показники з дуже високим пріоритетом (з рівнем вагового коефіцієнта 0,04 і більш); 2 група - показники з високим пріоритетом (з рівнем вагового коефіцієнта 0,03 = =i < 0,04); 3 група - показники з середнім пріоритетом (з рівнем вагового коефіцієнта 0,02 = =i< 0,03); 4 група - показники з низьким пріоритетом (з рівнем вагового коефіцієнта 0,01 = =i< 0,02); 5 група - показники з украй низьким пріоритетом (з рівнем вагового коефіцієнта менше 0,01).

В результаті проведеного аналізу виділені найбільш значущі показники. Практичне значення мали показники з високим і дуже високим пріоритетом (1 і 2 група).

Дослідження проблем доступності і якості ШМД дозволило: «виявити високу задоволеність пацієнтів (5 балів) доступністю ШМД в 49,6% випадків, якістю ШМД - в 60,3% випадків в Закарпатській області» [39]. «Кореляційний аналіз виявив прямий зв'язок показників доступності і якості rxy=+0,54, якщо доступність ШМД сприймалася пацієнтами як сама можливість викликати бригаду ШМД (rxy=+0,57), то якість була заснована на суб'єктивній оцінці відношення лікаря (rxy=+0,70) і фельдшера (rxy=+0,72) ШМД до пацієнта без зв'язку з обсягами проведення лікувально-діагностичних заходів» [47].

Актуальні критерії оцінки роботи ШМД, які є найбільш впливовими «на досягнення оптимальних обсягів показників роботи, а також показників доступності і якості ШМД, можуть бути використані як індикатори, ними стали: забезпеченість загально профільними бригадами ШМД і характер їх використання, відповідність їх кількості чисельності населення обслуговуваної території; середньодобове навантаження на бригаду, стан автопарку ШМД відповідність розрахунковим показникам» [47]. «Наочність і інформативність їх надалі апробована при оцінці реальних показників роботи підрозділів ШМД в закладах охорони здоров’я, в Закарпатській області можна провести аналіз досягнення цільових значень критеріїв доступності і якості надання громадянам медичної допомоги, зв'язаних не тільки і не стільки з рівнем фінансового забезпечення регіонів і вдосконаленням фінансово-економічної політики, скільки з розвитком організаційних механізмів підвищення доступності і якості ШМД» [40].

Провести оцінку якості ШМД, «яка виявила неналежне ЯМД в 54,2 % випадків» [12]. «У структурі переважали дефекти надання медичної допомоги I -76,2% і II -22,3% класів, разом вони склали 98,5%, негативним наслідком яких є вплив на процес надання допомоги і ресурси охорони здоров'я, а також їх оцінку, серед них наголошувалися дефекти збору інформації про пацієнта -70,6%, спадкоємність при наданні медичної допомоги - 59,8%, лікування - 53,1%, дефекти постановки і формулювання діагнозу - 48,4%; вони були зв'язані між собою і свідчили про недотримання державних гарантій медичної допомоги належної якості» [57].

Важливим є розробка теоретичних і методичних основ «формування системи управління якістю в медичних організаціях ШМД, що включають системний процесний підхід, багаторівневий порядок контролю, впровадження автоматизованої технології експертизи, розробку індикаторів якості» [13].

Проведене дослідження дозволило переконатися, що завданням держави є збереження і зміцнення системи надання швидкої медичної допомоги, яка переживає період реформування і вимагає пошуку механізмів подальшого вдосконалення.

Соціологічне дослідження, проведене серед керівників організацій ШМД, виявило нормативні правові, організаційні і кадрові проблеми, обумовлені неготовністю закладів охорони здоров’я ШМД до роботи в нових умовах фінансування (МС). Вони були обумовлені відсутністю нормативного правового, методичного супроводу і адекватного матеріально-технічного забезпечення діяльності закладів охорони здоров’я ШМД. Це зажадало розробки організаційних і фінансово-економічних механізмів з оптимізації подальшого розвитку ШМД в нових економічних умовах.

З цією метою проведений аналіз сучасного стану системи надання ШМД. Він показав, що одним з найважливіших завдань її успішного розвитку є вирішення проблем матеріально-технічного забезпечення і кадрового дефіциту**.**

Розглянувши особливості фінансування закладів охорони здоров’я ШМД (рівень фінансового забезпечення, способи оплати і тарифи ШМД, виявлений дефіцит фінансового забезпечення в значній частині закладів охорони здоров’я, що створює певні труднощі для розвитку служби. У цих умовах важливо правильно використовувати ті фінансово-економічні можливості, які доступні при дефіциті фінансових ресурсів.

Аналіз нормативної правової і методичної літератури, що стосується способів оплати ШМД, дозволив вивчити їх особливості і розробити теоретичні основи застосування в медичних організаціях ШМД, класифікувати, виявити найбільш характерні риси кожного методу. «Вибір способу оплати ШМД створює умови для формування структури і обсягів медичної допомоги, а також підвищення її доступності і якості» [28]. Він пов'язаний з рівнем фінансового забезпечення надання громадянам медичної допомоги, «бере участь в механізмі розподілу фінансових коштів, що направляються на охорону здоров'я в ЗОЗ» [36]. «Зроблений висновок про доцільність диференційованого застосування способів оплати швидкої медичної допомоги в закладах охорони здоров’я, як механізмі підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров’я швидкої медичної допомоги» [36]*.*

Цей висновок підтверджений результатами аналізу динаміки основних показників роботи підрозділів ШМД в закладах охорони здоров’я, що використовують різні способи оплати.

Механізмом вдосконалення роботи закладів охорони здоров’я ШМД є також стандартизація і тарифікація її послуг. Диференційований підхід до оплати послуг ШМД дозволяє перерозподіляти обмежені ресурси, забезпечуючи засобами найпріоритетніші, соціально значущі напрями діяльності, що підтверджене на прикладі застосування тарифу на тромболізис.

Основна мета системи надання ШМД - підвищення її доступності і якості. Тому одним з механізмів її перспективного розвитку є створення системи управління якістю в ШМД*,* «завдання якої – отримати якнайкращий результат при кожному заданому рівні фінансування, матеріально-технічного і кадрового забезпечення» [39]. Актуальність цього висновку підтвердили результати дослідження задоволеності пацієнтів ШМД (дані соціологічного опитування пацієнтів ШМД), аналіз критеріїв доступності і якості територіальних гарантій безкоштовного надання громадянам медичної допомоги, вивчення стану ЯМД . У нових економічних умовах виникає «питання про перегляд традиційних принципів формування системи внутрішнього контролю якості в організаціях ШМД» [36]. Орієнтиром для її створення може стати досвід регіонів, а також системи менеджменту якості з використанням методичної основи міжнародних стандартів якості.

Розробку індикаторів якості здійснювали методом експертної оцінки (з подальшим розрахунком вагових коефіцієнтів і кластерним аналізом): «відібрані актуальні критерії оцінки роботи закладів охорони здоров’я ШМД, які роблять найбільший вплив на досягнення оптимальних обсягів показників роботи, а також показників доступності і якості ШМД» [29].

У результаті, розроблені і обгрунтовані «механізми вдосконалення системи надання швидкої медичної допомоги в нових економічних умовах, у системі МС, ними стали: способи оплати ШМД, рівень фінансового забезпечення територіальних програм державних гарантій безкоштовного надання громадянам медичної допомоги, управління якістю в системі надання ШМД, стандартизація і тарифікація її послуг» [48].

Запропоновані підходи універсальні і можуть бути застосовані в організаціях ШМД різних територіальних громадах. «При цьому слідує диференційовано підходити до використання способів оплати ШМД в закладах охорони здоров’я з різним рівнем фінансового забезпечення надання громадянам безкоштовної медичної допомоги і обсягами показниками роботи» [47] (табл. 3.1).

«Переваги способу оплати за виклик ШМД дозволяють рекомендувати його впровадження в закладах охорони здоров’я з достатнім рівнем фінансового забезпечення надання громадянам безкоштовної медичної допомоги і високими обсягами показників роботи» [36]. В той же час із значним дефіцитом фінансового забезпечення надання громадянам безкоштовної медичної допомоги і/або низькими обсягами показниками роботи «доцільно використовувати оплату нормативу на 1 пацієнта фінансування на 1 пацієнта у поєднанні з оплатою за виклик швидкої медичної допомоги» [46]. «Це дозволить ШМД упевнено працювати в режимі очікування виклику з гарантованою оплатою праці персоналу, що важливе для оперативної служби, що має соціальне значення» [38].

Представлені механізми вдосконалення системи надання ШМД в Україні розглянуті на прикладі конкретного закладу охорони здоров’я – КНП «Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги». При цьому необхідно відзначити, що багаторівнева система побудови служби ШМД нетипова, особливості її формування і діяльності відмічені при характеристиці бази дослідження. Основні показники роботи закладів охорони здоров’я ШМД КНП «ЗТЦЕМД» в 2019 і 2020 рр. і в системі МС (2020 р.) представлені в таблиці 2.1.

