V ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров’я України». 19-21 квітня 2016

Стор.33-34

ОСОБЛИВОСТІ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ АТО

 1 Рощін Г.Г., 2 Близнюк М.Д., 2 Новіков Ф.М.,1 Кузьмін В.Ю., 2 Максименко М.А., 2 Іванов В.І. 1

НМАПО ім. П.Л. Шупика 2 ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України»

Мета. Покращення надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) постраждалим під час проведення АТО в Україні шляхом аналізу принципів організаційнофункціональної структури в системі надання ЕМД. Практична цінність роботи полягає в узагальнені знань про систему медичного захисту населення України відповідно до сучасних вимог суспільства. Матеріали і методи. Матеріалом дослідження були: законодавчі та нормативні акти України, Урядового та відомчого рівнів стосовно медичного захисту населення в особливий період та в надзвичайних ситуаціях, а також, накази, інструкції, інформаційні матеріали діючи в Україні з питань надання ЕМД. Аналіз ґрунтується на міжнародному досвіді основ організаційного принципу медичного сортування та надання тактичної ЕМД постраждалому відповідно до стандартів, що визначені протоколами. Методом дослідження було: логіко-семантичний метод із застосуванням принципу формальної логіки, щодо визначення понять за допомогою аналізу їх ознак, відношень між мовними висловами й дійсністю та юридичний метод, що застосовано відповідно до клініко-організаційного аналізу та порівняння науково-правової літератури для теоретичного підґрунтя дослідження. Результати та обговорення. Відповідно до потреб суспільства на початку ХХІ століття, реалізація рішень Ради національної безпеки і оборони України (РНБОУ) в 2008–2009 рр. щодо розбудови в Україні сучасної системи цивільного захисту (ЦЗ) населення значною мірою спирається на досвід, отриманий Міністерством надзвичайних ситуацій у співпраці зі структурами НАТО в рамках програми «Партнерство заради миру, національній безпеці, забезпечення протидії терористичним проявам і вдосконалення механізму розробки і реалізації єдиної державної політики у сфері ЦЗ, внесено відповідні зміни в Кодекс цивільного захисту України, згідно із Законом України № 76-VIII від 28.12.2014 р. та прийнято рішення РНБОУ від 18.02.2015 р. «Про додаткові заходи щодо зміцнення національної безпеки України» (Рішення введено в дію Указом Президента № 139/2015 від 12.03.2015 р.), де відповідно до пункту 4(2) вказано: забезпечити разом із Міністерством охорони здоров’я України, Міністерством внутрішніх справ та Службою безпеки України за участю волонтерських організацій проведення практичних занять для військовослужбовців щодо надання домедичної допомоги відповідно до стандартів НАТО, що визначені відповідними протоколами. А саме, модель ТЕСС (Tactical Emergency Casualty Care) – тактична екстрена медична допомога постраждалому, призначена для застосування цивільними (екстреними) службами, зокрема закладами охорони здоров’я (ЗОЗ) системи ЕМД, персоналом правоохоронних органів та пожежно-рятувальної служби на принципах надання ЕМД лікарськими засобами та процедурами за цивільним стандартом, з евакуацію хворих і поранених в цивільні медичні ЗОЗ. Але, основна частина стандартів в Україні (наприклад, ДСТУ 7095:2009 «Безпека у надзвичайних ситуаціях. Захист населення у надзвичайних ситуаціях. Основні положення» та ДСТУ 3891:2013 «Безпека у надзвичайних ситуаціях. Терміни та визначення основних понять») розроблена на основі радянських стандартів ГОСТ і не гармонізована до міжнародних стандартів (наприклад, ISO/ТС 223 «Менеджмент надзвичайних ситуацій» та ISO/CD 22315:2013 «Стандарт практики для масового планування евакуації»). Враховуючи, що евакуація постраждалих є фундаментальним аспектом медичної допомоги, для спільних операцій союзників НАТО використовують концепцію медичної евакуації (MEDEVAC), яка узгоджується з принципами та політикою даної системи, беручи до уваги розвиток багатонаціональної оперативної інтеграції. Угоду зі стандартизації (STANAG, NATO Standardization Agency) було ратифіковано країнами-членами НАТО у 2007 р.. Метою цієї угоди є реєстрація визнання країнами спільної об’єднаної доктрини з медичної евакуації (AJMedP-2), що входить у посилання на номер STANAG для ідентифікації (STANAG2546 MEDSTD). Висновок. Реалізація концепції фукціонування адекватної сучасної системи медичного захисту населення України в умовах проведення контртерористичних операцій потребує здійснення організаційно-правових заходів, пов’язаних із проведенням цілеспрямованих, системних та скоординованих дій з боку органів державного управління, виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, недержавних установ та громадських організацій. Тому, на даний час необхідно проводити роботу щодо перегляду відповідних національних стандартів України та їх упровадження в цілісний стан побудови, функціонування та управління сучасної системи ЦЗ та ЕМД. Зокрема, це стосується реалізації положень Воєнно-медичної доктрини Украiни, що дасть можливість створити в державі єдиний медичний простір.

