**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ**

**НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**План**

Вступ

1. Історія розвитку швидкої та невідкладної медичної допомоги.
2. Поняття, функція та принципи невідкладної медичної допомоги.
3. Законодавче закріплення права на невідкладну медичну допомогу.
4. Організаційна структура органів, що надають невідкладну допомогу.
5. Бригади невідкладної медичної допомоги:
	1. Склад і чисельність медичного персоналу, що здійснює невідкладну медичну допомогу.
	2. Матеріально-технічне забезпечення.

Висновок

**Вступ**

Кожна людина має природне невід’ємне право на охорону здоров’я. Основи законодавства України про охорону здоров’я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров’я в Україні, регулюють суспільні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних та духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на здоров’я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Охорона здоров’я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, науково-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

В Програмі подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, що затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. подається таке визначення медичної допомоги. **Медична допомога** – це вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її наданню загрожує життю, здоров’ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства.

Статті 33, 35, 58, 68, 77 Основ визначають вузлові складові медичної допомоги (первинна, спеціалізована, високо спеціалізована тощо), серед яких є швидка та невідкладна.

Система установ, які надають невідкладну медичну допомогу є досить розвинутою в Україні. Наприклад, в Черкаській області діє три станції швидкої допомоги, в Тернополі – дві (в Тернополі а Підволочиську), у Києві діє 31 пункт невідкладної медичної допомоги для дорослих, 19 – для дітей та 7 відділень обласної швидкої допомоги.

Те, якою важливою є невідкладно медична допомога свідчать реальні факти з життя. Під час трагедії на військовому аеродромі Львова 27 липня 2002 року 56 осіб отримали невідкладну медичну допомогу, а міська лікарня швидкої медичної допомоги прийняла на лікування 26 осіб.

Актуальність цієї проблеми підтверджується тим, що вона ще до сих пір повністю не вивчена, а тому науковці приділяють їй особливу увагу. Так, 16 – 18 жовтня в Ялті відбудеться конференція „Правові аспекти організації медичної допомоги і медичних послуг”, на якій будуть розглядатися питання реформування системи надання медичної допомоги і медичних послуг незалежно від форми власності медичного закладу, захисту інтересів споживачів медичних послуг, правової взаємодії медичних установ з різною формою власності, проблеми медичного страхування.

А 14 – 18 жовтня там само відбудеться 2-га Всеукраїнська конференція „Актуальні питання невідкладної та відновлювальної медицини”.

Звертаються до цього питання не тільки науковці, а й політики, які в програмах своїх партій намагаються закріпити ті чи інші пункти щодо невідкладної медичної допомоги. Програма Трудової Партії України в розділі „У медичній сфері” передбачає, що невідкладна і швидка допомога. Реанімація, допомога при пологах має бути безкоштовною для всіх категорій населення. Програма Соціально-Демократичної Партії (об’єднаної) передбачає гарантований рівень медичної допомоги громадянам України, забезпечений державою (швидка допомога, невідкладна допомога, щорічний диспансерний огляд), як один з елементів структури страхової медицини. Партія „Наша Україна” в Додатку до Угоди між Президентом України, кабінетом Міністрів України та Парламентською коаліцією пропонує законопроект „Про медичне страхування”, в якому передбачено, поряд з системою надання безкоштовних медичних послуг, систему обов’язкового медичного страхування. Одним з механізмів забезпечення має стати зобов’язання законом усіх без винятку медичних установ надавати безкоштовні медичні послуги за чітко визначеним переліком (невідкладна допомога).

Згідно з додатком до Закону України Про Державний бюджет України на 2001 рік від 07.12.2000 р. на станції швидкої та невідкладної медичної допомоги в 2001 році виділялося 3 822 300 грн. Згідно іншого додатку до цього ж закону видатки на станції швидкої та невідкладної медичної допомоги здійснюються з районних бюджетів, бюджетів міст республіканського (Автономної Республіки Крим) та обласного значення. Вже в Законі України Про Державний бюджет України на 2002 рік від 20.12.2001 р. такого пункту передбачено не було. Натомість передбачено 3 000 000 грн. на Інститут невідкладної та відновлювальної хірургії в Донецьку та 4 332 200 грн. на надання швидкої медичної допомоги народним депутатам України та керівному складу органів державної влади.

Вивчення невідкладної медичної допомоги є надзвичайно важливим з огляду на теперішні проблеми населення зі здоров’ям. А особливо – в правовому аспекті, оскільки з цієї сторони медична допомога є мало вивченою, а невідкладна медична допомога – тим більше. Нормативних актів, які б регулювали невідкладну медичну допомогу не так багато, як мало б бути, та й ті регулюють цей вид медичної допомоги опосередковано і неповно. Цю прогалину слід заповнити ґрунтовними дослідженнями в даній галузі, на яких можна було б спиратися під час наступної законотворчої діяльності.

1. **Історія розвитку**

**швидкої та невідкладної медичної допомоги**

Початок розвитку, першопочаткові зародки першої допомоги відносяться до епохи раннього середньовіччя – 4 ст., коли на дорогах, що вели в Єрусалим, були організовані так названі „подорожньоприйомні доми” для надання допомоги багаточисленним подорожуючим.

В 1092 р. в Англії був створений орден Іоанітів, в завдання якого входили обслуговування хворих в госпіталі в Єрусалимі і надання першої допомоги подорожнім на дорогах. На початку 15 століття – в 1417 р. – в Голландії була організована служба для надання допомоги потопаючим на багато численних каналах, що перетинають країну.

Думка про необхідність організації екстреної медичної допомоги на місті нещасних випадків зародилася в 18 ст. В 1767 р. за ініціативою С. Noovigh, Vanylerid, I.S. Werdame в Антверпені було створено Товариство надання допомоги постраждалим при нещасних випадках.

