

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»
Кафедра публічного управління та державної служби

Кваліфікаційна робота магістра

на тему:

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН У СИСТЕМІ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Виконав студент 2 курсу,
групи ЗПУА-3-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічне управління та
адміністрування»

_____ Максим ПЕРЕПЕЛИЦЯ

Науковий керівник роботи:
Кандидат медичних наук, доцент

_____ Олег ВАШЕВ

Харків – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	6
1.1 Теоретична сутність екстреної медичної допомоги, як об’єкта державного регулювання.....	6
1.2 Принципи державного регулювання трансформаційних змін у соціальній сфері.....	12
1.3 Стратегічний інструментарій державного регулювання трансформаційних змін у екстреній медичній допомозі.....	19
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН У ЕКСТРЕНІЙ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ	26
2.1 Аналіз функціонування екстреної медичної допомоги в Україні та світі	26
2.2 Аналіз трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги	32
2.3 Аналіз світового досвіду державного регулювання та реформування у сфері екстреної медичної допомоги	39
РОЗДІЛ 3 ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН У СИСТЕМІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	48
3.1 Методичний підхід до оцінки державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги.....	48
3.2 Організаційне-методичне забезпечення моніторингу державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги.....	55
3.3 Методичні рекомендації щодо моніторингу державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги.....	58
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	78

ВСТУП

Сучасні трансформаційні процеси, що відбуваються в системі охорони здоров'я України, зумовлені необхідністю підвищення ефективності, доступності та якості медичних послуг в умовах зростання соціальних ризиків, демографічних викликів і зовнішніх загроз. Однією з ключових складових системи охорони здоров'я є екстрена медична допомога (ЕМД), функціонування якої напряму впливає на рівень збереження життя та здоров'я громадян, швидкість реагування на надзвичайні події та стійкість держави до кризових ситуацій. Трансформація системи ЕМД є стратегічним пріоритетом державної політики, що вимагає науково обґрунтованих підходів до державного регулювання, узгодження нормативно-правових, інституційних та цифрових змін.

Актуальність теми дипломної роботи обумовлена потребою комплексного реформування ЕМД України з урахуванням міжнародного досвіду, сучасних технологічних рішень та вимог безпеки населення. Воєнні дії, збільшення кількості критичних випадків, необхідність удосконалення диспетчеризації, логістики, кадрового забезпечення та інтеграції електронних систем роблять державне регулювання трансформацій особливо важливим. Водночас у сфері ЕМД існує низка системних проблем: нерівномірність доступності, недостатня цифровізація, обмеженість фінансування, застаріла матеріально-технічна база, відсутність єдиних стандартів моніторингу. Це зумовлює потребу в розробленні методичного забезпечення державного управління трансформаційними змінами.

Об'єктом дослідження є система екстреної медичної допомоги як елемент державної політики у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є механізми, принципи, інструменти та методичне забезпечення державного регулювання трансформаційних змін у екстреній медичній допомозі.

Метою роботи є наукове обґрунтування теоретичних засад, аналітична оцінка сучасного стану та розроблення методичного забезпечення державного

регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги.

Для досягнення мети визначено такі завдання:

- дослідити теоретичну сутність екстреної медичної допомоги як об'єкта державного регулювання.
- проаналізувати принципи державного регулювання трансформаційних процесів у соціальній сфері та їх застосування до ЕМД.
- обґрунтувати стратегічний інструментарій державного регулювання трансформацій у системі ЕМД.
- провести аналіз умов функціонування ЕМД в Україні та світі та дослідити світовий досвід реформування систем екстреної допомоги.
- розробити методичний підхід до оцінки державного регулювання трансформаційних змін у ЕМД.
- сформулювати організаційно-методичне та надати практичні рекомендації забезпечення моніторингу державного регулювання трансформаційних змін у системі ЕМД.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених мети й завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів, а саме системний та структурно-функціональний аналіз, порівняльно-аналітичний метод, статистичний аналіз, методи моделювання, графічного представлення, експертного оцінювання та узагальнення.

Для аналізу документальних та літературних джерел, вивчення рівня розробки проблеми у вітчизняній та зарубіжній літературі, еволюції політики держави щодо регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги застосовувалися історичний і логічний методи, методи наукової абстракції, експертних оцінок та описового моделювання й узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування шляхів удосконалення існуючих та впровадження нових механізмів державного

регулювання системі екстреної медичної допомоги та визначення напрямів державної політики України у цій сфері.

Новизна роботи полягає у формуванні комплексного методичного підходу до оцінювання та моніторингу державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги, що враховує взаємодію нормативних, інституційних та цифрових компонентів.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання розроблених рекомендацій органами державної влади, закладами охорони здоров'я та регіональними центрами ЕМД для підвищення ефективності реформування, оптимізації процесів управління, удосконалення системи диспетчеризації та підвищення якості надання екстреної допомоги населенню.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1 Теоретична сутність екстреної медичної допомоги, як об'єкта державного регулювання

Екстрена медична допомога (ЕМД) становить собою теоретичну сутність державного регулювання, що спрямована на забезпечення невідкладної, рятівної допомоги громадянам. Її місце у системі охорони здоров'я є ключовим, оскільки вона функціонує як перша та найбільш критична ланка, що забезпечує безоплатне, цілодобове та універсальне право на захист життя і здоров'я у невідкладних станах. Державне регулювання ЕМД вимагає встановлення правових, організаційних та фінансових засад, зокрема, через розробку законів, які визначають стандарти надання послуг, та створення ефективної мережі центрів і станцій ЕМД.

Головна мета ЕМД — збереження життя пацієнта, мінімізація шкоди здоров'ю та забезпечення стабілізації його стану до моменту надання спеціалізованої допомоги у стаціонарі. Це реалізується бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги через комплекс медичних заходів, що здійснюються у невідкладних станах, відповідно до Постанови КМУ № 1359. **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**

Теоретична сутність екстреної медичної допомоги як об'єкта державного регулювання полягає у забезпеченні невідкладної, рятівної допомоги тим, хто її потребує, шляхом встановлення правових, організаційних та фінансових засад функціонування системи екстреної медичної допомоги. Це включає розробку та впровадження державних законів, що визначають стандарти надання послуг, створення системи центрів і станцій екстреної допомоги, а також фінансування її роботи з метою захисту життя і здоров'я громадян, особливо під час надзвичайних ситуацій.

Система екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні функціонує на безоплатній основі та надає допомогу пацієнтам в невідкладному стані та травмованим при нещасних випадках з масовою кількістю постраждалих. Структурною одиницею станції екстреної (швидкої) медичної допомоги чи центру екстреної медичної допомоги, завданням якої є надання допомоги людині у невідкладному стані як на місці події, так і під час транспортування до закладу охорони здоров'я, є бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги має право кожен громадянин України а також будь-яка інша особа. [46, 42, 48, 49]

Якщо давати визначення поняттю ЕМД, то визначається воно як комплекс медичних заходів, які здійснюються у невідкладних станах, що загрожують життю або здоров'ю людини. А головною метою ЕМД — зберегти життя пацієнта, мінімізувати шкоду здоров'ю та забезпечити стабілізацію його стану до моменту надання спеціалізованої допомоги в стаціонарі.

Відповідно до постанови КМУ «Деякі питання організації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» від 28.12.2020р. № 1359 (далі — Постанова № 1359) визначає порядок функціонування оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Відповідно до вказаного документа основними завданнями ЦОД (центральна оперативно-диспетчерська ЕМД є: негайне реагування на виклик (зазвичай за номером 103 або 112); прибуття на місце події у найкоротші терміни; надання медичної допомоги на місці, включаючи першочергові рятувальні заходи (наприклад, серцево-легенева реанімація); безпечне транспортування пацієнта до медичного закладу (лікарні) для подальшого лікування; моніторинг стану пацієнта під час транспортування. **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**

ЕМД займає ключове місце в системі охорони здоров'я, функціонуючи як перша та невідкладна ланка допомоги. Її місце визначається унікальною функцією — наданням своєчасної, якісної та безперервної допомоги пацієнтам

у станах, що загрожують їхньому життю або можуть призвести до значної шкоди здоров'ю, незалежно від місця їхнього перебування.

Таким чином, ЕМД включає в себе не просто транспортування хворих, а вона функціонує як самостійна, життєво-важлива підсистема, що забезпечує безперервність та спадкоємність медичної допомоги, починаючи з моменту виникнення невідкладного стану. [41]

Таблиця 1.1

Роль екстреної медичної допомоги у системі охорони здоров'я

Роль у Системі	Опис
Міст між громадою та лікарнею	Єдина служба, яка забезпечує медичне втручання на догоспітальному етапі (поза медичним закладом).
Рятувальна ланка	Забезпечує негайне втручання, коли час є вирішальним фактором (наприклад, при інфаркті, інсульті, травмах, масивних кровотечах, нещасних випадках).
Цілодобова доступність	Працює 24/7 і є безкоштовною для громадян, гарантуючи право на невідкладну допомогу.
Основа Медицини Катастроф	Є базовою структурою, яка активується та масштабується для надання допомоги при надзвичайних ситуаціях (масові травми, стихійні лиха, катастрофи).
Координаційний центр	Через диспетчерські служби (Центри ЕМД та Медицини катастроф) координує роботу бригад, забезпечуючи їхнє оперативне прибуття та взаємодію з іншими службами (поліція, ДСНС).

Ключовими функціями екстреної медичної допомоги є: забезпечення першої лінії життєзабезпечення; безперервність та координація допомоги; доступність та універсальність тощо. [10, 34, 8]

Відповідно до першої функції, що собою являє забезпечення першої лінії життєзабезпечення. Забезпечення першої лінії життєзабезпечення є головною та найбільш критичною функцією (ЕМД). Ця функція зосереджена на негайному реагуванні та наданні допомоги на догоспітальному етапі — часто в небезпечних, некомфортних умовах і за обмежений час.

У критичних ситуаціях (особливо при травмах, гострому інфаркті міокарда та інсульті) кожна хвилина має вирішальне значення. ЕМД працює в концепції «Золотої Години» (або «Платинової Десятихвилинки» для травми) — проміжку часу, протягом якого своєчасне втручання може

кардинально змінити прогноз і врятувати життя пацієнта. Час-залежні стани: Швидке розпізнавання, наприклад, симптомів інсульту (використання шкали FAST) або інфаркту, та негайне виконання протоколів лікування (наприклад, транспортування до центру з можливістю проведення тромболізу чи стентування) є прямим завданням ЕМД.

Також екстрена медична допомога виконує функцію ключового координатора в медичній системі. Це означає, що її робота не обмежується лише наданням допомоги на місці події; вона забезпечує плавний, безпечний та інформаційно насичений перехід пацієнта від догоспітального етапу до стаціонарного лікування. Відповідно ролі ЕМД, як координаційного центру включає в себе диспетчерську службу та сповіщення стаціонару.

Якщо розглядати екстрену допомогу з боку диспетчерської служби, то доцільно буде говорити про те що перш за все диспетчерська служба ЕМД приймає та сортує виклики (тріаж). Також вона розподіляє та визначає пріоритетність викликів, це робиться досить швидко та певними алгоритмами. Також зі сторони диспетчерської служби проводиться логістика бригад та карет швидкої допомоги, тобто проводить маршрутизацію бригади та, що критично важливо, вибір цільового стаціонару (наприклад, везти пацієнта з інфарктом не до найближчої лікарні, а до того закладу, де є кардіохірургічна бригада та ангиограф). [42]

Також до функцій ЕМД, як координаційного центру входить сповіщення стаціонару про прибуття бригади ЕМД. Бригада ЕМД, прибувши на місце та встановивши попередній діагноз (наприклад, гострий інсульт, політравма, гострий коронарний синдром), негайно повідомляє приймальне відділення обраного госпіталю. Це дає змогу лікарні активувати профільну команду (наприклад, «Інсультну команду» чи «Травма-команду») ще до прибуття пацієнта, що значно скорочує час до початку життєво необхідного лікування.

Таким чином, ЕМД діє як міст між місцем небезпеки та місцем остаточного лікування, забезпечуючи, що час, проведений поза лікарнею,

буде використаний максимально продуктивно для стабілізації та підготовки пацієнта до подальшого успішного лікування.

ЕМД носить доступний та універсальний характер. На відміну від планової медицини екстрена медична допомога гарантує та забезпечує цілодобовий, безоплатний та універсальний доступ до медичної допомоги. Також екстрена медицина є соціальним запобіжником, що забезпечують конституційне право громадян на захист здоров'я у невідкладних випадках. [50, 43]

Необхідно зауважити що система екстреної медичної допомоги в Україні не функціонує ізольовано, вона є ключовим інтегруючим елементом системи [35] (Таблиця 1.2).

Таблиця 1.2

Взаємодія ЕМД з іншими секторами

Сектор Охорони Здоров'я	Взаємодія з ЕМД
Стаціонарна Допомога	Швидка доставка пацієнтів у профільні відділення (Травмпункти, Інсультні Центри, Кардіоцентри) для негайного продовження лікування (наприклад, тромболізис, оперативні втручання).
Первинна Медична Допомога (ПМД)	Консультативна підтримка, переадресація непрофільних чи хронічних пацієнтів до сімейних лікарів, а також навчання населення першій допомозі.
Громадська Безпека	Тісна співпраця з поліцією, ДСНС (пожежна та рятувальна служби) на місцях катастроф, ДТП та надзвичайних ситуацій.
Центри Катастроф та Військова Медицина	Участь у ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій та надання допомоги в умовах військових дій.

Рівень розвитку та ефективність служби ЕМД є прямим показником зрілості та стійкості всієї національної системи охорони здоров'я. Чим швидше та якісніше надається допомога на догоспітальному етапі, тим менша смертність, нижча інвалідизація та менші економічні витрати на подальше лікування ускладнень. [34, 37]

Ефективна ЕМД включає в себе: високу кваліфікацію парамедиків та екстрених медичних техніків; сучасне обладнання (дефібрилятори, апарати ШВЛ, монітори); оптимізовану логістику (час доїзду, покриття території); інтеграцію з технологіями (системи диспетчеризації, телемедицина).

Місце Екстреної Медичної Допомоги у системі охорони здоров'я — це місце життєво важливого, високопрофесійного форпосту, що захищає життя громадян у найкритичніші моменти. Це не просто транспортна служба, а повноцінний клінічний підрозділ, що виконує складні діагностичні та лікувальні маніпуляції, від яких часто залежить кінцевий результат лікування пацієнта.

Екстрена медична допомога виходить за рамки простого надання послуг, функціонує як ключовий інтегруючий та координаційний елемент національної системи охорони здоров'я. Її функція не обмежується лише забезпеченням першої лінії життєзабезпечення на догоспітальному етапі, але й поширюється на координацію допомоги шляхом ефективного тріажу, логістики бригад та критично важливого сповіщення стаціонару про прибуття пацієнта. ЕМД діє як міст між місцем небезпеки та місцем остаточного лікування, забезпечуючи, щоб час поза лікарнею був використаний максимально продуктивно для стабілізації пацієнта.

Доказано ефективність ЕМД нерозривно пов'язана з її тісною взаємодією з іншими секторами: стаціонарною допомогою (для швидкої доставки у профільні центри), первинною медичною допомогою (для переадресації непрофільних випадків) та службами громадської безпеки (поліція, ДСНС).

Таким чином, рівень розвитку та ефективність служби ЕМД є прямим показником зрілості та стійкості всієї національної системи охорони здоров'я. Чим швидше та якісніше надається допомога, тим менша смертність, нижча інвалідизація та менші економічні витрати. Місце ЕМД — це місце життєво важливого, високопрофесійного форпосту, що захищає конституційне право громадян на здоров'я. Стратегічний розвиток системи вимагає постійного інвестування у кваліфікацію парамедиків, сучасне обладнання, оптимізовану логістику та інтеграцію технологій (телемедицина, цифрові системи), що є запорукою підвищення довіри та результативності системи в цілому.

1.2 Принципи державного регулювання трансформаційних змін у соціальній сфері

Сучасні суспільства функціонують в умовах безперервних трансформаційних процесів, спричинених глобалізацією, стрімкою цифровізацією та демографічними зрушеннями. У цьому динамічному середовищі держава постає ключовим інституційним актором, чия роль полягає у забезпеченні системності, сталого розвитку та інклюзивності перетворень у соціальній сфері. Ефективне державне регулювання не може обмежуватися лише реактивними заходами; воно потребує науково обґрунтованих принципів для встановлення чітких рамок, обмежень та пріоритетів реформаційних процесів.

Ключовими принципами, що визначають успішну державну політику трансформації, є цілеспрямованість, соціальна справедливість, системність, гнучкість та правове забезпечення. Ці принципи гарантують, що процес перетворення суспільства буде цілісним і послідовним, охоплюючи як формування нових соціальних інститутів, так і створення сприятливих умов для життєдіяльності громадян. Як ілюструє Таблиця 1.3, основними механізмами реалізації цих принципів є законність (через регламенти), системність (через крос-секторальні програми), субсидіарність (через децентралізацію), а також цифровізація та партнерство, що забезпечують прозорість, ефективність та залученість громадськості до спільного прийняття рішень. [10,22]

Сучасні суспільства перебувають у стані безперервних трансформаційних процесів, спричинених глобалізацією, цифровізацією, демографічними зрушеннями та зміною моделей соціального споживання. У таких умовах держава постає ключовим інституційним актором, який забезпечує системність, сталий розвиток та інклюзивність трансформацій соціальної сфери. Ефективне державне регулювання потребує науково обґрунтованих принципів, що визначають рамки, обмеження та пріоритети реформаційних процесів.

Принципами державного регулювання трансформаційних змін у соціальній сфері є цілеспрямованість, соціальна справедливість, системність, стабільність, гнучкість та правове забезпечення. Ці принципи забезпечують цілісний, послідовний та стабільний процес перетворення суспільства, що охоплює формування нових соціальних форм та інститутів, підтримку соціальної справедливості та створення сприятливих умов для життєдіяльності громадян. Детальніше принципи державного регулювання розписані в таблиці 1.3

Таблиця 1.3

Ключові принципи державного регулювання трансформацій соціальної сфери

Принцип	Зміст	Механізми реалізації
Законність	Нормативна визначеність реформ	Закони, стандарти, регламенти
Системність	Взаємопов'язаність секторів	Крос-секторальні програми
Субсидіарність	Делегування повноважень	Децентралізація, місцеві стратегії
Соціальна справедливість	Підтримка вразливих груп	Соціальні гарантії, субсидії
Цифровізація	Використання ІКТ	Е-реєстри, цифрові сервіси
Ефективність	Досягнення вимірюваних результатів	КРІ, моніторинг, аудит
Партнерство	Спільне прийняття рішень	Громадські ради, консультації

Виходячи з вищенаведеної таблиці можна зробити висновок, що ефективне державне регулювання трансформаційних змін у соціальній сфері вимагає комплексного та багатовекторного підходу. Державна політика базується на поєднанні гуманістичних принципів (соціальна справедливість, партнерство) з практичними принципами (ефективність, системність). Це гарантує, що реформи не лише захищають вразливі групи, але й досягають вимірних позитивних результатів. Принципи цифровізації та законності вказують на невідворотність модернізації управління соціальною сферою. Використання Е-реєстрів та чітких регламентів забезпечує прозорість, швидкість надання послуг і знижує корупційні ризики. Принцип субсидіарності (реалізований через Децентралізацію) підкреслює необхідність передачі

повноважень на місця. Це забезпечує більш адресне та гнучке реагування на унікальні соціальні потреби громад.