 *Таблиця 2.1*

**Основні показники роботи закладів охорони здоров’я КНП «ЗТЦЕМД в 2019 і 2020 рр.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показники | 2019 рік(бюджет) | 2020 рік(МС) | Динаміка |
| Абс. знач. | % |
| **Ресурсна база швидкої медичної допомоги:** |
| ***Кадри:*** |
| укомплектованість лікарями ШМД (%)  | 90,5 | 83,2 | -7,3 | -8,1 |
| укомплектованість середнім медичним персоналом (%)  | 86,9 | 88,2 | 1,3 | 1,5 |
| укомплектованість молодшим медичним персоналом (%)  | 73,0 | 75,8 | 2,8 | 3,8 |
| коефіцієнт сумісництва лікарів ШМД  | 1,4 | 1,5 | 0,1 | 4,3 |
| коефіцієнт сумісництва середнього медичного персоналу  | 1,3 | 1,3 | 0,0 | 0,0 |
| коефіцієнт сумісництва молодшого медичного персоналу | 2,3 | 1,5 | -0,8 | -36,5 |
| забезпеченість лікарями ШМД допомоги (на 10 тисяч населення)  | 3,4 | 2,9 | -0,6 | -16,2 |
| забезпеченість середнім медичним персоналом (на 10 тисяч населення)  | 6,6 | 6,4 | -0,2 | -3,2 |
| забезпеченість молодшим медичним персоналом (на 10 тисяч населення)  | 0,5 | 0,4 | -0,1 | -12,0 |
| ***Матеріально-технічна база*** |
| число автомобілів ШМД (всього):  | 104 | 129 | 25,0 | 24,0 |
| зокрема:  |  |  |  |  |
| класу А  | 18 | 13 | -5,0 | -27,8 |
| класу В  | 81 | 113 | 32,0 | 39,5 |
| класу З  | 7 | 3 | -4,0 | -57,1 |
| число автомобілів ШМД по терм. експлуатації:  |  |  |  |  |
| до 3 років  | 30 | 73 | 43,0 | 143,3 |
| від 3 до 5 років  | 46 | 32 | -14,0 | -30,4 |
| понад 5 років  | 28 | 24 | -4,0 | -14,3 |
| число станцій (відділень) ШМД, оснащених ШМД5  | 11 | 8 | -3,0 | -27,3 |
| ***Показники роботи бригад ШМД*** |
| число виїздів (всього):  | 1721126 | 1511909 | -209217,0 | -12,2 |
| зокрема по приводу:  |  |  |  |  |
| нещасних випадків  | 154317 | 148577 | -5740,0 | -3,7 |
| раптових захворювань і станів  | 597994 | 652411 | 54417,0 | 9,1 |
| пологів і патології вагітності  | 35521 | 45675 | 10154,0 | 28,6 |
| число осіб, яким надана медична допомога при виїздах  | 1721143 | 1520979 | -200164,0 | -11,6 |
| середньодобове навантаження на одну бригаду ШМД  | 10,8 | 9,2 | -1,6 | -14,8 |
| число госпіталізованих осіб  | 590715 | 600881 | 10166,0 | 1,7 |
| число осіб, яким надана допомога в амбулаторних умовах  | 15033 | 12498 | -2535,0 | -16,9 |
| число померлих в автомобілі ШМД  | 201 | 160 | -41,0 | -20,4 |
| число пацієнтів, яким надана ШМД  | 8230 | 7447 | -783,0 | -9,5 |
| число пацієнтів з ОЦВБ, яким надана ШМД  | 28560 | 24013 | -4547,0 | -15,9 |
| число тромболізисів, проведених пацієнтам з ОЇМ  | 0 | 165 | 165,0 | 100,0 |
| число тромболізисів, проведених пацієнтам з ОЦВБ  | 0 | 2 | 2,0 | 100,0 |

Примітка. Складено на основі даних КНП «ЗТЦЕМД.

У відповідність із загальними тенденціями розвитку системи надання ШМД в Україні КНП «ЗТЦЕМД» наголошується на дефіциті кадрів ШМД, зниження укомплектованості лікарями ШМД (на 8,1%) при зростанні укомплектованості середнім медичним персоналом (фельдшерами ШМД) (на 1,5%). При цьому забезпеченість цим персоналом (на 10 тисяч населення) зменшилася, відповідно, на 16,2% і 3,2%.

Матеріально-технічна база характеризується зростанням парку автомобілів ШМД на 24,0% за рахунок закупівель переважно АШМД класу В (+39,5%), що відповідає потребі і пов'язано із зростанням частки фельдшерських загальнопрофільних бригад (до 60%). Завдяки цьому оновленню число АШМД з терхвом експлуатації до 3-х років збільшилося на 143,3% при скороченні числа автомобілів з іншими терхвами експлуатації.

При аналізі обсягів показників роботи було відмічено зниження числа виїздів (на 12,2%), числа осіб, яким була надана допомога при виїздах (на 11,6%), і числа осіб, яким надана допомога в амбулаторних умовах (на 16,9%). У структурі викликів слід зазначити зростання числа пацієнтів з раптовими захворюваннями і станами, одержуючих медичну допомогу переважно по місцю мешкання (на 9,1%) а також збільшення числа викликів на пологи і патологію вагітності (на 28,6%). Зниження загальних обсягів показників роботи супроводжувалося зменшенням середньодобового навантаження на 1 бригаду ШМД на 14,8%.

Слід зазначити зниження числа померлих в автомобілі ШМД (на 20,4%).

На тлі зниження числа пацієнтів, яким надана ШМД (на 9,5% і 15,9%, відповідно), слід зазначити впровадження тромболітичної терапії на первинному етапі надання ШМД. Це супроводжувалося зниженням числа пацієнтів, смерть яких наступила в автомобілі ШМД (на 51,1%). Статистика ДТП характеризується незначною динамікою числа ДТП (-0,2%), але зростанням числа постраждалих (+12,2%) і числа смертельних результатів (+27,2%).

Показники оперативності мають позитивну динаміку: частка викликів з часом приїзду «до 20 хвю» склала 81,0% в 2019 р. і 86,4% в 2020 р. при середньому часі приїзду 15,5 хв (2019). Частка викликів з іншими інтервалами приїзду бригад на виклик була наступною:

 До 20 хв. 21-40 хв 41-60 хв більше 60 хв

2019: 81,1% 12,3% 4,9% 1,7% 2020: 86,4% 9,2% 3,3% 1,1%

При дорожньо-транспортних подіях оперативність роботи бригад ШМД була ще вища: приїзд «до 20 хвю» в 92,4% випадків в 2019 р. і в 93,5% випадків в 2020 р.:

До 20 хв. 21-40 хв 41-60 хв більше 60 хв

2019: 92,4% 6,4% 1,0% 0,3%

2020: 93,5% 6,1% 0,3% 0,1%

Час роботи бригади на виклику складає, як правило, більше 20 хв і залежно від складності випадку може бути різним (р>0,05):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | До 20 хв  | 21-40 хв  | 41-60 хв  | більше 60 хв  |
| 2019:  | 8,4%  | 28,0%  | 35,4%  | 28,2%  |
| 2020:  | 11,4%  | 26,3%  | 33,1%  | 29,1%  |

Час роботи бригади на місці ДТП значно більше, в половині випадків воно складає більш за одну годину:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | До 20 хв  |  | 21-40 хв  |  | 41-60 хв  |  | більше 60 хв  |
| 2019:  | 7,5%  |   | 18,7%  |   | 22,4%  |   | 51,4%  |
| 2020:  | 5,8%  |   | 22,9%  |   | 21,4%  |   | 49,9%  |

Таким чином, система надання ШМД КНП «ЗТЦЕМД» розвивається у відповідність із загальними тенденціями в країні: вирішує питання кадрового дефіциту з переорієнтацією на фельдшерський склад бригад, удосконалює матеріально-технічну базу, здійснюючи оновлення автопарку машин ШМД, інформатизацію і автоматизацію процесів управління виїзними бригадами. Показники роботи характеризуються зниженням обсягів показників і підвищенням оперативності роботи.

Представлені дані в сукупності з результатами дослідження задоволеності пацієнтів послугами підрозділів ШМД і стан якості медичної допомоги ставлять завдання з вдосконалення системи надання ШМД Закарпатської територіальної громади.

У системі МС з 01.01.2020 року в КНП «ЗТЦЕМД» застосовується «спосіб оплати ШМД нормативу фінансування на 1 пацієнта у поєднанні з оплатою за виклик ШМД» [49]. Згідно результатів дослідження, даний спосіб оплати ШМД не є оптимальним для даного закладу охорони здоров’я, зважаючи на високий рівень фінансового забезпечення територіальної програми державних гарантій КНП «ЗТЦЕМД» і обсяг показників роботи, які дозволили б здійснювати фінансування за виклик ШМД у відповідність з реальними результатами роботи (з диференційованою оплатою залежно від профілю і складу бригад, приводу і результату виклику, інших параметрів). При тому, що витрати на оплату служби ШМД міста високі, а зрівняльний принцип оплати не мотивує медичні організації ШМД до підвищення ефективності праці.