 ОЦІНКА ГОТОВНОСТІ ЛІКАРНІ ДО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗА УМОВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ 1

 Рощін Г.Г., 1 Мазуренко О.В., 3 Ткаченко О.А., 1 Сличко І.Й., 3 Сандрацький М.Г., 3 Березенко І.М., 3 Дорош В.М.

1 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ 2 Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

 Вступ. Існуючий ризик надзвичайних ситуацій (НС), в т.ч. воєнного характеру, для закладів охорони здоров’я України обумовлює потребу оцінки безпеки лікарень, що відповідає Програмі із зменшення ризику лиха впродовж 2015-2030 р.р. (Японія, 2015). Мета. Оцінити ступені безпеки закладу охорони здоров’я до функціонування при НС. Матеріал та метод. Оцінка структурних компонентів КМКЛШМД, бібліографічний, семантичний. Результати та обговорення. Збільшення стійкості закладів ОЗ вирішують через розрахунок Індексу безпечності лікарень (ІБЛ), який складається з низки компонентів, в т.ч. а) потенційно існуючи небезпеки НС певної території, б) структурні компоненти (будівельні особливості закладу ОЗ), в) не структурні компоненти (електро-водопостачання тощо), г) функціональні компоненти (наявність Плану реагування, штабу подолання наслідків НС, тренування медичного персоналу). ІБЛ оцінюють за 151 показником, які згруповані в модулі. Сума значень всіх параметрів складає 100%, а ІБЛ набуває значень від 0 до 1,0, з визначенням трьох рівнів безпечності: найвищого А (0,66-1,0), середнього В (0,36-0,65), низького С (0-0,35). Остаточні розрахунки здійснюють за допомогою комп’ютерної програми «Обчислювач індексу безпеки». За результатами оцінки ІБЛ КМКЛШМД склав 0,42, а індекс вразливості 0,58, що відповідає рівню В - за умов НС існує потенційна загрозу безпечного функціонування. Більша кількість параметрів які мали низький рівень безпеки належали до компонентів «НЕ СТРУКТУРНОЇ БЕЗПЕКИ» та «ФУНКЦІОНАЛЬНА СПРОМОЖНІСТЬ» Висновки. Оцінку готовності лікарень до функціонування за умов НС доцільно здійснювати на основі розрахунку Індексу безпечності лікарень, аналізу наявного Плану реагування. Збільшення безпеки лікарні передбачає організацію альтернативних джерел електро-, водопостачання, встановлення в підрозділах закладу охорони здоров’я системи оповіщення, визначення механізмів залучення додаткового медичного персоналу. Індекс безпечності лікарень набуває актуальності для потенційно небезпечних територій країни.

АНАЛІЗ ПРОЙДЕНОГО ТА ГОЛОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

1 Тимошенко Т.В., 2 Рощін Г.Г.

