

Інформація про пропозиції/зауваження, що надійшли до Міністерства охорони здоров'я України за результатами публічного громадського обговорення та про рішення, прийняті за результатами обговорення

Зміст питання проекту акта	Зміст пропозицій/зауважень	Результати розгляду пропозицій/зауважень
Ємяшев Олег Вікторович, завідувач відділенням анестезіології та інтенсивної терапії №1 КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради		
До проекту Типового положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії (далі – проект ТП ВАІТ) та проекту Типового положення про відділення інтенсивної терапії загального профілю (далі – проект ТП ВІТ)	Пропоную вилучити підпункт 3 пункту 1 розділу V, а пункту 1 розділу IV викласти у наступній редакції: «За необхідністю в одному ЗОЗ організовується декілька відділень анестезіології та інтенсивної терапії (далі ВАІТ) та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ) . У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або ВІТ має бути реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.»	Враховано. Підпункт 3 пункту 1 розділу IV проекту ТП ВАІТ та ТП ВІТ виключено. Пункту 1 розділу III проекту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ) реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.». Пункту 1 розділу III проекту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВІТ та/або відділень анестезіології та інтенсивної терапії реалізована чітка система координації їх роботи та

		контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.»
Віктор Закерничний, завідувач ВАІТ та ГО КНП «Миколаївська обласна клінічна лікарня»		
До проєкту ТП ВАІТ та проєкту ТП ВІТ	1. Проект наказу вступає в протиріччя з наказом МОЗ України від 03 серпня 2021 року № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення», розділ «Порядок профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах», частина II. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку, пункт 4. Спеціальні адміністративні заходи профілактики КАІК: 1) співвідношення сестер медичних до пацієнтів у ВАРІТ - щонайменше одна сестра медична на двох пацієнтів;	Враховано. Абзац другий підпункту 2 пункту 5 розділу III проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу сестер медичних / братів медичних-анестезистів та/або сестер медичних / братів медичних та/або сестер медичних / братів медичних стаціонару із розрахунку не менше однієї сестри медичної / брата медичного-анестезиста та/або сестри медичної / брата медичного та/або сестри медичної / брата медичного стаціонару на 2 пацієнта ВАІТ відповідно підпункту 1 пункту 3 розділу II Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11

		жовтня 2021 року за № 1319/36941 та сестри медичні / брати медичні-анестезисти на кожного пацієнта в операційній під час оперативного лікування;». Абзац другий підпункту 2 пункту 5 розділу III проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «Штатний розпис ВІТ має забезпечити роботу сестер медичних / братів медичних-анестезистів та/або сестер медичних / братів медичних та/або сестер медичних / братів медичних стаціонару із розрахунку не менше однієї сестри медичної / брата медичного-анестезиста та/або сестри медичної / брата медичного та/або сестри медичної / брата медичного стаціонару на 2 пацієнта ВІТ відповідно підпункту 1 пункту 3 розділу II Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованого в
--	--	---

		Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1319/36941;»
	2. Відсутні посади лікарів-лаборантів для забезпечення роботи експрес-лабораторії	Враховано. Доповнено новим підпунктом пункт 5 розділу III проекту ТП ВАІТ: «4) лікарі-лаборанти при наявності експрес-лабораторії у ВАІТ.». Доповнено новим підпунктом пункт 5 розділу III проекту ТП ВІТ: «4) лікарі-лаборанти при наявності експрес-лабораторії у ВІТ.».
	3. Частина IV. Керівництво та медичні працівники ВІТ, пункт 4. До штату ВІТ входять:, підпункт 3) молодші медичні сестри / медичні брати пропоную доповнити таким текстом (для корекції штатного розкладу): Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВАІТ та на кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей.	Враховано. Підпункт 3 пункту 5 розділу III проекту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри / молодшого брата по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВАІТ та/або на кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей;».

		Підпункт 3 пункту 5 розділу VI проекту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри / молодшого брата по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВІТ та на кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей;».
Семенченко Катерина, лікар-анестезіолог відділення ТКМ ДНП «Національний інститут раку»;		
До проекту ТП ВІТ	У зв'язку із затвердженням пункту 8 Типового положення про відділення інтенсивної терапії, що забороняє введення в штат інших відділень та/або підпорядкування лікарів-анестезіологів і сестер/братів медичних-анестезистів завідувачам відділень іншого профілю, вважаю необхідним звернути увагу на ряд критичних аспектів, що стосуються роботи відділення трансплантації кісткового мозку. 1. Відповідно до Типового положення про відділення інтенсивної терапії організація анестезіологічної допомоги має бути інтегрована у всі ланки медичної допомоги з високим ризиком розвитку критичних станів. Відділення трансплантації кісткового мозку фактично	Враховано. Пункт 8 розділу IV проекту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «8. Введення в штат інших відділень та/або підпорядкування окремих лікарів-анестезіологів та сестер медичних / братів медичних-анестезистів завідуючим (начальникам, керівникам) відділень іншого профілю не допускається, окрім трансплантаційних та інших високоспеціалізованих підрозділів, що виконують функції інтенсивної терапії і потребують залучення лікарів-анестезіологів і сестер/братів

	виконує функції спеціалізованого підрозділу інтенсивної терапії, оскільки пацієнти після трансплантації перебувають у стані постійного ризику розвитку життєво небезпечних ускладнень. 2. Особливий статус відділення. Відділення трансплантації кісткового мозку є високоспеціалізованим підрозділом, що забезпечує лікування пацієнтів із вираженою імунною супресією, тяжкими мультиорганными ураженнями та високим ризиком розвитку критичних станів. Ведення таких пацієнтів потребує від лікарів-анестезіологів не лише стандартних навичок з анестезіології та інтенсивної терапії, але й глибокого розуміння специфіки трансплантологічних процесів, ускладнень хіміотерапії, особливостей інфекційного контролю та підтримки життєво важливих функцій у пацієнтів трансплантаційного профілю. Ці компетенції формуються безпосередньо під час практичної роботи у спеціалізованих підрозділах і є ключовими для безпечного лікування. 3. Необхідність виконання інвазивних маніпуляцій. Пацієнти трансплантаційного профілю регулярно потребують проведення високоризикових інвазивних процедур: встановлення центральних венозних катетерів, катетеризації артерій, інтубації трахеї,	медичних-анестезистів до складу штатного розпису.».
--	--	--

	плевроцентезів, тривалої седації та інших життєво важливих втручань. Оперативне виконання цих маніпуляцій можливе лише за умови постійної присутності лікарів-анестезіологів у складі відділення. 4. Міжнародні стандарти. Згідно з JACIE Standards (7-е видання) – міжнародними стандартами для програм трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (EBMT/FACT) – мультидисциплінарні команди є обов’язковими. Стандарт C4.5 визначає: “The Clinical Program must establish and maintain an interdisciplinary team to provide coordinated care throughout the hematopoietic cellular therapy process.” Стандарт B2.8 підкреслює необхідність постійної доступності анестезіологічної допомоги: “The Clinical Program must have access to specialists, including but not limited to critical care, infectious disease, cardiology, pulmonology, nephrology, neurology, and anesthesia, who are available for consultation and management of complications.” А Стандарт C4.6 зазначає: “The Clinical Program must ensure that critical care and anesthesia services are readily available at all times to manage emergencies, high-risk procedures, and complications associated with hematopoietic cellular therapy.”	
--	---	--

	(джерело: https://www.ebmt.org/jacie-standards) Це підтверджує, що інтеграція анестезіологів до складу трансплантаційних відділень є обов'язковою вимогою міжнародних стандартів. 5. Юридичні аспекти. Наказ МОЗ №385 від 28.10.2002 року «Про затвердження Примірного положення про структурні підрозділи лікарні» дозволяє закладам охорони здоров'я гнучко формувати внутрішню структуру, виходячи зі специфіки лікувального процесу. Категорична заборона, передбачена пунктом 8, не враховує потреб трансплантаційних відділень та суперечить як вимогам безпеки лікування, так і міжнародним стандартам. З огляду на викладене, прошу розглянути наступне: • внести зміни до пункту 8 з чітким визначенням винятків для трансплантаційних та інших високоспеціалізованих підрозділів, що виконують функції інтенсивної терапії і потребують залучення лікарів-анестезіологів і сестер/братів медичних-анестезистів до складу штатного розпису; • забезпечити відповідність локальних положень міжнародним стандартам JACIE та чинним нормативним актам МОЗ України.	
--	---	--