Територіальний принцип обслуговування ланки ШМД в структурі амбулаторно-поліклінічних закладів, зниження обсягів показників роботи, невисокий рівень середньодобового навантаження на бригади (8,6 викликів в 2019 р.), висока частка пацієнтів з раптовими захворюваннями і станами, одержуючих медичну допомогу переважно по місцю проживання, і подальше зростання їх числа (на 9,1%), збільшення частки фельдшерських бригад в місті (до 60%) в сукупності з високими витратами на фінансування підрозділів ШМД свідчить про необхідність раціонального використання ресурсів громади. Воно полягає в реструктуризації системи надання ШМД КНП «ЗТЦЕМД» з розвитком служби невідкладної допомоги в структурі поліклінік, тарифікації послуг швидкої і невідкладної медичної допомоги, переході на диференційовану оплату за виклик швидкої (і невідкладною) медичної допомоги, що дозволить наблизити оплату послуг до реальних витрат, обсягів і якісних показників роботи в цілях підвищення ефективності роботи.

Розробка стандартів, що безперервно оновлюються, у сфері медицини у всьому світі здійснюється на основі балансу «витрати / ефективність», виходячи з реальної ситуації, тому дослідження є найважливіша складова сучасної системи управління якістю медичної допомоги, що визначає тенденції розвитку ринку медичних послуг і що дозволяє оптимізувати планування ресурсного забезпечення охорони здоров'я. Вважається, що підвищення якості медичної допомоги неминуче вимагає додаткових витрат часу, зусиль і ресурсів. Проте, залучення додаткових ресурсів зовсім не гарантує підвищення якості медичної допомоги. В той же час впровадження стандартів може привести до «вирівнювання» якості витрат.

У кваліфікаційній роботі охарактеризовано стандарт медичної допомоги, який є нормативним документом, що встановлює вимоги до процесу надання медичної допомоги при конкретному виді патології «з урахуванням сучасних уявлень про необхідні методи діагностики, профілактики, лікування, реабілітації і можливостей конкретної системи медичної допомоги, що забезпечує її належну якість» [45].

**2.2.** **Аналіз динаміки основних показників роботи закладів охорони здоров’я з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги**

Серед чинників, що визначають розвиток системи надання швидкої медичної допомоги в Україні, крім розвитку охорони здоров'я в цілому, перетворень, пов'язаних з переходом до фінансування в системі МС, слід зазначити і конкретніші механізми реалізації територіальних програм МС – способи оплати ШМД. Їх використання викликає різні мотивації в роботі як закладів охорони здоров’я в цілому, так і окремих працівників, стимулює до використання організаційних і фінансово-економічних механізмів адаптації до конкретних умов фінансування. Аналіз цих механізмів дозволяє шукати шляхи подальшого вдосконалення системи надання ШМД в Україні, підвищення ефективності її роботи.

В ході дослідження проведений аналіз показників роботи закладів охорони здоров’я ШМД в різних умовах фінансування за період 2017-2020 рр. з акцентом на «перехідний» період роботи (2017-2018 рр.) в нових економічних умовах (фінансування ШМД в системі МС) в безпосередньому зв'язку з використовуваними способами оплати швидкої медичної допомоги.

При наданні ШМД з приводу раптових захворювань спостерігається зростання числа виїздів на 3,9% «в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД» [13]. Необхідно відзначити, що виклики з приводу раптових захворювань – це в значній мірі випадки загострення хронічної патології, що обслуговуються вдома. Їх обсяг, з одного боку, залежить від демографічних особливостей регіону, рівня захворюваності і організації роботи амбулаторно-поліклінічної мережі, з іншої – це резерв для збільшення кількості викликів при зацікавленості у виконанні обсягів показників роботи бригад ШМД (при оплаті послуг за кожен виконаний виклик).

Значне зростання числа виїздів бригад ШМД для надання медичної допомоги з приводу пологів і патології вагітності (+7,8%) «відмічене в закладах охорони здоров’я з оплатою на 1 пацієнта нормативу» [13].

Спостерігається більше 10 млн в рік госпіталізацій пацієнтів силами бригад ШМД. Динаміка 2019-2020 рр. відзначає зниження цього показника на 1,8% (187 тис.), що пов'язане із загальною тенденцією зниження кількості викликів бригад ШМД і зниження кількості осіб, ШМД, що отримали. Найбільше зниження числа госпіталізацій мало місце в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД – на 4,2% (135 тис.). Цей чинник, з одного боку, залежить від демографічних особливостей регіону, рівня захворюваності і хорошої організації роботи амбулаторно-поліклінічної мережі, з іншої – це резерв для збільшення кількості викликів, ознака готовності підрозділів ШМД самостійно активно спостерігати пацієнтів на обслуговуваній території при зацікавленості у виконанні обсягів показників роботи (при оплаті послуг за кожен виконаний виклик).

Найбільше зниження числа таких виїздів характерне для закладів охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД – на 16,5% (4 тис.), найменше – в закладах охорони здоров’я з на 1 пацієнта нормативом фінансування ШМД – 5,6% (1,8 тис.), що пов'язане із зацікавленістю медичних організацій, що використовують різні способи оплати, в результативності виконаних викликів: вона присутня при оплаті за виклик ШМД і відсутня при використанні на 1 пацієнта нормативу фінансування ШМД.

Метою екстреної медичної допомоги є: «створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги» [26]; рятування життя постраждалих; усунення дії факторів, попередження чи зменшення тяжких ускладнень і якнайшвидша евакуація з осередку ураження. Завданням екстреної медичної допомоги – є визначений, запланований для виконання обсяг пацієнтів, який спрямований на мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я, рятування життя постраждалих, усунення дії факторів, попередження чи зменшення тяжких ускладнень і якнайшвидша евакуація з осередку ураження. Функції екстреної медичної допомоги – це цілеспрямована діяльність, направлена на виконання встановлених обов’язків по врятування і збереження життя людини у невідкладному стані, які визначені законодавцем, направлених на мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я; створення, функціонування і розвиток системи екстреної медичної допомоги; усунення дії факторів.

Таким чином, в динаміці медичних (обсягів) «показники роботи закладів охорони здоров’я швидкої медичної допомоги» [13] відмічено наступне: переклад підрозділів ШМД до фінансування в системі МС сприяв в закладах охорони здоров’я з різними способами оплати ШМД.

На тлі загального зниження числа виїздів бригад ШМД і зниження числа осіб, яким надана медична допомога при виїздах за 2019-2020 рр. найменше (статистично достовірне) зниження цих показників мало місце в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД.

При загальному зниженні кількості безрезультатних виїздів бригад ШМД за 2019-2020 рр. найбільше зниження їх кількості наголошувалося в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД.

При загальному збільшенні кількості відмов за необгрунтованістю виклику за період 2019-2020 рр. найбільше збільшення їх кількості спостерігалося в закладах охорони здоров’я з оплатою на 1 пацієнта нормативу, найменше – «в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД» [48].

На тлі загального зниження числа виїздів для медичного обслуговування спортивних і культурно-масових заходів (або суспільних заходів) за 2019-2020 рр. найбільше зниження таких виїздів (не оплачуваних в системі МС) було характерне для закладів охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД, найменше, – «в закладах охорони здоров’я з нормативом фінансування на 1 пацієнта ШМД» [49].

Разом з тим, при загальному зменшенні числа осіб, яким надана медична допомога фельдшерськими бригадами (перевезення хворих), в 2019-2020 рр. (пов'язано з скороченням непрофільних функцій бригад ШМД зі здійснення планових перевезень хворих, доставці консультантів, крові і її компонентів і ін.) найбільше скорочення таких перевезень спостерігалося в закладах охорони здоров’я з оплатою на 1 пацієнта нормативу фінансування, найменше – в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД.

При загальному зниженні випадків надання амбулаторної допомоги пацієнтам найбільше скорочення їх числа спостерігалося в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД, найменше, - в закладах охорони здоров’я із змішаним варіантом фінансування.

У переважній більшості закладів охорони здоров’я при виконанні медичних (обсягів) показники роботи, «коли одним з провідних принципів є наявність внутрішніх стимулів закладів охорони здоров’я до підвищення ефективності роботи, носили загальний характер і відображали» [17]:

У закладів охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД:

* з одного боку – зацікавленість медичних організацій ШМД у виконанні обсягів показників роботи ШМД: збільшення кількості викликів при оплаті за кожен виклик,
* з іншого боку – зацікавленість до підвищення показників роботи, звільнення від виконання невластивих функцій..

У закладах охорони здоров’я на 1 пацієнта норматив фінансування ШМД подібні механізми були відсутні, але наголошувалася:

* з одного боку - зацікавленість закладів охорони здоров’я ШМД в зниженні кількості викликів.
* З іншого боку – готовність виконувати неоплачувану роботу в системі МС.

