

СХВАЛЕНО
розпорядженням Кабінету Міністрів України
від _____ . № _____

КОНЦЕПЦІЯ
реформи системи екстреної медичної
ДОПОМОГИ

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМА, ЯКА ПОТРЕБУЄ ВИРІШЕННЯ.....	3
МЕТА РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ.....	8
ШЛЯХИ І СПОСОБИ РОЗВ’ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ.....	8
ЗАВДАННЯ РЕФОРМИ.....	9
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ.....	9
<i>Вдосконалення термінології у визначенні рівнів допомоги.....</i>	<i>9</i>
<i>Системний підхід до організації першої допомоги.....</i>	<i>10</i>
<i>Екстрені медичні реагувальники.....</i>	<i>12</i>
<i>Сертифіковані надавачі першої базової допомоги.....</i>	<i>12</i>
<i>Навчання навичкам базової першої допомоги в школі.....</i>	<i>12</i>
ВДОСКОНАЛЕННЯ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ КАТЕГОРИЗАЦІЇ ВИКЛИКІВ.....	13
<i>Ефективна диспетчеризація.....</i>	<i>13</i>
<i>Альтернативне реагування на виклики, що не потребують ЕМД.....</i>	<i>14</i>
НОВА МОДЕЛЬ РОЗПОДІЛУ ПОСАДОВИХ ОБОВ’ЯЗКІВ В СИСТЕМІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗМІНИ У ПІДГОТОВЦІ ТА ПЕРЕВІРЦІ КВАЛІФІКАЦІЇ ФАХІВЦІВ.....	15
<i>Нові професії та кваліфікаційні вимоги.....</i>	<i>16</i>
<i>Ширший спектр підходів до визначення складу та кількості бригад.....</i>	<i>17</i>
ЕФЕКТИВНІШЕ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	17
<i>Розмежування функцій в процесі підготовки та допуску фахівців до надання ЕМД. .</i>	<i>18</i>
<i>Механізми зворотного зв’язку.....</i>	<i>19</i>
<i>Конкурентний рівень заробітної плати.....</i>	<i>19</i>
<i>Професійні змагання.....</i>	<i>20</i>
НОВІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ У НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ.....	20
<i>Перегляд вимог до надання госпітальної допомоги при невідкладних станах.....</i>	<i>20</i>
<i>Доопрацювання механізмів фінансування ЕМД.....</i>	<i>21</i>
РЕАЛІСТИЧНІ ТА НАДІЙНІ МЕХАНІЗМИ РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ.....	22
ПОСИЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ.....	22
ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ.....	23
СТРОКИ ТА ЕТАПИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ.....	23
Перший етап (2018-2019).....	23
Другий етап (2020-2022).....	25
ОБСЯГ ФІНАНСОВИХ, МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИХ, ТРУДОВИХ РЕСУРСІВ. .	25

ПРОБЛЕМА, ЯКА ПОТРЕБУЄ ВИРІШЕННЯ

У 2016 р. 392 тис. українців померло від захворювань системи кровообігу і ще 31.7 тис – від зовнішніх причин смерті (нешасних випадків, транспортних пригод, насильницьких дій¹).² Разом це становило 72.3% від всіх смертей в Україні того року. Жодна інша причина смерті, крім новоутворень (які забрали у 2016 р. 78.9 тис або 13.5% життів) не мала подібного масштабу. Наша країна посідає друге місце в світі за кількістю смертей на 100 тис. населення³, і саме перелічені причини пояснюють цей трагічний показник.

Як хвороби серця, так і нещасні випадки та умисні ушкодження, - це складні соціальні явища, що вимагають комплексних дій. Однак, принциповою проблемою при цьому залишається слабкість системи екстреної медичної допомоги.

Попри надвисокий рівень захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні, рівень госпіталізації з гострим інфарктом міокарду у 2016 р. становила лише 1.3 на 1000 населення, що відчутно нижче, ніж у Європейських країнах (для прикладу, у 2017 р. цей показник був в півтори рази вищим у Польщі, Хорватії, Угорщині, і більш ніж вдвічі вищий – в Німеччині, Швеції, Литві)⁴. У 2016 році лише 8.5% реанімацій, що проводились в Україні працівниками екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі пацієнтам з позагоспітальною зупинкою серця, виявились успішними (тобто дозволили відновити самостійний кровообіг)⁵. Для порівняння, відповідний середній показник для країн Європи становив 28.6% станом на 2014 рік⁶. Відповідно, сьогодні в Україні 90.1% смертей серед пацієнтів з ішемічною хворобою серця відбувається поза межами лікарні; лише 9.9% пацієнтів з цим діагнозом помирає в лікарні⁷.

Для постраждалих від зовнішніх ушкоджень ситуація також залишається трагічною. Під час прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» у 2012 р. у пояснювальній записці зазначалось, що на той час 76% смертей від впливу зовнішніх причин в Україні відбувалось поза межами лікарень. Такий показник був наведений як недопустимо вищий, ніж в розвинених країнах Європи⁸. Нажаль, станом на 2016 рік, цей показник зріс до 80.7%.

Однак, і в стінах лікарень екстрена медична допомога залишається значно менш ефективною у порівнянні з показниками розвинених систем охорони здоров'я. У 2016 році смертність серед пацієнтів, госпіталізованих з гострим інфарктом міокарда, становила 12.5% (у порівнянні з 3.3% у Сполучених Штатах).

Шанси людини на те, що у разі нещасного випадку чи серцевого нападу її життя буде врятоване, а негативні наслідки для здоров'я – мінімізовані, залежать від якнайшвидшого початку допомоги, якнайшвидшого проведення критичних для виживання процедур на догоспітальному етапі, а також ефективного госпітального лікування та реабілітації. Кожна з перелічених ланок в Україні організована неефективно.

Перша проблема – недосконала організація раннього доступу до допомоги.

1 Не враховуючи населення, що проживає на тимчасово окупованих територіях.

2 <http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/Saveshow.asp>

3 <https://worldinfigures.com>

4 <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.html>

5 Дані територіальних центрів ЕМД та МК

6 https://ac.els-cdn.com/S0300957216300995/1-s2.0-S0300957216300995-main.pdf?_tid=29eca4e0-1492-4c1c-96ee-0bf949a931a4&acdnat=1521024190_eb85d848769b67acd799ba01840f13f8

7 Показники смертності в лікарнях - Форма 20, 2016 рік; загальні показники смертності 2016 р - <http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/Saveshow.asp>

8 http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=42750

Згідно з сучасними дослідженнями, статистично значуще зростання показників виживання серед пацієнтів екстреної медичної допомоги досягається лише у разі, якщо пацієнти можуть розраховувати на початок допомоги не пізніше ніж через 4 хвилини після настання екстреної ситуації⁹. Настільки ранній доступ можливий лише у разі надання ефективно першої допомоги та забезпечення базової підтримки життя безпосередніми свідками події. Хоча такі особи не можуть замінити професійних медичних працівників, вони можуть допомогти підтримати життя до прибуття професіоналів.

В Україні навички першої допомоги формально є частиною підготовки низки фахівців (рятувальників аварійно-рятувальних служб, поліцейських тощо). Проте, поточний підхід до їх підготовки не є ефективним через низку причин:

- не існує уповноваженого органу, який відповідав би за контроль якості навчання, сертифікацію навчально-тренувальних центрів, проводив оцінювальне тестування слухачів зазначених курсів;
- не існує реєстру осіб, які пройшли тренінги із надання першої допомоги, відсутні механізми оперативного залучення їх до надання першої допомоги у разі нещасного випадку або надзвичайної ситуації;
- добровольці, які наважуються рятувати людину до приїзду швидкої, ніяк не захищені законодавством у випадку, якщо людині все-таки не вдасться зберегти життя.