Подібні товариства скоро утворилися в Парижі і Гамбурзі. Ці товариства з різних причин виявилися недовговічними і розпалися, але ідея ця залишилися і в 1868 р. в Нью-Йорку була організована перша рятувальна станція.

З цього часу перша медична допомога при нещасних випадках стала стрімко розвиватися. Так, в 1878 р. в Лондоні було створено товариство „St. John Ambulance Association”, яке організувало станції та пости по наданню невідкладної медичної допомоги. В 1881 р. в Німеччині була організована „Samariter Verein”. В тому ж 1881 р. в Києві за ініціативою Товариства лікарів був „Гурток лікарів з метою нічних лікарських чергувань” і з 6 лютого того ж року при міській управі почав функціонувати на добровільних засадах пункт нічних чергувань, в якому працювало 19 лікарів (в 1882 р. – 21, ф в 1883 р. – 29 лікарів). Допомога при нещасних випадках надавалася безоплатно. Виклики додому до хворих оплачувались. Багато сил і енергії затратив на організацію цього пункту професор Київського університету Ю.І. Мацон.

В Швейцарії, Швеції та Норвегії це завдання взяли на себе Товариства Червоного Хреста, в Італії – аптеки, в Данії – цирульники.

В 1898 р. при поліцейських домах були організовані санітарні кінні карети. З 1899 р. в Санки-Петербурзі відкривались пункти надання першої допомоги. Це робилося за кошти, асигновані Російським Товариством Червоного Хреста.

Однією з найкращих організаційно-функціональних медичних структур по наданню екстреної допомоги на до госпітальному етапі виявилася станція швидкої допомоги.

Перша станція швидкої допомоги була створена в Відні в 1881 р. Приводом для цього стала пожежа в Великому театрі, під час якої було дуже багато постраждалих, що залишилися без будь-якої допомоги. За ініціативою віденського лікаря Ярослава Мунді скоро була організована станція швидкої допомоги. Згідно з проектом Я. Мунді до завдань цієї установи входили надання першої допомоги постраждалим і транспортування їх в лікувальний заклад або додому.

В 1887 р. відкрилася станція швидкої медичної допомоги в Будапешті, в 1898 р. – в Варшаві, в 1900 р. – в Лодзі, 30 червня 1902 р. – в Києві, восени 1902 р. – в Вільно, в 1903 р. – в Одесі (на пожертви мільйонера М.М. Толстого), в березні 1904 р. – в Ризі, 25 квітня 1910 р. – в Харкові (за ініціативою професора Н.І. Оболенського). Були організовані станції швидкої допомоги в Мінську, Казані, Ростові-на-Дону, Катеринославі і в 1912 р. – в Москві.

Організацію станції швидкої медичної допомоги в Києві взяло на себе Товариство швидкої медичної допомоги, яке діяло на підставі Статуту, затвердженого 1 вересня 1884 р. Міністерством внутрішніх справ. Нова редакція Статуту була затверджена 14 жовтня 1910 р. Першим головуючим Правління Товариства В.Н. Проценко.

Ініціатором організації станції швидкої допомоги в Києві був К.М. Модзелевський.

Станція розміщувалась в тісних і непристосованих приміщеннях орендованої садиби по вул. Пироговського, 6. першим завідувачем станції був лікар Е.Ф. Гнус.

В складі станції були три конні карети, придбані на пожертви Н.А. Терещенко, А.А. Абрагамсона, В.В. Контовта та Товариства велосипедистів.

В штатному складі станції було 9 лікарів (1 завідувач і 8 чергових), 8 санітарів (1 головний, 4 старших і 3 молодших), 3 кучера, 1 двірник і 1 кур’єр.

Кожна карета була оснащена 2 скринями (однією великою хірургічною , що містила інструментарій, перев’язочні засоби і медикаменти, і другою – малою, що містила протиотрути і інші медикаменти), індуктивним апаратом Шпалера, подушкою з киснем, валиком для голови і запасними ношами. Крім того, на станції для кожної карети зберігались велика запасна скриня з великою кількістю перев’язочного матеріалу для надання допомоги при масових травмах, факели, пожежні каски і інше майно.

Першопочатково станція швидкої допомоги працювала як служба, що надає допомогу постраждалим і тяжкохворим в громадських місцях, на вулицях, в установах, на підприємствах. Допомога на дому при раптових захворюваннях і різкому погіршенні стану хворих стали надавати чергові пункти невідкладної медичної допомоги амбулаторно-поліклінічної мережі, які почали створюватися в 30-ті роки.

Екстрена медична допомога на до госпітальному етапі розділилась на два підвида – більш термінову і менш термінову.

В 1927 р. було затверджено перше положення про станцію швидкої медичної допомоги, яке визначило її завдання, структуру і функції, а в 1938 р. – „Єдине положення про роботу станції швидкої допомоги в містах”.

Швидка медична допомога продовжувала розвиватися після закінчення Другої Світової війни. Починаючи з 1946р. було затверджено ряд нормативних актв, які забезпечили створення єдиної системи швидкої медичної допомоги. Було розроблено і затверджено пакет положень і інструкцій:

* про станції швидкої допомоги в містах і робітничих поселеннях,
* про організацію зв’язку і сигналізації, про транспорт станції швидкої допомоги,
* про роботу головного лікаря станції швидкої допомоги міста чи робітничого поселення,
* про роботу старшого чергового лікаря станції швидкої допомоги, про роботу лікаря станції швидкої допомоги,
* про роботу фельдшера (сестри, акушерки) карет по перевезенню хворих і породіль,
* про перенесення і перевезення постраждалих,
* про попередження і боротьбу з травматичним шоком при наданні першої допомоги,
* про обслуговування викликів з приводу кровотеч,
* про надання невідкладної допомоги при легеневих кровотечах,
* про обслуговування викликів з приводу харчових отруєнь,
* про обслуговування викликів з приводу гострих захворювань черевної порожнини,
* про надання першої допомоги при електротравмах,
* про надання першої допомоги при опіках,
* про надання першої допомоги при утопленні,
* про обслуговування викликів з приводу кримінальних випадків, самогубств і замахів на самогубство і ін.