Відділення анестезіології та ІТ КНП «ДМКЛ №3» ОМР		
До проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні» (далі – проект наказу)	Доброго дня, в проекті наказу «Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я» дуже велика пропозиція включити обов'язково розділ «порядок госпіталізації у відділення анестезіології та інтенсивної терапії» з перерахуванням захворювань та патологічних синдромів, які потребують госпіталізації у ВАІТ. На сьогодні в нас є в наказі №2559 розділ «Критерії безпечного переводу з ВАІТ» , щоб повністю систематизувати роботу і мати офіційні критерії , хотілось щоб у новому наказі з'явилися критерії госпіталізації у ВАІТ!	Не враховано. Зазначасмо, що питання визначення клінічних критеріїв госпіталізації у ВАІТ або у ВІТ виходить за межі предмета цього проекту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
Горішний Андрій, лікар-анестезіолог		
До проекту ТП ВАІТ	Типове положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії. У п.2 розділу I ВАІТ є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) за напрямом анестезіології та інтенсивної терапії та забезпечує надання медичної допомоги пацієнтам із важкими захворюваннями, що призводять до порушень життєвих функцій організму та покращення рівня периопераційної анестезіологічної допомоги., викласти у варіанті: ВАІТ є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) за напрямом анестезіології та інтенсивної терапії та забезпечує надання медичної допомоги	Не враховано. Дану редакцією було прийнято на засіданні робочої групи з питань удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2020 № 1847 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2024 № 269) № 3 від 19.03.2025

	пацієнтам із важкими захворюваннями, що призводять до порушень вітальних функцій організму. А також забезпечує периопераційну анестезіологічну допомогу.	
	У п.п.2 п .1 розділу II здійснення комплексу заходів щодо підготовки і проведення загальної анестезії та/або регіональної анестезії під час проведення операцій, діагностичних та/або лікувальних процедур, введені пологів; викласти у варіанті: здійснення комплексу заходів щодо підготовки і проведення анестезіологічного забезпечення під час проведення операцій, діагностичних та/або лікувальних процедур, введені пологів;	Не враховано. Дану редакцією було прийнято на засіданні робочої групи з питань удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2020 № 1847 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2024 № 269) № 3 від 19.03.2025
	У п.п.1 п .2 розділу II визначення оптимального методу анестезії, здійснення медикаментозної передопераційної підготовки, проведення загальної і регіональної анестезії під час операцій, діагностичних та лікувальних процедур; викласти у варіанті: визначення оптимального методу анестезії, здійснення медикаментозної передопераційної підготовки, проведення анестезіологічного забезпечення під час операцій, діагностичних та лікувальних процедур;	Не враховано. Дану редакцією було прийнято на засіданні робочої групи з питань удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2020 № 1847 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2024 № 269) № 3 від 19.03.2025

	Також положення деяких пунктів на мою думку дублюються, зокрема: Розділ II п.2 П.п. 13) забезпечення безпечних умов праці для працівників ВІТ та профілактики у них професійних захворювань відповідно до Переліку професійних хвороб, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 08 листопада 2000 року № 1662 та відповідно до Інструкції про застосування переліку професійних захворювань, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України, Академії медичних наук України, Міністерства праці та соціальної політики України від 29 грудня 2000 року № 374/68/338, зареєстрованої у Міністерстві юстиції України 24 січня 2001 року за № 68/5259; 14) дотримання Критеріїв безпечного переведення пацієнтів із відділення анестезіології та інтенсивної терапії, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 25 травня 2022 року за № 561/37897 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11 травня 2022 року № 788); 15) дотримання протипожежного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму; дублюють: п.3 Розділ I	Не враховано. Дану редакцією було прийнято на третьому засіданні робочої групи з питань удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2020 № 1847 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2024 № 269).
--	--	---

	ВАІТ під час своєї діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України нормативно-правовими актами МОЗ, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади, галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я, внутрішніми наказами ЗОЗ та цим Положенням. Можливо варто залишити лише трактування п.3 Розділ І	
	У Розділі IV п.1: У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ), їх діяльність, координацію та контроль за якістю лікувально- діагностичного процесу координує медичний директор. Викласти у варіанті п.п3 п.1 розділу V за необхідністю в одному ЗОЗ організовується декілька ВАІТ або ВІТ. У такому випадку у ЗОЗ реалізована система чіткої координації роботи цих відділень.	Враховано. Підпункт 3 пункту 1 розділу V проєкту ТП ВАІТ виключено. Пункту 1 розділу IV проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ) реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.».
	КАРТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ Можливо варта додати поряд із клітинками балансу рідин, кількість отриманих ккалорій та білка.	Враховано. Проект форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію щодо її заповнення доопрацьовано.

	Графи із вказанням віку пацієнта, дати та доби перебування у ВАІТ розмістити поряд із прізвищем та діагнозом, а масу, зріст, ідеальну масу та групу крові із резус фактором – розмістити на їх місці, якщо дані зміни не суперечать із загальноприйнятими правилами оформлення ділової документації.	
співробітники КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради (С.В. Болтянський, к.мед.н, завідувач АІТ БЦСМ, експерт ДОЗ ДОВА за напрямом «Анестезіологія»; О.М. Павленко, завідувач ВАІТ №1; А.М. Панін, завідувач ВАІТ №2; І.Б. Каплук, завідувач ВАІТ №3)		
До проєкту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	1. В карті інтенсивної терапії місця, відведеного для діагнозу, вкрай недостатньо. Пропонується перенести місце фіксації діагнозу над картою інтенсивної терапії і розташувати його по горизонталі по всій ширині, виділивши не менше двох рядків.	Враховано. Проект форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію щодо її заповнення доопрацьовано.
До проєкту ТП ВАІТ	2. До «Типового положення про відділення інтенсивної терапії» додати пункт до розділу IV у вигляді: IV. Керівництво та медичні працівники ВІТ У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВІТ, їх діяльність, координацію та контроль за якістю лікувально-діагностичного процесу координує медичний директор з анестезіології (лікар за спеціалізацією «Анестезіологія та інтенсивна терапія»). У випадку, якщо така посада не передбачена в конкретному ЗОЗ, покласти виконання обов'язків на завідувача одного із ВІТ даного	Враховано частково. Пункту 1 розділу IV проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ) реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.»

	ЗОЗ, затвердивши це відповідним наказом для даного ЗОЗ.	
До проєкту ТП ВАІТ	3. До «Типового положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії» внести зміни в розділ IV, пункт 1 у вигляді: IV. Керівництво та медичні працівники ВАІТ 1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ), їх діяльність, координацію та контроль за якістю лікувально-діагностичного процесу координує медичний директор з анестезіології (лікар за спеціалізацією «Анестезіологія та інтенсивна терапія»). У випадку, якщо така посада не передбачена в конкретному ЗОЗ, покласти виконання обов'язків на завідувача одного із ВАІТ та/або ВІТ даного ЗОЗ, затвердивши це відповідним наказом для даного ЗОЗ.	Враховано частково. Пункту 1 розділу IV проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ) реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.».
До проєкту ТП ВАІТ та проєкту ТП ВІТ	4. До «Типового положення про відділення інтенсивної терапії» та «Типового положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії» додати розділи, які містять інформацію про показання та протипоказання до госпіталізації у ВІТ/ВАІТ, а саме: Основні показання до госпіталізації у ВАІТ/ВІТ: 1. Гостра дихальна недостатність, яка потребує інвазивної або неінвазивної механічної вентиляції. 2. Зупинка дихання або загроза обструкції дихальних шляхів.	Не враховано. Зазначаємо, що питання визначення клінічних критеріїв госпіталізації у ВАІТ або у ВІТ виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.

	3. Серцево-судинна недостатність: • Зупинка серця або стан після реанімації. • Нестабільна гемодинаміка, що потребує вазопресорної або інотропної підтримки. • Шок будь-якої етіології (гіповолемічний, септичний, анафілактичний тощо) . 4. порушення свідомості та неврологічні стани: • Кома будь-якої етіології (GCS ≤ 8). • Судомний синдром. • Гострі порушення свідомості з ризиком обструкції дихальних шляхів. 5. Сепсис та септичний шок: • Септичний шок, що потребує вазопресорної підтримки. • Гостра поліорганна недостатність. • Синдром системної запальної відповіді з ознаками органної дисфункції . 6. Тяжкі метаболічні порушення: • Гіпо/гіперглікемія з порушеннями свідомості. • Тяжкі порушення електролітного балансу. 7. Інші критичні стани: • Гостра ниркова або печінкова недостатність. • Масивна крововтрата. • Тяжка коагулопатія або ДВС-синдром. • Політравма або тяжка травма з порушенням життєвих функцій. • Отруєння з порушенням свідомості, дихання або гемодинаміки.	
--	---	--

	8. Нестабільні післяопераційні стани (пацієнти після великих або ускладнених операцій з високим ризиком кровотечі, дихальної або серцевої недостатності, необхідність у постійному моніторингу або підтримці життєвих функцій). Основні протипоказання до госпіталізації у ВАІТ/ВІТ: 1. Термінальні та невиліковні стани: • Необоротне ураження ЦНС (наприклад, смерть мозку). • Термінальні стадії онкологічних захворювань без перспективи відновлення. 2. Відсутність показань до інтенсивного моніторингу (стабільний стан пацієнта, що не потребує інтенсивного нагляду, відсутність потреби в життєзабезпечуючих втручаннях). 3. Відмова пацієнта, який є дієздатним на момент прийняття даного рішення або законного представника (за умови наявності задокументованої відмови від проведення інтенсивної терапії).	
Роман Колесник		
До проєкту ТП ВАІТ та проєкту ТП ВІТ	2. Функціями ВАІТ є: ... 9) ~~забезпечення безпеки лікувально-діагностичного процесу та умов перебування пацієнтів у ВІТ;~~ ...	Враховано. Підпункти 11 та 13 пункту 2 розділу II ТП ВАІТ та проєкту ТП ВІТ виключено.