Друга проблема – недостатня швидкість прибуття бригад екстреної медичної допомоги на місце події.

Сьогодні в Україні, згідно з офіційною статистикою, в 69% випадків виклику екстреної (швидкої) медичної допомоги бригада прибуває на місце події до 10 хвилин, і ще у 22% випадках, що здійснюються у сільській місцевості, час прибуття є меншим за 20 хв¹⁰. Однак, через відсутність чіткого контролю виїздів бригад шляхом GPS-навігації та єдиних оперативно-диспетчерських інформаційних систем, існує значний ризик зниження офіційних показників часу доїзду.

Відчутним фактором повільного доїзду є довга за тривалістю обробка виклику. В багатьох областях система диспетчеризації недостатньо автоматизована і прив'язана до певного району області, що призводить до таких наслідків:

- реагування на виклики здійснюється лише у межах району, з якого здійснено виклик;
- розташування бригад, їх зайнятість та реальний час виїзду неможливо точно визначити і ефективно проконтролювати;
- виклики реєструються в ручному (паперовому) режимі, інформація про них вноситься в декілька журналів, що займає значний час та збільшує ризик помилок;
- комунікація між диспетчером і бригадою часто ускладнюється відсутністю радіозв'язку;

⁹ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2005.02.013/pdf>

¹⁰ Звітність «Звіт станції швидкої медичної допомоги за 2016 рік», Форма №22 (річна).

- маршрутизація виклику часто містить зайві ланки (диспетчер, диспетчер напряму, диспетчер підстанції), що подовжує час реагування, особливо у великих містах.

Сьогодні в Україні не існує державного стандарту на програмно-апаратний комплекс для оперативно-диспетчерських служб, і жодна державна структура не контролює якість та надійність засобів комунікації у системі екстреної медичної допомоги.

Крім того, однією з складових повільного реагування бригад екстреної медичної допомоги є перевантаженість системи непрофільними викликами, яка не дає можливість ефективно реагувати на справді ургентні випадки. Така перевантаженість спричинена низкою факторів:

- поганою якістю або повною відсутністю алгоритмів категоризації викликів;
- відсутністю запобіжників проти виїздів бригад на непрофільні виклики для покращення показників кількості виїздів;
- слабкістю первинної медичної допомоги (яка могла би бути ефективнішою альтернативою при реагуванні на значну кількість викликів швидкої);
- суспільною звичкою вирішувати значну кількість непрофільних медичних ситуацій шляхом виклику швидкої, відсутністю доступу до ефективніших альтернатив або знань про їх наявність.

Додатковою причиною повільного реагування на виклики також є відсутність алгоритму автоматизованого вибору найближчої бригади швидкої допомоги. Сьогодні, реагуючи на виклик, диспетчер має відкрити карту та вручну вибрати машину швидкої допомоги або ж зателефонувати на підстанцію та запитати, чи є там вільна машина швидкої допомоги, яка може виїхати на екстрений виклик.

Значна кількість громадян України – а саме, особи з вадами зору та слуху, - сьогодні взагалі практично позбавлені шансу викликати швидку, оскільки виклик наразі може прийматись лише через телефонний дзвінок.

Третя, найбільша, проблема – незадовільна якість професійної медичної догоспітальної допомоги.

Якість охорони здоров'я - це ступінь того, наскільки медичні послуги окремим людям та населенню в цілому підвищують ймовірність бажаного результату щодо стану їхнього здоров'я, а також того, наскільки вони відповідають поточному рівню професійних знань у цій сфері¹¹. Відповідно, забезпечення належної якості екстреної медичної допомоги та її постійне покращення залежить від чотирьох основних факторів:

- якості освіти працівників системи екстреної медичної допомоги;
- наявності сучасних протоколів надання екстреної медичної допомоги, регламентованих юридично, та механізмів контролю за їх дотриманням;
- належного рівня матеріально-технічного забезпечення в процесі надання екстреної медичної допомоги;

¹¹ Визначення Інституту Медицини США, яке також використовується ВООЗ. WHO. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. 2006

- вмотивованості працівників, що досягається як фінансовими стимулами (конкурентна заробітна плата, достойний рівень життя), так і нефінансовими стимулами (престижність професії, суспільна повага, можливості розвитку).

Сьогодні в Україні кожен з цих факторів не є дієвим. Можливості бригади (переважна більшість з яких є фельдшерськими, тобто складається з фельдшера, водія і, іноді, медсестри) надати сучасну екстрену допомогу є вкрай обмеженими, оскільки:

- професійна підготовка лікарів, фельдшерів здійснюється за стандартним принципом підготовки медичного персоналу без достатнього врахування особливостей роботи в умовах надзвичайної ситуації;
- кваліфікаційні вимоги для фельдшерів та інших працівників бригади не вимагають належної фізичної підготовки;
- попри наявність у складі таких бригад інших працівників, ці члени бригади не мають достатньої підготовки, щоб надати ефективну допомогу в проведенні реанімаційних заходів; крім того, участь у наданні екстреної медичної допомоги не входить в функціональні обов'язки водія.

Лікарі системи екстреної медичної допомоги також часто не мають можливості ефективно надати екстрену медичну допомогу. Навіть маючи високу кваліфікацію, лікар обмежений наявним обладнанням та організацією надання допомоги в лікарні. Однак, і підготовка лікарів є недосконалою. Сьогодні лікарі отримують свою кваліфікацію без достатньої уваги до системного застосування окремих вузькоспеціалізованих дисциплін в межах практичних алгоритмів надання екстреної допомоги.

Професійна підготовка, кваліфікаційні вимоги та організація діяльності медичних працівників системи екстреної медичної допомоги не включає навичок роботи в команді. В той же час, саме ефективна командна робота є запорукою якісної медичної допомоги пацієнту у невідкладному стані. Дослідження свідчать, що часто причиною смерті або ускладненого перебігу захворювання пацієнтів у невідкладних станах є не лише індивідуальні помилки окремих медичних працівників, але і неефективність у координації групових дій команди фахівців бригади або госпітального відділення екстреної медичної допомоги¹².

Слабкі навички комплексної невідкладної допомоги зумовлені як відсутністю ефективною системою підготовки фахівців, так і відсутністю контролю їх кваліфікації та діяльності. Індивідуальна оцінка готовності лікарів до виконання своїх обов'язків сьогодні обмежується системою атестації та переатестації для підтвердження або підвищення кваліфікаційної категорії. Цей підхід має низку недоліків, а саме:

- формальний характер, відсутність нагляду за якістю курсів підвищення кваліфікації та незалежних іспитів для перевірки їх результатів, що створює корупційні ризики (адже якість навчання перевіряє та ж організація, що проводить це навчання);
- відсутність засвоєння та відновлення практичних навичок під час підвищення кваліфікації;
- застарілі програми, далекі від щоденної практики бригади;

12 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10622851>

- відсутність ефективних механізмів нагляду за дотриманням передатестаційних циклів;
- неможливість офіційного визнання міжнародних курсів, які проходять працівники системи екстреної медичної допомоги, як курсів, що зараховуються при підвищенні кваліфікації, що демотивує персонал опановувати сучасні міжнародні практики.

Окремою додатковою проблемою є відсутність в Україні національних доказових протоколів з надання екстреної медичної допомоги. Наявні протоколи є застарілими і часто суперечать сучасним міжнародним практикам. Також відсутній і механізм нагляду за дотриманням протоколів медичними працівниками. Відсутність індивідуального ліцензування медичних працівників також ускладнює запровадження санкцій за грубі порушення протоколів та професійної етики.