Організація роботи бригад ШМД в значній мірі визначає показники смертності, які постраждали в ДТП. Не дивлячись на позитивну динаміку показників оперативності роботи бригад ШМД в цілому, відзначено зростання смертності постраждалих в ДТП, що, в першу чергу, пов'язано з високою часткою загиблих у момент аварії або в перші хвилини після аварії унаслідок отримання травм, несумісних з життям. Так, за даними 2019 р., він склав до 96% числа загиблих на місці події до приїзду бригади ШМД

Відповідно до загальних даних по Україні середній коефіцієнт сумісниці посад ШМД в 2019 р. складає 1,34; найбільших значень він досягає серед лікарів (1,66) і молодшого медичного персоналу (1,98). Найменшого значення він досягає в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД (1,26) в порівнянні з закладами охорони здоров’я, що використовують інші способи оплати ШМД (1 і 3) (1,42 і 1,33, відповідно).

У закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД відмічений найнижчий коефіцієнт сумісниці серед лікарів (1,49) і середнього медичного персоналу (1,18), що є позитивним чинником, «що характеризує нижчий рівень навантаження на фахівців ШМД в закладах охорони здоров’я з оплатою за виклик ШМД» [39].

Характерною особливістю закладів охорони здоров’я з нормативом на 1 пацієнта фінансування була негативна динаміка лікарського і фельдшерського персоналу ШМД: зменшення числа штатних посад (значне зниження числа штатних лікарських посад при збільшенні числа посад середнього медичного персоналу), зайнятих посад і фізичних осіб (переважаюче зниження числа лікарського персоналу). Це відбувалося паралельно із зхвою структури (складу, профілю) виїзних бригад ШМД.

«Найбільш благополучними у вирішенні кадрових питань були заклади охорони здоров’я, що використовують оплату за виклик ШМД, що виявлялося» [40]:

* скороченні загальної кількості штатних посад і зайнятих посад «за рахунок персоналу, який безпосередньо не бере участь в наданні медичної допомоги, санітарів, водіїв, іншого персоналу» [47];
* у найбільшому зниженні числа фізичних осіб за рахунок скорочення фактичного персоналу (фізичних осіб), при цьому основний кадровий ресурс системи ШМД (лікарі і фельдшера ШМД) при даному способі оплати ШМД зберігся найбільшою мірою;
* у найвищому значенні показника забезпеченості кадрами підрозділів ШМД в 2019 р.;
* у мінімальній динаміці зниження забезпеченості кадрами підрозділів ШМД в 2018-2019 рр.;
* у найвищій забезпеченості лікарями і фельдшерами ШМД – основним медичним персоналом підрозділів ШМД, що безпосередньо надає медичну допомогу;
* у найменшому коефіцієнті сумісниці посад ШМД, зокрема серед лікарів і середнього медичного персоналу.

Таким чином аналіз динаміки основних показників роботи медичних організацій ШМД в закладах охорони здоров’я дозволив дати оцінку і обгрунтування закономірностей їх розвитку, обумовлених використанням різних способів оплати ШМД. «Динаміка структурних, обсягів і кадрових показників роботи закладів охорони здоров’я ШМД в закладах охорони здоров’я при переході до фінансування в системі МС» [47];

- при оцінці структурних показниківв переважній більшості закладів охорони здоров’я носили загальний характер,

-відображали тенденції розвитку системи надання ШМД в Україні (вдосконалення системи управління, модернізація матеріально-технічної бази,

-оптимізація витрат,

-перехід від екстенсивного до інтенсивного шляху розвитку) і не мали вираженого зв'язку з особливостями фінансування.

## **Висновки до розділу 2**

1. Визначено, що нормативно-правову базу сфери охорони здоров’я становить комплекс юридичних норм, за допомогою яких держава регулює систему охорони здоров’я та діяльність осіб, що в межах встановленої компетенції, здійснюють діагностику, реабілітацію, профілактику та лікування з метою збереження життя та здоров’я людини.

2. Встановлено, що право на медичну допомогу – це комплекс передбачених можливостей громадянина, які захищаються державою та виражається в реалізації отримати ним якісну та кваліфіковану діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику в лікувально-профілактичних закладах за своїм вибором, з урахуванням гарантованого Конституцією України обсягу надання безкоштовних медичних послуг, а у разі їх ненадання чи неналежного надання застосування до винного юридичної відповідальності.

3. Розподілено принципи екстреної медичної допомоги на основні та додаткові принципи екстреної медичної допомоги. До основних принципів екстреної медичної допомоги віднесено: дотримання лікарської таємниці при наданні екстреної медичної допомоги; неприпустимість відмови у наданні екстреної медичної допомоги тощо; а до додаткових – регіональна екстериторіальність; відповідальність органів публічної адміністрації та її посадових осіб за якісне та своєчасне надання екстреної медичної допомоги.

# **РОЗДІЛ 3НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

## **3.1.** **Особливості організації екстреної медичної допомоги**

Заходи щодо вдосконалення організації і надання медичної допомоги постраждалим внаслідок ДТП в Україні проводилися в рамках реалізації програми «Підвищення безпеки дорожнього руху в 2017-2019 роках», пріоритетного національного проекту «Здоров'я» в 2015-2020 рр., заходів щодо модернізації охорони здоров'я України в 2018-2019 рр. Підсумком їх реалізації стало створення надання медичної допомоги постраждалим при ДТП, що включає:

1) використання на діагностичному етапі надання медичної допомоги постраждалим спеціалізованих бригад ШМД;

2) концентрація постраждалих в травмоцентрах на I і II рівні. За 2015–2019 рр. сформована трьохрівнева система травмоцентрів на базі функціонуючих відділень стаціонарів відповідно до певних зон відповідальності закладів охорони здоров’я по автомобільних дорогах, здійснено їх оснащення медичним устаткуванням. При цьому протягом останніх 6 років для підрозділів ШМД регіонів країни були закуплені реанімобілі. В результаті створена система евакуаційних заходів постраждалим в ДТП, що забезпечує кваліфіковане надання медичної допомоги на місці ДТП, в процесі медичної евакуації і в медичних організаціях.

Не дивлячись на всі зусилля, мають місце факти нераціональної і неефективної організації надання медичної допомоги, включаючи недоліки в схемах маршрутизації таких пацієнтів, що не враховують ступінь тяжкості отриманих ними травм і необхідність забезпечення максимально короткого часу прибуття бригад ШМД на місце ДТП.

Представлений аналіз статистичних даних із ДТП свідчать про необхідність продовження проведення заходів, направлених на вдосконалення надання медичної допомоги людям, які постраждали у ДТП. Основними напрямами подальшого розвитку системи надання медичної допомоги постраждалим в ДТП повинні стати: включення неохоплених за минулий період регіонів в реалізацію заходів щодо вдосконалення системи лікувально-евакуаційних заходів при ДТП; продовження розгортання системи травмоцентрів на території закладів охорони здоров’я з урахуванням науково-обгрунтованої потреби; підготовка кваліфікованих медичних працівників для надання медичної допомоги постраждалим при ДТП; зміцнення матеріально-технічної бази травмоцентрів відповідно до надання медичної допомоги постраждалим з поєднаними, множинними та ізольованими травмами.

На ці цілі направлена цільова програма «Підвищення безпеки дорожнього руху в 2013 - 2020 роках», затверджена КМ України від 03.10.2013 № 864.

Метою і одним з основних завдань надання ШМД є модернізація системи державної програми розвитку охорони здоров'я в Україні. Очікуваним результатом розвитку ШМД до 2022 року є збільшення частки виїздів бригад ШМД з часом приїзду до хворого менше 20 хв. до 90% в 2019 р. При цьому показники лікарняної летальності постраждалих в результаті ДТП повинні знизитися до 3,9% в 2022 р. До 2022 р. в Україні планується за рахунок реалізації заходів, направлених на медичні чинники, знизити смертність постраждалих в ДТП до 10,0 на 100 тис. населення за умови одночасного ефективного впливу на немедичні чинники з боку всіх зацікавлених органів виконавчої влади.

Стан і перспективний розвиток охорони здоров'я в значній мірі залежить від підготовки, професійного рівня медичних кадрів і забезпеченості системи охорони здоров'я медичними кадрами як головного ресурсу охорони здоров'я.

Штат системи надання ШМД в Україні за даними статистичної звітності за 2020 р.: у 2018 р. він налічував 243,7 тис. чоловік. Фельдшер ШМД є найбільш численною (р<0,01) штатною посадою – 50,6%, лікарі складають 13,4%, санітари – 9,6% штатних посад.

Необхідно розуміти, що навіть ця, затверджена в 2018 році в закладах охорони здоров’я штатна структура підрозділів ШМД вже дефіцитна по відношенню до нормативів, що рекомендуються. Аналіз динаміки штатів закладів охорони здоров’я ШМД за 2017-2020 рр. показав закладене на цьому рівні (етапі планування) збільшення штатних посад ШМД в цілому по країні на 1,1% з тенденцією до зниження лікарського персоналу ШМД на 13,2%, молодшого медичного персоналу – на 36,9% і збільшенню фельдшерів ШМД на 14,3%.