	~~11) забезпечення безпечних умов праці для працівників ВІТ та профілактики у них професійних захворювань відповідно до Переліку професійних хвороб, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 08 листопада 2000 року № 1662 та відповідно до Інструкції про застосування переліку професійних захворювань, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України, Академії медичних наук України, Міністерства праці та соціальної політики України від 29 грудня 2000 року № 374/68/338, зареєстрованої у Міністерстві юстиції України 24 січня 2001 року за № 68/5259;~~ ... ~~13) дотримання протипожежного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму;~~ 13) дотримання правил пожежної безпеки та санітарного законодавства; 9) Гарантування безпеки не є частиною медичної послуги. Безпека організовується окремим структурним підрозділом закладу охорони здоров'я або на умовах договору. 11) Для організації охорони праці у закладі охорони здоров'я функціонує служба охорони праці (відповідно до ЗУ «Про охорону праці»).	Підпункт 15 пункту 2 розділу II ТП ВАІТ та проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «13) дотримання правил пожежної безпеки та санітарного законодавства;».
--	---	---

	13) У ЗУ «Про систему громадського здоров'я» вживається термін «санітарне законодавство». Відповідно до законодавства, термін «протипожежна безпека» замінено «правилами пожежної безпеки» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0252-15#Text	
	ІІІ. Керівництво та медичні працівники ВІТ 2. Завідувач ВІТ: ... 7) здійснює відбір пацієнтів для лікування у ВІТ, в тому числі шляхом відмови у госпіталізації до ВІТ пацієнтам з хронічними невиліковними хворобами. Рекомендовано додати з метою зменшення необґрунтованих госпіталізацій до ВІТ.	Не враховано. Дану редакцією було прийнято на засіданні робочої групи з питань удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2020 № 1847 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2024 № 269) № 3 від 19.03.2025
	ІІІ. Керівництво та медичні працівники ВІТ 4. До штату ВІТ входять: 3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу молодших сестер медичних / медичних братів із розрахунку не менше однієї молодшої сестри медичної / брата медичного на 6 пацієнтів ВІТ. Раціонально визначити мінімальний штат ВІТ для усіх працівників.	Враховано. Підпункт 3 пункту 5 розділу ІІІ проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри / молодшого брата по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВІТ та на

		кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей;». Підпункт 3 пункту 5 розділу III проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри / молодшого брата по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВАІТ та/або на кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей;».
	V. Структура ВІТ 3. ВІТ укомплектується відповідно Переліку матеріально-технічного оснащення відділень анестезіології та інтенсивної терапії і відділень інтенсивної терапії загального профілю закладів охорони здоров'я для дорослих, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25 травня 2022 року за № 561/37897. 4. ВІТ, яке працює з пацієнтами до 18 років, укомплектується відповідно Переліку матеріально-технічного оснащення відділень	Враховано. До проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні» внесені відповідні проєкти змін.

	анестезіології та інтенсивної терапії і відділень інтенсивної терапії загального профілю закладів охорони здоров'я для дітей, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25 травня 2022 року за № 561/37897. Враховуючи, що у зазначених НПА зазначені лікарні II і III рівнів, раціонально внести до них зміни з метою уніфікації термінології.	
	V. Структура ВІТ ~~5. ВІТ має централізовано забезпечуватися киснем та електричним струмом, зокрема від генератора автономного живлення.~~ ~~6. ВІТ має цілодобовий безперебійний доступ до мережі Інтернет для виконання функцій ВАІТ.~~ Зазначені вимоги не є вимогами до структури. Крім того, зазначені вимоги є не вичерпними, так як не враховують необхідність наявності постачання інших медичних газів (окрім кисню), водопостачання і водовідведення, теплопостачання тощо.	Враховано. Пункти 5 та 6 розділу IV проєкту ТП ВІТ та ТП ВАІТ виключено.
Д. Литовченко, завідувач ВАІТ КП «Дитячої міської клінічної лікарні Полтавської міської ради»		
До проєкту наказу	Запитання з приводу ПОВІДОМЛЕННЯ про оприлюднення наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про	Враховано. Після затвердження проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про систему

	систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні» А конкретніше форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію Я завідуючий відділенням анестезіології та інтенсивної терапії КП «Дитячої міської клінічної лікарні Полтавської міської ради», наше відділення є широко профільне та приймає дітей від народження до 18 років. Мною був створений лист терапії, який був повністю адаптований до профілю хворих, які перебувають у лікувальному закладі. На нього витрачено великий обсяг часу та зусиль. Лист терапії додається. Запитання 1. Чи можна продовжити користуватися нашою формою листа терапії, після прийняття наказу? 2. Якщо відповідь негативна на перше запитання який час дається на перехід на нову форму	анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні», реєстрації в Міністерстві юстиції України та офіційного опублікування, форма первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» буде обов'язкова для заповнення в усіх закладах охорони здоров'я України. Пункт 5 проекту наказу викладений в такій редакції: «5. Цей наказ набирає чинності з 01 січня 2026 року.».
Відділення анестезіології та ІТ КНП «ДМКЛ №3» ОМР		
До проекту наказу	Є також пропозиція до проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні» внести пункти: 1. Виписка додому з відділень інтенсивної терапії у зв'язку з одужанням можлива тільки в	Не враховано. Перевід в інші відділення із відділень інтенсивної терапії регламентується Критеріями безпечного переведення пацієнтів із відділення анестезіології та інтенсивної терапії, затверджені

	поодиноких випадках, а в основному повинна розглядатися як неправильна організація роботи відділення ВАІТ.	наказом Міністерства охорони здоров'я України 09 листопада 2020 року № 2559 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11 травня 2022 року № 788) зареєстровані в Міністерстві юстиції України 25 травня 2022 року за № 561/37897.
	2. Забороняється госпіталізація у відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії хворих без порушень життєвоважливих систем. В усіх випадках в історії хвороби повинно бути записано показання для госпіталізації або переведення хворих у відділення анестезіології.	Не враховано. Питання визначення клінічних критеріїв госпіталізації у ВАІТ або у ВІТ виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
Семенченко Катерина, лікар-анестезіолог відділення ТКМ ДНП "Національний інститут раку"		
До проєкту ТП ВІТ	Додаю уточнення до попередніх пропозицій щодо проєкту наказу «Про систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні». З огляду на специфіку роботи трансплантаційних відділень та інших високоспеціалізованих підрозділів, пропоную: 1. Дозволити включення лікарів-анестезіологів і сестер-анестезистів до штатного розпису таких підрозділів, якщо вони виконують функції інтенсивної терапії. При цьому функціональне підпорядкування та контроль за діяльністю цих	Враховано частково. Пункт 8 розділу IV проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «8. Введення в штат інших відділень та/або підпорядкування окремих лікарів-анестезіологів та сестер медичних / братів медичних-анестезистів завідуючим (начальникам, керівникам) відділень іншого профілю не допускається, окрім трансплантаційних та інших високоспеціалізованих підрозділів, що виконують функції інтенсивної

	працівників мають здійснювати завідувач анестезіологічної служби (відділення) та медичний директор. Такий підхід забезпечить якість допомоги відповідно до міжнародних стандартів (зокрема JACIE).	терапії і потребують залучення лікарів-анестезіологів і сестер/братів медичних-анестезистів до складу штатного розпису.».
	2. Передбачити у наказі можливість затвердження локальних положень, які визначатимуть чітку структуру підпорядкування та функціонал анестезіологів у високоспеціалізованих підрозділах. Це дозволить кожному закладу оптимально організувати роботу мультидисциплінарних команд відповідно до потреб пацієнтів і міжнародних вимог.	Не враховано.
Вадим Постриган		
До проєкту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	Пропозиції змін до Наказу МОЗ «Про систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні». А саме до Форми № 4 «Карта інтенсивної терапії»: - «АТдиас» змінити на «АТдіас» (1 сторінка); - одиниці вимірювання АТ «мм. рт. ст» змінити на «мм рт. ст.» (1 сторінка); - одиниці вимірювання ЦВТ «мм. рт. ст» змінити на «мм рт. ст.» (1 сторінка); - одиниці вимірювання ЧД «в 1 хв.» змінити на «в 1 хв» (1 сторінка); - під клітинкою «Доба перебування у ВАІТ:» в порожній клітинці внести «№ мед. карти СХ» (1 сторінка);	Враховано. Проект форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію щодо її заповнення доопрацьовано.