Таким чином, успішна соціальна трансформація досягається через системне впровадження змін, яке є законним, справедливим, технологічно оснащеним та децентралізованим, залучаючи до процесу як державні інституції, так і громадськість. [15, 4]

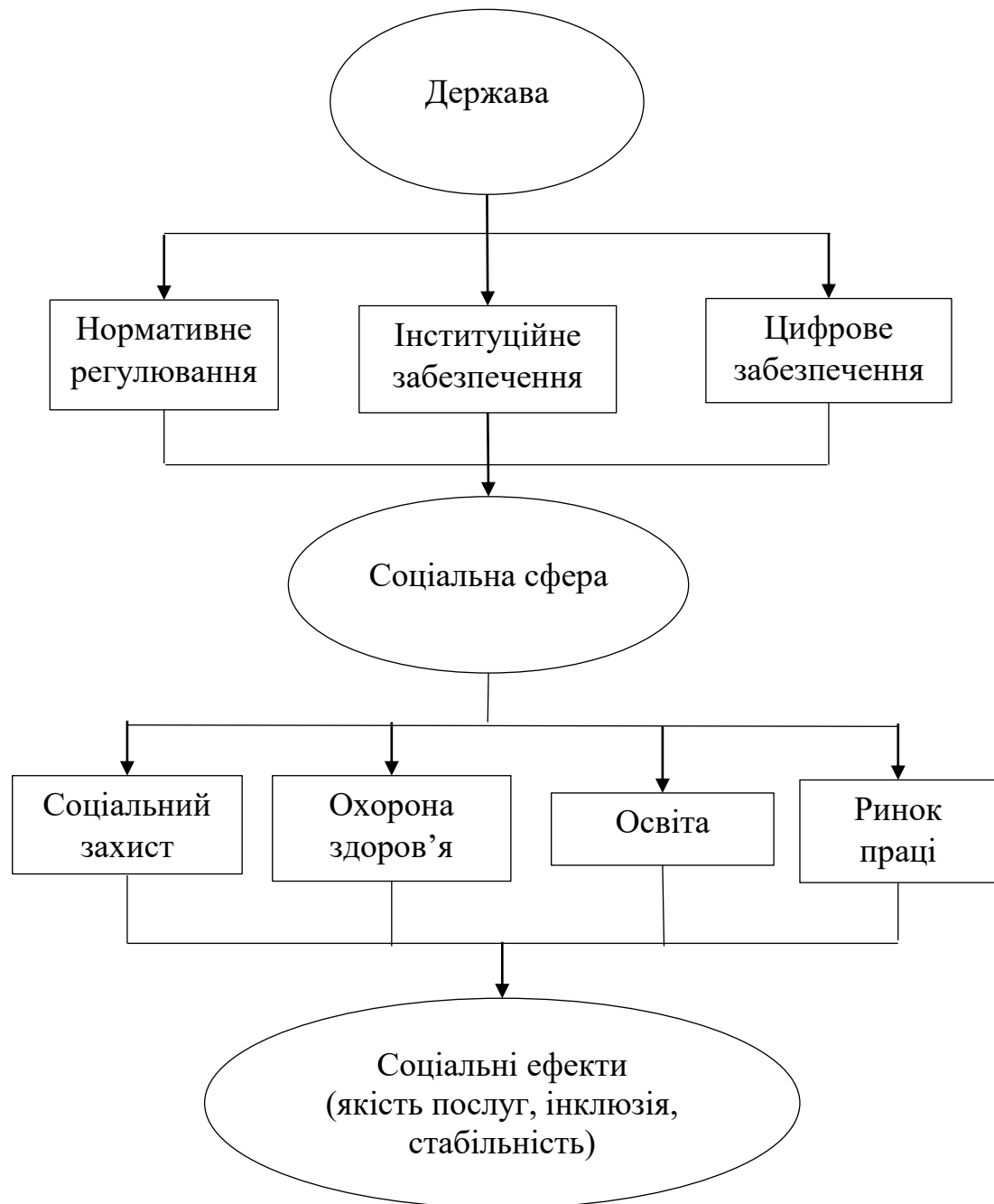


Рис. 1.1 Модель державного регулювання трансформаційних змін у соціальній сфері

Представлена структурна схема відображає системний підхід до реалізації державної політики у соціальній сфері. Вона ілюструє, що Держава є першоджерелом та головним регулятором, що використовує три взаємопов'язані механізми забезпечення для досягнення позитивних Соціальних ефектів у ключових галузях. [13]

На рисунку 1.1 держава виступає як центральний суб'єкт, відповідальний за створення сприятливого середовища для функціонування соціальної сфери. Її вплив реалізується через три основні канали забезпечення, які є основою для будь-якої успішної реформи чи підтримки галузі.

Нормативне регулювання є законодавчою базою. Він включає розробку та імплементацію законів, постанов, стандартів та нормативів, що визначають: права та обов'язки суб'єктів соціальної сфери (громадян, установ, надавачів послуг); стандарти якості надання соціальних послуг, медичної допомоги та освітнього процесу; механізми фінансування (наприклад, державні гарантії, тарифи, субвенції).

Інституційне забезпечення охоплює організаційну структуру та наявність необхідних суб'єктів для реалізації політики. Сюди відносяться: центральні та місцеві органи влади, відповідальні за координацію соціальних галузей (Міністерства, місцеві департаменти); мережа надавачів послуг (школи, лікарні, центри соціального захисту); механізми підготовки кадрів та ліцензування діяльності..

Цифрове забезпечення дозволяє впровадження інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для підвищення ефективності, доступності та прозорості соціальних послуг. Сюди входять: єдині державні реєстри (пацієнтів, отримувачів соціальної допомоги, освітні бази); системи електронного документообігу (Е-лікарняний, Е-рецепт, електронні щоденники); платформи для надання електронних послуг (запис до лікаря, оформлення субсидій).

В схемі наведеної рис 1.1 соціальна сфера зображено як об'єкт впливу. Спільна діяльність трьох механізмів спрямована на соціальну сферу, яка є

агрегованим об'єктом, що складається з ключових, взаємозалежних галузей: соціальний захист (забезпечення прав громадян на матеріальну підтримку (пенсії, допомоги, субсидії), особливо вразливих груп); охорона здоров'я (надання медичних послуг, профілактика захворювань, підтримка громадського здоров'я); освіта (формування людського капіталу, забезпечення доступності та якості навчального процесу на всіх рівнях); ринок праці (регулювання відносин між роботодавцями та працівниками, сприяння зайнятості та перекваліфікації).

Кінцевою ланкою є соціальні ефекти. Кінцевою метою функціонування всієї системи є досягнення вимірюваних Соціальних ефектів. Це не лише економічні показники, а й якісні характеристики життя суспільства: якість послуг (підвищення рівня медичного обслуговування, освітніх результатів та ефективності соціальних виплат); інклюзія (забезпечення рівного доступу до послуг для всіх верств населення, включаючи осіб з інвалідністю та громадян у віддалених регіонах); стабільність (зниження соціальної напруги, підвищення довіри до державних інститутів та забезпечення стійкого розвитку людського капіталу).

Трансформація соціальної сфери спирається на комплексний підхід, де кожен напрям підкріплений конкретними державними інструментами, що ведуть до чітко визначених очікуваних результатів. [12]

Ефективна соціальна політика вимагає систематичної трансформації, яка базується на чітких стратегічних напрямках, підкріплених відповідними державними інструментами. Таблиця 1.4 узагальнює ключові напрями цієї трансформації, демонструючи взаємозв'язок між діями держави та очікуваними соціальними ефектами.

Одним напрямів трансформації є модернізація соціальних послуг. Держава запроваджує та використовує державні стандарти для встановлення мінімальних вимог до якості та обсягу послуг. Фінансування виділяється відповідно до потреб, а моніторинг забезпечує контроль за дотриманням встановлених норм. Прямим результатом такої трансформації є підвищення

якості послуг, що має безпосередній вплив на добробут громадян, особливо вразливих груп.

Таблиця 1.4

Напрями трансформації та державні інструменти регулювання

Напрямок трансформації	Державні інструменти	Очікувані результати
Модернізація соц. послуг	Держстандарти, фінансування, моніторинг	Підвищення якості послуг
Цифрова трансформація	Е-сервіси, реєстри, інтелектуальні системи	Прозорість, доступність
Інституційна реформа	Оптимізація структур, децентралізація	Ефективність управління
Реформа фінансування	Страхові механізми, субсидії	Стійкість соціальної системи
Розширення інклюзивності	Соціальні програми, підтримка ВПО	Зменшення нерівності

Іншим напрямом трансформаційного розвитку є цифрова трансформація. Впровадження Е-сервісів (електронні записи, подання заяв), створення єдиних реєстрів та використання інтелектуальних систем (AI) для прогнозування потреб та запобігання шахрайству. Цифровізація призводить до прозорості розподілу допомоги та доступності послуг, дозволяючи громадянам отримувати їх швидко, без зайвої бюрократії та незалежно від місця проживання.

Щодо інституціональних та фінансових трансформації ЕМД важливо зауважити, що є два напрями які є структурною основою стійкості системи (таблиця 1.5).

Таблиця 1.5

Напрями трансформаційних перетворень ЕМД

Напрямок трансформації	Державні інструменти	Очікувані результати
Інституційна реформа	Оптимізація структур (ліквідація дублювання функцій), Децентралізація (передача повноважень громадам).	Досягнення Ефективності управління через наближення послуг до споживача та скорочення адміністративних витрат.
Реформа фінансування	Впровадження Страхових механізмів (наприклад, у сфері пенсій чи медицини), адресні Субсидії та програми соціального інвестування.	Забезпечення Стійкості соціальної системи шляхом диверсифікації джерел фінансування та зниження навантаження на державний бюджет.

Ще одним напрямом трансформації є розширення інклюзивності. озробка цільових Соціальних програм, зокрема для підтримки внутрішньо переміщених осіб (ВПО), осіб з інвалідністю та ветеранів. Досягнення зменшення нерівності та забезпечення рівних можливостей для всіх громадян, що є ключовим показником соціально орієнтованої держави.

Комплексний аналіз підкреслює, що державна трансформація соціальної сфери є цілісною стратегією. Успіх реформ залежить від синхронної реалізації шести ключових напрямів, де цифровізація та інституційні зміни створюють основу для якісної, стійкої та інклюзивної системи соціального захисту. [12, 13]

Успішна соціальна трансформація досягається не окремими заходами, а через системне впровадження змін, яке є законним, справедливим, технологічно оснащеним та децентралізованим. Ефективне державне регулювання вимагає комплексного та багатовекторного підходу, що поєднує гуманістичні принципи (соціальна справедливість, інклюзія) з практичними принципами (ефективність, системність, цифровізація).

Представлений аналіз структурної схеми та стратегічних напрямів доводить, що держава функціонує як центральний регулятор, який використовує три взаємопов'язані канали забезпечення — нормативне, інституційне та цифрове — для впливу на ключові галузі (соціальний захист, охорона здоров'я, освіта, ринок праці). Кінцевою метою цього впливу є досягнення вимірюваних Соціальних ефектів, таких як якість послуг, інклюзія та стабільність суспільства.

Трансформаційна стратегія охоплює шість ключових напрямів, серед яких цифрова трансформація та інституційна реформа є структурною основою для модернізації соціальних послуг, реформи фінансування та розширення інклюзивності. Комплексна та синхронна реалізація цих напрямів — від запровадження Е-сервісів та держстандартів до децентралізації та страхових механізмів — створює основу для стійкості соціальної системи та гарантує, що реформи не лише захищають вразливі групи, але й досягають вимірних позитивних результатів, підвищуючи добробут усіх громадян.

1.3 Стратегічний інструментарій державного регулювання трансформаційних змін у екстреній медичній допомозі

Державне регулювання трансформаційних змін у сфері екстреної медичної допомоги (ЕМД) вимагає застосування комплексного стратегічного інструментарію. Метою цих інструментів є забезпечення системної модернізації, підвищення якості та доступності допомоги, а також інтеграція ЕМД у загальноєвропейський медичний простір. Державне регулювання трансформаційних процесів базується на принципах системності, безперервності, прогнозованості та наукової обґрунтованості. Ефективне формування стратегічного інструментарію відбувається у межах концепцій «нового державного управління», «управління за результатами», evidence-based policy та ризик-орієнтованого планування. Це дозволяє створити цілісну модель розвитку ЕМД як адаптивної, технологічно модернізованої та інтегрованої частини системи охорони здоров'я. В таблиці 1.6 наведено стратегічний інструментарій державного регулювання ЕМД та їх функції.

Таблиця 1.6

Стратегічні інструменти державного регулювання ЕМД та їх функції

Блок інструментів	Зміст	Функції
Нормативно-правові	Законодавча база, протоколи	Уніфікація процедур, визначення вимог
Стратегічні	Державні програми, КРІ, плани	Визначення цілей розвитку, прогнозування
Інституційні	ЦОДЦ, кадрова політика	Оптимізація структури та управління
Фінансово-економічні	Фінансування, закупівлі	Забезпечення ресурсної стійкості
Цифрові	eHealth, диспетчеризація, GPS	Підвищення швидкості та точності реагування
Моніторинг якості	Аудити, індикатори	Контроль результативності
Партнерські	Координація, міжнародна співпраця	Підсилення системної взаємодії

Першою та найголовнішою складовою стратегічного інструментарію є нормативно-правові інструменти. До них належать закони, підзаконні акти, міжвідомчі протоколи, стандарти медичного реагування, критерії часу доїзду та медичних втручань. Нормативна складова гарантує правову визначеність

реформ та уніфікацію процедур. Законодавче забезпечення реформи вимагає внесення змін до ключових законів («Про екстрену медичну допомогу», «Основи законодавства України про охорону здоров'я») для чіткого визначення гібридної моделі ЕМД (парамедики, лікарі) та їхніх повноважень. Також нормативно-правова база вимагає уніфікації протоколів та стандартів, а саме затвердження єдиних клінічних протоколів (наприклад, заснованих на міжнародних стандартах (ACLS/PHTLS/ATLS) та стандартів оснащення бригаад ЕМД. Це забезпечує єдиний рівень надання допомоги по всій країні. Встановлення жорстких вимог до освіти, ліцензування та безперервного професійного розвитку (БПР) парамедиків та техніків ЕМД. Це критично важливо для забезпечення кадрової якості в умовах переходу на нову модель. [15, 14, 16, 35]

Інституційно-організаційний інструментарій спрямований на створення ефективної структури управління та взаємодії суб'єктів системи. За допомогою даного інструментарію проводиться централізація диспетчеризації. Створюються єдині регіональні диспетчерські служби (ЄРДС), що використовують автоматизовані системи управління (АСУ ЕМД) та системи тріажу викликів. Це дозволяє забезпечити принцип «бригада до пацієнта» незалежно від адміністративних меж. Також проводиться оптимізація мережі. Розроблення стратегічних планів розміщення станцій та підстанцій ЕМД на основі геоінформаційних систем (ГІС) та аналізу щільності населення, що гарантує дотримання нормативів часу прибуття ($T_{\text{доїзду}}$). Також колабрування «Допомога-103» з «Медициною катастроф». Формування функціональних підрозділів, здатних швидко переходити від повсякденного режиму роботи до реагування на надзвичайні ситуації та масові ураження (особливо актуально в умовах військових дій).

Фінансово-економічний інструментарій забезпечує стабільне та ефективне фінансування трансформаційних процесів. Такий вид інструментарію поділяється на декілька підвидів:

програмно-цільове фінансування: перехід до фінансування, орієнтованого на результат, через державні та регіональні програми модернізації автопарку, закупівлі обладнання та навчання персоналу;

тарифи на послуги: встановлення економічно обґрунтованих тарифів на надання послуг ЕМД, що покривають реальні витрати, включно з амортизацією високотехнологічного обладнання та гідною оплатою праці кваліфікованого персоналу;

механізми співфінансування та інвестицій: залучення коштів міжнародних донорів (Світовий банк, ЄІБ), а також стимулювання приватно-державного партнерства для розвитку інфраструктури (наприклад, будівництво станцій ЕМД).

Цифрові та інноваційні інструменти в рамках стратегічного інструментарію державного регулювання ЕМД є каталізатором ефективності та прозорості у сфері ЕМД. Впровадження інструментів телемедичних консультацій (між диспетчером/бригадою та госпітальним лікарем) для надання дистанційної підтримки у складних випадках. Цифрові реєстри та електронні карти є інтеграцію АСУ ЕМД з Електронною системою охорони здоров'я (ЕСОЗ) для оперативного доступу бригаад до медичної історії пацієнта та швидкої передачі даних до госпіталю (Pre-hospital notification). Великі дані (Big Data) та дані з АСУ використовуються для прогнозування навантаження, аналізу клінічних результатів та виявлення «проблемних» зон (наприклад, місць з високою травматизацією) для превентивних заходів.

Отже, стратегічний інструментарій державного регулювання трансформаційних змін у ЕМД є комплексною матрицею, що потребує синхронної дії на всіх рівнях: від законодавчого закріплення нових стандартів до використання інноваційних цифрових технологій. Успішна трансформація залежить від політичної волі та стабільного фінансування, що дозволить перейти від традиційної моделі до сучасної, стійкої та пацієнто-орієнтованої гібридної системи ЕМД.

Успішна реформа ЕМД вимагає комплексного підходу, що включає структурні, фінансові, кадрові та технологічні перетворення. Стратегічні напрями трансформації системи спрямовані на подолання історичних недоліків та досягнення міжнародних стандартів якості. Основні вектори трансформаційних змін наведені в таблиці 1.7. [40, 38, 7]

Таблиця 1.7

Напрями трансформаційних змін

Напрямок	Основні заходи	Очікуваний результат
Диспетчеризація	Централізація, цифрова оптимізація	Зменшення часу реагування
Автопарк	Закупівля сучасних автомобілів	Підвищення доступності допомоги
Кадрові зміни	Підготовка парамедиків, підвищення кваліфікації	Підвищення якості догоспітальної допомоги
Цифровізація	GPS, електронні протоколи, EHR	Прозорість та контроль даних
Фінансування	Державні програми, тарифи	Стійкість системи
Управління якістю	Аудити, стандарти	Підвищення довіри та результативності

Централізація диспетчерських служб є фундаментальним структурним кроком. Створення єдиних центрів дозволяє застосовувати цифрову оптимізацію та геоінформаційні системи (ГІС) для ідентифікації найближчої бригади, незалежно від адміністративних меж. Основним очікуваним результатом є Зменшення часу реагування (time to scene), що є критичним фактором у випадках травм та невідкладних станів.