Слабкою є і система мотивації працівників. Заробітна плата фельдшерів, водіїв та медсестер в бригаді екстреної медичної допомоги є однією з найнижчих. Не існує стимулів до постійного професійного зростання. Навпаки, існуюча організація надання екстреної допомоги спонукає недобросовісних працівників до шкідливих вчинків, наприклад до виїздів на непрофільні випадки або маніпуляцій з об'ємом виділеного пального при відсутності контролю шляхом GPS-навігації.

Четверта проблема – незадовільна якість та швидкість надання госпітальної допомоги.

Шанси пацієнта не лише вчасно потрапити в лікарню, але і виписатись звідти живим, прямо залежать від підходів до організації надання невідкладної допомоги на госпітальній ланці. Ймовірність летального випадку, в т.ч. через додаткові ускладнення, сьогодні збільшують такі фактори:

- невідповідність вимогам надання екстреної медичної допомоги приймальних відділень відділенням екстреної медичної допомоги закладів охорони здоров'я, що приймають бригади екстреної медичної допомоги;
- неспроможність більшості закладів охорони здоров'я, що приймають бригади швидкої допомоги, провести повноцінну діагностику і надати комплексну допомогу у випадку основних невідкладних станів;
- транспортування хворих у невідкладному стані за територіальним принципом;
- відсутність чітких моделей комунікації та координації між бригадою та відділенням екстреної медичної допомоги;
- відсутність чітких моделей координації між відділеннями лікарні при роботі з складними невідкладними випадками.

Крім безпосереднього впливу на перебіг захворювання та невідкладного стану пацієнта, нескоординовані процеси на рівні лікарні призводять до неефективного використання ліжкового фонду та робочого часу медичних працівників.

П'ята проблема – низька спроможність системи екстреної медичної допомоги своєчасно забезпечити достатній об'єм якісної допомоги у випадку виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Наявні в Україні алгоритми реагування на надзвичайні ситуації (в тому числі – плани реагування державного, регіонального рівня та плани реагування на рівні закладів охорони здоров'я) мають низку прогалин.

Передусім, поточні плани реагування не відстежують і не враховують реальну інформацію про здатність закладів охорони здоров'я швидко збільшити кількість лікарняних ліжок та кількість пацієнтів, що отримують екстрену медичну допомогу на госпітальному етапі. Така здатність включає не лише наявність місця для розташування пацієнтів, але і необхідне технічне оснащення для одночасного надання екстреної допомоги значній кількості осіб (діагностичне оснащення, ліфти, каталки, апарати штучної вентиляції легень тощо). Не сформована дієва система резервування медикаментів, медичних виробів. Система екстреної медичної допомоги не забезпечена авто- та авіатранспортом для здійснення перевезень резервних медикаментів, медичних виробів, великої кількості потерпілих з легкими ушкодженнями, додаткового медичного персоналу, волонтерів тощо.

Механізми міжвідомчої координації, інформаційної взаємодії та субординації при реагуванні на масові випадки, в тому числі на догоспітальному етапі, також не є дієвими.

Найважливіша ланка у ланцюгу засобів, процесів, заходів, що залучаються до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій - центральні оперативні диспетчерські - не обладнані автономним радіозв'язком, який об'єднує всі наявні бригади, підрозділи екстреної медичної допомоги та медичні заклади.

Не існує системи безперервного навчання, в тому числі практичних тренінгів щодо дій у випадку інцидентів з великою кількістю потерпілих, з кризового менеджменту для персоналу закладів охорони здоров'я, які працюють в режимі надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

Крім того, діюча система реагування не містить системної вимоги до регулярного вдосконалення підходів шляхом аналізу досвіду реагування на надзвичайні події, що уже відбулись, а також обов'язкових періодичних тренувань, в тому числі з залученням громадського населення.

МЕТА РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ

Метою реформи системи екстреної медичної допомоги є зниження смертності та набуття інвалідності населенням в результаті впливу невідкладних медичних станів та зміцнення впевненості громадян України у спроможності держави забезпечити доступну, своєчасну та якісну медичну допомогу у разі раптового погіршення здоров'я через хворобу чи травмування.

ШЛЯХИ І СПОСОБИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ

Розв'язати перелічені проблеми та досягти мети Концепції передбачається таким шляхом:

- розбудувати комплексну міжвідомчу систему надання першої допомоги;
- принципово змінити алгоритми догоспітальної категоризації викликів екстреної медичної допомоги; удосконалити діяльність диспетчерських служб;

- вдосконалити моделі розподілу посадових обов'язків між працівниками бригад екстреної медичної допомоги, запровадити нові, сучасні стандарти якості надання екстреної медичної допомоги поза межами лікарень та забезпечити їх дотримання;
- запровадити сучасні стандарти госпітальної допомоги пацієнтам в невідкладних медичних станах, а також забезпечити дотримання цих стандартів в ході запровадження нових механізмів державного фінансування охорони здоров'я;
- вдосконалити підходи до планування реагування на надзвичайні події в частині міжвідомчої взаємодії, аналізу та прогнозування потужностей закладів охорони здоров'я, а також регулярності міжвідомчих навчань та тренувань.

ЗАВДАННЯ РЕФОРМИ

Забезпечення ефективної першої допомоги

Перша допомога надається пацієнту на місці події особами, що не мають медичної освіти. Така допомога не може замінити допомогу професійних медичних працівників. Перша допомога надається виключно з метою забезпечити дії та заходи, вжити які необхідно протягом 4-8 хвилин після настання екстреної події – тобто періоду часу, протягом якого прибуття автомобіля екстреної допомоги та професійних медичних працівників може виявитись неможливим. Завданням надавачів першої допомоги є базова підтримка життя: забезпечення прохідності дихальних шляхів, підтримка зовнішнього дихання та кровообігу без використання спеціального обладнання, окрім засобів особистого захисту, зупинка критичної кровотечі.

Вдосконалення термінології у визначенні рівнів допомоги

Діючий Закон України «Про екстрену медичну допомогу» запроваджує поняття «домедичної допомоги». Це поняття є недосконалим. Попри відсутність медичної освіти у надавачів першої допомоги, їхні дії спрямовані на зцілення людини і не можуть протиставлятися медичній допомозі. Крім того, надання першої допомоги не може обмежуватись діями осіб, які зобов'язані до цього законом та службовими обов'язками.

У сучасній світовій практиці і, зокрема, у рекомендаціях Всесвітньої охорони здоров'я, рівні допомоги визначаються відповідно до медичних завдань, на які вони спрямовані, а також відповідно до кваліфікації надавачів. Вживану в Україні термінологію необхідно вдосконалити для відповідності цим міжнародно визнаним підходам. Зокрема, слід розрізнити:

- першу базову допомогу, що спрямована на забезпечення базової підтримки життя, і надається особами, що мають певний мінімальний рівень відповідної підготовки (свідками події, перехожими);
- першу розширену допомогу, що також спрямована на забезпечення базової підтримки життя, але припускає більший об'єм володіння відповідними навичками, в тому числі навичками роботи зі спеціальним обладнанням, і надається особами, що отримали сертифікат про проходження спеціального навчання (екстреними медичними реагувальниками – працівниками поліції, рятувальної служби тощо);

- догоспітальну базову допомогу, що вимагає найвищого рівня вмінь для забезпечення базової підтримки життя і надається екстреними медичними техніками – працівниками бригад екстреної медичної допомоги, що не мають медичної освіти, але отримали достатній рівень знань та навичок шляхом проходження відповідного навчання;
- догоспітальну розширену допомогу, що спрямована на забезпечення розширеної підтримки життя, тобто професійні дії у відповідності до медичних настанов для подальшої підтримки циркуляції, відновлення прохідності дихальних шляхів та адекватної вентиляції до прибуття пацієнта в заклад охорони здоров'я для отримання госпітальної допомоги;
- госпітальну екстрену допомогу, що надається у відділеннях екстреної медичної допомоги закладів охорони здоров'я, а також;
- госпітальну спеціалізовану допомогу, що надається у спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я.