	- «Баланс рідини» розмістити по центру відповідної клітинки (1 сторінка); - (Валасне ім'я...) замінити на (власне ім'я...) (1 сторінка); - Втрати рідин. Змінити «зонд» на «випито/з'їдено/зонд», «випорожнення» на «блювота/випорожнення», «дренаж» на «крововтрата/дренаж», додати рядок «перспірація» (2 сторінка).	
Семенчук Костянтин, лікар-анестезіолог відділення інтенсивної терапії Рівненської обласної клінічної лікарні		
До проєкту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	Електронний листок призначень та спостереження №2. Google Sheets. # Використання Google Sheets у відділенні інтенсивної терапії Для вирішення проблем пов'язаних із веденням листків спостереження та призначень у відділенні інтенсивної терапії було вирішено розробити застосунок використовуючи концепцію collaborative software (groupware), яка дає можливість спільно та в режимі реального часу вести листок призначень та спостереження всім задіяним особам, незалежно від місця їхнього перебування. У цьому аспекті варто згадати так званий закон Меткалфа (винахідника протоколу Ethernet, якщо хто не знає), який говорить, що корисність мережі пропорційна половині квадрату чисельності її користувачів $\approx n^2/2$. Це впливає із того факту, що кількість унікальних зв'язків у мережі з кількістю вузлів (n) може бути математично виражено трикутним	Не враховано. Використання Google Sheets для ведення первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» є неможливим, оскільки цей інструмент не відповідає вимогам до обробки медичної інформації, визначеним законодавством України, зокрема щодо захисту персональних даних пацієнтів, аудиту доступу, автентифікації користувачів та інтеграції з електронною системою охорони здоров'я (ЕСОЗ). Форма первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» повинна вестися в медичних інформаційних системах (МІС), які сертифіковані та підключені до ЕСОЗ, що забезпечує її

	числом $n(n - 1)/2$, яке асимптотично наближається до половини n у квадраті. # Вибір Google Sheets Для реалізації було вибрано власне Google Sheets із наступних міркувань: • Безкоштовність • Незалежність від пристрою та операційної системи: Google Sheets доступний як веб-додаток, мобільний додаток для Android, iOS, Windows, BlackBerry, а також як настільний додаток у Google ChromeOS • Сумісність із ведучими програмними продуктами для обробки інформації • Підтримка широкого спектру мов. • Невибагливість до ресурсів • Старанно розроблена система надавання та розподілу прав доступу, редагування, журналювання: зробити зміни інкогніто неможливо, позаяк історія редагування дозволяє бачити доповнення та зміни, внесені до документа, причому кожен автор відрізняється кольором. Крім того, є можливість відкату до попередніх версій. • Google Sheets дозволяє кільком користувачам одночасно працювати з однією таблицею, що робить спільну роботу більш зручною та ефективною. • Різноманітні функції та форматування для організації даних, створення звітів та аналізу інформації.	юридичну значущість, контроль достовірності даних та дотримання стандартів інформаційної безпеки.
--	---	--

	• Вбудовані функції та можливості автоматизації, такі як автоматичні розрахунки, сповіщення та інші інструменти, що полегшують роботу з даними. • Інтеграція з іншими сервісами Google такими, як Google Forms для збору даних, Google Drive для зберігання файлів та іншими сервісами. • Вбудовані функції чату/відеоконференції. Загалом, Google Sheets є потужним і зручним інструментом для ведення обліку та аналізу даних, що може бути корисним у відділенні інтенсивної терапії. # Переваги використання Google Sheets Електронна версія листка призначень та спостереження відділення інтенсивної терапії, реалізована в Google Sheets, може розглядатися як «маневрений» підхід до цифровізації медичної документації порівняно з великими медичними інформаційними системами (МІС). Ось кілька ключових переваг цього підходу: • Швидкість впровадження: - Google Sheets: Можна створити та почати використовувати протягом кількох годин або днів. - Великі МІС: Впровадження може тривати місяці або навіть роки. • Гнучкість та адаптивність: - Google Sheets: Легко модифікувати структуру даних, додавати нові поля або змінювати	
--	--	--

	формули відповідно до потреб конкретного відділення. - еликі МІС: Зміни часто вимагають втручання розробників або консультантів, що може бути тривалим і дорогим процесом. • Вартість: - Google Sheets: Практично безкоштовно або за низьку вартість підписки на Google Workspace. - Великі МІС: Значні інвестиції в ліцензії, обладнання та навчання персоналу. • Простота використання: - Google Sheets: Інтуїтивно зрозумілий інтерфейс, схожий на звичайні електронні таблиці. - Великі МІС: Часто мають складний інтерфейс, що вимагає спеціального навчання. • Доступність: - Google Sheets: Доступ з будь-якого пристрою з інтернет-підключенням. - Великі МІС: Можуть вимагати спеціального програмного забезпечення або доступу до внутрішньої мережі лікарні. # Додаткові можливості Google Sheets • Документи можуть спільно використовуватися, відкриватися та редагуватися декількома користувачами одночасно, і користувачі можуть бачити зміни, внесені іншими користувачами у режимі реального часу. • Ці зміни автоматично зберігаються на серверах Google, також автоматично зберігається і історія редагувань, щоб попередні зміни могли бути	
--	--	--

	переглянуті або за потреби міг бути виконаний відкат до попередньої версії. • Функція чату на бічній панелі дозволяє співробітникам обговорювати зміни внесені до листка призначень та спостереження. При потребі задіяні особи можуть, використовуючи вбудовану функцію чату/відеоконференції, проводити віртуальний консиліум. • В таблицях Google Sheet є розвинута система коментарів із адресацією до конкретного учасника та із завданням відповісти на цей коментар. • Файли можна експортувати на локальний комп'ютер користувача у різних форматах, таких як PDF та Office Open XML. Аркуші підтримують теги для архівних та організаційних цілей. • Google Sheet мають широкі можливості інтеграції штучного інтелекту для аналізу даних, що може допомогти визначити тенденції, покращити діагностику та розробити більш ефективні плани лікування. # Ситуації для застосування Використання Google Sheets для створення електронної версії листка призначень та спостереження у відділенні інтенсивної терапії може бути особливо корисним у таких ситуаціях: • Як тимчасове рішення під час переходу на повноцінну МІС • Для невеликих лікарень або відділень з обмеженим бюджетом	
--	--	--

	• Для швидкого прототипування та тестування електронної системи документації • У надзвичайних ситуаціях, коли потрібно швидко організувати систему обліку	
Василь Горошко		
До проекту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	Анестезіологічна та інтенсивна допомога в Україні складає комплекс організаційних, методичних, лікувальних та діагностичних заходів, спрямованих на забезпечення своєчасної і якісної спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам у критичних станах в закладах охорони здоров'я. З метою забезпечення своєчасності, послідовності, спадкоємності лікувальних та евакуаційних заходів під час надання анестезіологічної та інтенсивної допомоги, в системі єдиного медичного простору, необхідно доповнити медичну документацію додатковими даними. Зокрема, це стосується й міжлікарняних перевезень пацієнтів у важкому стані, яких транспортують з супроводом лікаря анестезіолога. Пропонуємо врахувати наші зауваження та пропозиції, які наведені в додатку 1. Усі необхідні файли у вкладеннях до цього листа. Карта інтенсивної терапії у відділенні інтенсивної терапії. Пропонуємо додати до наказу наш зразок. Вважаємо, що запропонована карта в наказі є громісткою та всеодно не охоплює достатній обсяг щоденної інформації. Запропонована нами	Не враховано. Дану редакцією проекту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» було прийнято на засіданні робочої групи з питань удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2020 № 1847 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2024 № 269) № 3 від 19.03.2025.