Фізичне оновлення автопарку є необхідною умовою для якісної ЕМД. Закупівля сучасних реанімообілів класу В та С, оснащених необхідним обладнанням (дефібрилятори, апарати ШВЛ, монітори пацієнта), дозволяє проводити реанімаційні заходи безпосередньо в автомобілі. Це безпосередньо призводить до Підвищення доступності допомоги, особливо у віддалених та сільських районах.

Перехід до парамедичної моделі є зміною порядку надання допомоги (від «Stay and Play» до «Load and Go»). В цьому випадку підготовка парамедиків та техніків ЕМД є пріоритетом. Підвищення кваліфікації існуючих фельдшерів та лікарів до сучасних міжнародних протоколів (ACLS, PHTLS). Ці заходи

забезпечують підвищення якості догоспітальної допомоги, роблячи її стандартизованою та ефективною.

Впровадження цифрових інструментів є наскрізним процесом: використання GPS у диспетчеризації; електронні протоколи та стандарти для бригад; впровадження EHR (Electronic Health Records) для безшовної передачі інформації про пацієнта до стаціонару. Результатом є Прозорість та контроль даних на всіх етапах, що унеможливорює зловживання та дозволяє проводити ефективний аналіз діяльності.

Забезпечення фінансової стійкості системи вимагає переходу до чітких тарифікаційних механізмів, наприклад, через державні програми гарантій або страхові моделі. Тарифи повинні повністю покривати економічно обґрунтовану вартість послуги, включаючи амортизацію та гідну оплату праці. Це забезпечує стійкість системи та її незалежність від щорічних політичних рішень щодо бюджету.

Для підтримки високих стандартів необхідно впровадити постійний моніторинг та аудит роботи бригад. Стандарти повинні бути вимірюваними (наприклад, відсоток успішної СЛР). Результати дозволяють приймати управлінські рішення та підвищувати кваліфікацію цілеспрямовано. Це забезпечує Підвищення довіри та результативності ЕМД серед населення. [9]

Стратегічний інструментарій державного регулювання трансформаційних змін у ЕМД являє собою комплексну матрицю, що вимагає синхронної дії на всіх рівнях. Успіх реформи залежить від скоординованого використання Фінансово-економічних інструментів (програмно-цільове фінансування, економічно обґрунтовані тарифи) для забезпечення ресурсної стійкості, а також Цифрових та інноваційних рішень (телемедицина, EHR, Big Data) для підвищення ефективності та прозорості.

Як узагальнено у підрозділі трансформація охоплює шість ключових напрямів, де кожен захід прямо корелює з очікуваним результатом: централізація диспетчеризації веде до зменшення часу реагування; підготовка

парамедиків забезпечує підвищення якості догоспітальної допомоги; чітке фінансування гарантує стійкість системи.

Перехід до гібридної, пацієнто-орієнтованої системи ЕМД — це результат не простої заміни автопарку, а системного застосування регуляторних інструментів. Успішна трансформація залежить від політичної волі, стабільного фінансування та постійного Управління якістю (через аудити та індикатори), що дозволяє досягти Підвищення довіри та результативності системи у цілому.

Аналіз теоретичних засад державного регулювання Екстреної медичної допомоги (ЕМД) підтверджує, що ЕМД є ключовим, життєво важливим об'єктом державного впливу, а її трансформація вимагає застосування комплексного, системного та науково обґрунтованого стратегічного інструментарію.

Теоретична сутність ЕМД полягає у забезпеченні невідкладної, рятувальної допомоги та гарантуванні конституційного права громадян на захист здоров'я у критичних ситуаціях. ЕМД функціонує як перша і найбільш критична ланка, що забезпечує безоплатний, цілодобовий та універсальний доступ до допомоги.

Ключова роль ЕМД визначається її функціями як «Рятувальної ланки» (працює в концепції «Золотої Години»), «Мосту між громадою та лікарнею» та «Координаційного центру». Вона забезпечує безперервність та спадкоємність допомоги шляхом ефективного тріажу, логістики бригад та критично важливого сповіщення стаціонару про пацієнта. Рівень розвитку ЕМД є прямим показником зрілості та стійкості всієї національної системи охорони здоров'я.

Державне регулювання трансформаційних процесів у соціальній сфері (включаючи ЕМД) базується на поєднанні гуманістичних (Соціальна справедливість, Партнерство) та практичних (Системність, Ефективність, Законність) принципів.

Успішна соціальна трансформація досягається через системне впровадження змін, яке є законним, справедливим, технологічно оснащеним та децентралізованим (принцип Субсидіарності).

Держава функціонує як центральний регулятор, використовуючи три взаємопов'язані канали: Нормативне, Інституційне та Цифрове забезпечення для досягнення вимірюваних Соціальних ефектів (якість послуг, інклюзія, стабільність).

Стратегічний інструментарій державного регулювання ЕМД є комплексною матрицею, що відповідає сучасним концепціям управління («управління за результатами», *evidence-based policy*). Він поділяється на сім ключових блоків (Нормативно-правові, Стратегічні, Інституційні, Фінансово-економічні, Цифрові, Моніторинг якості, Партнерські).

Успішна реформа вимагає синхронної дії за шістьма ключовими напрямками: централізація диспетчеризації та цифровізація забезпечують зменшення часу реагування та прозорість; кадрові зміни (парамедична модель) та модернізація автопарку підвищують якість та доступність допомоги; реформа фінансування та управління якістю гарантують стійкість та результативність системи.

Таким чином, ефективність системи ЕМД як об'єкта державного регулювання прямо залежить від комплексності застосування стратегічного інструментарію, що дозволяє перейти від традиційної моделі до сучасної, пацієнто-орієнтованої гібридної системи, інтегрованої у світовий медичний простір.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН У ЕКСТРЕНІЙ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ

2.1 Аналіз умов функціонування системи екстреної медичної допомоги в Україні та світі

Екстрена медична допомога (ЕМД) є однією з найважливіших складових національної системи охорони здоров'я, критично необхідною для зниження рівня смертності та інвалідизації населення внаслідок нещасних випадків, травм та гострих захворювань. Ефективність функціонування системи ЕМД визначається не лише рівнем її технічного оснащення, але й обраною організаційно-клінічною моделлю, яка диктує підхід до кадрового забезпечення, протоколів втручання та пріоритетів надання допомоги.

У світовій практиці догоспітальна ЕМД історично розвивалася за двома основними, діаметрально протилежними моделями: франко-німецькою (континентальною), яка надає пріоритет глибині лікарської допомоги на місці події, та англо-американською (англосаксонською), що фокусується на швидкості транспортування до стаціонару. Функціонування системи екстреної медичної допомоги відбувається за чітко визначеною схемою, яка розпочинається з диспетчеризації виклику та закінчується передачею пацієнта у відділення екстреної допомоги лікарні. [27, 37]

Система екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні є багаторівневою та вертикально інтегрованою структурою, призначеною для надання своєчасної, якісної та життєзберігаючої допомоги пацієнтам у невідкладних станах. Структура системи ЕМД України чітко ілюструє цю ієрархію, починаючи з найвищого національного рівня управління та закінчуючи безпосередніми виконавцями та приймальними закладами (рисунок 2.1).

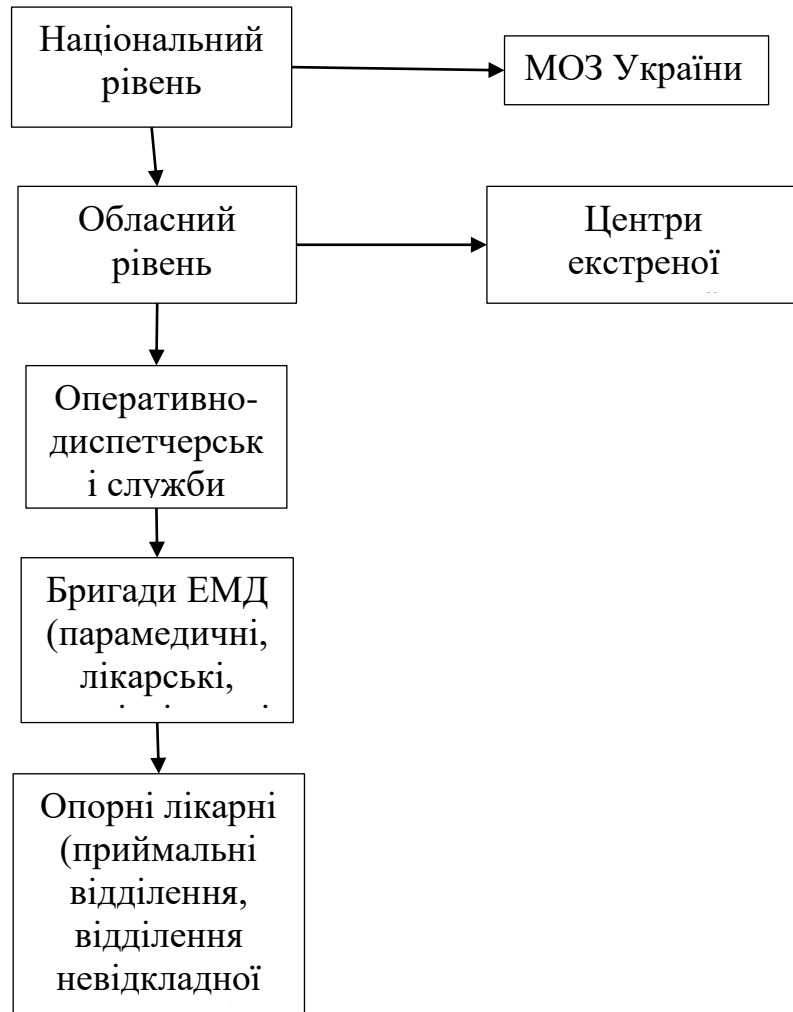


Рис 2.1 Структура системи ЕМД України

У світі існують дві основні моделі екстреної медичної допомоги: німецько-французька, де екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі надають лікарі; англо-американський, де допомогу надають техніки екстреної медичної допомоги різного рівня, включаючи парамедиків.[2]

Англо-американська (Англосаксонська) модель є домінуючою у США, Канаді, Великій Британії, Австралії та інших англomовних країнах. Її основною метою є мінімізувати час від моменту виклику до моменту надходження пацієнта у відділення екстреної (невідкладної) допомоги лікарні, де буде надана дефінітивна (остаточна) допомога. Пріоритет надається швидкості

транспортування. Ключовим персоналом є парамедики та техніки екстреної медичної допомоги. Тобто це фахівці, які пройшли спеціалізовану підготовку (зазвичай 2-4 роки), але не є лікарями у повному розумінні. Вони діють згідно з чіткими протоколами та мають дозвіл на виконання розширених маніпуляцій підтримки життя (ALS - Advanced Life Support), таких як інтубація трахеї, встановлення внутрішньокісткового доступу, дефібриляція та введення певних лікарських засобів. [47, 53]

В компетенцію медиків англо-американської моделі входить Надання життєво необхідної допомоги та стабілізація на час транспортування (наприклад, зупинка кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, відновлення серцевої діяльності). Довготривалі діагностичні або лікувальні процедури на місці не проводяться.

Структура моделі Часто інтегрована з диспетчерськими центрами та може бути організована через пожежні служби, приватні компанії або комунальні служби. Переваги та недоліки моделі наведено в таблиці 2.1

Таблиця 2.1

Переваги та недоліки англо-американської моделі ЕМД

Переваги	Недоліки
Швидкість: Мінімізація часу до госпітальної допомоги (золота година).	Обмеженість допомоги: Обсяг допомоги, яку може надати парамедик, менший, ніж у лікаря.
Ефективність ресурсів: Навчання парамедиків швидше та менш витратне, ніж підготовка лікарів ЕМД.	Перевантаження лікарень: Майже всі пацієнти, незалежно від важкості стану, доставляються до відділення ЕМД.
Стандартизація: Чіткі протоколи забезпечують високу якість базової допомоги.	Високий ризик: Пацієнти, що потребують складних маніпуляцій, можуть не отримати їх вчасно.

Франко-німецька (континентальна) модель характерна для Німеччини, Франції, Італії, Австрії та донедавна була основою організації ЕМД в Україні та країнах Східної Європи. Метою такої моделі є максимальна стабілізація стану пацієнта на місці події шляхом надання кваліфікованої лікарської допомоги. Ідея полягає у перенесенні частини госпіталю до пацієнта. Ключовим персоналом є лікар та фельдшер. Лікар має повну вищу медичну освіту і може

виконувати весь спектр складних маніпуляцій, включаючи введення широкого переліку медикаментів, складні реанімаційні заходи, ургентні хірургічні втручання та інвазивні процедури.

По прибуттю на місці виклику бригада, що працює за такою моделю проводить повну діагностику (наскільки це можливо в польових умовах) та стабілізацію пацієнта до стану, придатного для безпечного транспортування, а інколи й повне вирішення медичної проблеми (наприклад, зняття нападу астми чи купування гіпертонічного кризу) без необхідності госпіталізації.

Структура континентальної моделі тісно інтегрована з лікарняною системою та часто передбачає використання різних типів транспорту, включаючи медичні гелікоптери. Переваги та недоліки приведено у таблиці 2.2

Таблиця 2.2

Переваги та недоліки франко-німецької моделі ЕМД

Переваги	Недоліки
Висока якість допомоги: Лікар на місці забезпечує максимальний обсяг медичних втручань.	Вищі витрати: Утримання висококваліфікованих лікарських бригад є значно дорожчим.
Сортування: Дозволяє уникнути госпіталізації пацієнтів, які не потребують лікування у стаціонарі.	Повільніше прибуття: Лікарські бригади можуть бути менш численними, що потенційно збільшує час очікування.
Складні випадки: Краще пристосована для лікування тяжких травм, інсультів та інфарктів на місці.	Ефективність: Лікарський персонал може бути залучений до некритичних викликів, де його кваліфікація не потрібна.

Підсумовуючи вище наведене можна сказати це дві протилежно різні системи. Проте більшість країн ведуть свою політику до того щоб використовувати гібридну систему ЕМД.

Таблиця 2.3

Характеристики систем ЕМД за двома моделями

Модель	Основний Принцип	Кадрове Забезпечення	Характерні Країни
Англо-Американська (EMS/Paramedic)	Польова медицина та Швидкий Транспорт. Основний акцент на швидкій стабілізації та максимально оперативній доставці до стаціонару (Scoop and Run).	Парамедики (висококваліфіковані, можуть виконувати інвазивні процедури) та ЕМТ. Лікар залучається рідко.	США, Канада, Велика Британія, Австралія.

Продовження таблиці 2.3

Франко-Німецька (Hospital-based)	Надання Госпітальної Допомоги на Місці. Акцент на висококваліфікованому лікуванні на місці події перед транспортуванням (Stay and Play).	Лікар-спеціаліст (анестезіолог, реаніматолог) обов'язково виїжджає на критичні виклики.	Франція (SAMU), Німеччина, Італія.
----------------------------------	--	---	------------------------------------

Відповідно до таблиці 2.3 основна різниця полягає в різницях кадрах, так ключовим елементом англо-американської моделі є парамедик – висококваліфікований не-лікар, що діє за суворими протоколами. Це забезпечує вищу швидкість реагування та є менш витратним для покриття великих територій. Тоді як франко-німецька модель вимагає обов'язкової присутності лікаря-спеціаліста на критичних викликах, що забезпечує вищий рівень медичних маніпуляцій, але потенційно знижує загальну швидкість реагування системи.

Також є різниця в пріоритетах коли у франко-німецької зосереджується на якості допомоги на місці, прагнучи максимально стабілізувати пацієнта за допомогою лікаря-спеціаліста ще до початку транспортування. В англо-американській системі пріоритезує час транспортування і швидко доставку пацієнта до остаточної госпітальної допомоги. Вона базується на припущенні, що чим швидше пацієнт потрапить до лікарні, тим вищі шанси на виживання (концепція «золотої години»).

Вибір моделі відображає стратегічний компроміс у системі охорони здоров'я країни: або на користь швидкості та стандартизованих протоколів (парамедична модель), або на користь глибини та експертизи медичної допомоги на місці (лікарська модель). Багато сучасних систем, включаючи Україну, рухаються до змішаної моделі, використовуючи парамедиків для більшості викликів та зберігаючи лікарські бригади для найбільш критичних випадків.

Якщо розглядати Україну, яку систему вона використовує, то українська система використовує гібридний характер, комбінуючи елементи обох моделей

для оптимізації ресурсів та якості допомоги. Після реформи екстреної медичної допомоги, яка почалася у 2016 році, Україна наближається до змішаної моделі [35,48]:

- базові (екстрені) виклики обслуговуються переважно парамедичними бригадами (за принципом «Load and Go»);
- критичні та складні випадки можуть бути підтримані спеціалізованими лікарськими бригадами (за принципом «Stay and Play»), хоча їхня кількість поступово зменшується на користь парамедиків.

Ключовий виклик для змішаної моделі полягає у необхідності створення ефективної системи диспетчеризації (сортування), яка швидко й точно визначає, яка саме бригада — парамедична чи лікарська — потрібна пацієнту.

У більшості країн часто йдуть на компроміси для надання ефективної догоспітальної допомоги, залишаючись у межах бюджету та можливостей існуючої інфраструктури. У країнах, де зародилися ці моделі, вони змінилися в бік ефективного надання медичної допомоги.

У кількох штатах США лікарі можуть реагувати на певні важкі випадки. Лікарі, які спеціалізуються на надзвичайних ситуаціях, працюють у авіаційних службах екстреної медичної допомоги у Великій Британії та Австралії. На даний час у Німеччині лікарі відповідають не на всі виклики. Деякі виклики може повністю обслуговувати лише німецький еквівалент парамедиків (нім. Rettungsassistent), в інших випадках лікар прибуває окремо, надає лише консультацію чи допомогу, а пацієнта транспортує бригада без лікаря.

Система екстреної медичної допомоги у світі історично розвивалася за двома основними парадигмами: Франко-Німецькою (лікарською), що віддає перевагу якісній стабілізації пацієнта на місці події, та Англо-Американською (парамедичною), яка пріоритезує швидку доставку пацієнта до остаточної госпітальної допомоги.