Підвищення оперативності роботи бригад ШМД (долі викликів з приїздом «до 20 мін» - на 4,5%) «характеризувалося наступним розподілом інтервалів приїзду до місця виклику: «до 20 хв.» - 86,9% викликів, «21-40 хв.» - 9,4% викликів, «41-60 хв.» - 2,3% викликів, «більше 60 хв.» - 1,3% викликів» [16]. В той же час зберігаються регіони з низькою часткою викликів «20-хвилинного приїзду» (47%-65%).

Завданням держави є збереження і зміцнення системи надання ШМД, яка переживає період реформування і вимагає пошуку механізмів подальшого вдосконалення, серед яких, - вирішення проблем матеріально-технічного забезпечення і кадрового дефіциту. Сьогодні вдосконалення системи надання ШМД йде в ногу з розвитком охорони здоров'я країни і вирішує завдання підвищення ефективності галузі в регіонах. На це націлені галузеві «дорожні карти» (плани заходів), що передбачають: реорганізацію структури неефективних організацій; збільшення доходів і оптимізацію чисельності працівників; оптимізацію неефективних витрат; розвиток державного партнерства; впровадження показників оцінки ефективності діяльності працівників.

Підрозділи ШМД зіткнулася з рядом проблем, які умовно можна розділити на:

1. Проблеми системи організації і управління закладами охорони здоров’я ШМД на регіональному рівні: відсутність нормативної правової бази, своєчасного навчання адміністративного і фінансово-економічного персоналу, проблеми з розрахунком державних завдань, відсутність інформаційного забезпечення (і, як результат, – неготовність населення показати документи при зверненні до ШМД, соціальна напруженість, неготовність закладів охорони здоров’я амбулаторно-поліклінічного і стаціонарного типів прийняти на себе функції з транспортування хворих, консультантів і ін.).

2. Проблеми автоматизації та інформатизації закладів охорони здоров’я ШМД: відсутність необхідної кількості обладнаних автоматизованих робочих місць (АРМ) і операторів ЕОМ; відсутність необхідного програмного забезпечення для здійснення взаємодії з страховими фондами закладів охорони здоров’я; невідповідність тих, що існують, що не дозволяє в автоматизованому режимі здійснювати формування реєстру пролікованих хворих і здійснювати його вивантаження у систему обов’язкового медичного страхування, що веде до великого обсягу ручної дублюючої роботи; відсутність доступу до баз даних приписаного (застрахованого) населення, що зв'язане з проблемами ідентифікації пацієнтів.

3. Проблеми організації надання ШМД: проблеми з ідентифікацією пацієнтів і визначенням їх страхової приналежності в умовах ШМД (займають багато часу і часто неприйнятні при наданні екстреної медичної допомоги; затримують бригаду на виклику, знижуючи оперативність її роботи); невідповідність статистичного інструментарію системи надання ШМД новим вимогам до роботи (змушує регіони модернізувати карту виклику ШМД, додатково дописувати інформацію, вводити додатки до карти і ін.).

Зважаючи, що проблеми були сформульовані керівниками різних закладів охорони здоров’я і характеризували діяльність закладів охорони здоров’я ШМД, що працюють в різних умовах (географічних, кліматичних, економічних і ін.), для «виключення випадкового характеру зауважень нами проведено дослідження за визначенням однорідності вибірок» [23].

Відсутність необхідних документів, що регламентують діяльність організацій ШМД в системі МС, стала причиною ряду проблем в їх роботі на початковому періоді. Вони були пов'язані (сильний негативний кореляційний зв'язок) з ідентифікацією пацієнтів і визначенням їх страхової приналежності (rxy=-0,9798), фінансуванням підрозділів ШМД (rxy=-0,9333), невирішеними питаннями автоматизації і інформатизації закладів охорони здоров’я ШМД (rxy=-0,8805). Очевидними стали проблеми статистичного інструментарію (rxy=-0,6197, помірний негативний кореляційний зв'язок). Особливу актуальність придбав кадровий дефіцит (rxy=-1,0, сильний негативний кореляційний зв'язок).

Недолік своєчасної повноцінної інформації у керівників ШМД при особливостях нової системи фінансування, зокрема про способи оплати ШМД, сприяв виникненню проблем з фінансуванням організацій ШМД (rxy=+1,0), виконанням непрофільної роботи, неоплачуваної в системі МС (rxy=+0,9758) (сильний позитивний кореляційний зв'язок).

Проблеми нормативного забезпечення істотно впливали на вирішення кадрових питань (rxy=+0,8858), стан автоматизації і інформатизації закладів охорони здоров’я ШМД (rxy=+0,7770) (сильний позитивний кореляційний зв'язок), проблеми фінансування (rxy=+0,6798), роботу з ідентифікації пацієнтів і визначення їх страхової приналежності (rxy=+0,6669).

Міцний позитивний кореляційний зв'язок виявлений також між проблемами дефіциту автоматизації і інформатизації закладів охорони здоров’я ШМД і значними обсягами непрофільної роботи (rxy=+0,9037), а кадрові питання були пов'язані з проблемами обліку і оплати безрезультатних викликів (rxy=+0,8458).

Таким чином, в результаті проведеного аналізу виявлений виражений взаємозв'язок значної частини проблем закладів охорони здоров’я ШМД на першому етапі роботи.

Ключове значення для більшості проблем мали дефекти підготовчого етапу: «нормативного правового, методичного супроводу і матеріально-технічного забезпечення діяльності в нових умовах фінансування» [33].

Проведене дослідження дозволило: оцінити готовність (нормативно правову, організаційну, матеріально-технічну, кадрову) закладів охорони здоров’я ШМД до роботи в нових умовах фінансування; виявити основні проблеми закладів охорони здоров’я ШМД на початковому етапі роботи; визначити шляхи їх вирішення.

У зв'язку з цим були позначені першочергові завдання закладів охорони здоров’я ШМД в системі МС, до яких відносяться:

1. Вдосконалення нормативного правового регулювання.

2. Автоматизація і інформатизація процесів управління підрозділів ШМД (закладів нових ШМД, адаптація існуючих програмних комплексів до запитів МС).

3. Оптимізація процесів ідентифікації пацієнтів і визначення їх страхової приналежності (перехід на автоматизований режим, роботу з базами населення, звільнення бригад від ручної роботи з переписування документів).

4. Вдосконалення статистичного інструментарію системи надання ШМД (відповідно до вимог МС, зокрема карти виклику ШМД).

5. Звільнення бригад ШМД від виконання невластивих, непрофільних функцій (в цілях оптимізації роботи закладів охорони здоров’я ШМД).

6. Вирішення кадрових проблем (робота з комплектації кадрів закладів охорони здоров’я ШМД, зокрема фахівців із забезпечення роботи в системі МС).

Два роки роботи «в системі МС дозволили організаціям ШМД вирішити значну частину питань структурно-організаційного характеру, на практиці розібратися і адаптуватися до особливостей роботи в новій системі фінансування» [57].

Актуальними залишалися кадровий дефіцит (90,0%), значні обсяги непрофільної роботи (56,0%), проблеми фінансування ШМД (50,0%), ідентифікації пацієнтів і визначення їх страхової приналежності (34,0%), статистичного інструментарію (34,0%), вони вимагали подальшого пошуку рішень.

Таким чином соціологічне дослідження, проведене серед керівників організацій швидкої медичної допомоги в 2020 р., виявило нормативно правові, організаційні і кадрові проблеми, обумовлені на початковому етапі неготовністю значної частини закладів охорони здоров’я ШМД до роботи в нових умовах фінансування. «Вони були обумовлені відсутністю нормативного правового, методичного супроводу і матеріально-технічного забезпечення діяльності закладів охорони здоров’я ШМД в нових умовах фінансування» [32]; підсумки перехідного періоду (2018-2019 рр.) показали актуальність значної частини проблем закладів охорони здоров’я ШМД, які вимагають подальшого рішення – розробки організаційних і фінансово-економічних механізмів вдосконалення системи надання медичних послуг.

Потрібно відзначити, що основним принципом організації екстреної медичної допомоги є якнайшвидше надання екстреної медичної допомоги постраждалому. У найкоротший термін після госпіталізації визначають синдром, який загрожує життю пацієнта, встановлюють діагноз та визначають тактику надання екстреної медичної допомоги.

«Із зазначеного вище, слід відзначити й те, що на первинному етапі екстрена медична допомога надається мережею закладів екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги територіальних амбулаторно-поліклінічних закладів тощо» [36].

Водночас, слід звернути увагу й на те що у сільській місцевості екстрена (невідкладна) медична допомога й до сьогоднішнього дня надається переважно фельдшерами фельдшерсько-акушерських пунктів, які постійно зазнають ліквідації. У зв’язку з цим, вважаємо за необхідне, фельдшерсько-акушерські пункти не ліквідовувати, а навпаки підтримувати їх діяльність через запровадження медичного страхування, за рахунок якого частково буде поповнюватися пункт медикаментами, технікою та медичною апаратурою.