	карта інтенсивної терапії є меншою та більш зручною для щоденного застосування, що надає можливість якісного та кількісного збереження в паперовому варіанті історії медичної картки стаціонарного хворого.	
До проєкту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	Пропонуємо додати до моніторингу базових показників – числову шкалу оцінки інтенсивності болю. Право на адекватне усунення болю є базовим правом людини, що закріплене в Монреальській декларації. Необхідність контролю ефективності знеболення. Додати зміни у запропоновану вами карту або прийняти запропоновану нами карту інтенсивної терапії у відділенні інтенсивної терапії. Для пацієнтів без свідомості шкалу FLACC у свідомості – числову чи візуально-аналогову шкалу (0-10).	Враховано частково. Проєкт форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію щодо її заповнення доопрацьовано.
До проєкту наказу	Карта інтенсивної терапії під час транспортування пацієнтів у важкому стані. Існуючі на сьогоднішній день форми не відображають критично важливих даних щодо стану пацієнта, лікування під час перевезень.	Не враховано. Зазначаємо, що питання Карти інтенсивної терапії під час транспортування пацієнтів у важкому стані виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
До проєкту наказу	Консультація щодо лікування болю. Відповідно до довідника кваліфікаційних вимог професій, випуск №78, однією із функцій анестезіолога є здійснення заходів з	Не враховано. В проєкті ТП ВАІТ та ТП ВІТ наявний підпункт 16 пункту 2 розділу II:

	профілактики та лікування болю і седації під час виконання лікувальних, діагностичних втручань, лікування гострого чи хронічного больового синдрому. Обов'язковість запровадження закріплене в Монреальській декларації.	«16) у разі необхідності, надання консультацій медичним працівникам структурних підрозділів ЗОЗ, де знаходиться ВАІТ, або інших ЗОЗ із використанням засобів телемедицини;»
До проєкту наказу	Первинний огляд лікаря анестезіолога. Відноситься до обов'язкової документації відділень анестезіології та інтенсивної терапії (необхідно доповнити показником SpO2% та числовою шкалою оцінки інтенсивності болю в комірках замість проб Штанге та Сообразе). Також обговорити доцільність діагностики симптому Пастернацького. Є пацієнти, яким необхідно виконувати більше однієї операції (наприклад у поранень комбатантів це може бути 5-15 хірургічних операцій), тому вважаємо за доцільне запровадити проміжні огляди анестезіолога чи динамічне спостереження анестезіологом перед кожним з хірургічних втручань.	Не враховано. Зазначаємо, що питання внесення відповідних змін до форми первинної облікової документації № 003-3/о «Передопераційний огляд анестезіологом та протокол загального знеболення» виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
До проєкту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	Додаткові шкали та опитувальники необхідні для оцінки ризиків пов'язаних з анестезією та хірургічною операцією. Вибір шкал та опитувальників можна здійснювати відповідно до стану пацієнта та обсягу хірургічної операції: 1. Визначення кардіального ризику за Goldman	Враховано частково. Проєкт форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію щодо її заповнення доопрацьовано.

	2. Модифікована шкала Альдрета для об'єктивної оцінки ступеню відновлення хворого після седації 3. Шкала Коївуранта для оцінки ризику виникнення післяопераційної нудоти та блювання (модифікована шкала Апфеля) 4. Шкала NRS (Nutritional Risk Screening) 5. Оцінка ризику виникнення ускладнень з боку дихальної системи, шкала ARISCAT 6. Шкала оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень Caprini 7. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale та «Positive Mental Health Scale» 8. Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу.	
До проєкту наказу	Чек-лист ВООЗ «Безпечна хірургія». Однією із функцій анестезіолога є відповідальність за безпеку пацієнта під час хірургічної операції – відповідно до довідника кваліфікаційних вимог професій, випуск №78, тому є обов'язковим документом у всіх випадках. Пропонуємо також додати: поруч з підписом анестезіолога повинен бути підпис та прізвище хірурга.	Не враховано. Зазначаємо, що питання затвердження чек-листа ВООЗ «Безпечна хірургія» виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
До проєкту наказу	Карта гемодіалізу. Відповідно до довідника кваліфікаційних вимог професій, випуск №78, однією із функцій анестезіолога є заміщення життєво важливих функцій організму при станах, що загрожують	Не враховано. Зазначаємо, що питання затвердження Карти гемодіалізу виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади

	життю хворого, захворюваннях та станах, що потребують застосування спеціальних методів лікування, протекції життєвих функцій та використання медичних технологій, до яких відносяться й екстракорпоральні методи лікування. Проводить корекцію водно-електролітного, кислотно-основного стану та інших заходів для підтримки та відновлення життєво важливих функцій організму, в тому числі за допомогою гемодіалізу, гемодіафільтрації. Зазначені у таблиці документи наведені та додаються окремо.	функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
Михайленко Олександр, Завідуючий відділенням по лікуванню гострих отруєнь з ліжками інтенсивної терапії КНП «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради		
До проєкту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	1. В карті інтенсивної терапії місця, відведеного для діагнозу, вкрай недостатньо. Пропонується перенести місце фіксації діагнозу над картою інтенсивної терапії і розташувати його по горизонталі по всій ширині, виділивши не менше двох рядків.	Враховано частково. Проєкт форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію щодо її заповнення доопрацьовано.
До проєкту ТП ВАІТ та проєкту ТП ВІТ	2. До «Типового положення про відділення інтенсивної терапії» додати: V. Керівництво та медичні працівники ВАІТ/ВІТ: 1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВІТ, їх діяльність, координацію та контроль за якістю лікувально-діагностичного процесу координує медичний директор з анестезіології (лікар за спеціалізацією «Анестезіологія та інтенсивна терапія»). У випадку, якщо така посада не	Враховано частково. Пункту 1 розділу III проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ) реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-

	передбачена в конкретному ЗОЗ, покласти виконання обов'язків на завідувача одного із ВІТ даного ЗОЗ, затвердивши відповідним наказом для даного ЗОЗ.	діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.». Пункту 1 розділу III проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВІТ та/або відділень анестезіології та інтенсивної терапії реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.»
До проєкту ТП ВАІТ та проєкту ТП ВІТ	2. Про штат ВАІТ/ВІТ входять: 3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВАІТ/ВІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів із розрахунку не менше одної молодшої медичної сестри / медичного брата на 6 пацієнтів ВАІТ/ВІТ.	Враховано. Підпункт 3 пункту 5 розділу III проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри / молодшого брата по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВІТ та на кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей;».

		Підпункт 3 пункту 5 розділу III проекту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри / молодшого брата по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВАІТ та/або на кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей;».
До проекту ТП ВАІТ та проекту ТП ВІТ	3. До «Типового положення про відділення інтенсивної терапії» та «Типового положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії» додати розділи, які містять інформацію про показання та протипоказання до госпіталізації у ВІТ/ВАІТ, а саме: Основні показання до госпіталізації у ВАІТ/ВІТ: 1. Гостра дихальна недостатність, яка потребує інвазивної або неінвазивної механічної вентиляції легень. 2. Серцево-судинна недостатність: • Зупинка серця або стан після реанімації. • Нестабільна гемодинаміка, що потребує вазопресорної або інотропної підтримки.	Не враховано. Зазначаємо, що питання визначення клінічних критеріїв госпіталізації у ВАІТ або у ВІТ виходить за межі предмета цього проекту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.

	3. Шок будь-якої етіології (гіповолемічний, септичний, анафілактичний тощо) . 4. Порушення свідомості та неврологічні стани: • Кома будь-якої етіології (GCS $\leq$8). • Епілептичний статус. • Гострі порушення свідомості з ризиком обструкції дихальних шляхів. 5. Сепсис: • Гостра поліорганна недостатність. • Синдром системної запальної відповіді з ознаками поліорганної дисфункції . 6. Тяжкі метаболічні порушення: • Гіпо/гіперглікемія з порушеннями свідомості. • Тяжкі порушення електролітного балансу. 7. Інші критичні стани: • Гостра ниркова та печінкова недостатність. • Масивна крововтрата. • Тяжка коагулопатія або ДВС-синдром. • Політравма або тяжка травма з порушенням життєвих функцій. • Гострі отруєння з порушенням свідомості, дихання або гемодинаміки. Основні протипоказання до госпіталізації у ВАІТ/ВІТ: 1. Термінальні та невиліковні стани: • Необоротне ураження ЦНС (наприклад, смерть мозку, полушарні інсульти). • Термінальні стадії онкологічних захворювань – інкурабельний стан.	
--	---	--

	2. Відсутність показань до інтенсивного моніторингу (стабільний стан пацієнта, що не потребує інтенсивного нагляду, відсутність потреби в життєзабезпечуючих втручаннях, паліативні пацієнти). 3. Відмова пацієнта або законного представника (за умови наявності задокументованої відмови від проведення інтенсивної терапії).	
Громадська організація «Українське товариство інсультної медицини»		
До проєкту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	1. В «Формі первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» є скорочення Rg - графія. В жодному українському нормативно-правовому акті, а також в жодному медичному словнику такого скорочення ми не змогли знайти. В інтернеті ми змогли знайти такий тип скорочення лише в посиланнях, які ведуть на російські, а саме московські, сайти. Пропонуємо використовувати загальноприйняте в більшості країн світу скорочення – Rō-графія.	Враховано частково. Проект форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію щодо її заповнення доопрацьовано.
До проєкту ТП ВАІТ та ТП ВІТ	2. В «Типовому положенні про відділення анестезіології та інтенсивної терапії» в розділі IV п. 3 пп. 6 та «Типовому положенні про відділення інтенсивної терапії» в розділі IV п. 2 пп. 7 зазначено, що Завідувач...«здійснює відбір пацієнтів для лікування у В(А)ІТ». Це виглядає як потенційний конфлікт інтересів та містить потенційну корупційну складову – не керуватись галузевими стандартами та показаннями для лікування у В(А)ІТ, а одноособово вирішувати,	Враховано. Підпункт 6 пункту 3 розділу III проєкту ТП ВАІТ виключено. Підпункт 6 пункту 3 розділу III проєкту ТП ВАІТ виключено. Підпункт 7 пункту 3 розділу III проєкту ТП ВІТ виключено.