Ключова відмінність між цими моделями полягає у кадровому забезпеченні та пріоритетах. Англо-американська модель базується на висококваліфікованих парамедиках, що діють за суворими протоколами,

забезпечуючи високу швидкість реагування (концепція «золотої години»). Натомість, франко-німецька модель вимагає обов'язкової присутності лікаря-спеціаліста на критичних викликах, що гарантує вищий рівень медичних маніпуляцій на місці, але може потенційно знижувати загальну швидкість системи.

2.2 Аналіз трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги

Розвиток трансформаційних змін у сфері екстреної медичної допомози ключовим чинником підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я в умовах ускладнення соціально-економічних, демографічних та безпекових викликів. У більшості країн процес модернізації ЕМД спрямований на оптимізацію організаційної структури, удосконалення логістики надання допомоги та впровадження сучасних технологій діагностики й моніторингу стану пацієнтів. Аналіз еволюції таких змін дозволяє окреслити траєкторії розвитку системи ЕМД та визначити чинники, що визначають її результативність. Їх розвиток є складним, багатовекторним процесом, спричиненим необхідністю адаптації до нових викликів (епідеміологічних, технологічних, геополітичних) та підвищенням вимог суспільства до якості й швидкості медичного обслуговування. Ці зміни охоплюють усі ключові аспекти системи: від моделі надання допомоги до технологічного оснащення. [31, 6, 4]

Першим кроком до трансформаційних змін є зміна кадрової моделі ЕМД, а саме перехід до парамедицини. Ключовою трансформаційною зміною є відхід від лікарсько-фельдшерської моделі до парамедичної (англо-американської). Мета такої зміни це підвищення ефективності та стандартизації допомоги. Парамедики, маючи високий рівень підготовки за чіткими протоколами, можуть оперативнo виконувати життєво необхідні маніпуляції (наприклад, інтубацію, внутрішньокістковий доступ) та стабілізацію стану, фокусуючись на швидкій доставці пацієнта до відповідного спеціалізованого стаціонару. При

таких змінах очкується зниження залежності від наявності висококваліфікованих лікарів безпосередньо в бригаді на місці, що дозволяє оптимізувати використання кадрових ресурсів і забезпечити більшу кількість бригад. Відповідно до цього виникає необхідність стандартизації освітніх програм (вищі та фахові перед-вищі навчальні заклади) та забезпечення юридичного захисту та належного рівня оплати праці парамедиків. Вдосконалення окремих напрямів наведено в таблиці 2.4. [24, 32]

Таблиця 2.4

Опис окремих напрямів вдосконалення ЕМД та їх наслідки

Напрямок	Характеристика	Наслідки
Підготовка парамедиків	Перехід на практико-орієнтовані програми	Підвищення автономності бригад
Симуляційні тренінги	Моделювання критичних ситуацій	Відпрацювання командної взаємодії
Уніфікація протоколів	Міжнародні стандарти (ALS, BLS)	Зменшення варіативності дій

Також важливою ланкою трансформаційних змін у ЕМД є впровадження цифровізації та інформаційних технологій. Вони стали каталізатором радикальних змін у логістиці та координації ЕМД. Приклади впровадження технологій наведено в таблиці 2.5 .

Таблиця 2.5

Характеристика впроваджених технологій у ЕМД

Технологія	Опис	Переваги
GPS-навігація	Відстеження бригади у реальному часі	Оптимальні маршрути
Телеметрія	Передача даних пацієнта до лікарні	Підготовка лікарів ще до госпіталізації
Електронні картки	Миттєвий доступ до медичних даних	Зменшення помилок
Автоматизована пріоритезація викликів	Алгоритмічне сортування	Правильний розподіл ресурсів

Цифровізація ЕМД включає в себе багато процесів, зокрема:

– централізацію диспетчеризації (ЦД): трансформація від розрізнених районних служб до єдиних регіональних (або національних) оперативно-диспетчерських центрів (ОДЦ). Впровадження систем Computer-Aided Dispatch

(CAD) та Геоінформаційних Систем (ГІС) дозволить автоматично визначати місцезнаходження пацієнта, обирати найближчу бригаду та прокласти оптимальний маршрут, мінімізуючи час доїзду.

– телемедицина: застосування технологій для дистанційної консультації між бригадою на місці та лікарями стаціонару. Це особливо важливо для передачі ЕКГ, ультразвукових даних або для консультації з вузькими фахівцями (наприклад, травматологами чи нейрохірургами).[56, 55]

– електронний облік: перехід на електронні системи обліку викликів та електронну карту пацієнта (ЕМІС), що забезпечує наступність та швидку передачу повної інформації до приймального відділення стаціонару.

Трансформаційні зміни мають охоплювати всі ланки функціонування ЕМД, тому вони також стосуються протоколізації, інтеграції та підходів до надання медичної допомоги.

Доказова медицина має повністю переорієнтуватися на клінічні протоколи, засновані на доказовій медицині (ЕВМ). Це виключає використання застарілих або неефективних методів лікування. Концепція Time-Critical Conditions: Фокусування на часозалежних станах (інфаркт, інсульт, травма) і створення інтегрованих мереж (Stroke, Trauma, STEMI Networks). Трансформація полягає у зміні мети: замість «відвезти в найближчу лікарню» — «доставити пацієнта у найкращий спеціалізований центр» у найкоротший термін.

В умовах військових конфліктів відбувається швидкий розвиток та інтеграція принципів Tactical Combat Casualty Care (ТССС) та Tactical Emergency Casualty Care (ТЕСС) у цивільні протоколи. Різниця між ТССС та ТЕСС те що ТССС призначений для військовослужбовців у бойових умовах, тоді як ТЕСС призначений для перших служб реагування в цивільних надзвичайних ситуаціях. Обидва протоколи зосереджені на мінімізації смертності та успіху місії (або нейтралізації загрози) через надання допомоги пораненим, але пристосовують це до конкретного середовища: ТССС наголошує на важливості безпеки під вогнем, тоді як ТЕСС зосереджується на

«залишанні на позиції» та «забезпеченні безпеки». Це забезпечує ефективне надання допомоги в умовах підвищеної небезпеки.

З боку фінансово-економічної трансформації необхідна зміна джерел та механізмів фінансування є необхідною умовою для стійкості системи. Перш за все має бути програмне фінансування, а саме: відхід від утримання закладу (кошторису) до фінансування за програмами або через тарифи на медичні послуги. Це стимулює ефективність та якість, оскільки фінансування напряду залежить від обсягу та результативності наданих послуг. Також з боку фінансово-економічної трансформації ЕМД важливо отримання інвестицій в розвиток інфраструктури. Тобто необхідні значні державні інвестиції в оновлення автопарку, діагностичного та реанімаційного обладнання (наприклад, висококласні апарати ШВЛ, монітори-дефібрилятори). [35]

Отже, трансформаційні зміни в ЕМД — це рух від застарілої (пострадянської) моделі, орієнтованої на надання лікарської допомоги на місці, до сучасної, високотехнологічної, протоколізованої та логістично-оптимізованої системи, ключова мета якої – скорочення часу до початку кінцевого лікування та збереження життя пацієнта. Успіх трансформації залежить від стійкого державного фінансування та послідовного впровадження освітніх стандартів.

В рамках даного підрозділу доцільно також розкрити як вплинула повномасштабна військова агресія Російської Федерації на трансформаційні зміни в екстреній медичній допомозі. Варто зауважити, що війна, яка почалася 24 лютого 2022 року виступила як потужний, хоча й деструктивний, каталізатор трансформаційних змін у системі ЕМД України. Вона не лише прискорила вже розпочаті реформи, але й радикально змінила їхні пріоритети, змусивши систему адаптуватися до умов масової травми, підвищеного ризику та обмежених ресурсів. [11, 38, 40]

Внаслідок війни прискорилися ключових трансформаційних процесів. А саме військові дії експоненційно збільшили необхідність у гнучкій, стійкій та уніфікованій системі ЕМД, що прискорило наступні процеси:

– кадрову реформу та стандартизацію навчання. Прискорення переходу до парамедицини: дефіцит лікарів у прифронтових районах і збільшення потреби в персоналі, здатному надавати висококваліфіковану допомогу на догоспітальному етапі, прискорили навчання та працевлаштування парамедиків. Система освіти була змушена швидше інтегрувати стандарти, орієнтовані на травму, та протоколи, що відповідають потребам воєнного часу. Також була прискорена уніфікація клінічних навичок, що вимагаються від бригад, для забезпечення ідентичної якості допомоги у будь-якому регіоні, особливо в умовах інтенсивних переміщень персоналу.

– технологічну інтеграцію та диспетчеризацію. Відбулося термінове впровадження 112/Central 103: необхідність швидкої координації з поліцією та ДСНС (пожежними/рятувальниками) в умовах обстрілів та руйнувань критично прискорила інтеграцію та посилення роботи єдиних оперативно-диспетчерських центрів (ОДЦ) та впровадження системи 112. Це забезпечило кращу геолокацію постраждалих та ефективну маршрутизацію ресурсів у зонах ризику. Також був значний «стрибок» у розвитку телемедицини: виникла нагальна потреба в дистанційних консультаціях та передачі медичних даних (наприклад, ЕКГ, фото травм) зі складних зон до лікарні. Це прискорило впровадження портативних телемедичних рішень.

Військові дії змістили головний фокус системи з обслуговування «звичайних» захворювань на роботу з масовою травмою та забезпечення безпеки персоналу. [40]

Перший та найголовніший пріоритет масової травми (MASCAL). Це зумовлює переорієнтація протоколів, якщо раніше пріоритетом було лікування внутрішніх захворювань (інфаркти, інсульти), то військовий час вимагав домінування протоколів надання допомоги при травмі, опіках, вибухових та мінно-вибухових пораненнях. Впровадження ТССС/ТЕСС: Відбулася швидка та глибока інтеграція принципів Тактичної Допомоги Постраждалим на Полі Бою (ТССС) та її цивільної адаптації Tactical Emergency Casualty Care (ТЕСС) у підготовку цивільних бригад ЕМД. Це включає пріоритетизацію зупинки

критичної кровотечі (застосування турнікетів), забезпечення прохідності дихальних шляхів та евакуацію. Також значно зросла необхідність у швидкому та ефективному тріажі на місці масових уражень для оптимізації обмежених ресурсів.

Наступним пріоритетом є пріоритет безпеки та стійкості (Resilience). Вперше в історії системи критичним пріоритетом стало забезпечення бригад індивідуальними засобами захисту (бронезилети, шоломи) та навчання тактиці безпечного виїзду в «червоні зони». Відповідно до сьогоденної ситуації в країні у зв'язку з періодичними масованими обстрілами виникла нагальна потреба в дублюванні систем (енергопостачання, зв'язку) та облаштуванні захищених диспетчерських пунктів та підстанцій для забезпечення безперервної роботи в умовах відключень чи обстрілів.

Останнім пріоритетом є модернізація обладнання та логістики евакуації. Наразі є потрібність в автомобілях, що відповідають стандартам військової медицини або мають підвищену прохідність та захист. Оновлення автопарку стало інструментом виживання, а не просто модернізації. Був змінений пріоритет на багаторівневу евакуацію (Medevac), включаючи використання аеромедичної евакуації (за можливості) та формування довготривалих евакуаційних маршрутів від стабілізаційних пунктів до тилових госпіталів.

Відповідно до сьогодення Україні та ЕМД необхідна трансформація управління та фінансування. Управління ЕМД через війну перейшло до режиму кризового реагування, що вимагало більш гнучкого та швидкого ухвалення рішень, часто з відхиленням від бюрократичних процедур. Війна прискорила трансформацію фінансових джерел. Значна частина модернізації обладнання та автопарку відбувалася за рахунок міжнародної допомоги та грантів, що тимчасово зменшило пряме навантаження на державний бюджет, але підвищило залежність від донорів. [39, 40]

Військові дії в Україні стали стрес-тестом для системи ЕМД, прискоривши трансформацію за моделлю, орієнтованою на протокольну парамедицину, цифрову координацію та інтеграцію з тактичною медициною.

Пріоритети незворотно змістилися в бік травматологічної домінанти, забезпечення стійкості (resilience) та здатності системи функціонувати в умовах MASCAL і постійної загрози. Це призвело до створення унікальної гібридної системи ЕМД, яка поєднує цивільні європейські стандарти з бойовим досвідом.

Трансформаційні зміни в системі екстреної медичної допомоги є невідворотним рухом від застарілої моделі до сучасної, високотехнологічної, протоколізованої та логістично-оптимізованої системи, ключова мета якої – скорочення часу до початку кінцевого лікування та збереження життя пацієнта. Успіх реформи визначається послідовним впровадженням трьох основних взаємопов'язаних елементів:

- кадрова модель: перехід до парамедицини та стандартизація навчання для підвищення автономності бригад та ефективності ресурсів;

- технологічна база: посилення централізованої диспетчеризації (ОДЦ), впровадження телемедицини та електронного обліку для забезпечення прозорості та оптимальної маршрутизації;

- фінансова стійкість: відхід від кошторису до програмного фінансування (через тарифи на послуги) та залучення інвестицій в інфраструктуру.

Військова агресія РФ виступила як стрес-тест та потужний каталізатор, прискоривши трансформаційні процеси, але також змістивши їхні пріоритети. Військові дії зумовили домінанту травматологічних протоколів, швидку інтеграцію ТССС/ТЕСС та термінове впровадження технологій координації (112). Управління перейшло в режим кризового реагування, а модернізація обладнання значною мірою стала залежати від міжнародної допомоги.

Таким чином, трансформаційні зміни в Україні призвели до створення унікальної гібридної системи ЕМД, яка успішно поєднує цивільні європейські стандарти з боєм досвідом та пріоритетом стійкості (resilience), що дозволяє їй функціонувати в умовах MASCAL і постійної загрози.

2.3 Аналіз світового досвіду державного регулювання та реформування у сфері екстреної медичної допомоги

Державне регулювання та реформування системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) є постійним процесом у більшості розвинених країн, спрямованим на оптимізацію ресурсів, підвищення якості та скорочення часу доїзду. Світовий досвід демонструє кілька ключових організаційних моделей, які слугують орієнтиром для національних систем. Цей розділ присвячений систематизації та порівняльному аналізу трьох основних регуляторних моделей ЕМД: Централізованої (з високим державним контролем та уніфікацією, як у Франції та Кореї), Децентралізованої (з множинністю форм та конкуренцією підрядників, як у США та Канаді) та Партнерської (що поєднує державні стандарти з високою роллю громадськості та волонтерів, як в Ізраїлі та Великій Британії). Аналіз ефективності функціонування кожної з цих моделей (зокрема, за критеріями контролю, гнучкості та ризиків нерівності доступу) дозволяє окреслити стратегічні пріоритети, які обирає держава у сфері невідкладної допомоги. Особливу увагу в даному розділі приділено гібридному характеру трансформації системи ЕМД України, яка після реформи 2017 року, а особливо в умовах повномасштабної військової агресії, поєднала елементи всіх трьох світових моделей для забезпечення стійкості, уніфікації та ефективного реагування на масові виклики.

Державне регулювання та реформування системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) є постійним процесом у більшості розвинених країн, спрямованим на оптимізацію ресурсів, підвищення якості та скорочення часу доїзду. Світовий досвід демонструє кілька ключових напрямків та моделей, які слугують орієнтиром для національних систем.

Державне регулювання систем ЕМД у світі ґрунтується на декількох організаційних моделях, що визначають підходи до фінансування, кадрового забезпечення та протоколів, а саме: централізована, децентралізована, партнерська модель (табл 2.6, рис. 2.3).

Ефективність функціонування системи екстреної медичної допомоги значною мірою залежить від обраної моделі її організації та державного регулювання. У світовій практиці виділяють три основні регуляторні моделі, які визначають ступінь участі держави, механізми фінансування та роль недержавних суб'єктів: централізована, децентралізована та партнерська. Вибір моделі є стратегічним рішенням, що впливає на рівність доступу, оперативність та якість медичних послуг.

Таблиця 2.6

Порівняння моделей державного регулювання ЕМД

Критерій	Централізована модель	Децентралізована модель	Партнерська модель
Рівень контролю держави	високий	середній	середній-високий
Гнучкість	низька	висока	висока
Єдині стандарти	повні	часткові	повні/часткові
Роль волонтерів	низька	середня	висока
Ризики нерівності доступу	низькі	високі	низькі
Приклади країн	Франція, Корея	США, Канада	Британія, Ізраїль

Централізована модель характеризується найвищим ступенем державного контролю та уніфікації. Прикладом функціонування цієї моделі є Франція та Корея. Однією з основних її переваг є єдине державне управління. Тобто ЕМД є інтегральною частиною державної системи охорони здоров'я. Управління здійснюється єдиним національним органом або через чітко підпорядковані регіональні структури. Також на базі єдиного державного управління діє єдина система прийому викликів, що дозволяє оптимізувати розподіл ресурсів і мінімізувати час реагування. [48, 51]

Всі аспекти діяльності екстреної медичної допомоги, що діють в рамках централізованої моделі (від диспетчеризації до клінічних протоколів) є уніфікованими на національному рівні. Це забезпечує передбачуваність та рівномірну якість послуг по всій території країни.