Вторинний етап забезпечується ліжковим фондом відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, «міських, обласних і районних лікарень, що чергують в ургентному режимі, але не усіх лікарень» [16]. Модель даної системи екстреної (невідкладної) медичної допомоги передбачає розбудову мережі багатопрофільних саме лікарень, які мають надавати екстрену (невідкладну) медичну допомоги в усіх містах з населенням понад 200 тис. чол. та великих «населених пунктах з високою щільністю заселення сільських територій» [36]. «Сьогодні в Україні функціонує лише лікарень екстреної (невідкладної) медичної допомоги» [25]. «Міста з населенням понад 1 млн. чол. та від 0,5 до 1 млн. чол. мають такі лікарні лише в 70% випадків» [45]. «Міста з населенням від 200 до 500 тис. чол. мають лікарень екстреної (невідкладної) медичної допомоги в 36 % випадків, усі ці заклади працюють за територіально-адміністративним принципом і фінансуються з місцевих бюджетів, рівні яких встановлено Бюджетним кодексом України» [[45].](#page102) Рівень надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги в Україні, зокрема на первинному та вторинному етапах організації екстреної (невідкладної) медичної допомоги «на теперішній час не відповідає необхідному сучасному рівню і потребам населення, що зумовлено недостатністю матеріально-технічного забезпечення, недоліками технологічного, організаційного та фінансового характеру» [28].

## **3.2.** **Взаємодія суб’єктів надання екстреної медичної допомоги з іншими суб’єктами публічного адміністрування**

Треба відзначити, що існує декілька підходів до визначення взаємодії та її структури.

Слід відзначити, що поняття в загальному вигляді є філософською категорією, що відображає процеси впливу різноманітних об’єктів один на одного, «їх взаємну обумовленість, зміну стану, взаємоперехід, а також породження одним об’єктом іншого» [23]. Взаємодія становить вид безпосереднього або опосередкованого, зовнішнього або внутрішнього відношення зв’язку.

У працях американських вчених Мартінеза К. і Марка Дж. доводиться, «що будь-які міжособистісні стосунки є взаємодією, реальним обміном поведінковими реакціями в межах певної ситуації» [52]; ця взаємодія з більшою вірогідністю продовжуватиметься й позитивно оцінюватиметься учасниками, якщо вони отримують вигоди з неї; аби визначити наявність чи відсутність вигоди, кожен учасник оцінює взаємодію з погляду знаку й величини результату, який розглядається як сума винагород і втрат, що приносить із собою даний обмін діями; взаємодія продовжуватиметься, якщо для кожного партнера винагороди перевищуватимуть втрати; процес отримання вигоди для кожного учасника ускладнюється тим, що вони мають можливість впливати один на одного, тобто контролювати винагороди і втрати. Отож, взаємодія контролюється наслідками. При цьому, партнери впливають на результати один одного [53].

Таким чином, взаємодія – «динамічне явище, яке відбувається на підставі певної діяльності суб’єктів та за загальними законами діалектики. Саме взаємодія є основним фактором побудови структури, тим інтегруючим началом, за допомогою якого здійснюється об’єднання елементів у певний тип цілісності» [39].

Cпівпраця представляє собою також узгодження певної діяльності за цілями, строками і якістю, коли кожен з учасників виконує те, що може бути виконане саме ним професійно і своєчасно, тобто оптимально, раціонально та якісно [28, с. 31].

Тобто, «взаємодія – це той елемент спілкування, що фіксує як обмін інформацією, так і організацію спільних дій, тобто комунікація організовується в ході спільної діяльності, з приводу неї» [29, с. 56].

Категорія «взаємодія» з точки зору права має свої особливості. Так, у теорії управління детермінанту «взаємодія» досліджують у двох формах: по-перше, як категорію, що є визначальною для всього процесу управління; по-друге, як діяльність кількох суб’єктів із спільною метою.

Разом з тим, під час взаємодії можна виділити кілька етапів – підготовчий, основний і заключний. «Підготовчий етап – це проведення робочих зустрічей, розробка спільних планів, доведення їх до виконавців» [47]. «Основний етап – виконання спільних заходів, їх коригування і доповнення, контроль за реалізацією, безпосереднє керівництво» [47]. «Заключний етап – підбиття підсумків, аналіз зробленого, оцінка діяльності, підготовка інформації і її подання за результатами спільних дій, прийняття нових управлінських рішень» [47].

Враховуючи вищезазначене пропонуємо власну дефініцію досліджуваної категорії взаємодії з точки зору права під якою слід розуміти законодавчу діяльність кількох рівнозначних або підпорядкованих суб’єктів, які намагаються досягти запланованих результатів, з метою успішного функціонування системи в цілому.

Водночас треба відзначити, що взаємодія суб’єктів надання екстреної медичної допомоги із органами публічної адміністрації відбувається у результаті «організації та надання екстреної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим, які перебувають у невідкладному стані, у повсякденних умовах, особливий період та під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації» [48].

Саме взаємодія суб’єктів надання екстреної медичної допомоги із іншими органами публічної адміністрації виникає «з метою забезпечення доступності, своєчасності та підвищення якості екстреної медичної допомоги, що надається населенню України, зниження рівня інвалідності та смертності у разі нещасних випадків, травм та отруєння, гострих порушень життєвих функцій людини внаслідок серцево-судинних, інших захворювань, зменшення економічних втрат, спричинених тимчасовою та стійкою непрацездатністю, збереження здоров’я, врегулювання питань щодо єдиної системи надання екстреної медичної допомоги населенню України, удосконалення служби екстреної медичної допомоги» [[16].](#page108)

«Так, взаємодія щодо надання екстреної медичної допомоги в переважних випадках здійснюється між: органами виконавчої влади; органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування; органами виконавчої влади та підприємствами, установами та організаціями тощо» [33].

Щодо взаємодії між суб’єктами надання екстреної медичної допомоги із органами виконавчої влади, то треба відзначити, що вони безпосередньо взаємодіють із аварійно-рятувальними підрозділами центральних органів виконавчої влади, які треба визначити як «сукупність організаційно об’єднаних органів управління, сил та засобів, призначених для проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт» [[44].](#page102)

Так, саме до центральних органів виконавчої влади, які взаємодіють із суб’єктами надання екстреної медичної допомоги слід віднести «аварійно-рятувальні підрозділи оперативно-рятувальної служби цивільного захисту Державної служби України з надзвичайних ситуацій (що є правонаступником Міністерстванадзвичайних ситуацій України та Державної інспекції техногенної безпеки України, що реорганізовувалися), котрі виконують завдання щодо захисту населення і територій від наслідків аварій, катастроф, стихійного лиха, проводять рятувальні та інші невідкладні роботи» [48].

«До складу підрозділів оперативно-рятувальної служби цивільного захисту регіонального підпорядкування входять: органи управління, аварійно-рятувальні формування центрального підпорядкування, аварійно-рятувальні формування спеціального призначення, спеціальні авіаційні та інші формування, державні пожежно-рятувальні підрозділи (частин), навчальні центри, формування та підрозділи забезпечення» [25].

Під час взаємодії суб’єктів надання екстреної медичної допомоги з оперативно-рятувальною службою цивільного захисту здійснюються аварійно-рятувальні та інші невідкладні роботи при виникненні надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, що передбачає комплексне проведення заходів, спрямованих, зокрема на: надання екстреної медичної допомоги постраждалим «та транспортування до закладів охорони здоров’я, евакуацію або відселення людей із зони надзвичайної ситуації; надання екстреної медичної допомоги постраждалому населенню, розгортання необхідної кількості мобільних медичних формувань Державної служби медицини катастроф, проведення санітарно-протиепідемічних заходів у районі виникнення надзвичайної ситуації та місцях тимчасового розміщення постраждалого населення тощо» [26].

«Наступним органом взаємодії суб’єктів надання екстреної медичної допомоги із центральними органами виконавчої влади є державна служба медицини катастроф як особливий вид державної аварійно-рятувальної служби, основним завданням якої є надання безоплатної медичної допомоги, в тому числі й екстреної медичної допомоги, постраждалим від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій» [57].

«До її складу входять медичні сили, засоби та лікувально-профілактичні заклади центрального і територіального рівня незалежно від виду діяльності та галузевої належності» [46]. «Разом з тим, до медичних сил, засобів та лікувально-профілактичних закладів Державної служби медицини катастроф належать» [19] «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який є головним науково-практичним закладом Державної служби медицини катастроф, територіальні центри екстреної медичної допомоги, науково-дослідні медичні установи, лікувально-профілактичні заклади, які утворюють і утримують медичні формування та розгортають додатковий ліжковий фонд для надання екстреної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій» [60].