Системний підхід до організації першої допомоги

Сьогодні в Україні зусилля, спрямовані на забезпечення надання першої допомоги постраждалим в екстрених ситуаціях, є фрагментованими, позбавленими загальної організаційної мети, цільової методологічної, фінансової та інформаційної підтримки. Для стійкого покращення ефективності цих зусиль вони повинні бути організовані як взаємопов'язана система. Така новостворена система першої допомоги буде невід'ємною частиною єдиної системи надання екстреної медичної допомоги і складатиметься з:

- МОЗ та організацій зі сфери його управління, що відповідають за затвердження стандартів та навчальних програм у сфері першої допомоги, ліцензування тренерів та навчально-тренувальних центрів;
- оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги, які забезпечують надання телефонних інструкцій з першої допомоги свідкам екстрених ситуацій після здійснення виклику та передачу виклику найближчому екстреному медичному реагувальнику, волонтерам;
- начальню-тренувальних закладів, що беруть участь у підготовці екстрених медичних реагувальників, у навчанні інших категорій населення навичкам першої допомоги, та сприяють підготовці та поширенню матеріалів у цій сфері;
- осіб, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні вміти надавати розширену першу допомогу;
- громадян, що беруть участь у навчанні навичкам першої допомоги на добровільній основі;
- органів державної та місцевої влади, органів місцевого самоврядування, що сприяють розширенню можливостей до надання базової та розширеної першої допомоги в громаді;
- засобів масової інформації, що поширюють просвітницькі та агітаційні матеріали у цій сфері;
- громадських організацій;

- приватних підприємств та благодійних організацій, що сприяють оснащенню засобами першої допомоги місць високої ймовірності екстрених ситуацій з потребою надання негайної допомоги постраждалим.

Система першої допомоги буде забезпечувати:

- обов'язкове навчання навичкам розширеної першої допомоги та відповідну сертифікація працівників, чия діяльність пов'язана із високою ймовірністю присутності у екстрених ситуаціях, створення і ведення реєстру таких осіб, забезпечення регулярних навчань для підтримки навичок та продовження дії сертифікату, перевірок на володіння відповідними навичками та знаннями;
- підтримку можливостей проходження бажаними громадянами навчання на отримання сертифікату екстреного медичного реагувальника або навчання загальним навичкам першої допомоги без отримання такого сертифікату за власний кошт;
- започаткування постійної просвітницької роботи серед населення, в тому числі поширення інформації про перші кроки для свідків невідкладного медичного стану, з залученням органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, центральних каналів радіо та телебачення, громадських організацій;
- забезпечення доступу до якісного стандартизованого навчання навичкам першої допомоги дітям для батьків під час вагітності та в післяпологовий період;
- системне забезпечення оснащенням засобів першої допомоги, зокрема – дефібриляторами, джгутами – місць високої ймовірності екстрених ситуацій з потребою надання негайної допомоги постраждалим; запровадження вимоги обов'язкової наявності дефібриляторів, джгутів на великих станціях громадського транспорту (включно із вимогою їх утримання в належному та готовому до використання стані) до операторів транспортної мережі; максимальне спрощення відповідних дозвільних процедур; залучення приватних підприємств та благодійних організацій до фінансової підтримки такого оснащення; розробка інтерактивних карт та мобільних застосунків для ідентифікації найближчого дефібрилятора;
- захист надавачів першої допомоги від судових переслідувань зі сторони постраждалого або його представників у разі, якщо вони допустились помилки під час добровільного надання допомоги цій особі або у випадку, якщо їхні зусилля виявились неефективними (в тому числі за допомогою правового регулювання, відомого в світі як «закон доброго самаритянина»).

Екстрені медичні реагувальники

Екстрені медичні реагувальники – це особи, які пройшли спеціалізоване навчання з надання першої розширеної допомоги, що включає практичні навички базової підтримки життя, в тому числі навички володіння відповідним обладнанням. Наявність сертифікату екстреного медичного реагувальника буде обов'язковою вимогою для виконання посадових обов'язків для таких професій:

- пожежники, рятувальники та інші співробітники Державної служби України з надзвичайних ситуацій;

- патрульна поліція та співробітники МВС;
- співробітники транспортної системи, зокрема водії, машиністи засобів громадського транспорту, провідники, бортпровідники та кондуктори.

Буде забезпечено контроль якості за установами, що проводять навчання на отримання сертифікату екстреного медичного реагувальника, в тому числі ліцензування таких установ, а також створено реєстр осіб, що мають відповідні сертифікати. Буде визначено терміни повторних навчань для продовження дії сертифікату.

Також буде запроваджено механізм автоматичного поширення інформації про випадки невідкладних станів в догоспітальних умовах серед усіх зареєстрованих екстрених медичних реагувальників, в тому числі засобами радіо- та мобільного зв'язку. Це дозволить залучити до надання негайної допомоги тих осіб, що мають відповідні навички і знаходяться найближче до постраждалої особи.

Крім того, буде запроваджено окрему державну програму підготовки екстрених медичних реагувальників, що працюватимуть на добровільній основі в громадах. Делегованим громадою представникам буде надана можливість проходження навчання та подальша методологічна на консультаційна підтримка.

Сертифіковані надавачі першої базової допомоги

Сертифіковані надавачі першої базової допомоги - це особи, які пройшли навчання з надання першої базової допомоги, що включає практичні навички базової підтримки життя. Наявність сертифікату про проходження такого навчання буде обов'язковою вимогою для виконання посадових обов'язків для таких професій:

- вихователі у дошкільних навчальних закладах, вчителі у школах та викладачі у вищих навчальних закладах;
- інші працівники соціальної сфери та працівники, зайняті на роботах з підвищеною небезпекою.

Стандартизоване навчання навичкам першої базової допомоги також стане невід'ємною частиною підготовки водіїв автотранспорту.

Навчання навичок базової першої допомоги в школі

Для того, щоб навичками першої допомоги поступово оволоділа максимальна кількість громадян, у партнерстві з системою середньої освіти буде запроваджена програма відповідного навчання для учнів 10-11 класів. Така програма поєднає викладання теоретичних знань з практичними заняттями з використанням манекенів та інших наглядних матеріалів.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ КАТЕГОРИЗАЦІЇ ВИКЛИКІВ

Догоспітальна категоризація викликів екстреної медичної допомоги має забезпечувати ефективну диспетчеризацію викликів та зменшення непрофільного навантаження на бригади.

Ефективна диспетчеризація

Ефективність диспетчеризації в Україні має бути принципово підвищена за допомогою низки взаємопов'язаних заходів.

По-перше, на основі аналізу існуючих модернізованих диспетчерських систем в Україні та закордонного досвіду, буде розроблено та запроваджено протоколи категоризації викликів за ступенем невідкладності необхідної допомоги.

По-друге, буде розроблено та запроваджено алгоритм ефективної автоматизованої диспетчеризації викликів, який дозволить на основі аналізу категорії викликів, наявних бригад та їх розташування, завантаженості бригад та іншої пов'язаної інформації, обробляти виклики відповідно до їх пріоритетності та використовувати кадрові та технічні ресурси максимально ефективно.