Завдання, які раніше виконувала невідкладна медична допомога, поступово стали передаватися станціям, а самі пункти невідкладної медичної допомоги стали частиною її структури (наказ Мінздраву СРСР № 870 від 21.11.49).

Кількість станцій швидкої допомоги з 1924 р. по 1985 р. зросла з 33 до 5200.

В 1928 р. був організований Московський НДІ швидкої допомоги ім. Н.В. Скліфософського, а в 1932 р. – Ленінградський НДІ. Ці інститути стали центрами організації і розвитку служби швидкої допомоги.

Повне злиття невідкладної і швидкої медичної допомоги в єдину службу відбулося лише в 70-80-ті роки (наказ Мінздраву СРСР № 608 від 06.08.68).

Об’єднання швидкої і невідкладної допомоги викликало різке збільшення об’єму роботи станцій. Значно розшилися приводи для звернення за швидкою допомогою і показники до направлення бригад.

Підвищилися вимоги відносно кваліфікації лікарів. Виникла необхідність в розвитку спеціалізованих видів швидкої допомоги і удосконаленні невідкладної стаціонарної допомоги.

На станціях почали організовуватися спеціалізовані виїздні бригади:

* протиінфарктні, які згодом стали кардіологічними,
* протишокові, які згодом стали анестезіолого-реанімаційними,
* травматологічні,
* токсикологічні,
* психіатричні,
* неврологічні,
* гематологічні,
* дитячі реанімаційні,
* хірургічні,
* урологічні,
* акушерсько-гінекологічні,
* неонатологічні,
* рентгенологічні та
* стоматологічні.

Практика показала необґрунтованість такої спеціалізації швидкої допомоги і зараз саме взяти курс на розвиток бригад інтенсивної терапії.[[1]](#footnote-1) Залишається високою необхідність в спеціалізованих кардіологічних, психіатричних, неврологічних та дитячих реанімаційних бригадах.

В лікарнях почали створюватися відділення експрес-методів діагностики і інструментальних досліджень, відділення реанімації та інфарктні відділення, рентгенологічні кабінети, які працюють цілодобово. Починаючи з 1968 р. стали організовуватися лікарні швидкої медичної допомоги, які взяли на себе в основному всю невідкладну стаціонарну допомогу. Почалося об’єднання станцій швидкої медичної допомоги з лікарнями.

Служба швидкої медичної допомоги стає все більш організованою і розвинутою системою забезпечення населення екстреною медичною допомогою.

Однак злиття невідкладної і швидкої допомоги призвело і до ряду негативних наслідків.

Знизилась відповідальність амбулаторно-поліклінічної мережі за результати своєї діяльності. Багато хворих, що страждають на хронічні захворювання, почали звертатися за допомогою на станції, так як цей вид допомоги став легко доступним і комфортним.

Погіршилось наступництво між швидкою медичною допомогою і амбулаторно-поліклінічною.[[2]](#footnote-2)

Зріст кількості звернень на станції (відділення) швидкої медичної допомоги призвів до значного збільшення фінансових, матеріальних і людських ресурсів. Показники здоров’я населення і медичної ефективності стали неадекватними величезним економічним затратам. Тому, з 1988 р. почалось роз’єднання швидкої і невідкладної допомоги, яке продовжується і тепер.

Ріст аварій, катастроф, стихійних і екологічних лих породив проблему забезпечення потерпілих допомогою в надзвичайних ситуаціях. Для вирішення цієї проблеми з 1990 р. почала створюватися служба екстреної медичної допомоги (медицина катастроф), куди ввійшла як функціональна одиниця і служба швидкої медичної допомоги, що поставило перед нею ряд нових завдань.

Перехід суспільства на ринкові відносини, реорганізація охорони здоров’я, зростаючі вимоги до якості медичної допомоги і її оптимізації обумовлюють потребу в розробці нової концепції розвитку швидкої медичної допомоги і втілення її в життя.

1. **Поняття, функція та принципи**

**невідкладної медичної допомоги**

Невідкладна медична допомога є поняттям, досі чітко не визначеним, як в літературі, так і в законодавстві. Це поняття є суміжним з поняттями екстреної, першої, первинної, долікарської та швидкої допомоги. В медичній літературі немає єдності щодо того, чи є ці поняття синонімами, чи співвідносяться як частина до цілого.

Спочатку, спробуємо розібратись з понятійним апаратом та розмежуванням окремих понять.

В законодавстві поняття „невідкладна допомога” та „швидка допомога” зазвичай вживаються як синоніми, через кому. Отже, законодавець не розмежовує це поняття. По цій практиці ідуть і міжнародно-правові акти. Так, наприклад, в Угоді про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць СНД від 27 березня 1997 р., що ратифікована Україною законом від 01.06.2000, вказано, що „**швидка та невідкладна медична допомога** – це комплекс медичних послуг, що надаються при гострих порушеннях фізичного чи психічного здоров’я пацієнта, що загрожують його життю чи здоров’ю оточуючих”.