 1 МОЗ України, 2 НМАПО ім. П. Л. Шупика

Вступ. Незважаючи на певні досягнення в розвитку екстреної медичної допомоги в Україні за останні 20 років, показники смертності від зовнішніх причин залишаються на високому рівні – 87,0 на 100 тис. нас. за 2013 рік, а в скандинавських країнах цей показник складає біля 20, на 100 тис. населення. Мета. Оцінити виконання нормативно правових документів (НПД) щодо реформування екстреної медичної допомоги ( ЕМД ) та намітити головні напрямки її розвитку. Матеріал та метод. Оцінка виконання компонентів ЕМД в нормативно – правових актах України, бібліографічний. Результати та обговорення. Реформування ЕМД в НПД висвітлюється ще у 1997 році, так Постанова КМ України №1379 від 09.12.1997р. П.10. вказувала на необхідність розробки нормативно правових актів щодо підготовки медичних працівників з таких спеціальностей: «медицина катастроф, невідкладних станів, хірургія пошкоджень, медичний рятувальник (парамедик)» до 2001 р. У 2005 році серед головних завдань визначених Указом Президента України № 1694/ 2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення» від 6 грудня 2005 року, передбачено реорганізацію системи екстреної медичної допомоги (ЕМД). В послідуючих роках після затвердження Розпорядженням К М України від 13 липня 2006 р. N 402-р концепції «Державної програми створення єдиної системи надання (ЕМД) на період до 2010 року», була прийнята Постанова Кабінету Міністрів України №1290 від 5 листопада 2007р. про затвердження цієї Програми., на виконання якої були видані низка наказів МОЗ, основними із них були: №245 від 12.05.2008р про затвердження плану реалізації цієї програми та №370 від 1 червня 2009 року «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги» і в 2010 році розроблений проект Закону України про екстрену медичну допомогу з її компонентами які були затверджені наказом № 370. На сьогоднішній день більшість із НПД, які були видані раніше не були виконані на 100% і є діючими. Прийняті закони: Закон України «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011р. № 3611-VI, Закон України «Про екстрену медичну допомогу», від 5 липня 2012 р. №5081-V, Закон України «Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112» від 13.03.2012 р. № 4499, Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 р. №3612- VI і усі послідуючі до 2016 р. НПД, нажаль, не охопили всі компоненти системи ЕМД. В зв’язку з вищевикладеним , сьогодення потребує внесення змін до НПД , які відповідали б сучасним міжнародним вимогам до ЕМД, а саме: 1. Створити повноцінну підсистему ЕМД на догоспітальному етапі з уведенням нових спеціальностей (внести зміни до класифікатора спеціальностей, створити нові кваліфікаційні вимоги до спеціальності, посади та освітні кваліфікаційні вимоги ) в усіх міністерствах (МО, МВС,СБУ та інші), відомствах та ЛПЗ різних форм власності. Запровадити нову спеціальність: «Екстрений медичний технік» – володіння навичками екстреної домедичної допомоги рівня базової підтримки життя , BLS (водій автомобіля ШМД, працівники в складі пожежних команд, дорожньо-патрульних підрозділів, воєнізованих формувань). Удосконалити спеціальності: «Фельдшер з медицини невідкладних станів» – володіння навичками екстреної медичної допомоги та медичними маніпуляціями рівня розширеної підтримки життя, ALS , « лікар з медицини невідкладних станів» володіння навичками екстреної медичної допомоги та медичними маніпуляціями лікарського рівня, MALS за міжнародними вимогами з запровадженням 5-річної резидентури. Необхідно виконати усі пункти наказу №370 від 01.06.2009р. МОЗ України. Висновки. Запровадження вищевказаного дасть змогу збільшити середню тривалість життя населення, знизити рівень смертності у працездатному віці від нещасних випадків, травм та отруєнь на 15 відсотків, зменшити економічні втрати, спричинені тимчасовою та стійкою непрацездатністю.

ПЕРШОЧЕРГОВІ ЗАВДАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

 1 Шафранський В.В.,1 Тимошенко Т.В., 2 Рощін Г.Г.

 1 МОЗ України, 2 НМАПО ім. П. Л. Шупика

 Вступ. Існуючий ризик надзвичайних ситуацій (НС), в т.ч. воєнного характеру, для закладів охорони здоров’я України обумовлює потребу оцінки безпеки лікарень, що відповідає Програмі із зменшення ризику лиха впродовж 2015-2030 рр (Японія, 2015). Мета. Оцінити ступені безпеки закладу охорони здоров’я до функціонування при НС. Матеріал та метод. Оцінка структурних компонентів КМКЛШМД, бібліографічний, семантичний. Результати та обговорення. Збільшення стійкості закладів ОЗ вирішують через розрахунок Індексу безпечності лікарень (ІБЛ), який складається знизки компонентів, в т.ч. а) потенційно існуючи небезпеки НС певної території, б) структурні компоненти (будівельні особливості закладу ОЗ), в) не структурні компоненти (електро- водопостачання тощо), г) функціональні компоненти (наявність Плану реагування, штабу подолання наслідків НС, тренування медичного персоналу). ІБЛ оцінюють за 151 показником, які згруповані в модулі. Сума значень всіх параметрів складає 100%, а ІБЛ набуває значень від 0 до 1,0, з визначенням трьох рівнів безпечності: найвищого А (0,66-1,0), середнього В (0,36-0,65), низького С (0-0,35). Остаточні розрахунки здійснюють за допомогою комп’ютерної програми «Обчислювач індексу безпеки». За результатами оцінки ІБЛ КМКЛШМД склав 0,42, а індекс вразливості 0,58, що відповідає рівню В - за умов НС існує потенційна загрозу безпечного функціонування. Більша кількість параметрів які мали низький рівень безпеки належали до компонентів «НЕ СТРУКТУРНОЇ БЕЗПЕКИ» та «ФУНКЦІОНАЛЬНА СПРОМОЖНІСТЬ» Висновки. Оцінку готовності лікарень до функціонування за умов НС доцільно здійснювати на основі розрахунку Індексу безпечності лікарень, аналізу наявного Плану реагування. Збільшення безпеки лікарні передбачає організацію альтернативних джерел електро-, водопостачання, встановлення в підрозділах закладу охорони здоров’я системи оповіщення, визначення механізмів залучення додаткового медичного персоналу. Індекс безпечності лікарень набуває актуальності для потенційно небезпечних територій країни.