	хто має право лікуватись у ВІТ, а хто - ні. Цей підпункт потребує виключення задля зменшення потенційного конфлікту інтересів та задля того, щоб пацієнтам надавалась інтенсивна терапія у В(А)ІТ відповідно до галузевих стандартів, а не за рішенням однієї особи.	
До проєкту ТП ВІТ	3. В «Типовому положенні про відділення інтенсивної терапії» 3 рази зустрічається скорочення ВАІТ. Потрібно виправити на ВІТ.	Враховано. Проєкт ТП ВІТ доопрацьовано.
До проєкту ТП ВАІТ та ТП ВІТ	4. В «Типовому положенні про відділення анестезіології та інтенсивної терапії» в розділі II п. 2 пп. 6 та «Типовому положенні про відділення інтенсивної терапії» в розділі II п. 2 пп. 4 зазначено «лікування пацієнтів у В(А)ІТ спільно з лікарями відповідних спеціальностей». Це не відповідає "ДОВІДНИКУ кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я", затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117, погодженого Міністерством праці та соціальної політики України в частині "6. ЛІКАР-АНЕСТЕЗІОЛОГ", де в розділі «Завдання та обов'язки» зазначається, що він (вона) "Виконує функції лікуючого лікаря пацієнтів відділень анестезіології та інтенсивної терапії. Співпрацює з лікарями інших спеціальностей, які консультують пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії." В проєкті Наказу це виглядає як намагання перекласти відповідальність за лікування пацієнтів на лікарів	Враховано частково. Підпункт 6 пункту 2 розділу II проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «6) лікування пацієнтів у ВАІТ у співпраці з лікарями відповідних спеціальностей;». Підпункт 4 пункту 2 розділу II проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «4) лікування пацієнтів у ВАІТ у співпраці з лікарями відповідних спеціальностей;».

	інших спеціальностей та суперечить чинному нормативно-правовому акту. Пропонуємо перефразувати цей пункт відповідно до "Довідника" - "виконання функцій лікуючого лікаря пацієнтів у В(А)ІТ, співпраця з лікарями відповідних спеціальностей, які консультують пацієнтів у В(А)ІТ".	
До проєкту ТП ВАІТ та ТП ВІТ	5. В проєкті «Типового положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії» та «Типового положення про відділення інтенсивної терапії» не зазначена мінімальна кількість ліжок В(А)ІТ, а лише максимальна, таким чином є ризику того, що буде частина кластерних ЗОЗ з 2-3 ліжками В(А)ІТ.	Враховано частково. Пункт 1 розділу IV проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «1. Структура ВАІТ залежить від рівня ЗОЗ відповідно до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174: 1) в надкластерних та кластерних ЗОЗ організується ВАІТ від 12 до 24 ліжок інтенсивної терапії; 2) в загальних ЗОЗ організується ВАІТ від 6 до 12 ліжок інтенсивної терапії.». Пункт 1 розділу IV проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: 1. «Структура ВІТ залежить від рівня ЗОЗ відповідно до Порядку

		функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174: 1) в надкластерних та кластерних ЗОЗ організується ВІТ від 9 до 24 ліжок інтенсивної терапії; 2) в загальних ЗОЗ організується ВІТ від 6 до 12 ліжок інтенсивної терапії.».
Химинець Владислав, лікар-анестезіолог КНП Київська міська клінічна лікарня № 12		
До проєкту ТП ВАІТ та ТП ВІТ	В мене пропозиції до розділу V. "Структура ВАІТ" Типового положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) (у проєкті наказу МОЗ "Про систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні") Поточна редакція: У надкластерних та кластерних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) організується ВАІТ до 24 ліжок інтенсивної терапії. У загальних ЗОЗ організується ВАІТ до 12 ліжок інтенсивної терапії. Зауваження: У багатьох кластерних і загальних ЗОЗ, які ми відвідуємо, навіть у 2024–2025 рр. наявні ВАІТ з надзвичайно обмеженою кількістю ліжок (наприклад, 6 ліжок у кластерному закладі).	Враховано частково. Пункт 1 розділу IV проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «1. Структура ВАІТ залежить від рівня ЗОЗ відповідно до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174: 3) в надкластерних та кластерних ЗОЗ організується ВАІТ від 12 до 24 ліжок інтенсивної терапії;

	Встановлення лише верхньої межі ("до 24", "до 12") дозволяє трактувати навіть 4–6 ліжок як відповідність новим нормативам, що на практиці не змінить ситуацію. У таких умовах пацієнти, які мають показання до переведення у ВАІТ (зокрема, з ознаками можливого розвитку смерті мозку), часто не можуть бути госпіталізовані через відсутність місць. Це суттєво впливає на якість та доступність критичної допомоги. Пропозиція нової редакції: У надкластерних та кластерних ЗОЗ організовується ВАІТ від 18 до 24 ліжок інтенсивної терапії. У загальних ЗОЗ організовується ВАІТ від 10 до 12 ліжок інтенсивної терапії. За потреби у межах одного ЗОЗ може функціонувати кілька ВАІТ або ВІТ, за умови наявності чіткої системи координації їх діяльності.	4) в загальних ЗОЗ організується ВАІТ від 6 до 12 ліжок інтенсивної терапії.». Пункт 1 розділу IV проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: 2. «Структура ВІТ залежить від рівня ЗОЗ відповідно до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174: 3) в надкластерних та кластерних ЗОЗ організується ВІТ від 9 до 24 ліжок інтенсивної терапії; в загальних ЗОЗ організується ВІТ від 6 до 12 ліжок інтенсивної терапії.».
Доморацький Олексій, лікар-анестезіолог, зав. ВАІТ «Клініка МЕДІКОМ» к.мед.н., доц. кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НУОЗ імені П.Л. Шупика та Грушецький Ігор, лікар-анестезіолог, лейтенант медичної служби ЗСУ		
До проєкту наказу	Шановна робоча група та представники Міністерства охорони здоров'я України, у межах громадського обговорення проєкту закону про анестезіологію надаю до вашої уваги перелік зауважень та пропозицій, сформульованих із фахової точки зору науковця та лікаря-анестезіолога загальної практики, безпосередньо залученого до щоденної роботи та управлінні у сфері анестезіології та інтенсивної терапії.	Не враховано. Зазначаємо, що питання внесення відповідних змін до форми первинної облікової документації № 003-3/о «Передопераційний огляд анестезіологом та протокол загального знеболення» виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади

	Наведені нижче пункти дозволять, на нашу думку, вдосконалити про-ект наказу про організацію анестезіологічної служби в Україні. 1. Необхідність оновлення форми передопераційного огляду анестезіолога та протоколу загального знеболення (№003-3/о) Чинна форма передопераційного огляду анестезіолога є застарілою та не відповідає сучасним вимогам якості периопераційної оцінки пацієнтів. Вона не містить низки ключових для анестезіолога даних, таких як перелік препаратів, які приймає пацієнт, із зазначенням дозувань. Водночас включаючи елементи, що не впливають на прийняття клінічних рішень у периопераційному періоді (наприклад симптом Пастернацького, ясність серцевих тонів, наявність шрамів тощо). Також форма не дозволяє повноцінно та структуровано сформулювати анестезіологічний план відповідно до сучасної міжнародної номенклатури. Наприклад, недоцільно розмежовувати провідникову, плексусну та стовбурову анестезію як окремі методи, адже такий розподіл є застарілим і не відображає сучасну практику. Пропозиція: Розробити нову форму передопераційного огляду на основі актуальних міжнародних зразків, зокрема форм, що використовуються в	функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
--	---	--