До медичних формувань Державної служби медицини катастроф «належать мобільні госпіталі, мобільні загони, медичні бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги, положення про які затверджуються Міністерством охорони здоров’я України» [58]. «Особовий склад (медичні та інші працівники) медичних формувань Державної служби медицини катастроф повинен мати відповідний рівень підготовки для надання екстреної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій і бути здатний за станом здоров’я виконувати роботи в екстремальних умовах, усі медичні формування та їх особовий склад підлягають обов’язковій атестації, порядок атестації медичних формувань, їх особового складу визначається Міністерством охорони здоров’я України» [[27].](#page180)

Водночас, треба відзначити, що основними завданнями Державної службимедицини катастроф при взаємодії із суб’єктами надання екстреної медичноїдопомоги є: надання безоплатної медичної допомоги, в тому числі й екстреної медичної допомоги, «на первинному і вторинному етапах постраждалим від надзвичайних ситуацій, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, ліквідація медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій рід час надання екстреної медичної допомоги, організація взаємодії медичних сил, засобів та лікувальних закладів відповідно на центральному і територіальному рівні у сфері медичного захисту населення у разі виникнення надзвичайних ситуацій, координація роботи із забезпечення готовності органів охорони здоров’я, в тому числі й суб’єктів екстреної медичної допомоги» [27]. «Cистем зв’язку та оповіщення до дій у надзвичайних ситуаціях; прогнозування медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій та розроблення рекомендацій щодо здійснення заходів з метою зниження негативного впливу таких ситуацій; проведення науково-дослідних робіт, пов’язаних з удосконаленням форм і методів організації надання екстреної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій тощо» [[57].](#page180)

Щодо взаємодії суб’єктів надання екстреної медичної допомоги із місцевими органами виконавчої влади, то треба відзначити, що місцеві державні адміністрації активно співпрацюють із зазначеними суб’єктами у переважній більшості лише під час надзвичайний подій, а саме: «оголошують у разі стихійного лиха, аварій, катастроф, епідемій, епізоотій, пожеж, інших надзвичайних подій зони надзвичайної ситуації, здійснюють передбачені законодавством заходи, пов’язані із підтриманням у них громадського порядку, врятуванням життя людей, захистом їх здоров’я і прав, та організовують і спрямовують усі зусилля на забезпечення громадян екстреною медичною допомогою, збереженням матеріальних цінностей» [13]. «Cприяють діяльності аварійно-рятувальних служб за місцем їх дислокації, під час прямування до зон надзвичайних ситуацій та під час ліквідації надзвичайних ситуацій, зокрема у поданні їм необхідних транспортних та інших матеріальних засобів і послуг; перевіряють наявність і утримання в готовності локальних систем раннього виявлення надзвичайних ситуацій на об’єктах, які підлягають обладнанню системами раннього виявлення надзвичайних ситуацій, виявляють наявність і готовність до використання у надзвичайних ситуаціях засобів колективного та індивідуального захисту населення, майна цивільного захисту, стан їх утримання та ведення обліку, вивіряють наявність і утримання в готовності системи екстреної медичної допомоги тощо» [[20].](#page132)

Щодо взаємодії суб’єктів надання екстреної медичної допомоги із підприємствами, установами та організаціями, то треба відзначити, що конкретним прикладом такої взаємодії є здійснення спільних заходів Центрами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із благодійними громадськими організаціями та волонтерськими організаціями.

## **Висновки до розділу 3**

1. Доведено, що «право на екстрену медичну допомогу» – це комплекс передбачених нормативів, які встановлені та захищаються державою, що виражаються у наданні (проведенні) заходів, спрямованих на врятування життя та здоров’я людини при раптових гострих, хронічних захворюваннях та інших шкідливих наслідках, котрі становлять загрозу життю.

2. Виокремлено ознаки права на екстрену медичну допомогу: наявність нормативів у людини і громадянина, які надані та захищаються державою; наявність загрози життю людини, котрі вимагають проведення медичних заходів; надання (проведення) невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів; нормативно визначені.

3. Обґрунтовано, що функція екстреної медичної допомоги – це цілеспрямована діяльність, зосереджена на виконанні встановлених обов’язків щодо врятування і збереження життя людини в невідкладному стані, які визначені законодавцем, створення, функціонування і розвиток системи екстреної медичної допомоги; усунення дії факторів.

4. Принципи екстреної медичної допомоги – це основні засади, основоположні ідеї, вихідні положення що характеризуються універсальністю, загальною значущістю, відображають їх сутність та діяльність невідкладних заходів.

5. Розподілено принципи екстреної медичної допомоги на основні та додаткові принципи екстреної медичної допомоги. До основних принципів екстреної медичної допомоги віднесено: дотримання лікарської таємниці при наданні екстреної медичної допомоги; неприпустимість відмови у наданні екстреної медичної допомоги; а до додаткових – регіональна екстериторіальність; відповідальність органів публічної адміністрації та її посадових осіб за якісне та своєчасне надання екстреної медичної допомоги.

6. Визначено, що взаємодія з точки зору права – це законодавча діяльність кількох рівнозначних або підпорядкованих суб’єктів, які намагаються досягти запланованих результатів, з метою успішного функціонування системи в цілому.

# **ВИСНОВКИ**

1. Визначено ознаки екстреної медичної допомоги, а саме: вид швидкої медичної допомоги; надання допомоги кваліфікованими медичними працівниками; присутність невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів.

2. Встановлено, що право на медичну допомогу – це комплекс передбачених можливостей громадянина, які захищаються державою та виражається в реалізації отримати ним якісну та кваліфіковану діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику в лікувально-профілактичних закладах за своїм вибором, з урахуванням гарантованого Конституцією України обсягу надання безкоштовних медичних послуг, а у разі їх ненадання чи неналежного надання застосування до винного юридичної відповідальності.

3. Виділено види права на медичну допомогу, а саме: право на отримання безкоштовної медичної допомоги в державних і муніципальних установах охорони здоров'я; право на медико-соціальну допомогу; право на медичну допомогу в приватних закладах охорони здоров'я; право на добровільне медичне страхування; право на соціальне забезпечення ліками; право на санаторно-курортне лікування; право на медико-генетичне обстеження; право на інформацію про стан свого здоров'я; право на донорство крові та її компонентів, органів і тканин, яйцеклітини тощо; право на профілактичні заходи з охорони здоров'я з боку держави і роботодавця; право на реабілітаційні заходи тощо.

4. Класифіковано право на медичну допомогу на загальні та персоналізовані групи. До загальних прав людини на медичну допомогу, віднесено: право на охорону здоров’я; право на медичну допомогу; право на безоплатну медичну допомогу, право на вибір методів лікування; право на вибір лікаря (у тому числі проведення консиліуму лікарів) та лікувального закладу; право на згоду або відмову від лікування; право на відкриту та конфіденційну інформацію про стан свого здоров’я (право на дотримання лікарської таємниці); право на медичну експертизу; права пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні тощо.

5. Доведено, що «право на екстрену медичну допомогу» – це комплекс передбачених нормативів, які встановлені та захищаються державою, що виражаються у наданні (проведенні) невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя та здоров’я людини при раптових гострих, хронічних захворюваннях та інших шкідливих наслідках, котрі становлять загрозу життю.

6. Виокремлено підходи права на екстрену медичну допомогу: наявність нормативів у людини і громадянина, які надані та захищаються державою; наявність загрози життю людини, котрі вимагають проведення медичних заходів; надання (проведення) невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів; нормативно визначені.

7. Обґрунтовано, що функція екстреної медичної допомоги – це цілеспрямована діяльність, зосереджена на виконанні встановлених обов’язків щодо врятування і збереження життя людини в невідкладному стані, які визначені законодавцем, створення, функціонування і розвиток системи екстреної медичної допомоги; усунення дії факторів.

8. Розподілено принципи екстреної медичної допомоги на основні та додаткові принципи екстреної медичної допомоги. До основних принципів екстреної медичної допомоги віднесено: дотримання лікарської таємниці при наданні екстреної медичної допомоги; неприпустимість відмови у наданні екстреної медичної допомоги тощо; а до додаткових – регіональна екстериторіальність; відповідальність органів публічної адміністрації та її посадових осіб за якісне та своєчасне надання екстреної медичної допомоги.

9. Визначено, що взаємодія з точки зору права – це законодавча діяльність кількох рівнозначних або підпорядкованих суб’єктів, які намагаються досягти запланованих результатів, з метою успішного функціонування системи в цілому.