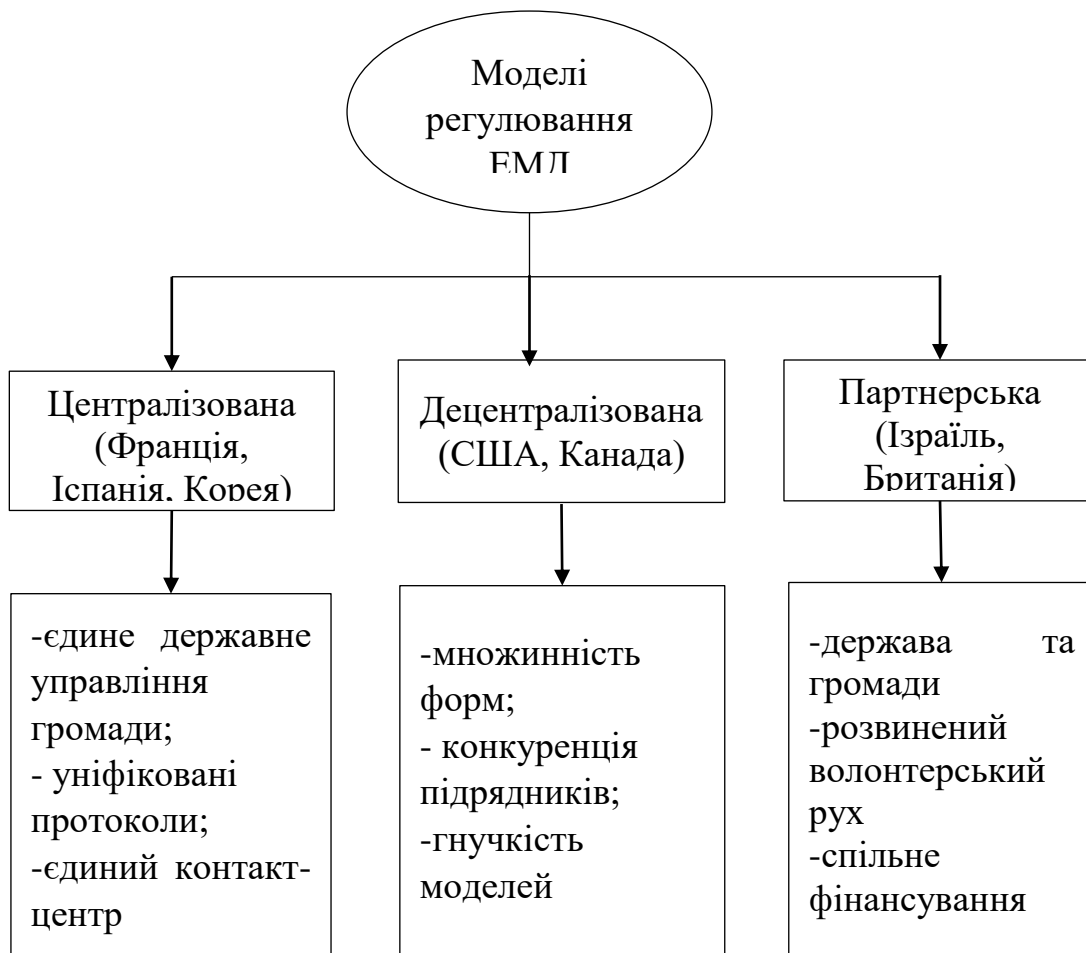


Рис 2.3 Основні моделі організації та регулювання ЕМД у світі

Також до переваг екстреної медичної допомоги централізованої моделі є: висока рівність доступу до послуг, незалежно від соціально-економічного статусу чи географічного розташування; низькі ризики нерівності та корупції; висока ефективність використання державних коштів. Проте варто зауважити що негативною стороною централізованої моделі ЕМД є низька гнучкість у швидкому впровадженні регіональних інновацій або адаптації до локальних потреб; значна залежність від бюджетного фінансування.

Наступною моделлю є децентралізована. Вона є протилежною до попередньої моделі та базується на множинності форм власності та надання послуг. Така модель притаманна таким країнам, як США та Канада. Серед механізмів функціонування такої моделі можна назвати множинність форм. Тобто послуги ЕМД можуть надаватися місцевими органами влади (муніципальні служби, пожежні департаменти), приватними компаніями або

лікарнями. Також варто зауважити, що при децентралізованій моделі є висока конкуренція підрядників. Тобто регулювання часто здійснюється через механізм ліцензування та конкурентних тендерів, що стимулює гнучкість моделей надання послуг та підвищення їхньої ефективності на локальному рівні. При цьому запровадженні часткові стандарти, законодавство встановлює загальні вимоги до ліцензування, проте детальні операційні стандарти можуть значно відрізнятись між штатами, провінціями чи навіть округами. Перевагою децентралізованої системи є: висока гнучкість та інноваційність; швидке реагування на унікальні регіональні потреби; можливість залучення приватного капіталу. Але як у всіх моделей також є недоліки, а саме: високі ризики нерівності доступу (особливо між міськими та сільськими районами); складність контролю якості та забезпечення єдиних стандартів; залежність від ефективності місцевого самоврядування.

Останньою моделлю наведеною на рисунку 2.3 є партнерська модель. Вона є гібридним підходом, що прагне поєднати надійність державного контролю з оперативністю та ресурсами громадських організацій. Країнами-прикладом функціонування такої моделі є Велика Британія та Ізраїль. Функціонування механізмів такої моделі є:

- співпраця держави та громади: держава визначає загальну стратегію, фінансування та стандарти, тоді як надання послуг часто делегується некомерційним організаціям, благодійним фондам або спеціалізованим громадським структурам;

- висока роль волонтерів: модель активно інтегрує розвинений волонтерський рух у першу ланку надання допомоги (наприклад, волонтери-реагувальники), що значно підвищує швидкість прибуття на місце події (особливо в умовах масових катастроф);

- спільне фінансування: система фінансується за рахунок державних субсидій, обов'язкового медичного страхування та громадських пожертв.

Перевагами партнерської моделі є: висока оперативність завдяки залученню волонтерів; низькі ризики нерівності (завдяки держстандартам);

висока соціальна підтримка та довіра до системи. Проте викликами або негативною стороною такої моделі є необхідність суворого державного контролю за підготовкою та сертифікацією волонтерів; потенційна залежність від стабільності громадського фінансування.

Щодо України в рамках функціонування цих моделей. Система ЕМД України історично формувалася під впливом централізованої моделі (успадкованої від радянської «швидкої допомоги») із клінічним підходом, близьким до франко-німецької (лікар на виклику). Однак, починаючи з 2017 року, Україна розпочала широкомасштабну реформу, спрямовану на перехід до гібридної клінічної та партнерської/децентралізованої регуляторної моделі (таблиця 2.7).

Таблиця 2.7

Елементи Світових Моделей у Системі ЕМД України

Напрямок Реформи	Зміни в Україні	Відповідність Світовій Моделі
Клінічна Філософія	Перехід від лікарських бригад до бригад парамедиків та фельдшерів.	Англо-Американська (Парамедик-Транспортування)

Продовження таблиці 2.7

Напрямок Реформи	Зміни в Україні	Відповідність Світовій Моделі
Регулювання та Фінансування	Фінансування через НСЗУ (контракти) та передача управління на обласний рівень.	Елементи Децентралізованої (через фінансову автономію)
Диспетчеризація	Створення єдиних Оперативно-диспетчерських служб (ОДС) та уніфікація протоколів виклику.	Елементи Централізованої (через уніфікацію управління)
Реагування в Кризі	Масштабне залучення волонтерів, громадських організацій та міжнародних донорів.	Партнерська (через високу роль громадськості)

Внаслідок реформи відбулися та відбуваються наступні регуляторні зміни:

клінічний вектор: відбувся поступовий перехід від лікарських бригад до бригад, очолюваних парамедиками та фельдшерами. Це відображає рух у бік англо-американської (парамедичної) клінічної моделі з акцентом на швидку стабілізацію та транспортування;

регуляторна децентралізація та партнерство: реформа передбачала передачу управління центрами ЕМД з обласного рівня на рівень обласних державних адміністрацій та збільшення фінансування через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Це посилює елементи децентралізації та, частково, партнерства, оскільки фінансування послуг почало залежати від контрактів та виконання показників якості;

уніфікація та диспетчеризація: запровадження єдиних стандартів та створення єдиних оперативно-диспетчерських служб (ОДС) у регіонах з використанням сучасних систем GPS та автоматизованої диспетчеризації (CAD) зберегло важливі елементи Централізованої моделі, забезпечуючи рівномірний час доїзду.

Також українська система ЕМД зазнала значних трансформаційних змін після повномасштабної військової агресії (з 2022 р.), підкресливши важливість партнерської моделі та військової медицини. Перш за все це відобразилося на підвищенні ролі волонтерів та донорів. Фінансова та матеріальна допомога від міжнародних партнерів та волонтерських організацій (елемент партнерської моделі) стала критично важливою для забезпечення транспортом та обладнанням в умовах руйнування інфраструктури. Далі це інтеграція з військовою медициною. Тобто система ЕМД працює в умовах масових санітарних втрат, що вимагає тісної координації з військовими медичними структурами та застосування тактичної медицини (ТССС). Необхідно сказати про проблеми доступу . Це особливо відчутно у зонах бойових дій та на тимчасово окупованих територіях основні принципи надання ЕМД порушені, що акцентує увагу на питанні нерівності доступу, характерному для децентралізованої моделі в умовах кризи, але з більшою критичністю.

Таким чином, українська система ЕМД розвивається як гібридна модель, яка поєднує стандартизований парамедичний підхід із централізованою диспетчеризацією, при цьому її стійкість у воєнний час забезпечується через значне посилення елементів партнерства та волонтерства.

Проведений аналіз підтверджує, що ефективність системи ЕМД не є універсальною, а залежить від обраної організаційної моделі, яка відображає стратегічний компроміс між рівністю доступу та гнучкістю ресурсів. Централізована модель мінімізує нерівність та забезпечує повну уніфікацію, але має низьку гнучкість. Децентралізована модель демонструє високу гнучкість та інноваційність, але створює високі ризики нерівності доступу. Партнерська модель успішно поєднує державний контроль зі швидкістю реагування завдяки високій ролі волонтерів.

Трансформація системи ЕМД України є прикладом унікального гібридного шляху розвитку. Реформа, розпочата у 2017 році, свідомо інтегрувала елементи:

- англо-американської клінічної моделі (перехід на парамедиків);
- централізованої моделі (через створення єдиних ОДС та уніфікацію протоколів);
- децентралізованої моделі (через фінансування послуг через НСЗУ та передачу управління на регіональний рівень).

Критичним каталізатором та стрес-тестом для системи стала повномасштабна військова агресія. Вона прискорила Партнерську складову, зробивши масштабне залучення волонтерів та міжнародних донорів критично важливим для забезпечення стійкості та обладнання. Таким чином, українська ЕМД на сьогодні функціонує як стійка, гібридна модель, де стандартизований підхід поєднується з кризовим управлінням, орієнтованим на тактичну медицину та партнерство для забезпечення безперервності надання допомоги в умовах воєнного часу.

Проведений комплексний аналіз умов функціонування, клінічних парадигм, трансформаційних векторів та регуляторних моделей ЕМД у світі та Україні засвідчує, що сучасна система не є статичною, а перебуває у стані постійної еволюції у відповідь на глобальні виклики.

Світова практика ЕМД історично розділена на дві основні клінічні філософії: франко-німецьку (лікарську), що зосереджена на максимальній

стабілізації пацієнта на місці події («Stay and Play»), та англо-американську (парамедичну), пріоритетом якої є швидка доставка до лікарні («Scoop and Run» або «Load and Go»). Виявлено, що ефективність цих моделей залежить від стратегічного вибору: франко-німецька модель забезпечує вищу якість допомоги на місці, але є дорожчою та повільнішою. Англо-Американська модель гарантує швидкість та ефективність ресурсів, але обмежує обсяг догоспітального лікування. Глобальною тенденцією є їхня гібридизація, що дає змогу використовувати парамедиків для більшості викликів, зберігаючи лікарські бригади для критичних ситуацій.

Трансформаційні зміни, що відбуваються в ЕМД, охоплюють три нерозривні напрямки, які зміщують акцент системи з реагування на проактивне управління часом та ресурсами:

Кадрова Реформа: Центральною зміною є перехід до парамедицини, що вимагає стандартизації освітніх програм та уніфікації клінічних протоколів (на основі ALS/BLS). Це забезпечує підвищення автономності та компетентності бригад, роблячи систему менш залежною від висококваліфікованих лікарів на виїзді; цифрова революція: впровадження централізованої диспетчеризації (ОДЦ) за допомогою САД/ГІС, телемедицини та електронного обліку (ЕМІС) є каталізатором логістичної оптимізації. Ці технології дозволяють точно сортувати виклики, обирати найоптимальніші маршрути та готувати лікарню до прибуття пацієнта (концепція Time-Critical Conditions), фокусуючись на доставці до найкращого, а не найближчого, спеціалізованого центру;

фінансова стійкість: забезпечення стабільності системи вимагає відходу від кошторисного утримання до програмного фінансування (через тарифи НСЗУ або подібні механізми), що стимулює якість та результативність надання послуг.

Державне регулювання базується на централізованій, децентралізованій та партнерській моделях. Аналіз свідчить, що система ЕМД України після реформи 2017 року набула унікального гібридного характеру, поєднуючи: елементи централізованої моделі (через уніфікацію стандартів та створення

ОДС); елементи децентралізованої моделі (через фінансову автономію та контракування з НСЗУ); клінічний вектор, близький до англо-американської моделі (парамедицина).

Найважливішим фактором, що сформував сучасний облік української ЕМД, стала повномасштабна військова агресія. Вона виступила як стрес-тест і каталізатор, прискоривши трансформації у: домінанті травматології та інтеграції протоколів ТССС/ТЕСС; терміновому впровадженні технологій координації (система 112); посилення партнерської моделі (критична залежність від волонтерів та міжнародної допомоги); зміщенні пріоритету на безпеку та стійкість (resilience) системи в умовах постійної загрози.

Трансформаційні зміни в Україні призвели до створення унікальної, адаптивної та стійкої гібридної системи ЕМД, яка успішно інтегрувала цивільні європейські стандарти із бойовим досвідом та кризовим управлінням. Подальша стійкість системи вимагає забезпечення стабільного державного фінансування, послідовного завершення кадрової реформи та вдосконалення диспетчеризації для балансування швидкості, якості та ресурсної ефективності.

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН У СИСТЕМІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1 Методичний підхід до оцінки державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги

Сучасний етап розвитку системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні характеризується масштабними трансформаційними змінами, спрямованими на підвищення оперативності реагування, якості медичних послуг та ефективності використання ресурсів. В умовах реформування охорони здоров'я важливо забезпечити науково обґрунтовану оцінку інтенсивності, цілеспрямованості та результативності державного регулювання цих змін. Для цього необхідний методичний підхід, який враховуватиме специфіку галузі, багаторівневість управління та комплексність трансформаційних процесів.

Державне регулювання у сфері ЕМД передбачає формування нормативно-правових, інституційних, організаційних і цифрових умов, що забезпечують функціонування та розвиток системи екстреної допомоги. Трансформаційні зміни в цій сфері охоплюють централізацію диспетчеризації, цифровізацію процесів реагування, оптимізацію маршрутів пацієнта, модернізацію автопарку, кадрове забезпечення та стандартизацію медичних протоколів. [41]

При цьому варто зауважити, що методичний підхід базується на принципах системності, комплексності, вимірюваності, об'єктивності, динамічності, результативності та порівнянності. Принцип системності ґрунтується на урахуванні взаємозв'язків між нормативним, організаційним, інституційним та цифровим забезпеченням ЕМД. Принцип комплексності дозволяє охопити якісні та кількісні характеристики трансформацій.

Показником принципу вимірюваності є можливість застосування конкретних індикаторів оцінки. Об'єктивністю оцінки є використання офіційних даних, статистики, експертних оцінок. Принцип динамічності показує оцінку змін у часовому розрізі. Результативність це такий принцип в межах якого є орієнтація на вимір впливу державного регулювання на доступність, швидкість і якість ЕМД. Принцип порівнянності дає можливість співставлення результатів між регіонами та з міжнародними практиками.

Зазвичай у науково-дослідній практиці методичний підхід базується на певних моделях. В даному випадку модель є багаторівневою, що на рисунку 3.1.



Рис 3.1 Схема методичного підходу оцінки державного регулювання трансформаційних змін у ЕМД

Відповідно до схеми першим рівнем методичного підходу є нормативно-правове забезпечення. Відповідно до цього рівня оцінюється повнота та актуальність законодавчих актів, відповідність міжнародним стандартам,

імплементация протоколів, телемедицини, цифрових стандартів, швидкість оновлення нормативної бази. Оцінка на цьому рівні передбачає ретельний аудит існуючої правової бази, що регулює діяльність ЕМД: наявність ключових законів; чіткість термінології та повноважень; актуальність підзаконних актів.

Якість нормативно-правового забезпечення прямо залежить від його відповідності з міжнародною практикою. Це свідчить про необхідність відповідності міжнародним стандартам та рекомендаціям, а саме: стандарти ЄС (EN); рекомендації ВООЗ (WHO); рекомендації Європейської ради реанімації (ERC). [39]

Також в рамках нормативно-правового забезпечення необхідно звернути увагу на імплементацию протоколів, телемедицини, цифрових стандартів. Тобто оцінити, наскільки нормативна база підготовлена до роботи в умовах цифровізації та нових технологій. В межах імплементации протоколів, телемедицини, цифрових стандартів оцінюється: протоколи та алгоритми; регулювання телемедицини; цифрові стандарти.

Швидкість оновлення нормативної бази також є одним з показників нормативно-правового забезпечення. Він відображає гнучкість державного регулятора та його здатність оперативно реагувати на зміни: час реакції на зміни; механізми внесення змін.

Загалом, рівень 1 дає змогу визначити нормативну готовність системи ЕМД до трансформації. Якщо правова база є неповною, застарілою або не гармонізованою з міжнародними стандартами, успішне впровадження подальших структурних та фінансових реформ буде ускладнене або неможливе.

Другим рівнем методичного підходу є інституційно-організаційне забезпечення. В його рамках оцінюється: структура та функції центрів ЕМД і медицини катастроф; рівень централізації диспетчеризації; кадрове забезпечення (диспетчери, парамедики, лікарі); ефективність внутрішніх управлінських процесів. Цей рівень є критичним, оскільки він аналізує функціональність та ефективність управлінської і кадрової структури, яка безпосередньо реалізує нормативно-правові вимоги (Рівень 1).

В межах інституційно-організаційне забезпечення оцінюється структура та функції центрів ЕМД і медицини катастроф, а саме: відповідність організаційної структури центрів ЕМД та медицини катастроф (ЦЕМДМК) сучасним вимогам і їхня спроможність виконувати гібридні функції; функціональна відповідність; оптимізація мережі; інтеграція та співпраця.

Також оцінюється рівень централізації диспетчеризації, а саме ефективність диспетчеризації, оскільки вона забезпечує оперативність всієї роботи ЕМД: створення ЄРДС (Єдині Регіональні Диспетчерські Служби); технологічна готовність; якість тріажу. [36]

Також в межах інституційно-організаційне забезпечення оцінюється кадрове забезпечення (диспетчери, парамедики, лікарі). На цьому рівні іде оцінка кадрового потенціалу системи, його відповідність новій парамедичній моделі та професійним вимогам. Оцінюється кваліфікація диспетчерів, перевіряється наявності сертифікації та відповідного навчання диспетчерів (наприклад, використання протоколів прийняття рішень та тріажу). Надається оцінка співвідношення бригад, укомплектованих парамедиками, до традиційних лікарських/фельдшерських бригад. Це прямий індикатор прогресу реформи. Перевіряється та оцінюється в рамках інституційно-організаційного забезпечення професійна готовність, саме аналіз виконання планів безперервного професійного розвитку (БПР) для парамедиків та лікарів. Перевірка наявності та частоти проведення практичних тренінгів (наприклад, з відпрацювання протоколів ACLS/PHTLS). Також оцінюється наявності достатньої кількості бригад на добу та рівня дефіциту кадрів за ключовими спеціальностями.

В рамках інституційно-організаційного забезпечення перевіряє ефективність внутрішніх управлінських процесів. Цей аспект оцінює якість щоденного менеджменту всередині центрів ЕМД, а саме: контроль якості; управління ресурсами; звітність та прозорість.