	NHS (National Health Service) Сполученого Королівства. Це дозволить забезпечити повноту важливої клінічної інформації та усунути надлиш-кові та неінформативні елементи. Або додати поля/опції с антибіотикопрофілактикою, планом знеболення, анамнезом прийому препаратів пацієнтом, ризиком тяжких дихальних шляхів за LEMON (а не лише за класом Малампаті) тощо. Принципово, щоб нова форма містила виключно релевантну медичну інформацію, легко інтегрувалася в електронну систему ЗОЗ і могла легко існувати в електронному та паперовому варіантах.	
До проєкту наказу	2. Відсутність чіткого визначення повноважень і зони відповідальності лікаря-анестезіолога У проєкті відсутній чіткий опис обсягу повноважень та зони відповідальності лікаря-анестезіолога. Зокрема, не визначено, чи входить до обов'язків анестезіолога призначення: · післяопераційного знеболення або контролю післяопераційного знеболення поза межами ВІТ/ВАІТ, · тромбопрофілактики, · антибіотикопрофілактики, · відміни/корекції прийому лікарських засобів пацієнтом до/після оперативного втручання. Невизначеність у цих питаннях призводить до дублювання або, навпаки, до пропуску важливих	Не враховано. Зазначасмо, що питання визначення повноважень і зони відповідальності лікаря-анестезіолога виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги. Опис завдань та обов'язків, знань лікаря-анестезіолога наведено в пункті 6 розділу Професіонали Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників

	компонентів периопераційної допомоги, а також до юридичної вразливості лікаря — анестезіолога. Також відсутнє нормативно-правове визначення права лікаря-анестезіолога: · призначати додаткові обстеження перед оперативним втручанням, якщо це необхідно з міркувань безпеки пацієнта; · відмовити у проведенні анестезії для планового втручання у ви-падку, коли ризики анестезії або операції перевищують потенцій-ну користь (за умови, що така відмова не становить загрози жит-тю); · відкласти втручання з метою додаткового дообстеження чи оптимізації стану пацієнта. Необхідно також передбачити чіткий алгоритм документування таких рішень в електронній або паперовій медичній документації. Пропозиція: Розробити сучасні посадові інструкції лікаря-анестезіолога, у яких роз'яснити зазначені вище аспекти, та дозволити/заборонити такі процедури, як проведення подовженої замісної ниркової терапії, екстракорпальної мембранної оксигенації тощо. Уточнити у законопроекті або підзаконних нормативних актах (клінічних протоколах, стандартах роботи) функціональні обов'язки лікаря-анестезіолога, включаючи зазначені вище аспекти. Це дозволить уникнути клінічної та юридичної не-визначеності, а також	випуск 78 Охорона здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117.
--	---	--

	забезпечить безперервність і безпеку надання медичної допомоги.	
До проєкту ВІТ	3. Відсутність регламентації взаємодії між анестезіологом, лікуючим лікарем та лікарем ВІТ У законопроекті не прописано розподілу повноважень та відповідальності між лікарем-анестезіологом, лікуючим лікарем та лікарем-анестезіологом відділення інтенсивної терапії (ВІТ) у разі, якщо пацієнт тимчасово або постійно перебуває у цьому підрозділі. Незрозуміло, хто: · приймає рішення про переведення пацієнта до ВІТ або про перевід з нього; · визначає лікувальну тактику у пацієнтів, які перебувають у ВІТ; · має пріоритет у прийнятті клінічних рішень у випадку конфлікту думок між лікуючим лікарем, лікарем ВІТ та консультантами; · несе юридичну відповідальність за реалізацію або невиконання консультативних рекомендацій (зокрема, чи є вони обов'язковими до виконання?). Пропозиція: Передбачити чіткий механізм розмежування відповідальності між учасниками мультидисциплінарної команди, особливо у критичних ситуаціях, із визначенням провідної ролі в ухваленні рішень щодо інтенсивної терапії, лікувальної тактики та переведення пацієнтів між відділеннями. Також доцільно	Не враховано. Зазначаємо, що питання регламентації взаємодії між анестезіологом, лікуючим лікарем та лікарем ВІТ виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги. Перевід в інші відділення із відділень інтенсивної терапії регламентується Критеріями безпечного переведення пацієнтів із відділення анестезіології та інтенсивної терапії, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України 09 листопада 2020 року № 2559 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11 травня 2022 року № 788) зареєстровані в Міністерстві юстиції України 25 травня 2022 року за № 561/37897.

	врегулювати статус консультативних висновків та порядок дій у випадку розбіжностей у клінічних підходах.	
До проєкту наказу	4. Відсутнє визначення поняття критичні пацієнти/пацієнти у критичному стані, що може і приведе до надходження пацієнтів неінтенсивного профілю у ВАІТ. Наприклад пацієнт із ФП більше 140 уд/хв, але гемодінамічно стабільний та пацієнт із артеріальним тиском 90/70 без травм і інфекційного анамнезу, якого треба покласти у ВАІТ? Пропозиція: · чітко визначити покази для лікування у ВАІТ; · ввести поняття пацієнта високої залежності — такого, який потребує постійного моніторингу, особливої уваги, але не потребує дії пов'язаних із безпосередньою підтримкою життя (ШВЛ, всі модальності замісної ниркової терапії, екстракорпоральної мембранної оксигенації). Таких пацієнтів спостерігати в умовах профільних відділень/палат інтенсивної терапії профільних відділень.	Не враховано. Зазначаємо, що питання регламентації взаємодії між анестезіологом, лікуючим лікарем та лікарем ВІТ виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги. Зазначаємо, що питання визначення клінічних критеріїв госпіталізації у ВАІТ або у ВІТ виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
До проєкту наказу	5. Відсутність роз'яснень щодо взаємодії з іншими лікувальними-підрозділами. Відсутнє нормативне визначення порядку анестезіологічної консультації пацієнтів у відділеннях, які не є операційними або	Не враховано. Відповідно підпункту 16 пункту 2 розділу II проєкту ТП ВАІТ у разі необхідності, надання консультацій медичним працівникам структурних підрозділів ЗОЗ, де знаходиться ВАІТ,

	реанімаційними. Зокрема, йдеться про ситуації, коли: · відбувається погіршення стану пацієнта, й анестезіолог викликається для допомоги; · виникає потреба у виконанні інвазивних процедур з метою знеболення (наприклад, встановлення епідурального катетера або проведення регіональної блокади); · потрібно прийняти рішення щодо переведення пацієнта до ВІТ або ініціювати зміну тактики знеболення; · виклик потреба у забезпеченні венозного доступу. Пропозиція: Розробити та впровадити чіткий регламент щодо: · порядку взаємодії лікаря-анестезіолога з іншими підрозділами в разі необхідності консультацій або втручань, пов'язаних з болем, диханням, гемодинамікою тощо. · Використовувати шкали загального погіршення по типу NEWS, NEWS2, MEWS, після досягнення червоних балів за ними викликати анестезіолога в інших випадках лікуючого лікаря · Регламентувати взаємодію із відділеннями невідкладних станів, які в процесі народження; · Регламентувати алгоритм дій в протишоковій палаті, ввести стандартизовану форму документів/картки/листка огляду в протишоковій палаті.	або інших ЗОЗ із використанням засобів телемедицини. Опис завдань та обов'язків, знань лікаря-анестезіолога наведено в пункті 6 розділу Професіонали Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників випуск 78 Охорона здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117.
--	--	---

	Це забезпечить прозорість, послідовність лікування та підвищить якість медичної допомоги.	
До проекту форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії»	6. Незручність запропонованої форми № 003-15/о (Карта інтенсивної терапії) Запропонована форма 003-15/о, яка має використовуватись для ведення пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії, виглядає громіздкою та малопридатною для ефективного щоденного користування. У паперовому вигляді вона перевантажена, і це ускладнює візуальне сприйняття інформації та підвищує ризик помилок або втрати важливих даних. У разі її електронної реалізації є висока ймовірність труднощів із заповненням, зокрема через надмірну кількість обов'язкових полів, незручне структурування та слабку інтеграцію з іншими електронними медичними системами. Пропозиція: · розробити більш зручну форму на основі міжнародних прикладів документації у ВІТ, яка однаково добре працюватиме як у паперовому, так і в електронному форматах (наприклад, шаблони NHS, Mayo Clinic, або ISICEM). Приклади: · Додати шкали, що оцінюють свідомість (ШКТ, FOUR, RAAS, NIHSS для хворих з інсультом), шкалу гострого пошкодження нирок; · Об'єднати клітинки з водним балансом та втратами, вони дублюють поняття;	Враховано частково. Проект форми первинної облікової документації № 003-15/о «Карта інтенсивної терапії» та Інструкцію щодо її заповнення доопрацьовано.