В літературі можна знайти таке загальне і коротке визначення **швидкої допомоги** – це система і вид найбільш масової, доступної, безоплатної поза лікарняної медичної допомоги при станах, що загрожують здоров’ю і життю людини.[[3]](#footnote-3) А також більш повне визначення (яке, щоправда, випливає з визначення відповідної служби). **Служба швидкої медичної допомоги** України являє собою історично розвинуту та таку, що продовжує розвиватися систему забезпечення міського та сільського населення екстреною медичною допомогою на долікарняному етапі при виникненні патологічних станів, що загрожують життю чи здоров’ю людини.[[4]](#footnote-4)

На швидку медичну допомогу покладені наступні завдання:

1. надання своєчасної (до 15 хв. в місті і до 30 хв. в сільській місцевості з моменту звернення) кваліфікованої першої медичної допомоги безпосередньо на місці події і при транспортуванні хворих і постраждалих у випадку виникнення небезпечних для життя станів;
2. перевезення в лікувально-профілактичні установи хворих, крім інфекційних, постраждалих і породіть, стан яких потребує надання термінової стаціонарної допомоги і медичного нагляду під час транспортування;
3. участь в ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

Виконання цих завдань ускладнюється деякими труднощами, так як існують різні визначення поняття екстреності і, відповідно, тлумачення цих завдань.

Основи законодавства України про охорону здоров’я від 19 листопада 1992р. (надалі - Основи) не дають чіткої і однозначної відповіді на поставлені питання, але встановлюють таке: *„Медичні працівники зобов’язані подавати першу невідкладну допомогу при нещасних випадках і гострих захворюваннях. Медична допомога забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами...”* (ч.1 ст.37). Можна вивести, невідкладна медична допомога є допомогою при нещасних випадках та гострих захворюваннях. Основи вживають термін „швидка допомога” тільки в ракурсі відповідної служби. Самостійно ж (або як синонім до „невідкладної допомоги”) цей термін не вживається.

З цієї статті вбачається, що служба швидкої допомоги є лише одним із засобів забезпечення невідкладної допомоги, хоча і основним. Це ж саме стосується і самої швидкої допомоги, якщо ми вживаємо цей термін в значенні служби. Законодавець, напевно, навмисне не вживає даного терміну, щоб уникнути плутанини.

Отже, хоча терміни „швидка” та „невідкладна” допомога є майже синонімічними, різницю можна виділити виходячи з окремих підходів до понять. Є підстави розрізняти швидку допомогу в широкому та вузькому (тільки як допомогу що надається службою швидкої допомоги) значенні . Вбачається, що в значенні екстреної медичної допомоги при станах, що загрожують здоров’ю і життю людини – вона все-таки є синонімом „невідкладної”. І тут сміливо можна застосовувати визначення згадуваної вже Угоди. Наприклад, існує проект кодексу, який би регулював питання охорони здоров’я в Україні (автори ще не дійшли згоди щодо його назви), і в ньому поняття „швидка медична допомога” повністю заміняє поняття „невідкладної”. Це і є приклад практичного застосування широкого значення.

Однак, медики частіше розуміють швидку допомогу, як складову частину невідкладної, як таку, що надається лише службою швидкої медичної допомоги на місці, під час транспортування та в пунктах (відділеннях) швидкої допомоги. Невідкладна ж допомога може надаватись як кваліфікованими лікарями, так і будь-ким з громадян, на місці, під час транспортування, в будь-якому лікувально-профілактичному закладі (наприклад, в відділенні інтенсивної терапії). Тобто єдиною умовою такої допомоги є те, що вона надається в невідкладних випадках.

З процитованої статті Основ також випливає, що складовою невідкладної є перша медична допомога, як така, що здійснюється невідкладно, на місці, одразу по прибутті лікарів або оточуючими. В літературі знаходимо таке визначення: **перша медична допомога** – це проведення комплексу термінових заходів, метою яких є припинення впливу ушкоджуючого чинника зовнішнього середовища на організм, надання на місці допомоги і забезпечення максимально сприятливих умов транспортування потерпілого долі кувального закладу.

**Первинна допомога** (з позиції законодавця) немає нічого спільного з невідкладною, хоча термін і подібний до „першої допомоги” (в теорії ця подібність є не тільки лінгвістичною). Основи в статті 35 визначають, що первинна допомога – це основна частина медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої допомоги.

**Долікарська** **допомога** включає в себе надання допомоги на місці та транспортування хворого. Тобто – швидку допомогу в вузькому значення терміну та першу допомогу.

**Екстрена** ж **допомога** є чисто теоретичним та літературним поняттям, та позначає ту ж невідкладну допомогу, хоча цей термін і не знайшов свого закріплення в законодавстві. Вживається він в основному для підкреслення „невідкладності”, важливості та небезпечності ситуації, що склалася.

В червні 1974 р. на Нараді міністрів охорони здоров’я соціалістичних країн, що проходила в Будапешті, було дано наступне визначення екстреної медичної допомоги: „Поняття екстреної медичної допомоги включає усунення всіх патологічних станів, викликаних зовнішніми і внутрішніми факторами, які незалежно від ступеню їх тяжкості потребують невідкладної діагностики і лікування”.

Там же було рекомендовано 5 видів таких станів:

1. Існує безпосередня загроза життю. Якщо хворому своєчасно не надати медичну допомогу, то можливим є смертельний наслідок.
2. Безпосередньої загрози життю немає, але такий стан може виникнути в будь-який час.
3. Безпосередньої загрози життю немає, але ненадання своєчасної медичної допомоги може призвести до стійких змін в окремих органах і організмі в цілому.
4. Загрози життю немає, але в найкоротші строки треба полегшити страждання хворого.

Надання допомоги при станах 1, 2 і 5 покладено на станції (відділення) швидкої медичної допомоги, а при станах 3 і 4 – на пункти (відділення) невідкладної медичної допомоги, що функціонують при поліклініках.

Успішне вирішення покладених завдань по забезпеченню населення швидкою медичною допомогою багато в чому визначається її концепцією (основними принципами). Організація швидкої медичної допомоги в Україні носить державний пріоритетний характер і базується на наступних основних принципах:

***1. Централізація і загальнодоступність швидкої медичної допомоги***. Централізація швидкої медичної допомоги досягається шляхом створення в Україні (в містах і сільській місцевості) спеціальних територіальних державних медичних закладів (самостійних станцій чи відділень при лікарнях) швидкої медичної допомоги, які забезпечують екстреною медичною допомогою все населення, що проживає і знаходиться на даній території. В місті чи сільському адміністративному районі функціонує тільки одна така (державна) установа.