Третім рівнем є цифровізація та технологічна модернізація. Цей рівень оцінює ступінь інтеграції сучасних інформаційних технологій та автоматизації

процесів, які забезпечують швидкість, точність координації, мінімізацію помилок та ефективно прийняття управлінських рішень.

Якщо брати до уваги впровадження інформаційних систем (ASNS, GPS-трекінг, eHealth) в рамках даного рівня, то він оцінює наявність та ефективність функціонування ключових цифрових інструментів для управління викликами, ресурсами та медичними даними: система автоматизованої диспетчеризації (CAD/ASNS); GPS-Трекінг та Геоінформаційні Системи (ГІС); електронна медична карта пацієнта (ЕМКП/eHealth). [38]

Четвертим рівнем є результативність ЕМД. Цей рівень є фінальним показником ефективності всієї системи, оскільки він оцінює не лише процеси, а й кінцевий вплив на здоров'я населення та соціальний ефект. В рамках даного рівня оцінюється: час доїзду бригад (ключовий операційний KPI); кількість врятованих пацієнтів та клінічні результати; зменшення смертності та критичних ускладнень; задоволеність населення; логістична доступність.

Зазвичай методичний підхід впроваджується у декілька етапів. Відповідно до теми дипломної роботи можна запропонувати наступні етапи:

Етап 1. Формування системи індикаторів. Тобто створення переліку кількісних і якісних показників за кожним рівнем: нормативні (N1–N5), інституційні (I1–I7), цифрові (D1–D6), результативності (R1–R10). Вони представлені у таблиці 3.1 (детальна таблиця знаходиться у додатку Б).

Таблиця 3.1

Система індикаторів

Рівень оцінки	Група індикаторів	Приклад індикаторів	Метод вимірювання
Нормативний	N1–N5	Кількість оновлених актів; відповідність стандартам	експертна оцінка, контент-аналіз
Інституційний	I1–I7	Кількість навчань; рівень централізації	статистика, опитування
Цифровий	D1–D6	GPS-трекінг, електронні протоколи	аналіз ІТ-систем
Результативності	R1–R10	Час доїзду, пацієнтські результати	звітність Центрів ЕМД

Етапом 2 є збирання та нормування даних. Тобто здійснюється збір первинної інформації та її підготовка до подальшого аналізу. Метою є

отримання достовірних, релевантних та зіставних даних для кількісної та якісної оцінки всіх рівнів державного регулювання (нормативно-правового, інституційно-організаційного та результативного). Більш детально описано в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Джерело даних	Тип інформації	Метод збору та використання
Статистичні дані (МОЗ, НСЗУ, ЦЕМДМК)	Кількісні показники (час доїзду, смертність, кількість бригад, фінансування).	Автоматизований збір із цифрових систем (АСУ ЕМД, ЕСОЗ). Слугує основою для розрахунку більшості КРІ.
Експертні опитування	Якісні показники (оцінка якості протоколів, ефективності управління, ступеня готовності кадрів).	Анкети та фокус-групи серед керівників, парамедиків, незалежних медичних експертів. Використовується для вагового оцінювання та корекції суб'єктивних індикаторів.
Аналітичні звіти, аудит	Верифікація та оцінка процесів (звіти НСЗУ про тарифи, висновки внутрішніх та зовнішніх аудитів якості допомоги).	Документальний аналіз для підтвердження інституційної ефективності та цільового використання фінансових ресурсів.

Важливо зауважити, що дані необхідно нормувати. Тобто Зібрані первинні показники повинні бути приведені до безрозмірної форми для забезпечення їх зіставності, оскільки вони мають різні одиниці виміру (хвилини, гривні, відсотки). Зазвичай використовують методи шкалування, наприклад, відносно цільових (еталонних) значень або шляхом стандартизації.

Третій етап присвячений визначенню вагових коефіцієнтів для кожного блоку та індикатора, що відображає їхній відносний внесок у загальну ефективність державного регулювання ЕМД (таблиця 3.3). Це необхідно для формування інтегрального показника.

Таблиця 3.3

Застосування методів вагового оцінювання

Метод	Сутність та механізм застосування	Переваги для оцінки ЕМД
Аналіз ієрархій Сааті (AIC)	Структурування проблеми оцінки у вигляді ієрархії. Експерти здійснюють попарне порівняння критеріїв (наприклад, Нормативний блок важливіший за Інституційний на N балів), формуючи матрицю порівнянь.	Дозволяє врахувати суб'єктивну важливість критеріїв та перевірити послідовність (узгодженість) суджень експертів. Ідеальний для складних систем.

Продовження таблиці 3.3

Метод	Сутність та механізм застосування	Переваги для оцінки ЕМД
Експертно-коєфіцієнтний метод	Група експертів прямо присвоює вагу (коєфіцієнт значущості) кожному блоку (наприклад, $W_{\text{клінічні результати}} = 0.4$, $W_{\text{фінансування}} = 0.2$).	Швидкий і простий у використанні. Дозволяє безпосередньо відобразити пріоритети державної політики (наприклад, надання вищої ваги клінічним показникам).
Ентропійний підхід	Об'єктивний метод визначення ваги, що ґрунтується на дисперсії (невизначеності) даних. Чим менша різниця у значеннях показника між регіонами (висока однорідність), тим менша його вага, і навпаки.	Виключає суб'єктивізм. Надає більшої ваги тим показникам, які мають найбільшу інформативну цінність та регіональну відмінність.

Для отримання єдиного показника ефективності доцільно використовувати методику інтегральної оцінки, яка об'єднує всі ключові показники у єдиний індекс (3.1):

$$I_{\text{ЕМД}} = w_1 * I_{\text{норм.}} + w_2 * I_{\text{проц.}} + w_3 * I_{\text{рез.}} \quad (3.1)$$

Де:

$I_{\text{норм.}}$, $I_{\text{проц.}}$, $I_{\text{рез.}}$ — зведені індекси відповідно нормативної готовності, процесної ефективності та кінцевих результатів.

w_1 , w_2 , w_3 — вагові коєфіцієнти, що визначаються експертним шляхом (наприклад, w_3 — індекс результатів, може мати найвищу вагу, оскільки відображає кінцевий ефект).

Метод реалізації: Використання Аналізу ієрархій (АНР) або Методу нечітких множин для визначення вагових коєфіцієнтів та агрегації часткових показників у єдиний індекс.

Цей методичний підхід дозволяє не лише констатувати факт успіху чи невдачі трансформації, але й ідентифікувати слабкі ланки системи (наприклад, низьку процесну ефективність при високій нормативній готовності) для подальшої корекції державного регулювання.

Отже, сучасний етап розвитку системи Екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні характеризується масштабними трансформаційними змінами, які є критично важливими для забезпечення оперативності, якості та стійкості

надання допомоги. Успіх цих реформ безпосередньо залежить від ефективності державного регулювання, яке має бути піддане науково обґрунтованій та об'єктивній оцінці.

Розроблений багаторівневий методичний підхід повністю відповідає вимогам часу, оскільки він ґрунтується на ключових принципах – системності, комплексності, об'єктивності та результативності.

3.2 Організаційно-методичне забезпечення моніторингу державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги

Ефективність державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги (ЕМД) значною мірою залежить від наявності цілісної системи моніторингу, яка забезпечує систематичне, комплексне та науково обґрунтоване спостереження за ходом реформ. Організаційно-методичне забезпечення такого моніторингу визначає процедури збору даних, їх аналітичної обробки, узагальнення та ухвалення управлінських рішень, спрямованих на підвищення якості ЕМД та результативності державної політики.

Організаційно-методичне забезпечення моніторингу трансформаційних змін у ЕМД включає такі ключові елементи: нормативне забезпечення; організаційна структура моніторингу; методичний інструментарій; цифрове забезпечення; аналітична інфраструктура (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Елементи організаційно-методичного забезпечення моніторингу трансформаційних змін у ЕМД

Елемент забезпечення	Сутність та завдання	Суб'єкти відповідальності
Нормативне забезпечення	Створення законодавчої та підзаконної бази, що формально визначає процедури, суб'єктів та об'єкти моніторингу, а також порядок використання отриманих даних.	МОЗ України, Кабінет Міністрів України
Елемент забезпечення	Сутність та завдання	Суб'єкти відповідальності

Продовження таблиці 3.4

Організаційна структура	Визначення компетенцій, відповідальності та механізмів координації між усіма учасниками процесу (Центри ЕМД, МОЗ, НСЗУ, ОДА).	Центри ЕМД, НСЗУ
Методичний інструментарій	Розробка системи показників (КРІ), єдиних методів збору, обробки інформації та технологій аналізу для об'єктивної оцінки.	МОЗ, науково-дослідні інститути
Цифрове забезпечення	Впровадження інформаційно-аналітичних систем (АСУ ЕМД, ЕСОЗ), що забезпечують автоматизований збір, зберігання та інтеграцію даних.	ДП «Електронне здоров'я», Центри ЕМД
Аналітична інфраструктура	Механізми обробки, візуалізації даних та формування звітності (дашбордів) для підтримки прийняття управлінських рішень.	НСЗУ, МОЗ (аналітичні підрозділи)

Структурна модель відображає ієрархічну та послідовну логіку побудови системи моніторингу, де кожен наступний елемент спирається на попередній, а інформація рухається від нормативного визначення до кінцевого аналізу.

Модель, що наведена на рисунку 3.2 є ієрархічною структурою, яка демонструє, які саме елементи (або види забезпечення) повинні бути синхронізовані та послідовно впроваджені для забезпечення ефективного та достовірного моніторингу (нагляду, контролю та оцінки) функціонування системи (наприклад, ЕМД).

Першим рівнем в даній схемі є нормативно-правове забезпечення, він є фундаментальним рівнем, що встановлює законні підстави та обов'язковість проведення моніторингу. Відповідно до цього рівня визначаються цілі, суб'єкти, об'єкти моніторингу та їхні повноваження на рівні законів, постанов та відомчих наказів. Складовими даного є Закони України, постанови Кабінету Міністрів, накази МОЗ, локальні регуляторні акти (наприклад, щодо затвердження індикаторів якості, порядку збору та обробки даних). Значення даного рівня гарантує легітимність та обов'язковість моніторингу для всіх учасників системи.

Організаційна структура (2 рівень) визначає хто саме відповідає за збір, обробку та використання результатів моніторингу на всіх рівнях. Тобто чітко

визначає ролі, відповідальності та підпорядкованість між усіма суб'єктами системи. До складу 2 рівня входять:

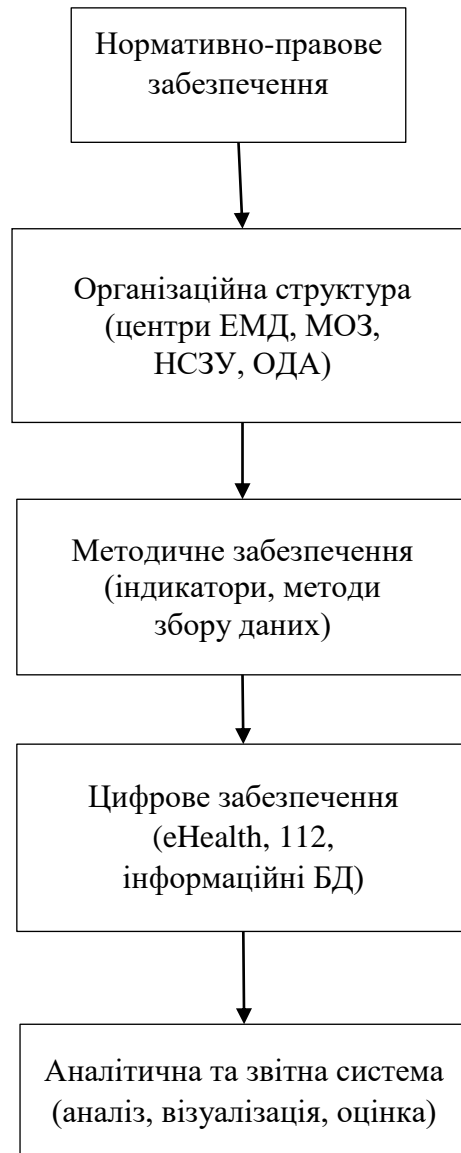


Рис 3.2 Структурна модель організаційно-методичного забезпечення моніторингу

МОЗ: Визначення державної політики, затвердження індикаторів та стандартів.

НСЗУ (Національна служба здоров'я України): Контрактування послуг та фінансовий моніторинг (контроль виконання КРІ, фінансова звітність).

ОДА (Обласні державні адміністрації) / Регіональні Управління: Оперативне управління, контроль за логістикою та інфраструктурою.

Центри ЕМД: Безпосередній збір первинних даних, формування звітів, оперативний контроль бригад.

На своєму рівні організаційна структура забезпечує виконавчу вертикаль та розподіл відповідальності.

До третього рівня методичного підходу належить методичне забезпечення (методичний інструментарій). Даний інструментальний рівень встановлює, як саме повинен здійснюватися моніторинг. На цьому рівні розробляються уніфіковані правила, методи та індикатори для забезпечення порівнянності та достовірності даних. Цей рівень складають наступні складові: індикатори, що розуміють під собою чіткі, вимірювані показники (наприклад, час доїзду, відсоток викликів, виконаних парамедиками, показник ROSC); стандартизовані форми звітності, протоколи аудиту якості, методологія розрахунку індикаторів; використання єдиних класифікаторів (наприклад, МКХ-10) для кодування діагнозів та процедур. Даний рівень гарантує об'єктивність та порівнянність даних моніторингу.

Наступним рівнем є цифрове забезпечення або технологічна платформа. Цей рівень визначає технологічну базу, за допомогою чого збираються та обробляються дані. Сутність цього рівня полягає у процесах обробки та інтерпретації даних моніторингу для оцінки ефективності та розробки корекційних заходів. До складу входять: зберігання медичних даних пацієнтів та електронних карток викликів (eHealth / Електронна Медична Інформаційна Система); збір даних про виклики, час доїзду, геопозицію (GPS-трекінг, Система 112 / Computer-Aided Dispatch; сховища агрегованих даних для аналітики та формування звітів (інформаційні бази даних). Даний рівень забезпечує оперативність, точність та доступність первинних даних.

Останнім рівнем є аналітична та звітна системи (використання результатів). Це кінцевий рівень, що перетворює зібрані дані на знання та управлінські рішення. До його складу входять: проведення статистичного

аналізу, виявлення трендів, візуалізація КРІ (наприклад, за допомогою дашбордів); порівняння фактичних результатів із встановленими цільовими показниками (нормативами); підготовка регулярних звітів для керівництва МОЗ, НСЗУ та регіональних органів для прийняття управлінських рішень. Даний рівень забезпечує зворотний зв'язок та управлінську дію, замикаючи цикл моніторингу.

Таким чином ефективність державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги (ЕМД) безпосередньо залежить від наявності цілісної, науково обґрунтованої та системної моделі моніторингу. Організаційно-методичне забезпечення моніторингу є тією інфраструктурою, яка перетворює стратегічні цілі реформи на вимірювані, керовані результати.

Таким чином, організаційно-методичне забезпечення є необхідною умовою для перетворення трансформаційних змін у ЕМД з декларативних на вимірювані та стійкі результати, підтверджуючи ефективність та цілеспрямованість державної політики.

3.3 Методичні рекомендації щодо моніторингу державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги

Моніторинг державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги (ЕМД) є ключовим механізмом забезпечення результативності реформ, прозорості управлінських рішень та своєчасної корекції державної політики. Ефективний моніторинг потребує чіткого методичного підходу, який поєднує інституційні, організаційно-методичні та цифрово-аналітичні інструменти. Запропоновані методичні рекомендації спрямовані на формування єдиної системи збору, аналізу та інтерпретації даних щодо ефективності державного регулювання трансформаційних процесів в ЕМД.

Метою моніторингу системи ЕМД є забезпечення системного, науково обґрунтованого спостереження за трансформаційними процесами в ЕМД та оцінка ефективності державного регулювання. Основними завданнями є: визначення ступеня відповідності реформ нормативним вимогам; аналіз реального стану інфраструктури, диспетчеризації, кадрового й цифрового забезпечення; оцінка результативності управлінських рішень на різних рівнях влади; виявлення ризиків, бар'єрів та дестабілізуючих факторів; формування рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання.

Ефективний моніторинг державного регулювання трансформаційних змін у системі екстреної медичної допомоги (ЕМД) є критично важливим для забезпечення успіху реформ. Моніторинг не лише фіксує фактичні зміни, але й забезпечує керівництво необхідними даними для своєчасного коригування курсу. Для цього моніторинг має ґрунтуватися на чітких принципах та використовувати структуровану класифікацію індикаторів. Для забезпечення достовірності, актуальності та корисності моніторингу необхідно дотримуватися низки фундаментальних принципів, які представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Основні принципи моніторингу державного регулювання трансформацій ЕМД

Принцип	Зміст
Науковість	Спирання на стандартизовані методики, статистичний аналіз, доказову основу
Системність	Взаємозв'язок індикаторів, охоплення усіх рівнів ЕМД
Безперервність	Регулярність збору даних та аналітичних циклів
Прозорість	Відкритість методик, доступність інформації для стейкхолдерів
Орієнтація на результат	Оцінка не лише процесів, а й кінцевих результатів реформ

Після визначення основних принципів моніторингу варто визначити хто є суб'єктом та об'єктом моніторингу. Об'єктами моніторингу є: нормативно-правове забезпечення трансформацій ЕМД; організація роботи центрів ЕМД та регіональних диспетчерських служб; матеріально-технічна база та інфраструктура; цифровізація (телемедицина, GPS-моніторинг, електронна диспетчеризація); кадрове забезпечення; якість та доступність послуг;

фінансові ресурси. Суб'єктами є: МОЗ України; Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; Національна служба здоров'я України; обласні державні адміністрації; наукові установи.

Для забезпечення системності та повноти оцінки індикатори моніторингу доцільно класифікувати за основними функціональними групами. Така класифікація (таблиця 3.6) дозволяє оцінити якість трансформацій за всіма ключовими вимірами – від нормативної бази до клінічних наслідків.

Таблиця 3.6

Класифікація індикаторів моніторингу ЕМД

Група індикаторів	Приклад показників
Нормативно-управлінські	рівень відповідності стандартам ЕМД; наявність оновлених протоколів
Організаційні	час реагування, середня тривалість виїзду, кількість бригад
Фінансово-ресурсні	фінансування на 1 виклик; забезпеченість обладнанням
Кадрові	укомплектованість бригад, рівень кваліфікації персоналу
Технологічні	рівень цифровізації диспетчеризації; інтеграція МІС
Результативні	виживаність, задоволеність пацієнтів, рівень помилок

У процесі впровадження моніторингу неминуче виникають методичні та технічні виклики, пов'язані з якістю даних та їхнім аналізом. Для успішного подолання цих перешкод необхідні цілеспрямовані технологічні та управлінські заходи (таблиця 3.7).