По-третє, діюче програмне забезпечення оперативно-координаційних диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф буде вдосконалене, в тому числі шляхом запровадження відповідної державної програми. При цьому розподіл коштів такої програми між областями буде рівномірним і ті області, що уже досягли кращих результатів в оновленні своїх диспетчерських служб, повинні мати можливість використання цієї підтримки на інші пов'язані цілі. Оновлене програмне забезпечення обласних оперативно-диспетчерських служб має відповідати таким вимогам:

- узгодженість з розробленими процесами категоризації та автоматичної диспетчеризації викликів;
- можливість автономної роботи та наявність резервних потужностей при виникненні надзвичайних ситуацій;
- наявність IT-систем та програмних компонентів, що унеможливають людську помилку;
- здатність максимально ефективно використовувати наявні ресурси, в тому числі інших установ, закладів, добровольців та власні резерви, для реагування на виклик;
- наявність спеціального технічного модуля для отримання та обробки викликів, що надходять неголосовими каналами зв'язку (для громадян з порушеннями мови та слуху).

По-четверте, буде розроблено центральну інформаційну систему для комунікації обласних диспетчерських служб, автоматизованого збору та консолідації статистичних даних. Це дозволить отримувати стандартизовані дані про діяльність системи екстреної медичної допомоги, а також координувати роботу обласних служб, в тому числі у випадку надзвичайних ситуацій.

По-п'яте, професію диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф буде введено до класифікатору професій України, а відповідні посадові обов'язки та кваліфікаційні вимоги буде переглянуто. Вони включатимуть:

- професійну підготовку за окремо розробленою програмою, володіння оновленими протоколами категоризації викликів, достатню фахову підготовку для надання інструкцій з першої допомоги під час очікування бригади;
- розширені навички володіння інформаційними технологіями для використання оновленого програмного забезпечення;
- вміння швидко приймати рішення під тиском часу та в умовах стресу;

- навички спілкування для забезпечення підтримки та заспокоєння свідків та постраждалих під час екстреної події;
- знання англійської мови (для певного відсотку від загальної кількості диспетчерів).

По-шосте, будуть вдосконалені механізми спільного реагування на виклики служб екстреної медичної допомоги, пожежно-рятувальної служби та поліції, а також запроваджена єдина національна інтегрована лінія для будь-яких екстрених ситуацій.

Альтернативне реагування на виклики, що не потребують ЕМД

Паралельно із вдосконаленням підходів до диспетчеризації викликів, буде запроваджуватись низка окремих заходів для системного зменшення кількості викликів, які приводять до виїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги попри те, що більш ефективним було би реагування шляхом надання іншої, альтернативної допомоги. Філософія вирішення цієї проблеми полягатиме не у відмові у допомозі у разі виклику, який не потребує негайної допомоги висококваліфікованих фахівців у сфері медицини невідкладних станів. Натомість, проблема буде вирішуватись через створення доступних та ефективних видів допомоги, які можуть бути надані в таких випадках замість виїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Ця робота буде вестись за кількома напрямками.

По-перше, буде створено умови для того, щоб при надходженні викликів від громадян, чий стан здоров'я потребує надання первинної медичної допомоги, в тому числі консультації лікаря з виїздом на місце перебування пацієнта, у телефонному режимі або за допомогою засобів телемедицини, диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф мав можливість:

- отримати оперативну консультацію лікаря з метою уточнення та прийняття рішення щодо необхідності первинної медичної допомоги замість виїзду бригади екстреної (швидкої) допомоги;
- автоматичного визначення надавача первинної медичної допомоги, з яким громадянин, для якого здійснюється виклик, уклав декларацію про вибір лікаря первинної медичної допомоги (за його прізвищем та номером паспорта), та негайного переключення виклику на чергового представника цього надавача, що здійснює цілодобову підтримку пацієнтів з невідкладних питань;
- переключення виклику на національну гарячу лінію безкоштовної конфіденційної підтримки громадян з питань охорони здоров'я та медичної допомоги.

По-друге, буде посилено координацію системи екстреної медичної допомоги з системою охорони психічного здоров'я, зокрема в частині профілактики психічних розладів, програм раннього втручання та кризової психологічної допомоги. Реформа екстреної медичної допомоги буде відбуватись одночасно з реалізацією Концепції розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року (схваленої Розпорядженням КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1018-р), що передбачає поступове збільшення доступної психотерапевтичної допомоги, реабілітаційних програм, практики домашнього супроводу, позастанціонарних форм надання спеціалізованої психіатричної допомоги та створення системи кризового консультування. Ці заходи дозволять знизити частоту звертань за екстреною медичною допомогою у випадках, що пов'язані з психологічним станом людини, але не потребують екстреної допомоги.

Навчання диспетчерів оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф включатиме базові навички спілкування та інформаційно-консультаційної підтримки громадян, що звертаються за екстреною допомогою у кризовому стані.

При цьому реалізація Концепції буде максимально узгоджена і скоординована з розгортанням поточної реформи соціальних послуг, яка розширює повноваження органів місцевого самоврядування щодо організації надання послуг за місцем проживання вразливих категорій населення та їх фінансування на засадах соціального замовлення. Успішна координація з процесом запровадження соціального замовлення може дозволити поступово запровадити інтегровані медико-соціальні послуги в громадах, що можуть включати елементи соціальних послуг та медичної допомоги, і надаватись як з участю професійних медичних працівників, так і за допомогою інших фахівців. Зокрема, до таких послуг може належати виїзд додому чи на місце події для медичної оцінки стану людини, транспортування її до закладу охорони здоров'я чи до місця надання необхідних соціальних послуг, психологічна підтримка чи консультування. Важливим елементом цієї моделі буде створення механізмів співробітництва та оперативної взаємодії оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з черговим представником громади для спрямування викликів, що не потребують виїзду бригади екстреної медичної допомоги, на отримання належної іншої послуги.

По-третє, буде запроваджено національний кол-центр – безкоштовну, конфіденційну гарячу лінію, куди зможе звернутись будь-який житель України за порадою лікаря щодо здоров'я чи інформацією, яка стосується медичної допомоги.

НОВА МОДЕЛЬ РОЗПОДІЛУ ПОСАДОВИХ ОBOB'ЯЗКІВ В СИСТЕМІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗМІНИ У ПІДГОТОВЦІ ТА ПЕРЕВІРЦІ КВАЛІФІКАЦІЇ ФАХІВЦІВ

Найважливішим активом системи екстреної медичної допомоги є її фахівці. Найдорожче обладнання та комфортні умови не можуть замінити лікарський інтелект, досвід та вправні руки. Діюча модель надання екстреної медичної допомоги в Україні повинна бути вдосконалена таким чином, щоб зберегти сьогodнішній кадровий резерв, і на його основі розвинути більш сучасні підходи до залучення людських ресурсів в процес рятування і збереження життя людини. Для цього необхідно здійснити такі зміни:

- переглянути посадові обов'язки та кваліфікацію сьогodнішніх працівників у бік глибшої професійності та активнішої ролі в діях та заходах на місці події чи на подальших ланках процесу надання допомоги;
- розширити спектр підходів до визначення кількісного та кваліфікаційного складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Нові професії та кваліфікаційні вимоги

Буде запроваджено систему підготовки фахівців за новими кваліфікаціями:

- диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – працівник оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, що відповідає за

прийняття, обробку та диспетчеризацію викликів екстреної медичної допомоги, а також за надання інструкцій з першої допомоги або інших видів інформаційно-консультативної підтримки в телефонному режимі у разі необхідності;

- екстрений медичний реагувальник – особа, що є учасником або свідком надзвичайної ситуації (в тому числі – працівники пожежно-рятувальної служби та поліції) і пройшла спеціалізоване навчання з надання першої розширеної допомоги, що включає практичні навички базової підтримки життя, в тому числі володіння спеціальним обладнанням;
- екстрений медичний технік – працівник бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, що відповідає за керування спеціалізованим санітарним транспортом та утримання його в належному стані, і має кваліфікацію для надання догоспітальної базової допомоги;
- парамедик – медичний працівник, що надає повний спектр необхідної пацієнту догоспітальної розширеної медичної допомоги;
- лікар медицини невідкладних станів – медичний працівник, що надає повний спектр необхідної пацієнту екстреної госпітальної допомоги (тобто медичної допомоги при невідкладних станах в умовах відділення екстреної медичної допомоги багатопрофільної лікарні інтенсивної терапії).

Бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги завжди матимуть у своєму складі екстреного медичного техника та парамедика, але зможуть мати і розширену кадрову комплектацію для забезпечення допомоги у випадках, що потребують спеціалізованої допомоги чи участі декількох медичних працівників. Зокрема, за окремих обставин, до роботи парамедика може долучатись лікар медицини невідкладних станів або лікар іншої спеціальності, і навпаки – парамедики можуть допомагати в здійсненні заходів та невідкладних дій після транспортування пацієнта до лікарні.

Нова модель надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі передбачає відповідні зміни у системі підготовки медичних працівників цієї системи та підходах до їх професійної атестації. Необхідно, щоб підготовка фахівців перелічених нових професій передбачала:

- нові стандарти надання екстреної медичної допомоги, зокрема – національні вимоги до кваліфікації, протоколи діяльності та рамкові вимоги до практичних навичок в розрізі кожного рівня підготовки та відповідних професій;
- нові навчальні програми, зорієнтовані на такі стандарти, вимоги та протоколи;
- акредитацію програми підготовки парамедиків на міжнародному рівні до 2025 року;
- підготовку та перепідготовку викладачів для викладання нових навчальних програм;
- можливість здобуття нових кваліфікацій шляхом перекваліфікації існуючих фахівців;
- можливість індивідуального ліцензування та сертифікації;
- вимогу періодичного перегляду та оновлення індивідуальних ліцензій для забезпечення незмінно високого рівня знань та навичок у працівників;

- незалежну оцінку знань та навичок;
- вимогу проходження кандидатами на отримання кваліфікації медичного працівника системи екстреної медичної допомоги тестів на когнітивні та психомоторні здатності протягом 24 місяців до складання іспитів на отримання відповідного сертифікату.

Ширший спектр підходів до визначення складу та кількості бригад

Запровадження нових професій в системі екстреної медичної допомоги буде одним з кроків до розширення і оптимізації множини типів бригад в структурі центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. При цьому:

- мінімальним загальнопрофільним стандартом стане бригада парамедиків, до складу якої входитиме два парамедики та екстрений медичний технік – до такого рівня буде розвинено всі існуючі фельдшерські бригади;
- підходи утворення лікарських бригад буде вдосконалено, їх склад – оптимізовано, а технічне оснащення – принципово покращено.

Загальнопрофільні бригади парамедиків зможуть забезпечити принципово вищий рівень реагування на екстрені випадки порівняно з сьогоденними можливостями загальнопрофільних фельдшерських та загальнопрофільних лікарських бригад. Це стане можливим передусім завдяки професійній кваліфікації парамедиків, які матимуть більш комплексні та практичні знання, а також кращу фізичну підготовку, ніж середній поточний рівень медичних працівників загальнопрофільних бригад, в тому числі лікарських бригад.

Лікарські бригади, залишаться важливою частиною реагування на виклики, що потребують участі лікаря. Такі бригади будуть створюватись центрами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф залежно від специфіки та обсягу навантаження.

ЕФЕКТИВНІШЕ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Запровадження змін в підготовці та атестації медичних працівників екстреної медичної допомоги має стати частиною ширшої діяльності з розробки комплексного бачення перспектив та напрямків розвитку системи управління якістю медичної допомоги в цілому. Враховуючи нагальність реформи системи екстреної медичної допомоги, нові механізми управління якістю в цій системі будуть використані як пілотні при розробці ширшого бачення для інших видів медичної допомоги.

Розмежування функцій в процесі підготовки та допуску фахівців до надання ЕМД

Сьогодні рівень знань та навичок медичних працівників системи екстреної медичної допомоги, а також рівень якості їх професійної діяльності, вдосконалюється та перевіряється у процесі їх атестації та переатестації, а також – опосередковано - в процесі акредитації та ліцензування закладів охорони здоров'я, де вони працюють.

В ході реформи системи екстреної медичної допомоги цей підхід буде вдосконалено. Передусім, буде чітко визначено і розмежовано п'ять основних функцій в процесі забезпечення кваліфікованості персоналу:

- функцію освіти (що означає когнітивне, психомоторне та афективне набуття нових знань та навичок, формальне та неформальне, початкове та подальше впродовж життя);
- функцію перевірки рівня знань та навичок (що означає незалежну екзаменацію наявних знань та навичок на відповідність певному мінімуму, необхідному для надання безпечної та ефективної екстреної медичної допомоги);
- функцію надання допуску до професійної діяльності (що означає надання дозволу окремій особі здійснювати діяльність у сфері надання екстреної медичної допомоги, характер та обсяг якої має бути нормативно визначений);
- функцію надання допуску до здійснення певних посадових обов'язків (що означає надання дозволу працівнику займати певну роль та виконувати певні обов'язки в межах конкретного закладу охорони здоров'я);
- функцію оцінки рівня знань та навичок понад встановлений мінімум (що означає присвоєння фахівцям додаткових професійних категорій, що є корисними, але не обов'язковими для виконання встановлених обов'язків).

Кожен працівник системи екстреної медичної допомоги повинен буде пройти перші чотири з перелічених етапів професійної кваліфікації (тобто мати достатню освіту, її незалежно перевірений доказ, а також мати особистий допуск як до професійної діяльності, так і до конкретної ролі в межах закладу). Однак виконання зазначених функцій буде чіткіше розділене між окремими організаціями для уникнення конфлікту інтересів. Підготовка фахівців буде здійснюватись навчальними закладами та тренінговими центрами, що повинні будуть здобути відповідну незалежну сертифікацію на наявність належних потужностей. Перевірка здобутих знань, а також видача допуску до професійної діяльності буде здійснюватися іншою, незалежною організацією або організаціями. В той же час, присвоєння додаткових професійних категорій понад обов'язковий мінімум буде поступово розвинене як добровільний процес за участю професійних асоціацій.

Агентство екстреної медицини – незалежний контроль якості

Для запровадження нової моделі підготовки та атестації фахівців створюється Агентство екстреної медицини (далі – АЕМ) - державне підприємство у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, яке забезпечуватиме процес стандартизації, навчання та підвищення кваліфікації, а також контролю рівня знань медичного персоналу системи екстреної медичної допомоги. Зокрема, до завдань АЕМ буде віднесено:

- розробка, оновлення протоколів та стандартів надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі;
- розробка вимог до сертифікації працівників системи догоспітальної екстреної медичної допомоги;
- розробка навчальних стандартів для підготовки працівників кожного рівня системи догоспітальної екстреної медичної допомоги;
- сертифікація навчально-тренувальних закладів для виконання програм підготовки фахівців системи догоспітальної екстреної медичної допомоги;

- розробка та затвердження вимог до навчальних програм та методик підготовки працівників системи екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, в тому числі щодо їх синхронізації з міжнародними вимогами;
- сертифікація слухачів, які успішно здали практичні та теоретичні іспити на досягнення навчальних стандартів для підготовки працівників кожного рівня системи екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі;
- аналіз даних та формування звітності на базі отриманої центральною інформаційною системою статистики.