Наказ Міністерства охорони здоров’я (надалі - МОЗ) України № 175 від 19.06.96 „Про заходи по удосконаленню швидкої медичної допомоги” передбачає створення в сільських адміністративних районах самостійних станцій швидкої медичної допомоги з мережею підстанцій (пунктів), оскільки самостійні станції швидкої медичної допомоги є більш ефективними організаційно-функціональними структурами, ніж відділення.

В залежності від чисельності обслуговуваного населення станції швидкої медичної допомоги діляться на 5 категорій.

Прийом звернень за швидкою медичною допомогою ведеться централізовано за єдиним по всій країні номером телефону „03”. Для прийому викликів в структурі станції (відділення) створюється спеціальний підрозділ (диспетчерська), оснащена технічними засобами зв’язку і необхідною кількістю пар телефонних ліній „03” з розрахунку 2 пари на 100 тис. населення, але не менше 2 пар таких ліній, незалежно від чисельності обслуговуваного населення.

***2. Своєчасність надання швидкої медичної допомоги по життєвим показникам всім хворим і постраждалим, незалежно від їх громадянства, місця проживання, віку, статі, національності, віросповідання, матеріального стану та ін.*** Своєчасність надання швидкої медичної допомоги досягається шляхом проведення цілої низки певних заходів, які повинні забезпечити в будь-який час доби надання допомоги не пізніше 15 хв. в містах та 30 хв. в сільській місцевості після поступлення виклику. Для цього організовуються спеціальні бригади медичних працівників, що мають в своєму розпорядженні санітарний автотранспорт з ношами, портативну лікувально-діагностичну апаратуру, необхідні медикаменти, перев’язочний матеріал, інструментарій, вироби медичного призначення та інше майно.

З метою зменшення часових втрат при передачі прийнятих викликів і обміні різноманітною оперативною інформацією організовуються безпосередні (прямі) лінії телефонного зв’язку між центральною диспетчерською станцією швидкої медичної допомоги і підстанціями (пунктами), а також радіозв’язок з усіма виїзними бригадами швидкої медичної допомоги.

Крім безпосередніх ліній телефонного зв’язку з підстанціями, центральна диспетчерська забезпечена лініями телефонного зв’язку з пунктами (відділеннями) невідкладної медичної допомоги , прийомними відділеннями лікарень, медпунктами вокзалів, портів, стадіонів, відділеннями міліції та пожежними частинами, рятувальними та оперативно-ремонтними службами.

Для швидкої обробки викликів, що надходять і оптимізації вибору виїзних бригад створюються автоматизовані інформаційно-диспетчерські системи, а робочі місця диспетчерів оснащуються комп’ютерами.

Рівність громадян при використанні їх права на невідкладну допомогу ґрунтується на ст. 24 Конституції України, яка проголошує, що не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками.

***3. Надання первинної кваліфікованої медичної допомоги на місці виклику.*** Своєчасне надання первинної кваліфікованої медичної допомоги на до госпітальному етапі значно скорочує строки перебування хворих в стаціонарі, зменшує смертність і інвалідність, що окупає великі матеріальні затрати, необхідні для організації цієї допомоги.

Надання первинної кваліфікованої допомоги забезпечують виїзні лікарські бригади швидкої медичної допомоги, які поділяють на загально профільні та спеціалізовані (кардіологічні, неврологічні, психіатричні, інтенсивної терапії та ін.).

***4. Наступність в роботі станції швидкої медичної допомоги, амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладів.*** Принцип наступності передбачає чіткий розподіл завдань і відповідальності в зв’язку з наданням екстреної медичної допомоги і подальшим лікуванням хворих і постраждалих.

Цей принцип передбачає наступне:

* Передачу в амбулаторно-поліклінічну мережу даних про всіх хворих і постраждалих, яким була надана швидка медична допомога;
* Передачу в пункти невідкладної медичної допомоги чи реєстратуру поліклініки (в залежності від приводу звернення) необґрунтованих звернень;
* Складення і передачу в районі поліклініки списків тих хронічно хворих, які часто і необґрунтовано за швидкою медичною допомогою для проведення їх планового амбулаторного чи стаціонарного лікування;
* Проведення спільних конференцій і нарад лікарів поліклінік, стаціонарів і швидкої медичної допомоги з питань забезпечення планового лікування хронічно хворих, тактики і правильності вибору лікування, аналізу помилок діагностики, причин летальності як на до госпітальному етапі, так в стаціонарі (перша доба), повноти обстеження і надання швидкої медичної допомоги, причин відмови в невідкладній госпіталізації та ін.;
* Застосування єдиних тактичних підходів до надання екстреної медичної допомоги на до госпітальному та госпітальному етапах;
* Передачу медичним працівникам поліклінік і стаціонарів даних про результати діагностичних досліджень і проведене лікування на етапі надання швидкої медичної допомоги;
* Спільне впровадження нових методик діагностики, лікування та проведення наукових робіт.

***5. Взаємодія в роботі станції швидкої медичної допомоги з міліцією, пожежними частинами, ДАІ, ремонтно-лікувальними та іншими оперативними службами.*** Принцип взаємодії передбачає узгодження спільних дій станції швидкої допомоги з оперативними службами протягом підготовчого періоду і під час ліквідації медико-санітарних наслідків аварій, катастроф, стихійних лих, дорожньо-транспортних пригод та ін.

***6. Наукова обґрунтованість, планування служби і профілактична направленість (попередження травматизму і невідкладних станів).*** Принцип науковості, планування і профілактичної направленості передбачає наукове удосконалення форм і методів планування концентрації сил і матеріальних ресурсів служби швидкої допомоги і проведення комплексу профілактичних заходів, направлених спрямованих на зниження потреби в цьому виді медичної допомоги.