Таблиця 3.7

Проблеми та методичні шляхи їх розв'язання

Проблема	Методичні рекомендації
Розрізненість даних	Впровадження єдиної цифрової платформи
Низька якість даних	Стандартизація форматів, автоматизація валідації
Невизначеність індикаторів	Уніфікація переліку обов'язкових показників
Брак аналітичних інструментів	Використання ВІ-систем, прогнозних моделей
Недостатня прозорість	Публічні дашборди та регулярні аналітичні звіти

Запропоновані методичні рекомендації забезпечують комплексний підхід до моніторингу державного регулювання трансформаційних змін у системі ЕМД. Інтеграція нормативно-методичних підходів, цифрової інфраструктури та

системи індикаторів створює умови для оцінки ефективності реформ та підвищення якості екстреної медичної допомоги.

Також в ході роботи варто звернути увагу на те що моніторинг має іти за певними етапами. Тоді він забезпечує перехід від збору даних до інтегральної оцінки.

Першим етапом є визначення мети та завдань моніторингу. Він є концептуально-стратегічним і передує збору даних. Також він встановлює рамки, спрямованість та очікувані результати моніторингу державного регулювання трансформаційних змін у системі Екстреної медичної допомоги (ЕМД). Мета моніторингу має бути чітко сформульована і пов'язана з кінцевими цілями реформи. Основною метою є об'єктивне оцінювання ефективності державного регулювання трансформаційних змін у сфері ЕМД для забезпечення системної модернізації, підвищення якості, доступності та стійкості системи, а також підтвердження відповідності міжнародним стандартам. Ця мета є основою для всіх подальших дій, включаючи вибір індикаторів та методів оцінювання.

Для досягнення мети моніторинг має вирішити низку конкретних завдань за трьома основними напрямками (нормативним, процесним та результативним), що представлені у таблиці 3.8

Таблиця 3.8

Напрями та завдання моніторингу трансформаційних змін

Напрямок	Завдання моніторингу	Очікуваний результат
Нормативно-правовий	Перевірка повноти імплементації законодавчої та підзаконної бази, необхідної для реформи, та її гармонізації з міжнародними протоколами (ACLS/PHTLS).	Підтвердження правової визначеності реформи та уніфікації стандартів.
Процесно-інституційний	Оцінка операційної ефективності інституційних змін (централізація диспетчеризації, оптимізація мережі) та кадрового забезпечення (перехід на парамедичну модель).	Виявлення «вузьких місць» в управлінських та логістичних процесах.
Результативний	Кількісний вимір впливу реформ на ключові клінічні та соціальні показники.	Оцінка ступеня досягнення цільових показників (зниження смертності, зменшення часу реагування, підвищення якості).

На цьому етапі також відбувається фінальна ідентифікація того, що (Об'єкти) і хто (Суб'єкти) буде контролюватися і виконуватиме моніторинг відповідно до принципів системності та прозорості.

Об'єкти: Всі складові стратегічного інструментарію (Нормативні акти, Організаційна структура, Фінансові ресурси, Технології, Кадри, Результати).

Суб'єкти: МОЗ, НСЗУ, Центри ЕМД, наукові установи (забезпечують об'єктивність та науковість).

Таким чином, Етап 1 закладає методичний фундамент, визначаючи, що саме буде вимірюватися, навіщо це потрібно і хто відповідатиме за процес, дозволяючи перейти до практичного збору та аналізу даних (Етап 2).

Етапом 2 є збір та нормування даних. При зборі первинних даних варто використовувати автоматизовані джерела (АСУ ЕМД, ЕСОЗ) для отримання статистичних даних (МОЗ, НСЗУ) щодо часу, частоти та клінічних результатів. Для отримання експертної оцінки треба проводити експертні опитування (за методом Дельфі) серед ключових стейкхолдерів для отримання суб'єктивних оцінок якості управління та нормативної бази. Після збору даних необхідно привести всі показники до безрозмірної форми (наприклад, за допомогою методів стандартизації або відносно еталонних значень) для забезпечення їх зіставності.

Після визначення, аналізу, збирання та нормування даних необхідно провести вагове оцінювання та інтегральне оцінювання.

Доцільне буде використання Аналізу ієрархій Сааті (АІС) або Експертно-коефіцієнтного методу для встановлення вагової значущості кожного блоку та індикатора. Розрахунок інтегрального показника: Формування єдиного Інтегрального показника ефективності (I_{EMD}) шляхом зваженої суми нормованих показників (3.2):

$$I_{EMD} = \sum w_i * I_i \quad (3.2)$$

Де:

$I_{емд}$ – це інтегральний показник ефективності державного регулювання ЕМД. Кінцевий, узагальнюючий індекс, що відображає загальний рівень

успішності та ефективності трансформаційних змін у системі ЕМД (від 0 до 1, або від 0% до 100%).

w_i - це ваговий коефіцієнт, відображає відносну важливість i -го індикатора в загальній системі оцінки. Вагові коефіцієнти визначаються експертним шляхом (наприклад, за методом Аналізу ієрархій Сааті) або об'єктивними методами (наприклад, ентропійний підхід). Сума всіх вагових коефіцієнтів має дорівнювати одиниці.

I_i – це нормативний індикатор. Значення i -го індикатора після його нормування. Це може бути час доїзду, рівень смертності, фінансування на 1 виклик тощо. Нормування переводить показники з різних одиниць виміру (хвилини, відсотки, гроші) у безрозмірний діапазон (зазвичай від 0 до 1), забезпечуючи їх зіставність.

Останнім етапом є рекомендації щодо подолання викликів. Для забезпечення достовірності та аналітичної цінності моніторингу необхідно вживати цілеспрямовані заходи:

Покращення якості первинних даних: Впровадження в АСУ ЕМД автоматизованого контролю валідності даних та систем мотивації для персоналу за якісне ведення електронної документації.

Забезпечення інтеграції: Законодавче зобов'язання щодо безшовної інтеграції між АСУ ЕМД та ЕСОЗ/МІС стаціонарів для відстеження клінічного результату пацієнта.

Підвищення прозорості: Регулярна публікація зведених аналітичних звітів та дашбордів для громадськості та професійної спільноти.

Дотримання цих методичних рекомендацій дозволить перетворити моніторинг із формального обліку на стратегічний механізм управління, який забезпечує якість, стійкість та пацієнтоорієнтованість системи ЕМД.

Таким чином моніторинг державного регулювання трансформаційних змін у системі Екстреної медичної допомоги (ЕМД) є ключовим механізмом забезпечення результативності реформ, прозорості управлінських рішень та своєчасної корекції державної політики. Запропонований методичний підхід

створює цілісну, науково обґрунтовану систему, що охоплює всі стадії управлінського циклу — від нормативного забезпечення до інтегральної оцінки кінцевих результатів. Тому запропоновані методичні рекомендації забезпечують комплексний, науково обґрунтований та технологічно підкріплений підхід до моніторингу. Його реалізація перетворює моніторинг із формального обліку на стратегічний механізм управління, який гарантує якість, стійкість та пацієнтоорієнтованість системи ЕМД.

У третьому розділі обґрунтовано, що успіх масштабних трансформаційних змін у системі Екстреної медичної допомоги (ЕМД) залежить від наявності цілісного, науково обґрунтованого та ефективно організованого методичного забезпечення моніторингу. Розроблені методичний підхід та організаційно-методичні рекомендації створюють необхідну інфраструктуру для об'єктивної оцінки ефективності державного регулювання.

Запропонований багаторівневий методичний підхід ґрунтується на принципах системності, комплексності та орієнтації на результат. Він забезпечує всебічну оцінку трансформацій, охоплюючи чотири ключові виміри: Нормативно-правове забезпечення: Оцінює готовність законодавчої бази до реформ, відповідність міжнародним протоколам (ACLS/PHTLS) та швидкість її оновлення. Інституційно-організаційне забезпечення: Аналізує функціональність управлінської структури, рівень централізації диспетчеризації (ЄРДС) та прогрес у кадровому забезпеченні (перехід на парамедичну модель). Цифровізація та технологічна модернізація: Оцінює ступінь впровадження АСУ ЕМД, GPS-трекінгу та інтеграції з eHealth, які є критичними для оперативності та точності координації. Результативність ЕМД: Фінальний рівень, який вимірює кінцевий вплив реформ на ключові клінічні показники (виживаність, зменшення смертності) та операційну ефективність (час доїзду бригаад).

Цей підхід, реалізований через систему індикаторів та три етапи (формування індикаторів, збір/нормування даних, інтегральна оцінка), дозволяє перейти від формального обліку до глибинного аналізу.

Інтегральна Оцінка як Інструмент Управління для отримання єдиної, узагальнюючої оцінки ефективності державного регулювання запропоновано методику інтегральної оцінки та розрахунок Інтегрального показника ефективності I_{EMD} . Вагове Оцінювання: Використання методів Аналізу ієрархій Сааті (AIC) або Експертно-коефіцієнтного методу є доцільним для визначення вагових коефіцієнтів w_i , що надає вищої ваги Результативним індикаторам, відображаючи принцип орієнтації на кінцевий ефект реформ. Управлінська Цінність: I_{EMD} перетворює складний масив даних на один, вимірюваний індекс, що дозволяє керівництву ідентифікувати слабкі ланки системи (наприклад, низьку результативність при високій нормативній готовності) для подальшої корекції державного регулювання.

Організаційне Забезпечення та Методичні Рекомендації Ефективність застосування методичного підходу гарантується наявністю цілісного організаційно-методичного забезпечення, яке включає: Організаційну Структуру: Чіткий розподіл ролей між МОЗ (політика, стандарти), НСЗУ (фінансовий моніторинг, KPI) та Центрами ЕМД (первинний збір даних). Аналітична Інфраструктура: Використання цифрового забезпечення (АСУ ЕМД, ЕСОЗ) для автоматизованого збору та обробки даних, а також ВІ-систем для візуалізації KPI (дашбордів). Ключові Методичні Рекомендації спрямовані на подолання найбільших викликів моніторингу: Покращення якості даних: Впровадження автоматизованого контролю валідності в АСУ ЕМД та стандартизація форматів для зниження помилок. Забезпечення Інтеграції: Законодавче зобов'язання щодо безшовної інтеграції між АСУ ЕМД та ЕСОЗ/МІС стаціонарів для відстеження клінічного результату пацієнта. Підвищення Прозорості: Регулярна публікація зведених аналітичних звітів та дашбордів для громадськості, що підвищує довіру до системи.

Таким чином, розроблений методичний підхід та організаційно-методичні рекомендації забезпечують комплексний, науково обґрунтований та технологічно підкріплений механізм моніторингу. Його реалізація дозволить перетворити моніторинг із формального обліку на стратегічний механізм

управління, який гарантує якість, стійкість та пацієнтоорієнтованість системи ЕМД, підтверджуючи ефективність та цілеспрямованість державної політики в умовах реформ.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження теоретичних, організаційних та методологічних засад державного регулювання системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) дозволило сформулювати комплексне уявлення про сутність, логіку, виклики та сучасні напрями трансформацій цієї критично важливої сфери охорони здоров'я.

У першому розділі обґрунтовано, що ЕМД є ключовим об'єктом державного впливу, адже забезпечує реалізацію конституційного права громадян на невідкладну допомогу у ситуаціях, що загрожують життю. Її системна значущість проявляється у виконанні функцій рятувальної ланки, координатора догоспітальної допомоги та мосту між пацієнтом і лікарнею. Рівень розвитку ЕМД виступає індикатором зрілості всієї системи охорони здоров'я, а її трансформація підпорядковується принципам гуманізму, системності, ефективності, законності та партнерства. Доведено, що комплексне застосування стратегічного інструментарію державного регулювання є визначальним фактором переходу від традиційної моделі до сучасної, пацієнтоорієнтованої та гібридної системи.

У другому розділі здійснено порівняльний аналіз світових моделей ЕМД, що продемонстрував різницю між франко-німецькою («Stay and Play») та англо-американською («Scoop and Run») концепціями. Встановлено, що глобальною тенденцією є формування гібридних моделей, які поєднують швидкість парамедичного підходу з глибиною лікарського. Аналіз українських реформ підтверджує, що система ЕМД після 2017 року розвивається як унікальна гібридна модель, що інтегрує централізовану диспетчеризацію, парамедичну кадрову реформу, стандартизовані клінічні протоколи та сучасні цифрові інструменти. Особливу роль у трансформації відіграла повномасштабна війна, яка стала каталізатором впровадження інновацій, розвитку кризового менеджменту, удосконалення травматологічних протоколів і посилення партнерської моделі взаємодії.

У третьому розділі доведено, що ефективність державного регулювання ЕМД безпосередньо залежить від наявності науково обґрунтованого методичного забезпечення моніторингу. Розроблений багаторівневий методичний підхід включає оцінку нормативної бази, інституційно-організаційної структури, цифрової інфраструктури та результативності системи. Запропонована методика інтегральної оцінки та індикаторний підхід забезпечують можливість отримання узагальненої оцінки ефективності державних рішень. Використання методів зважування (АНР Сааті, експертний підхід), цифрових систем збору даних, дашбордів та автоматизованого контролю якості інформації перетворює моніторинг з формальної процедури на стратегічний інструмент управління. Організаційно-методичні рекомендації забезпечують логістику збору даних, їхню валідацію, інтеграцію з ЕСОЗ, прозорість аналітики та підвищення підзвітності ЕМД.

Узагальнення результатів дослідження дає підстави стверджувати, що сучасна система ЕМД України формується як адаптивна, стійка та технологічно оснащена модель, здатна реагувати на глобальні виклики й забезпечувати високий рівень медичної безпеки населення. Комплексний стратегічний інструментарій державного регулювання, поєднаний із розробленими методичними підходами до моніторингу, створює основу для подальшого вдосконалення системи та переходу до управління, орієнтованого на результат, доказовість та пацієнтоорієнтованість.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило, що державне регулювання екстреної медичної допомоги в умовах трансформаційних змін є багатовимірним процесом, який потребує послідовності, технологічної підтримки, якісної аналітики та інтеграції міжнародних стандартів. Реалізація запропонованих методичних рекомендацій щодо моніторингу забезпечить підвищення ефективності, прозорості та стійкості системи ЕМД, сприятиме підвищенню рівня медичної безпеки громадян та зміцненню національної системи охорони здоров'я загалом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гур'єв С.О. Особливості концепції створення відділень екстреної медичної допомоги в системі надання медичної допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях в США та Великобританії / С.О. Гур'єв, Н.В. Гуселетова, В.О. Крилюк // Матеріали наукового симпозиуму з міжнародною участю «Актуальні питання медицини невідкладних станів». –Київ, 2014.
2. Гур'єв С.О., Гуселетова Н.В., Печиборщ В.П., Терентьєва А.В. Михайловський М.М. Відділення екстреної медичної допомоги лікарні швидкої медичної допомоги в структурі системи медичного захисту населення постраждалого внаслідок надзвичайної ситуації. // Матеріали 16-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції рятувальників. К. 2014. 85-86
3. Деякі питання виконання функцій медицини катастроф : Постанова Кабінету Міністрів України від 09.06.2023 р. № 586. – URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-2023-п#Text>.
4. Домедична допомога. Алгоритми та маніпуляції : метод. посіб. / [В. О. Крилюк, В. Ю. Кузьмін, І. В. Кузьмінський та ін.] ; ред. С. С. Самофал. – К. : Оjіва, 2017. – 120 с.
5. Екстрена та невідкладна медична допомога / [В. О. Крилюк, С. О. Гур'єв, Г. Ю. Цимбалюк та ін.] ; ред.: В. О. Крилюк, С. О. Гур'єв. – К. : Ожива, 2020. – Т. 4 : Клінічні маршрути (протоколи) пацієнта під час надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі. – 300 с.
6. Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78 «Охорона здоров'я» : наказ МОЗ України від 17.07.2018 р. № 1324. – URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1324282-18#Text>.
7. Камінська Т. М. Автономія медичних закладів у державному регулюванні охорони здоров'я: досвід Європи *Актуальні проблеми державного управління*. – 2012. – № 2. – с. 431-437
8. Князевич В. Первинна медико-санітарно допомога/сімейна медицина / В. Князевич. – Київ, 2010.

9. Лівінський В.Г. Стандартизація в галузі охорони здоров'я України / В.Г. Лівінський, В.О. Жаховський, А.В. Швець, О.М. Іванько / Український журнал військової медицини. – Том 3.№ 3(2022). – С. 5-16
10. Москаленко В.Ф., Роцін Г.Г., Волошин В.О., Михайловський М.М. Основні положення концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню України за умов надзвичайних ситуацій. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. №4. – 2000. с.71-75.
11. Наказ МОЗ України від 09.08.2024 № 1409 «Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань створення інформаційної платформи громадського здоров'я в Україні». URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakazmoz-ukrayini-vid-09-08-2024-1409-pro-utvorenniya-ta-zatverdzhennya-skladu-robochoyi-grupiz-pitan-stvorenniya-informacijnoyi-platformi-gromadskogo-zdorov-ya-v-ukrayini>
12. Панченко М. Соціальна сфера і соціальна політика та їх співвідношення в аспекті державного управління соціальною сферою Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського. – URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Ardu_o/2009_1/R_5/Panchenko.pdf.
13. Плечко С.П. Соціальна сфера в процесі становлення демократичного суспільства Центр перспективних соціальних досліджень. – URL: <http://www.cpsr.org.ua>
14. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. N 827 "Про затвердження Положення про державну службу медицини катастроф".
15. Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. N 343 "Про утворення державної служби медицини катастроф".
16. Постанова Кабінету Міністрів України від 9 грудня 1997 р. N 1379 "Про затвердження заходів щодо розвитку Державної служби медицини катастроф на 1998 - 2001 роки". URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1359-2020-%D0%BF>

17. Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2002 р. № 174 “Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002 – 2005 рік”.

18. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 5 лип. 2012 р. № 5081-VI // Відомості Верховної Ради. 2013. № 30. Ст. 340.

19. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо застосування протоколу масивної трансфузії компонентів крові постраждалим на етапах евакуації : наказ МОЗ України від 05.03.2022 р. № 418. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05032022--418-pro-zatverdzhennja-metodichnih-rekomendacij-schodo-zastosuvannja-protokolu-masivnoi-transfuzii-komponentiv-krovi-postrazhdalim-na-etapahevakuacii>.

20. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо конверсії турнікета у травмованих в зонах тактичної екстреної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 04.03.2022 р. № 412. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-04032022--412-pro-zatverdzhennja-metodichnih-rekomendacij-schodo-konversii-turniketa-u-travmovanih-v-zonah-taktichnoi-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi>.

21. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі в умовах бойових дій/воєнного стану : наказ МОЗ України від 15.03.2022 р. № 488. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15032022--488-pro-zatverdzhennjametodichnih-rekomendacij-schodo-nadannja-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-postrazhdalim-na-dogospitalnomuetapi-v-umovah-bojovih-dijvoennogo-stanu>.

22. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок дії хімічних агентів на етапах евакуації : наказ МОЗ України від 13.03.2022 р. № 478. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-13032022--478-prozatverdzhennja-metodichnih-rekomendacij-schodo-organizacii-nadannja-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-postrazhdalim-vnaslidok-dii-khimichnih-agentiv-na-etapah-evakuacii>.

[ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-postrazhdalim-vnaslidok-dii-himichnih-agentiv-na-etapah-evakuacii.](#)

23. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації надання закладами охорони здоров'я екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок дії хімічних, біологічних та радіологічних агентів (зброї масового ураження) : наказ МОЗ України від 11.04.2022 р. № 607. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-11042022--607-pro-zatverdzhennja-metodichnih-rekomendacij-schodo-organizacii-nadannjazakladami-ohoroni-zdorov'ja-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-postrazhdalim-vnaslidok-dii-himichnih-biologichnih-ta>.

24. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок дії фосфорних боєприпасів : наказ МОЗ України від 20.03.2022 р. № 506. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-20032022--506-pro-zatverdzhennjametodichnih-rekomendacij-schodo-organizacii-nadannja-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-postrazhdalim-vnaslidok-diifosfornih-boepripasiv>.

25. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо тактики хірургії контролю пошкоджень та стабілізації стану постраждалих на етапах евакуації : наказ МОЗ України від 08.03.2022 р. № 431. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-08032022--431-pro-zatverdzhennja-metodichnih-rekomendacij-schodo-taktiki-hirurgii-kontrolju-poshkodzen-ta-stabilizacii-stanu-postrazhdalih-na-etapah-evakuacii>.

26. Про затвердження нормативно-правових актів з питань надання екстреної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 24.09.2020 р. № 2179. – URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1192-20#Text>. Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 р. № 383-р. – URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-p#Text>.

27. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги : Розпорядження Кабінету

Міністрів України від 29.01.2020 р. № 111-р. – URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-p#Text>.

28. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : наказ МОЗ України від 16.06.2014 р. № 398. – URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0750-14#Text>. (Наказ втратив чинність на підставі наказу МОЗ України від 09.03.2022 р. № 441).

29. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : наказ МОЗ України від 09.03.2022 р. № 441 : станом на 8 квіт. 2022 р. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-09032022--441-pro-zatverdzhennja-porjadkiv-nadannja-domedichnoi-dopomogi-osobam-prinevidkladnih-stanah>.

30. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministrymandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1269-pro-zatverdzhennja-ta-vprovadzhennja-mediko-tehnologichnihdokumentiv-zi-standartizacii-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi>.

31. Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1114 : станом на 28 серп. 2019 р. – URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1114-2012-p#Text>.

32. Про перепідготовку осіб, які обіймають посади фельдшерів з медицини невідкладних станів та сестер медичних з невідкладних станів на циклах спеціалізації «Екстрена медицина» : наказ МОЗ України від 11.01.2019 р. № 82. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-11012019--82-pro-perepidgotovku-osib-jaki-obijmajut-posadi-feldsheriv-z-medicini-nevidkladnih-staniv-ta-sester-medichnih-znevidkladnih-staniv-na-ciklah-specializacii-ekstrena-medicina>.

33. Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти : наказ МОЗ України від 04.08.2021 р. №

1627. – URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-mozukraini-vid-04082021--1627-pro-udoskonalennja-pidgotovki-z-nadannja-domedichnoi-dopomogi-osib-jaki-ne-majutmedichnoi-osviti>.

34. Роцін Г.Г. Система невідкладної медичної допомоги США. Особливості її організації та підготовки фахівців / Роцін Г.Г., Корнієнко М.М., Нацюк М.В. [та ін.]. – Київ: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМАПО ім. П.Л. Шупика, 2004. – 206 с.

35. Роцін Г.Г., Волошин В.О., Градун Ю.Г. та ін. Державна служба медицини катастроф України. Правові та нормативні акти (Довідниковий посібник). // МОЗ України. УНПЦ ЕМД та МК.-Київ. 1998.-136 с.

36. Роцін Г.Г., Волошин В.О., Картиш А.П. та ін. Територіальні центри екстреної медичної допомоги у складі державної служби медицини катастроф України та їх організація (Методичні рекомендації) // МОЗ України. УНПЦ ЕМД та МК. – Київ.1998.– 84с

37. Роцін Г.Г., Іскра Н.І., Завальний В.М., Михайловський М.М., Кузьмін В.Ю. Система невідкладної медичної допомоги та шляхи її удосконалення як ланки догоспітального етапу єдиної системи екстреної медичної допомоги в Україні К. – 2010 – №3, – С.5-9.

38. Сім років цифрової трансформації медицини: що презентували на eHealth Summit 2024» 2024. - URL: <https://ehealth.gov.ua/2024/09/13/7- rokiv-tsyfrovoyi-transformatsiyi-medytyny-shho-prezentuvaly-na-ehealth-summit-2024/>

39. Сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни URL: <https://www.who.int/>

40. Сайт Національного інституту стратегічних досліджень. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhoronyzdorovya-v-umovakh>

41. Швидка медична допомога: Навч. посібник / Л. П. Чепкий, О. Ф. Возіанов, О. Й. Грицюк та ін. — К.: Вища школа, 1992. — 311 с. ISBN 5-11-003823-6
42. Швидка та невідкладна медична допомога / І. С. Зозуля, І. С. Чекман, А. В. Вершигора та ін. — К.: Здоров'я, 2002. — 728 с.
43. Affordable Care Act provisions affecting the rural elderly. National Advisory Committee Rural Health and Human Services. URL : <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/rural/publications/elderly.pd>.
44. Emergency Department Strategic Directions - Priorities and Planning Guidelines for the NSW Health System 1997-2000, NSW Health, 1997.
45. Emergency Departments Planning Model, Final Report, KPMG 2000.
46. Gunn S. W.A. // *Medicine for disaster* / Ed. P. Baskett, R. Weller. — London; Boston:Wright, 1988. — P. 145-151.
47. Humphreys Js., Gregory G. Celebrating another decade of progress in rural health: what is the current state of play? // *Aust J Rural Health*. 2012. № 20 (3). P. 156—218.
48. Implementing the Emergency Medicine AMWAC Recommendations Report of the NSW Steering Committee on the Feasibility, Assessment and Implementation of the AMWAC Emergency Medicine Workforce Recommendations, February 2000.
49. Karen Hammad, Paul Arbon, Kristine Gebbie, Alison Hutton, How the Emergency Department Changes During a Disaster Response, *Prehospital Disaster Med* 2013;28(Suppl. 1):s159.
50. McCrossin R. Successes and failures with grand rounds via videoconferencing at the Royal Children's Hospital in Brisbane // *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2001. № 7. P. 25—33.
51. New South Wales Government (1997) Emergency department strategic directions: priorities and planning guidelines for the NSW health system 1997–2000? North Sydney: NSW Health, 25 pp.

52. Przemyslaw Gula, Robert Brzozowski, Krzysztof Karwan. How to Prepare an Emergency Department for a Mass Casualty Event. Could War Experience be Helpful. *Prehospital Disaster Med* 2013;28(Suppl. 1):s107.

53. Rural Health // HealthIT.gov URL :
<http://www.healthit.gov/providersprofessionals/frequently-asked-questions/487#id157>.

54. Schafermeyer R.W., Asplin B. R.(2003) Hospital and emergency department crowding in the United States. *Emergency Medicine*, vol. 15, pp. 22-27

55. Smith A., Bensink M., Armfield N., Stillman J., Caffery L. Telemedicine and ruralhealth care applications // *Journal of Postgraduate Medicine*. — 2005. № 51. P. 286—293. URL :
<http://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859;year=2005;volume=51;issue=4;spage=286;epage=293;aulast=Smith>.

56. Telehealth use in Rural Healthcare. Rural Assistance Center. URL:
<http://www.raconline.org/topics/telehealth>.

ДОДАТКИ

Стратегічні Інструменти Державного Регулювання Екстреної Медичної
Допомоги (ЕМД) та Їх Функції

Блок Інструментів	Зміст Інструментів	Ключові Функції	Деталізація / Конкретні Заходи
Нормативно-Правові	Законодавча база, підзаконні акти, міжвідомчі протоколи, стандарти медичного реагування	Уніфікація процедур, визначення вимог, гарантія правової визначеності реформ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внесення змін до ключових законів («Про ЕМД», «Основи законодавства України про охорону здоров'я») для чіткого визначення гібридної моделі ЕМД (парамедики, лікарі) та їхніх повноважень. 2. Уніфікація протоколів та стандартів: затвердження єдиних клінічних протоколів (наприклад, заснованих на міжнародних стандартах, таких як ACLS/PHTLS/ATLS). 3. Встановлення жорстких вимог до освіти, ліцензування та БПР (безперервного професійного розвитку) парамедиків та техніків ЕМД для забезпечення кадрової якості.
Стратегічні	Державні/регіональні програми, КРІ, цілі розвитку, прогнозування	Визначення чітких цілей розвитку, формування довгострокового бачення, прогнозування потреб	<ol style="list-style-type: none"> 1. Розроблення стратегічних планів розміщення станцій та підстанцій ЕМД. 2. Використання Великих Даних (Big Data) та даних АСУ для прогнозування навантаження, аналізу клінічних результатів та виявлення «проблемних» зон (наприклад, місць з високою травматизацією) для превентивних заходів. 3. Впровадження системи ключових показників ефективності (КРІ), орієнтованих на результат, а не на процес

Блок Інструментів	Зміст Інструментів	Ключові Функції	Деталізація / Конкретні Заходи
Інституційно-Організаційні	Централізована диспетчеризація (ЦОДЦ), оптимізація мережі, кадрова політика, співпраця	Оптимізація структури управління, забезпечення принципу «бригада до пацієнта», швидке реагування на НС	<p>1. Централізація диспетчеризації: Створення Єдиних Регіональних Диспетчерських Служб (ЄРДС) з використанням АСУ ЕМД та систем тріажу викликів.</p> <p>2. Оптимізація мережі: Розміщення станцій/підстанцій на основі ГІС-аналізу (геоінформаційних систем) та щільності населення для гарантування дотримання нормативів часу прибуття</p> <p>3. Колаборація «Допомога-103» з «Медициною катастроф»: Формування функціональних підрозділів, здатних швидко переходити до реагування на надзвичайні ситуації та масові ураження (особливо актуально в умовах військових дій).</p>
Фінансово-Економічні	Програмно-цільове фінансування, економічно обґрунтовані тарифи, механізми співфінансування	Забезпечення стабільного та ефективного фінансування, покриття реальних витрат, залучення інвестицій	<p>1. Програмно-цільове фінансування: Перехід до фінансування, орієнтованого на результат, через державні та регіональні програми модернізації автопарку та навчання.</p> <p>2. Тарифи на послуги: Встановлення економічно обґрунтованих тарифів на надання послуг ЕМД, що покривають реальні витрати, включно з амортизацією високотехнологічного обладнання та гідною оплатою праці.</p> <p>3. Інвестиції: Залучення коштів міжнародних донорів (Світовий банк, ЄІВ) та стимулювання приватно-державного партнерства для розвитку інфраструктури.</p>

Продовження додатку А

Продовження таблиці А.1

Блок Інструментів	Зміст Інструментів	Ключові Функції	Деталізація / Конкретні Заходи
Цифрові та Інноваційні	eHealth (ЕСОЗ), телемедицина, АСУ ЕМД, GPS, цифрові реєстри	Каталізатор ефективності, підвищення швидкості та точності реагування, прозорість процесів	<p>1. Телемедицина: Впровадження інструментів телемедичних консультацій (між диспетчером/бригадою та госпітальним лікарем) для дистанційної підтримки у складних випадках.</p> <p>2. Цифрові реєстри та ЕСОЗ: Інтеграція АСУ ЕМД з Електронною системою охорони здоров'я (ЕСОЗ) для оперативного доступу бригаад до медичної історії пацієнта та швидкої передачі даних до госпіталю (Pre-hospital notification).</p> <p>3. Диспетчеризація: Використання GPS та автоматизованих систем для швидкої диспетчеризації бригаад та моніторингу їхнього пересування.</p>
Моніторинг Якості	Аудити, індикатори, критерії часу доїзду, оцінка результативності	Контроль результативності, оцінка відповідності стандартам, забезпечення єдиного рівня допомоги	<p>1. Регулярні аудити якості надання допомоги та дотримання затверджених клінічних протоколів.</p> <p>2. Встановлення та моніторинг індикаторів якості та відповідності критеріям часу доїзду/втручань.</p>
Партнерські	Координація, міжнародна співпраця, міжвідомчі комунікації	Підсилення системної взаємодії, обмін досвідом, підвищення довіри	<p>1. Координація роботи з іншими службами екстреного реагування (поліція, ДСНС).</p> <p>2. Міжнародна співпраця для впровадження передових світових стандартів та залучення міжнародної експертизи.</p>

Опис індикаторів, класифікованих за чотирма рівнями оцінки державного регулювання трансформаційних змін у системі Екстреної медичної допомоги

Індикатор	Детальний зміст та мета вимірювання	Метод вимірювання
Нормативний рівень (правова готовність)		
N1	Кількість оновлених нормативно-правових актів (НПА)	Контент-аналіз реєстру НПА (Закони, Постанови КМУ, Накази МОЗ), що стосуються ЕМД, за звітний період.
N2	Повнота імплементації міжнародних протоколів	Відсоток затверджених національних клінічних протоколів (наприклад, щодо травми, інсульту, інфаркту) відносно міжнародних стандартів (ACLS/PHTLS/ERC).
N3	Рівень нормативного забезпечення цифровізації	Наявність та чіткість регуляторних актів щодо використання телемедицини, електронних протоколів та інтеграції АСУ ЕМД з ЕСОЗ.
N4	Відповідність стандартів вимогам щодо кадрової моделі	Наявність затверджених стандартів освіти та ліцензування парамедиків та екстрених медичних техніків, що відображає прогрес у переході на нову модель.
N5	Час реакції на необхідність змін у НПА	Середній час від виявлення регуляторної прогалини (наприклад, за результатами аудиту) до прийняття відповідного НПА.
Інституційний рівень (Організаційна та Кадрова Ефективність)		
I1	Рівень централізації диспетчеризації	Відсоток викликів, що обробляються через Єдині Регіональні Диспетчерські Служби (ЄРДС), до загальної кількості викликів.
I2	Укомплектованість бригад кваліфікованим персоналом	Відсоток бригад ЕМД, укомплектованих відповідно до затвердженого штатного розпису (парамедиками, ЕМТ).
I3	Кількість навчань та сертифікацій персоналу	Середня кількість годин безперервного професійного розвитку (БПР) на одного парамедика/лікаря за рік.

Продовження додатку Б

Продовження таблиці Б.1

Індикатор	Детальний зміст та мета вимірювання	Метод вимірювання
I4	Співвідношення модернізованого/застарілого автопарку	Відсоток автомобілів ЕМД (класу В і С) зі строком експлуатації до 7 років, оснащених за новими стандартами.
I5	Ефективність логістики та управління ресурсами	Ступінь використання ГІС-систем для оптимізації розміщення підстанцій відповідно до щільності населення та географії.
I6	Фінансування на 1 виклик	Співвідношення загальних операційних витрат Центру ЕМД до кількості викликів (грн/виклик) — показник ресурсної ефективності.
I7	Забезпеченість ключовим медичним обладнанням	Відсоток бригад, що повністю забезпечені необхідним обладнанням (дефібрилятори, апарати ШВЛ, монітори пацієнта) відповідно до затверджених стандартів.
Цифровий рівень (технологічна інтеграція)		
D1	Покриття GPS-трекінгом	Відсоток карет ЕМД, обладнаних GPS-трекінгом, дані з якого інтегровані в АСУ ЕМД для моніторингу диспетчером.
D2	Рівень використання електронних протоколів	Відсоток викликів, де бригада ЕМД використовувала електронну медичну картку виклику (ЕМКВ) та електронні протоколи лікування.
D3	Інтеграція АСУ ЕМД з ЕСОЗ/МІС стаціонарів	Наявність та функціональність безшовного обміну даними (pre-hospital notification) між ЕМД та приймальними відділеннями стаціонарів.
D4	Частота використання телемедичних консультацій	Кількість випадків використання телемедичних консультацій між бригадою та госпітальним лікарем на 1000 викликів.
D5	Автоматизація тріажу викликів	Відсоток викликів, де рішення про пріоритетність та маршрутизацію приймається автоматизованою системою (CAD) з мінімальним втручанням диспетчера.
D6	Якість первинних даних	Відсоток коректно та повністю заповнених полів в електронних картках виклику (відсутність пропущених критичних даних).

Продовження додатку Б

Продовження таблиці Б.1

Індикатор	Детальний зміст та мета вимірювання	Метод вимірювання
Рівень результативності (Клінічний та Операційний Вплив)		
R1	Час доїзду бригад (в межах нормативу)	Відсоток викликів 1-ї та 2-ї категорії терміновості, де час прибуття бригади не перевищив встановленого нормативу (наприклад, 10/20 хвилин).
R2	Показник ROSC (Return of Spontaneous Circulation)	Відсоток пацієнтів з раптовою зупинкою серця, у яких вдалося відновити серцевий ритм на догоспітальному етапі.
R3	Зниження смертності у часозалежних станах	Динаміка зниження смертності від гострого інфаркту міокарда та інсульту серед пацієнтів, транспортованих ЕМД.
R4	Рівень ятрогенних ускладнень та помилок	Кількість обґрунтованих скарг або аудит-висновків про надання неадекватної допомоги/ускладнень на 1000 викликів.
R5	Показник задоволеності пацієнтів	Середній бал оцінки пацієнтами/родичами якості та ставлення бригади ЕМД.
R6	Середня тривалість виїзду (від виклику до госпіталізації)	Операційний показник, що відображає загальну ефективність роботи системи (диспетчеризація + виїзд + транспортування).
R7	Відсоток госпіталізації пацієнтів у профільні центри	Частка пацієнтів, транспортованих до медичних закладів відповідно до їхнього стану (наприклад, інсульт – до Інсультного центру).
R8	Кількість необґрунтованих викликів	Відсоток викликів, які не відповідали критеріям невідкладного стану (1–4 категорії терміновості).
R9	Ефективність тріажу викликів	Відсоток правильної класифікації диспетчером виклику за категоріями терміновості (відповідність кінцевому діагнозу).
R10	Вживаність у травма-центрах	Показник виживаності пацієнтів з політравмою, доставлених ЕМД, що є інтегрованою оцінкою догоспітального та госпітального етапів.