Механізми зворотного зв'язку

Буде створено відкритий інформаційний портал на базі даних про діяльність служб екстреної медичної допомоги, на якому розміщуватиметься інформація про результати їх роботи. Такий портал дозволить органам місцевого самоврядування, громадським організаціям, активістам аналізувати параметри діяльності системи екстреної медичної допомоги, формувати та висловлювати свою позицію щодо її якості.

Крім того, буде запроваджено комплекс заходів для встановлення додаткових механізмів зворотного зв'язку для отримання інформації про досвід пацієнтів при отриманні екстреної медичної допомоги, їхніх скарг та пропозицій, а також для реагування на них. А саме:

- збір та аналіз інформації про досвід пацієнтів, а також розробку пропозицій щодо реагування на них, буде виділено як функціональний обов'язок окремих працівників Агентства екстреної медицини і центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- буде розроблено низку матеріалів для інформування населення про шляхи надання зворотного зв'язку при отриманні екстреної медичної допомоги;
- у партнерстві з представниками громадського суспільства, буде розроблено методологію регулярного моніторингу вражень пацієнтів від досвіду отримання екстреної медичної допомоги, в тому числі шляхом спеціальних опитувань.

Конкурентний рівень заробітної плати

Як і у будь-якій сфері, достойний рівень заробітної плати є важливим, хоч і не єдиним, фактором підвищення якості праці та залучення кваліфікованих фахівців. Однак кадрове забезпечення реформи екстреної медичної допомоги висуватиме додаткові вимоги до рівня оплати праці. Реформа суттєво підвищить кваліфікаційні вимоги до персоналу, введе до їх числа принципово нові складові (наприклад, додатковий рівень професійної підготовки, в тому числі фізичної підготовки, – для парамедиків, підготовку на рівні екстреного медичного реагувальника – для екстрених медичних техніків, знання англійської мови – для певної частини диспетчерів та парамедиків). Для того, щоб мотивувати сьогоднішніх працівників системи екстреної медичної допомоги до підвищення кваліфікації, а також для приваблення у кадровий склад нових фахівців, необхідно, щоб рівень заробітної плати на цих посадах був конкурентним у порівнянні з альтернативними формами зайнятості для професіоналів такого рівня.

Професійні змагання

Важливою частиною підготовки та підтримки кваліфікації медичних працівників системи екстреної медичної допомоги, постійного поглиблення їхніх знань та навичок, є

можливість участі у професійних змаганнях. В ході реалізації концепції буде забезпечено підтримку та подальший розвиток регулярних національних змагань парамедиків, інформаційна підтримка для забезпечення широкого висвітлення змагань серед професійної спільноти та громадськості, участь українських парамедиків у змаганнях міжнародного рівня.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ У НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ

Надання екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі має бути вдосконалене за рахунок:

- посилення вимог до технічного оснащення, кадрової комплектації та організації діяльності закладів охорони здоров'я, що надають таку допомогу;
- запровадження механізмів фінансування екстреної медичної допомоги як частини програми державних фінансових гарантій надання медичної допомоги, які б дозволили забезпечити відповідний рівень технологічних, кадрових та організаційних вимог, а також достатню ступінь координації між системами догоспітальної та госпітальної допомоги.

Перегляд вимог до надання госпітальної допомоги при невідкладних станах

Спроможність лікарні надати повноцінний об'єм екстреної медичної допомоги має стати одним з визначальних вимог до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, які будуть отримувати фінансування від Національної служби здоров'я України. Відповідно, якнайшвидше має розпочатись підготовка з визначення перспективних закладів охорони здоров'я госпітальних округів, чий потужності та кадровий потенціал у цій сфері повинні бути розвинені, а також надання їм інвестиційної підтримки.

З цією метою поточні параметри об'єму медичної допомоги, що надається багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня госпітальних округів, має бути розширено для включення до нього достатніх потужностей для забезпечення цілодобового режиму надання екстреної медичної допомоги. Крім того, потужності багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування повинні включати можливість надання реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною командою в гострому періоді (не цілодобово).

Додатково, буде введено спеціальні параметри об'єму медичної допомоги для багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, що отримуватимуть фінансування на надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда, а також пацієнтам з мозковим інсультом.

Державні будівельні норми, що поширюються на заклади охорони здоров'я, які надають екстрену медичну допомогу, будуть принципово переглянуті. Діючі державні будівельні норми в цій сфері є застарілими і не відповідають вимогам надання екстреної медичної допомоги на сучасному рівні. Зокрема, оновлені норми будуть забезпечувати такі обов'язкові параметри:

- розташування стін, дверей, порогів, поворотів, ширину дверей та коридорів, та дотримання перепадів висот, яке дозволяє безперешкодний проїзд каталок та швидке і безболісне переміщення пацієнта у невідкладному стані;

- можливість організації ефективної логістики та маршруту пацієнта у невідкладному стані в закладі охорони здоров'я;
- неперервність теплового ланцюжка, у наявність боксів для заїзду автомобілів екстреної медичної допомоги безпосередньо в заклад охорони здоров'я.

На національному рівні буде запроваджено методологію та навчальні програми для керівників багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та медичного персоналу для посилення навичок у сфері організації госпітальних процесів для мінімізації часу перебування пацієнтів у відділеннях екстреної медичної допомоги та оптимізації роботи цих відділень.

Доопрацювання механізмів фінансування ЕМД

Посилення вимог до потужностей закладів охорони здоров'я при наданні екстреної медичної допомоги буде спиратись на нові механізми фінансування, що запроваджуватимуться на основі Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» та Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 п. (№1013-р).

Згідно з цими нормативними актами, екстрена медична допомога є частиною програми державних фінансових гарантій надання медичної допомоги, що розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики. Реформа екстреної медичної допомоги вимагатиме, щоб зазначений порядок у частині екстреної медичної допомоги мав наступні параметри:

- тарифи для оплати надання медичних послуг та лікарських засобів при невідкладних медичних станах повинні поєднувати ставки за пролікований випадок та глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначений період;
- при застосуванні тарифів, встановлених як ставка за пролікований випадок, мають бути застосовані додаткові механізми для нівелювання мотиву до збільшення кількості госпіталізацій (наприклад, річні стелі на кількість випадків);
- елементи фінансових стимулів, що винагороджуватимуть дотримання підвищених стандартів якості, ефективну категоризацію викликів, активну інформаційно-консультаційну підтримку населення.

Такий підхід дозволить забезпечити:

- постійну готовність системи екстреної медичної допомоги до надання допомоги прогнозній кількості пацієнтів (з урахуванням ймовірності надзвичайних ситуацій) незалежно від фактичного навантаження;
- покращення координації між догоспітальною та госпітальною ланкою при наданні екстреної допомоги (адже лікарні отримують стимул приймати пацієнтів у невідкладних станах, не переспрямовуючи їх до інших закладів охорони здоров'я без крайньої необхідності);

- фінансову мотивацію до покращення якості медичної допомоги та роботи з населенням;
- реалістичне врахування в тарифах для оплати надання екстреної медичної допомоги вартості медичних послуг та лікарських засобів та узгодження нових стандартів надання екстреної медичної допомоги з наявними фінансовими ресурсами.