Плани розвитку швидкої медичної допомоги ділять на поточні (строком до 1 р.) та довгострокові.

Основними показниками, що характеризують діяльність станції швидкої медичної допомоги, є уніфіковані критерії оцінки якості, адекватності, результативності та ефективності. Їх, однак, необхідно розглядати комплексно.

Всі показники класифікують наступним чином:

1. Показники стану системи швидкої медичної допомоги.
2. Показники об’єму діяльності і потреби в даному виді медичної допомоги.
3. Показники, що характеризують обслуговуваний контингент.
4. Показники, що характеризують раціональність існуючих організаційних форм обслуговуванні і використання ресурсів.
5. Показники якості обслуговування населення.
6. Показники ефективності роботи всієї служби швидкої медичної допомоги.

***7. Безперешкодність екстреної госпіталізації хворих та постраждалих.*** Цей принцип передбачає своєчасну безвідмовну госпіталізацію в лікувально-профілактичні заклади хворих і постраждалих, що знаходяться в небезпечному для життя стані, незалежно від місця їх проживання, матеріального та іншого цензу.[[5]](#footnote-5)

1. **Законодавче закріплення**

**права на невідкладну медичну допомогу**

Основа будь-якого права, наданого громадянам України, закріплена в Конституції. Оскільки ***Конституція*** є Основним Законом, в якому передбачені лише найзагальніші права та обов’язки, то конкретизація цих права покладається на спеціальні закони, які приймаються у відповідності до неї. Вона є обмежена за своїм об’ємом і перелічення тут усіх прав та обов’язків є просто недоцільним.

Це саме стосується і права громадян на невідкладну медичну допомогу. Конституція не містить такого терміну. Але це право логічно випливає зі статті 49. в цій статті записано, що *„кожен має право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування”*. Слід згадати, що конституція є актом прямої дії. А оскільки медична допомога як вид включає в себе невідкладну медичну допомогу, то можна сказати, що опосередковано право на невідкладну медичну допомогу є конституційно закріпленим.

***Основи законодавства про охорону здоров’я*** передбачають не просто право громадян на невідкладну медичну допомогу, а й обов’язок громадян подавати невідкладну допомогу іншим громадянам, які знаходяться у загрозливому для життя і здоров'я стані (п.„в” ст. 10) та обов’язок медичних та фармацевтичних працівників безплатно подавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуацій (п.”б” ч.1 ст.78).

Основи є основним законодавчим актом, який хоч і не докладно, але все ж регулює відносини з приводу невідкладної медичної допомоги.

Спеціалізованим актом, який закріплює право окремої категорії громадян на невідкладну медичну допомогу є ***Інструкція з організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію / СНІД***, затверджена Наказом МОЗ України від 25.05.00 р. Тут вказується, що невідкладна медична допомога дорослим та дітям, хворим на ВІЛ-інфекцію / СНІД надається у всіх лікувально-профілактичних закладах України.

У невідкладних випадках, коли подання медичної допомоги через відсутність медичних працівників на місці неможливе,підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані надавати транспорт для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу. В цих випадках першу невідкладну допомогу також повинні подавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями.

Обов’язок надання невідкладної медичної допомоги покладається різноманітними законодавчими актами і на інших осіб.

Так, ст. 16 ***Закону України Про дорожній рух*** від 30 червні 1993 р. передбачає обов’язок водія надавати транспортний засіб працівникам міліції та охорони здоров’я для доставки у найближчий медичний заклад осіб, які потребують невідкладної медичної допомоги.

Цей закон також передбачає інші норми щодо регулювання невідкладної допомоги. Так, автомобільні дороги, вулиці та залізничні переїзди з інтенсивним рухом обладнуються засобами аварійного зв'язку для виклику служб швидкої медичної допомоги, працівників органів внутрішніх справ і дорожньо-експлуатаційних організацій. Обов’язок такого обладнання покладається на Уряд Автономної Республіки Крим, місцеві органи державної виконавчої влади та органи місцевого самоврядування разом з дорожніми органами. До компетенції власників автомобільних доріг, вулиць та залізничних переїздів або уповноважених ними органів у сфері дорожнього руху належить крім іншого розробка та облаштування автомобільних доріг, вулиць та залізничних переїздів системами термінового зв'язку для виклику державтоінспекції, швидкої медичної та технічної допомоги.

У разі загрози життю хворого медичні працівники та інші громадяни мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою подання невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад.

Подання безплатної допомоги громадянам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) покладається насамперед на спеціалізовані бригади постійної готовності служби екстреної медичної допомоги з відшкодуванням необхідних витрат місцевих закладів охорони здоров'я в повному обсязі за рахунок централізованих фондів.

14 грудня 1999 року було прийнято ***Закон України про аварійно-рятувальні служби***. Цим законом до основних завдань аварійно-рятувальних служб відноситься пошук і рятування людей на уражених об’єктах і територіях, подання у можливих межах невідкладної, у тому числі медичної, допомоги особам, які перебувають у небезпечному для життя й здоров’я стані, на місці події та під час евакуації до лікувальних закладів. Рятувальники зобов’язані активно проводити аварійно-рятувальні роботи, вживати всіх необхідних заходів для рятування людей, подання їм невідкладної медичної та іншої допомоги, не допускати невиправдних ризиків.

Під аварійно-рятувальною службою тут розуміється сукупність організаційно об’єднаних управлінь, сил та засобів, призначених для вирішення завдань щодо запобігання та ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру та окремих їх наслідків, проведення пошукових, аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт.

Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли поданню медичної допомоги, гарантується у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безплатне лікування та матеріальна компенсація шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну.