# **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Венедіктова І. В. Правова природа медичної допомоги та медичної послуги. Основи господарської діяльності у сфері охорони здоров’я в Україні / І. В. Венедіктова [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://www-jurfak.univer.kharkov.ua/kafedry/kaf\_civil-prav/lekc\_cpd/pravova
2. Гудима А. А. Історія розвитку швидкої медичної допомоги: від минулого до сьогодення / А. А. Гудима, О. М. Креховська-Лепявко, Б. А. Локай, Ю. М. Когунь, Д. В. Козак // Медсестринство : науково-практичний журнал. – № . – . – С. 10-13.
3. Гладун З. С. Право на здоров’я (політико-правові аспекти) / З.С. Гладун // Український часопис прав людини. – 1996. – № 1. – С. 7–13.
4. Горпинченко А. С. Медична допомога у козацькому війську // А.С. Горпинченко // Історія медицини : Науковий журнал МОЗ України – № 1 (2). – 2013. – С. 146-151.
5. Голяченко, О. М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров’я [Текст] : [підруч.] / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Т. ; К. : Джура, 1997. – 327 с.
6. Добрянський С. П. Вихідні засади прав людини: до характеристики сучасної інтерпретації / С. П. Добрянський // Вісник Львівського університету. Серія юридична. – Львів, 2004. – Вип. 39. – С. 28–36.
7. Декларація про політику у сфері забезпечення прав пацієнта у Європі від 1994 р. // Права людини в системі взаємовідносин «лікар-пацієнт» у відкритому суспільстві. Серія «Бібліотека сімейного лікаря». – К. : Медицина України. – 2000. – Випуск 1. – С. 87–91.
8. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017р.
9. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 року № 3612-VI.
10. Закон України "Про екстрену медичну допомогу"(Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст.340). Верховна Рада України
11. Закон України «Про місцеві державні адміністрації» від 09 квітня 1999 р.
12. Загальна Декларація прав людини від 10 грудня 1948 р. // Права людини: Міжнародні договори України, декларації, документи / Упоряд. Ю. К. Качуренко. – 2-е вид. – К. : Юрінформ, 1992. – С. 18–24.
13. [Конвенція про медичну допомогу та допомоги у випадку хвороби від 25 черв.](http://zakon.rada.gov.ua/go/993_184) [1969 р. № 130 (укр/рос)](http://zakon.rada.gov.ua/go/993_184) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/card/993_184/page2>
14. Конвенція про права дитини від 1989 року // Права людини: Міжнародні договори України, декларації, документи / Упоряд. Ю. К. Качуренко. – 2-е вид. – Київ : Юрінформ, 1992. – С. 123–146.
15. Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://uk.wikipedia.org/wiki. – Назва з екрану.
16. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 р. // Права людини: Міжнародні договори України, декларації, документи / Упоряд. Ю.К. Качуренко. – 2-е вид. – К. : Юрінформ, 1992. – С. 24–36.
17. Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1965 р.
18. Москаленко В. Ф., Грузєва Т. С., Іншакова Г. В. Регламентація права на охорону здоров’я у міжнародних нормативно правових актах / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Г. В. Іншакова // Медичне право України : правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) [Текст] : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 17-18 квіт. 2008 р.) – C. 186-195.
19. Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України, за редакцією доктора юридичних наук, професора В.М. Коссака, К. : Істина, 2008. – с.
20. Наливайко О. І. Теоретико-правові проблеми захисту прав людини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.01 – «Теорія та історія держави і права; історія політичних і правових вчень» – К., 2002. – 18 с. С. 540.
21. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України : [підруч.] / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. – К. : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.
22. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» від 12 січня 2015 року № 5/2015
23. Статут про утворення Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф : Наказ Міністерство охорони здоров'я України від 04 черв. 1997 р. № 171 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=608>
24. Сенюта І. Я. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти / І. Я. Сенюта // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конференції (м. Львів, 7-18 квіт. 2008 р.) – С. 278-283.
25. Словник української мови Академічний тлумачний словник (1970-1980) [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://sum.in.ua/s/ekstrenyj
26. Cоціальне забезпечення фізичних осіб // Форум права: електронний журнал. – 2012. – 2. – С. 414-418.
27. Організація швидкої медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://referatu.com.ua/referats/390/11153/?page=2
28. Організація швидкої допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/medic\_fpo\_1/rob\_prog/медицина](http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/medic_fpo_1/rob_prog/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)
29. Охорона праці: довідник / упоряд. проф. Е.А. Арустамов. - М. : Дашков і До, 2018. – 588 с.
30. Охорона праці: навчальний посібник для членів комітетів (комісій) з охорони праці організацій і уповноважених (довірених) осіб з охорони праці професійних спілок чи інших уповноважених працівниками представницьких органів / під ред. проф. Г.З. Файнбург. – В. Спектр-В, 2017. – 376 с.
31. [Основи законодавства України про охорону здоров’я](http://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12) : Закон України від 19 лист. 1992. - № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993 р. – № 4. – Ст. 19.
32. Прасов О. О. Зміст права на медичну допомогу / О .О. Прасов // Вісник Запорізького юридичного інституту. – 2014. – №3. – С. 88-96.
33. Програма «Підвищення безпеки дорожнього руху в 2013 - 2020 роках», КМ України від 03.10.2013 № 864
34. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05 лип. 2012 р. № 5081-VI // Відомості Верховної Ради. – 2013. – № 30. – Ст. 340.
35. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 року № 3612-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. - № 12-13. - Ст. 81.
36. Правове регулювання невідкладної медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://www.ukrainereferat.org/uaref-1828-10.html
37. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги».
38. Про створення державної служби медицини катастроф : Постанова Кабінету Міністрів № 343 від 14 квітня 1997 р. // Офіційний вісник України. – 2001 р. – № 29. – Ст. 133.
39. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2002 р. – № 955 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 28. – Ст. 73.
40. Пищита А. Н., Стеценко С. Г. Медичне право. Особлива частина. Право на життя та отримання медичної допомоги. Дефекти надання медичної допомоги : [навч. посіб.] / А. Н. Пищита, С. Г. Стеценко. – М. : РМАПО – 2005. – 48 с.
41. Рішення Конституційного Суду України вiд 25.11.1998 № 15-рп/98 у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги) // Офіційний вісник України. – 1998 р. – № 50. – С. 119.
42. Рабінович С. П. Права людини у природно-правовій думці неотомізму : дис. … канд. юрид. наук : 12.00.01 – теорія та історія держави і права; історія політичних і правових вчень / Рабінович Сергій Петрович. – Л., 2017. – 220 с.
43. Рабінович П. М. Права людини та їх юридичне забезпечення (Основи загальної теорії права та держави) : [навч. посіб.] / П. М. Рабінович. – К., 2012. – 99 с.
44. Рамазанова У. В. Адміністративно-правовий статус громадських об’єднань : дис. … канд. юрид. наук :12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право / Рамазанова Ульяна Василівна. 2014 – 225 с.
45. Права людини: Міжнародні договори України, декларації, документи / Упоряд. Ю. К. Качуренко. – 2-е вид. – К. : Юрінформ, 1992. – С. 74–88.
46. Стефанчук Р. О., Зелінський А. М. Право на здоров’я як особисте немайнове право фізичних осіб / Р. О. Стефанчук, А. М. Зелінський // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління і права. – 2003. – № 2 (6). – С. 40–45.
47. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров’я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження) : дис. … канд. юрид. наук : 12.00.01 / Сенюта Ірина Ярославівна. – Л. – 2006 – 217 c.
48. Шкільняк М. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент : навч. посіб. Тернопіль : КРОК, 2017. 252 с.
49. Юридична енциклопедія : в 6 т. / редкол. Ю. С. Шемшученко та ін. – К. : Укр. енцикл., – 2001.– . – Т. 3 – 2001 – 607 с.
50. Kondo, Y. Participation and Leadership / Y. Kondo // Proc. 44th EOQ Congress.– Budapest, 2000. - Vol. 2. - P. 110-117.
51. Longenecker, С. O. Why managers fail in post-Soviet Russia: causes and lessons // С. O. Longenecker // Eur. Business Review. - 2001. - Vol. 13, № 2. - P. 199.
52. Mark, G. Dismantling soviet socialized medicine and the uncertain future of health insurance / G. Mark // Field. Eurohealth. - Winter 1998/99. - Vol. 4. - No 6, Special Issue.
53. Martinez-Costa, M. Effects of ISO certification on firms' performance a vision from the market / M. Martmez-Costa, A.R. Martinez-Lorente // TQM & Business Excellence. - 2003. - Vol. 14, № 10. - P. 1179-1191.
54. McNair, C. J. Benchmarking. A tool for continuous improvement / C. J. McNair, К. H. J. Leibfried. - Essex Junction, VT: OMNEO, 1992. - 287 p.
55. Miyaji, M. On promoting the Deming plan (in Japanese) / M. Miyaji // Hinshitsu Kanri. – 1969. - Vol. 20. - No. 1. - Р. 21.
56. Poksinska, B. The state of ISO 9000 certification a study of Swedish organizations / B. Poksinska // The TQM Magazine. - 2002. - Vol. 14, № 5. - P. 297-306.
57. Priorities for supporting successful scaling up of health innovations / Summary recommendations of a meeting. - May 6-7, 2009. - University of Michigan School of Public Health Ann Arbor, Michigan, USA. – Режим доступа: [http://www.expandnet.net/.](http://www.expandnet.net/)
58. Strategy for Planning Country Health Services in SA [Електронний ресурс] // Режим доступу : https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/ 5d4ee70042b613788aa0aa30a4818ec3/StrategyforPlanningCountryHealthServicesinSA-SharedResource-20091116.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID= 5d4ee70042b613788aa0aa30a4818ec3
59. Health System Reform Strategy for Ukraine 2015-2025 [Електронний ресурс] // Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/SAG\_Strategy\_draft\_22\_11\_ENG.pdf
60. Protecting health care. Key recommendations. International Committee of the Red Cross, April 2016 [Електронний ресурс] // Режим доступу : https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook/protecting-health-care-keyrecommendations.html
61. Zierler B.K., Gray D.T. The principles of cost-effectiveness analysis and their application // Journal of vascular surgery - 2013. - Volume 37. - № 1. – Р. 226 - 234