	· Ввести респіраторний моніторинг, якій має відображати ступінь залежності від кисню та ШВЛ; · Призначати скринінгові бакпосіви (для створення мікробіологічного паспорту), також додати пункти: локалізація посіву, дату наступного персіву; · Додати моніторинг інвазивних пристроїв (скільки діб встановлений ЦВК, епідуральний катетер тощо); · Додати моніторинг тривалості прийому антимікробних препаратів і яких; · Розділити загальні поняття в стилі біохімічний аналіз на складові (АсТ, АлТ, альбумін...). Це дозволить зекономити кошти держави та час лабораторії (не всім пацієнтам ВАІТ потрібні повні аналізи!!!) · Розпочати ведення листа призначень с 13:00. Я сподіваюсь, що члени робочої групи всі працюють лікарями — анестезіологами, та пам'ятають, що всі “пригоди” відбуваються у вихідний, після закінчення робочого часу та під час передачі зміни. Зміщення часу початку ведення листа призначень дозволить скоріше перездати зміну та вивільнити час для вирішення невідкладних питань в “тонкому” місці.	
До проєкту ТП ВАІТ та ТП ВІТ	7. Щодо типового положення про ВІТ, ВАІТ частини IV, пункту 4, підпунктів 2 та 3 “Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу сестер медичних / братів медичних-анестезистів та/або	Враховано частково. Абзац другий підпункту 2 пункту 5 розділу III проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції:

	сестер медичних / братів медичних та/або сестер медичних / братів медичних стаціонару із розрахунку не менше однієї сестри медичної / брата медичного-анестезиста та/або сестри медичної / брата медичного та/або сестри медичної / брата медичного стаціонару на 3 пацієнта ВАІТ та сестри медичні / брати медичні-анестезисти на кожного пацієнта в операційній під час оперативного лікування; ” - це калька із наказу №303, ця потреба зовсім не відповідає сучасній реальності роботи у ВІТ/ВАІТ. Пропозиція: · штат медичних сестер має бути 1 медсестра-анестезистка/брат медичний-анестезист на одного пацієнта в критичному стані (пацієнти, яким проводяться ШВЛ, будь-які модальності замісної ниркової терапії, екстракорпоральної мембранної оксигенації тощо); · 1 сестра медична - анестезистка/брат медичний-анестезист на 2 пацієнтів високої залежності; · таким чином на 3 пацієнтів має бути не менше 2 сестер медичних анестезисток/брат медичний-анестезист; · під час роботи в операційній в сучасних реаліях анестезіологічна бригада із одного лікаря-анестезіолога та однієї сестри медичної анестезистки може фізично не справлятися із тяжким пацієнтом наприклад із мультитравмою,	«Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу сестер медичних / братів медичних-анестезистів та/або сестер медичних / братів медичних та/або сестер медичних / братів медичних стаціонару із розрахунку не менше однієї сестри медичної / брата медичного-анестезиста та/або сестри медичної / брата медичного та/або сестри медичної / брата медичного стаціонару на 2 пацієнта ВАІТ відповідно підпункту 1 пункту 3 розділу II Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1319/36941 та сестри медичні / брати медичні-анестезисти на кожного пацієнта в операційній під час оперативного лікування;». Абзац другий підпункту 2 пункту 5 розділу III проекту ТП ВІТ викладено в такій редакції:
--	--	--

	тому пропонуємо 1,5 ставки медичної сестри-анестезистки на ставку лікаря анестезіолога. (можливо в кластерних та надкластерних лікарнях). АВТОРИ РОЗУМІЮТЬ СКЛАДНІСТЬ ВИКОНАННЯ ТАКИХ ПРОПОЗИЦІЙ, АЛЕ Й РОЗУМІЮТЬ ТАКОЖ ТЕ, ЩО ЯКЩО ЦЕ НЕ БУДЕ ПРИЙНЯТО, ВЗАГАЛІ ВЕСТИ РОЗМОВУ ПРО ЕФЕКТИВНЕ ТА БЕЗПЕЧНЕ ЛІКУВАННЯ У ВІТ/ВАІТ НЕДОЦІЛЬНО І БЕЗГЛУЗДО. В ТОЙ ЧАС, ЯК ТАКИЙ ШТАТНИЙ РОЗКЛАД ДОЗВОЛИТЬ ПРОВОДИТИ ЕФЕКТИВНУ КУРАЦІЮ ПАЦІЄНТІВ ВІТ/ВАІТ, ЕФЕКТИВНО ВИКОНУВАТИ ВИМОГИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ, ЗАПОБІГТИ ШВИДКОМУ ВИГОРЯННЮ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ-АНЕСТЕЗИСТОК ТА ЛІКАРІВ-АНЕСТЕЗІОЛОГІВ. · Визначити кількість молодшого медичного персоналу.	«Штатний розпис ВІТ має забезпечити роботу сестер медичних / братів медичних-анестезистів та/або сестер медичних / братів медичних та/або сестер медичних / братів медичних стаціонару із розрахунку не менше однієї сестри медичної / брата медичного-анестезиста та/або сестри медичної / брата медичного та/або сестри медичної / брата медичного стаціонару на 2 пацієнта ВІТ відповідно підпункту 1 пункту 3 розділу II Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1319/36941;» Підпункт 3 пункту 5 розділу III проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «3) молодші медичні сестри / медичні брати.
--	---	---

		Штатний розпис ВАІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри / молодшого брата по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВАІТ та/або на кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей;». Підпункт 3 пункту 5 розділу VI проекту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «3) молодші медичні сестри / медичні брати. Штатний розпис ВІТ має забезпечити роботу молодших медичних сестер / медичних братів по догляду за хворими із розрахунку не менше однієї молодшої медичної сестри / молодшого брата по догляду за хворими на 6 пацієнтів ВІТ та на кожні 4 ліжка для недоношених новонароджених дітей;».
До проекту ТП ВАІТ та ТП ВІТ	8. Щодо пункту 6, частини IV, типового положення про ВАІТ “Робочі місця лікарів ВАІТ оснащуються персональним комп’ютером з доступом до	Не враховано. Відповідно до пункту 14 Порядку функціонування електронної системи охорони здоров’я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року №

	електронної медичної інформаційної системи ЗОЗ” Пропозиція: оснастити робочі місця сестер медичних — анестезисток персональним комп’ютером з доступом до електронної медичної інформаційної системи ЗОЗ (саме вони, а не лікарі заповнюють більшість медичної документації і реагують на вказівки)	411, створення, внесення, перегляд інформації та документів у центральній базі даних, внесення змін та доповнень до них здійснюються користувачами відповідно до прав доступу, встановлених цим Порядком та нормативно-правовими актами, що регулюють порядок ведення відповідних реєстрів.
До проєкту наказу	9. На нашу думку доцільно регламентувати дії при переміщенні пацієнтів із одного ВАІТ/ВІТ до іншого ВАІТ/ВІТ.	Враховано. Пункту 1 розділу III проєкту ТП ВАІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВАІТ та/або відділень інтенсивної терапії (далі – ВІТ) реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.». Пункту 1 розділу III проєкту ТП ВІТ викладено в такій редакції: «1. У ЗОЗ, де розгорнуто декілька ВІТ та/або відділень анестезіології та інтенсивної терапії реалізована чітка система координації їх роботи та контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу уповноваженим фахівцем.»

До проєкту наказу	10. Щодо пункту 3, частини третьої Положення про систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні: “Управління системою полягає в підпорядкуванні та підзвітності нижчого компонента системи вищому, а також створенні наскрізного контролю за виконанням відповідних галузевих стандартів, затверджених МОЗ.” Коментар та пропозиція: таке положення про управління системою анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні створює жорстку вертикаль підпорядкування. Таке можливо лише при впровадженні детальних алгоритмів щодо більшості випадків роботи ВАІТ/ВІТ, повному забезпеченні матеріально-технічної бази ВАІТ/ВІТ, повному комплектуванні штату, а не відсилки до “відповідних галузевих стандартів, міжнародних протоколів і т.д.” Тому логічно, або виконати вище перераховане, або створити механізм фідбеку (з обов’язковою реакцією МОЗ на фідбек) від представників служби анестезіології та інтенсивної терапії до контролюючих механізмів МОЗ, перегляд цього наказу на-приклад раз на 5 років, прозорість чиновників, які будуть здійснювати контроль.	Не враховано. Дану редакцією було прийнято на засіданні робочої групи з питань удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2020 № 1847 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2024 № 269) № 3 від 19.03.2025.
До проєкту наказу	11. Пропозиція згідно розуміння прозорості розмістити склад робочої групи проєкту наказу МОЗ України «Про систему анестезіологічної та інтенсивної допомоги в Україні» на відповідних інформаційних ресурсах.	Склад робочої групи з питань удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11

		серпня 2020 року № 1847 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 2024 року № 269) опубліковано на вебсайті Міністерства охорони здоров'я України. https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-16022024--269-pro-vnesennja-zmin-do-skladu-robochoi-grupi-z-pitan-udoshkonalennja-roboti-viddiln-anesteziologii-ta-intensivnoi-terapii
--	--	---