Відповідальність за несвоєчасне і неякісне забезпечення подання медичної допомоги, що призвело до тяжких наслідків, несуть органи влади і спеціальні заклади, які обслуговують лікувальні заклади.

***Закон України Про міліцію*** передбачає обов’язок міліції подавати у межах наявних можливостей невідкладну, у тому числі медичну, допомогу особам, які потерпіли від правопорушень і нещасних випадків, перебувають у безпорадному або небезпечному для життя і здоров'я стані, а також неповнолітнім, які залишились без опікування. Міліції для виконання покладеного на неї обов’язку надаються наступні права в даній галузі:

* використовувати безперешкодно транспортні засоби, що належать підприємствам, установам, організаціям і громадянам (крім транспортних засобів дипломатичних, консульських та інших представництв іноземних держав, міжнародних організацій, транспортних засобів спеціального призначення), для проїзду до місця події, стихійного лиха, доставки в лікувальні заклади осіб, які потребують невідкладної медичної допомоги, для переслідування правопорушників та їх доставки в міліцію. Використання з цією метою транспортних засобів, що належать підприємствам, установам і організаціям, здійснюється безплатно. Відшкодування збитків та витрат за використання транспорту громадян здійснюється відповідно до вимог статті 25 цього Закону та інших актів чинного законодавства;
* користуватися у невідкладних випадках безперешкодно і безплатно засобами зв'язку, що належать підприємствам, установам і організаціям, а засобами зв'язку, що належать громадянам, - за їх згодою.

Такі ж права надані працівникам міліції, які здійснюють нагляд за дорожнім рухом ***Типовими рекомендаціями щодо поліпшення взаємовідносин міліції з учасниками дорожнього руху та власниками транспортних засобів***, що є додатком до Наказу Міністерства внутрішніх справ від 30 червня 1998 р. Про заходи щодо поліпшення нагляду за дорожнім рухом та взаємовідносин міліції з власниками транспортних засобів. Даним підзаконним нормативно-правовим актом передбачається, що як учасник дорожнього руху водій зобов’язаний:

* Надавати транспортний засіб працівникам міліції та охорони здоров’я для доставлення до найближчого медичного закладу осіб, які потребують невідкладної медичної допомоги;
* У разі причетності до дорожньо-транспортної пригоди вжити всіх можливих закладів до подання першої медичної допомоги потерпілим, викликати карету швидкої медичної допомоги, а якщо це не можливо – звернутися по допомогу до присутніх і відправити потерпілих до лікувального закладу.

***Закон України Про захист населення від інфекційних хвороб*** від 06.04.00 р. передбачає те, що посадові особи закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та медичні працівники у разі виявлення хворого на інфекційну хворобу зобов'язані вжити заходів для його тимчасової ізоляції, надати невідкладну медичну допомо­гу, за необхідності організувати проведення поточних дезінфекційних заходів, терміново повідомити відповідну установу державної санітарно-епідеміологічної служби та організувати госпіталізацію хворого до відповідного закладу охорони здоров'я.

***Конституція України*** передбачає, що у державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно (ч.3 ст.49). І хоча зараз часто від науковців та практиків можна почути думку про те, що через недостатнє фінансування охорони здоров’я та економічні проблеми країни медична допомога повинна надаватися на умовах якщо не повної, то часткової компенсації, але все ж такі підвиди медичної допомоги як швидка чи невідкладна повинні завжди залишатися безоплатними.

***Програмою подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги***, що затверджена Постановою КМУ від 11.07.02 р. визначається перелік видів медичної допомоги, яка подається населенню безоплатно, обсяги безоплатної медичної допомоги, нормативи фінансування охорони здоров’я на 1 жителя, які забезпечують подання гарантованих обсягів медичної допомоги.

Державними та комунальними закладами охорони здоров’я подається безоплатна медична допомога таких видів:

1. Швидка та невідкладна – на до госпітальному етапі станціями (відділеннями) швидкої медичної допомоги, пунктами невідкладної медичної допомоги у стані, що загрожує життю людини;
2. Стаціонарна – у разі гострого захворювання та в невідкладних випадках, коли потрібне інтенсивне лікування, цілодобовий медичний нагляд та госпіталізація, в тому числі за економічними показаннями, дітям, вагітним та породіллям, хворим за направленнями медико-соціальних експертних комісій, лікарсько-консультативних комісій;
3. Невідкладна стоматологічна допомога (у повному обсязі – дітям, інвалідам, пенсіонерам, студентам, вагітним, жінкам, які мають дітей до 3 р.) та ін.

Щодо оплатності, то існує ***Порядок встановлення цін (тарифів) на екстрену медичну допомогу, що надається іноземним громадянам державними та комунальними закладами охорони здоров’я України***, затверджений Наказом МОЗ від 11 листопада 1997 р. Цей Порядок розроблено на основі постанов КМУ від17.09.96 р. „Про надання медичної допомоги іноземним громадянам” , від 28.01.97 р. „Про затвердження Порядку надання медичної допомоги іноземним громадянам, які тимчасово перебувають на території України” та від 17.09.97 р. „Про вдосконалення Порядку надання медичної допомоги іноземним громадянам, які тимчасово перебувають на території України”. Базою для визначення вартості екстреної медичної допомоги в даному випадку є розрахунок валових видатків згідно з Законом України „Про оподаткування прибутку підприємств” від 22.06.97 р.

Ч.3 ст.49 Конституції України передбачає, що держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності. Ця норма є особливо актуально тепер, коли все більшої популярності набувають приватні лікувальні заклади, в тому числі і приватна швидка медична допомога. Медична практика згідно з ***Положенням Про порядок ліцензування підприємницької діяльності***, затвердженим Постановою КМУ від 03.07.98 р. є видом підприємництва, що підлягає ліцензування в МОЗ України.