РЕАЛІСТИЧНІ ТА НАДІЙНІ МЕХАНІЗМИ РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ

Вдосконалення підходів до реагування на надзвичайні ситуації включатиме:

- розробку та запровадження сучасної методології організації надання екстреної медичної допомоги та проведення медичного сортування постраждалих на догоспітальному етапі при масовому випадку (включно з алгоритмом взаємодії екстрених рятувальних служб);
- організацію постійно діючих штабів реагування на випадки надзвичайних ситуацій при диспетчерських службах центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- забезпечення усіх структурних одиниць, задіяних у реагування на надзвичайні ситуації (центральної оперативних диспетчерських служб, бригад екстреної медичної допомоги, закладів охорони здоров'я), засобами захищеного радіо-зв'язку;
- розроблення методики розрахунку потреби у лікарських засобах, предметах медичного призначення, транспортних засобах, лікарняних ліжках, персоналі та добровольцях;
- розроблення методики проведення спільних навчань рятувальних служб, органів влади, комунальних служб та добровольців.

ПОСИЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

Навантаження на систему екстреної медичної допомоги необхідно зменшувати шляхом максимального попередження невідкладних медичних випадків. Враховуючи структуру профільних викликів на сьогоднішній день, ця робота буде спрямована, передусім, на:

- профілактику серцево-судинних захворювань (в тому числі – їх профілактику їх появи, розвитку, а також невідкладну профілактику при загостренні перебігу захворювання);
- запобігання травматизації внаслідок транспортних пригод.

Посилення профілактики серцево-судинних захворювань очікується в ході запровадження реформи громадського здоров'я та реформи первинної медичної допомоги. Запровадження нових методів фінансування первинної ланки в охороні здоров'я, зміцнення ролі сімейних лікарів та покращення умов їхньої роботи, а також інформаційна робота з населенням сприятиме поступовому поширенню здорового способу життя, ранньому виявленню захворювань, запровадженню більш ефективних методів лікування.

Запобігання травматизації населення внаслідок транспортних пригод буде здійснюватися шляхом принципового посилення заходів безпеки дорожнього руху. В партнерстві з відповідними державними відомствами та громадянським суспільством буде розроблено зміни до правил дорожнього руху та вимог щодо їх дотримання. Крім того, буде розроблено та запроваджено програму просвітницької роботи з населенням для зміни суспільного сприйняття правил безпеки дорожнього руху та ризиків їх порушення.

ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Реалізація Концепції сприятиме:

- посиленню спроможності держави забезпечити порятунок життя та надання іншої невідкладної допомоги будь-якому українцю в екстреній ситуації, що загрожує його життю чи здоров'ю;
- зменшенню смертності та інвалідності населення, зростанню середньої тривалості життя українців та стану їхнього здоров'я;
- відновлення довіри населення до системи екстреної медичної допомоги;
- підвищеній готовності України до можливих надзвичайних подій;
- більш ефективному використанню бюджетних коштів (за рахунок ефективнішого надання екстреної медичної допомоги, а також зменшенню кількості ускладнень, що призводять до необхідності більш дорогого лікування);
- розбудові міжнародного іміджу України як місця для безпечного відвідання та перебування.

СТРОКИ ТА ЕТАПИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ

Реалізація Концепції здійснюється протягом 2018-2022 років двома етапами.

Перший етап (2018-2019)

На першому етапі (2018-2019 роки) передбачається:

- створити законодавчі умови для застосування в Україні міжнародно визнаної типологізації рівнів допомоги;
- запровадити підготовку екстрених медичних реагувальників, створити їх реєстр і реалізувати технічну можливість автоматично сповіщати їх про випадки невідкладних станів;
- розробити та затвердити навчальну програму з навичок першої допомоги для учнів 10-11 класів середніх шкіл;
- розробити регламентні документи для роботи систем диспетчерських служб, запровадити використання протоколів диспетчеризації для категоризації звернень громадян, розробити алгоритми диспетчеризації бригад екстреної медичної допомоги у відповідності до пріоритетів викликів;

- створити сучасні, гнучкі, уніфіковані та автоматизовані механізми комунікації обласних диспетчерських служб, збору та аналізу статистичних даних, моніторингу та управління якістю на центральному рівні;
- розпочати програму створення та модернізації диспетчерських центрів, телекомунікаційних та інформаційних систем диспетчерських служб, залучивши до моніторингу реалізації відповідних програм міжнародні організації, зовнішніх аудиторів та громадські організації;
- запровадити оновлені протоколи реагування диспетчерів оперативно-координаційної диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на виклики від громадян, чий стан здоров'я потребує надання первинної медичної допомоги, а також громадян, чий стан здоров'я потребує психіатричної допомоги;
- створити відкритий інформаційний портал для громадського моніторингу діяльності служб екстреної медичної допомоги;
- створити національну гарячу лінію цілодобового консультування з питань медичної допомоги;
- створити Агентство екстреної медичної допомоги, забезпечити його технічне оснащення, добір та навчання кадрів;
- створити правову основу для запровадження нових механізмів сертифікації та атестації працівників системи екстреної медичної допомоги;
- запровадити нові професії системи екстреної медичної допомоги та запровадити механізми фінансування їх діяльності, що дозволять забезпечити конкурентний рівень заробітної плати;
- розробити програму підвищення кваліфікації викладачів для навчання спеціальностями та кваліфікаційними категоріями згідно з цією Концепцією, забезпечити проведення відповідних тренінгів та перевірку отриманих знань;
- розпочати навчання спеціалістів за новими спеціальностями та кваліфікаційними категоріями згідно з цією Концепцією;
- провести навчання та інституційну реорганізацію з метою забезпечити перекваліфікацію існуючих фахівців системи екстреної медичної допомоги для роботи за новими кваліфікаційними вимогами;
- включити наявність спеціалізованого відділення екстреної медичної допомоги з сучасним технічним оснащенням та окремими вимогами до організації та координації госпітальних процесів до параметрів об'єму медичної допомоги, що надається багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня госпітальних округів;
- розробити та запровадити методологію організації надання екстреної медичної допомоги та проведення медичного сортування постраждалих на догоспітальному етапі при масовому випадку (включно з алгоритмом взаємодії екстрених рятувальних служб).

Другий етап (2020-2022)

На другому етапі (2020-2022 роки) передбачається:

- розпочати функціонування системи негайного сповіщення екстрених медичних реагуювальників про випадки невідкладних станів за допомогою засобів мобільного зв'язку;
- запровадити спільні алгоритми дій екстреної медичної допомоги, пожежно-рятувальної служби і поліції при реагуванні на випадки невідкладних станів;
- створити законодавчу основу для захисту надавачів першої допомоги, що не мають медичної освіти, від судових переслідувань зі сторони постраждалого або його представників у разі, якщо вони допустились помилки під час добровільного надання допомоги цій особі або якщо їхні зусилля виявились неефективними;
- забезпечити обов'язкове викладання навчальної програми програму з навичок першої медичної допомоги для учнів 10-11 класів середніх шкіл;
- завершити програму створення та модернізації диспетчерських центрів, телекомунікаційних та інформаційних систем диспетчерських служб;
- забезпечити постійне функціонування механізму підготовки спеціалістів за новими спеціальностями та кваліфікаційними категоріями згідно з цією Концепцією;
- розпочати фінансування надання екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі з оплатою за тарифами, що містять елемент оплати за пролікований випадок;
- запровадити державну інвестиційну програму для підтримки розвитку відділень екстреної медичної допомоги багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування;
- забезпечити наявність у всіх структурних одиниць, задіяних у реагуванні на надзвичайні ситуації (центральної оперативних диспетчерських служб, бригад екстреної медичної допомоги, закладів охорони здоров'я) засобів захищеного радіо-зв'язку.

ОБСЯГ ФІНАНСОВИХ, МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИХ, ТРУДОВИХ РЕСУРСІВ

Фінансування заходів з реалізації Концепції здійснюється з державного та місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються у бюджетах відповідних територіальних громад на відповідний рік, а також за рахунок міжнародної технічної та фінансової допомоги.