До речі, кількість підприємств, які надають приватну допомогу такого роду постійно зростає. В Києві вже давно функціонує приватна швидка медична допомога „Борис” (у Львові її аналог – „Богдан-Борис”), а з першого лютого 2001 року у Чернівцях працює приватна швидка допомога „Діомед”. Оплата в цих та інших подібних службах розраховується по-різному, оскільки визначається безпосередньо кожним окремим підприємством. Так, за приїзд та надання допомоги „Діомеда” треба заплатити 30 грн. (за київський аналог – майже вдесятеро більше). За ліки потрібно платити окремо.

Оплата праці медичних працівників, які надають невідкладну та швидку медичну допомогу регулюється спільним Наказом МОЗ України та Міністерства праці та соціальної політики України від 11.04.01 р. ***Про впорядкування та затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров’я та установ соціального захисту населення***.

Оплата праці тих лікарів, які виконують в процесі надання невідкладної та швидкої медичної допомоги роботу, що зо своєю суттю не відрізняється від роботи будь-якого лікаря даної спеціалізації та посади, здійснюється згідно загальних положень даного нормативного акту.

Однак, він також передбачає і окремі норми в даній галузі. Тобто, в окремому порядку регулює:

* оплату праці водіїв автомобілів швидкої допомоги (в залежності від класу автомобіля) (п. 2.16.3);
* підвищення оплати праці керівників лікарень швидкої медичної допомоги, в складі яких функціонує станція швидкої медичної допомоги на 20% (п. 3.5.11);
* доплату в розмірі 50% годинної тарифної ставки (окладу) за кожну годину роботи в нічний час медичним працівникам та службовцям, зайнятим наданням екстреної, швидкої та невідкладної медичної допомоги, водіям санітарних автомобілів швидкої, невідкладної медичної допомоги (п. 4.1.2);
* надбавки за тривалість безперервної роботи (в залежності від її тривалості, але не більше 40%) – старшим лікарям, лікарям та середньому медперсоналу виїзних бригад, водіям та молодшим медичним сестрам виїзних бригад станції (відділення) швидкої медичної допомоги (п. 5.1.6);
* надбавки за тривалість безперервної роботи (в залежності від її тривалості, але не більше 60%) – лікарям та середньому медперсоналу виїзних бригад незалежно від найменування посад, водіям виїзних бригад станцій (центрів), відділень екстреної медичної консультативної допомоги республіканських та обласних лікарень (п. 5.1.7);
* збереження надбавки в розмірах, що відповідають стажу безперервної роботи у виїзних бригадах за лікарями виїзних бригад станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, які перейшли на посади головних лікарів станцій швидкої медичної допомоги, а також за працівниками з числа середнього медичного персоналу виїзних бригад станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, які перейшли на посади фельдшера (медичної сестри) з приймання викликів та передачі їх виїзним бригадам або старшого фельдшера підстанції швидкої медичної допомоги (п. 5.1.12).

Управління невідкладною медичною допомогою покладається на МОЗ України та підконтрольні і підлеглі йому органи, установи та управління. Систему цих органів буде докладніше розглянуто пізніше. ***Положення про Міністерство охорони здоров’я***, затверджене Постановою КМУ від 12.08.92 передбачає одним з основних завдань МОЗ забезпечення надання державними закладами охорони здоров’я загальнодоступної, переважно безплатної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню.

МОЗ відповідно до покладених на нього завдань:

1. Здійснює координацію діяльності закладів охорони здоров’я, науково-дослідних, інших підприємств та установ, що перебувають в його функціональному управлінні, з питань діагностики, лікування і профілактики захворювань, формування здорового способу життя, охорони території України від занесення і поширення карантинних та інших інфекційних захворювань і забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення;
2. Установлює порядок надання населенню швидкої медичної допомоги спеціальною службою та ін.

Охорона права на невідкладну допомога здійснюється також за допомогою санкцій за відповідні злочини в кримінальному законодавстві. Таке закріплення є надзвичайно важливим і означає, що охорона прав в галузі охорони здоров’я є одним з пріоритетних напрямків діяльності держави. Важливими тут також є два такі фактори:

* 1. Ненадання невідкладної медичної допомоги є складом саме злочину, а не адміністративного правопорушення (незважаючи на існування Глави 5 Кодексу України про адміністративні правопорушення „Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров’я населення”).
	2. В новому ***Кримінальному Кодексі України*** від 07.04.01 р. злочини проти життя та здоров’я особи стоять на другому місці після злочинів проти основ національної безпеки України, а не після інших злочинів, таких як злочини проти державної власності, як це було у старому кодексі (хоча, можливо, в державі, яка статтею 3 своєї Конституції закріпила, що людина, її життя і здоров’я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю, даний вид злочинів мав би стояти на першому місці).

Отже, в Кримінальному Кодексі (надалі - КК) є два подібні за своїм складом і відмінні за суб’єктом склади злочину. Це стаття 136 – „Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані” та стаття 139 – „Ненадання допомоги хворому медичним працівником”.

Ст.136 КК передбачає відповідальність за ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан особи належним установам та особам, якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження. Частини друга та третя цієї статті передбачають покарання за ненадання допомоги малолітньому, який завідомо перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан дитини належним установам та особам та за діяння, передбачені двома першими частинами, якщо вони спричинили смерть потерпілого.

Ст.139 КК передбачає відповідальність за ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов’язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може має тяжкі наслідки для хворого. Частина друга цієї статті передбачає відповідальність за те саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі насліди. Отже, тут присутній спеціальний суб’єкт – медичний працівник.

Вищеназвані нормативні акти тим чи іншим чином регулюють відносини з приводу надання невідкладної медичної допомоги. Жоден з них не присвячений цьому виду медичної допомоги повністю, але це ті нормативні акти, які регулюють його найповніше. Крім таких актів є ще й акти, в яких невідкладна медична допомога лише згадується, але і їх можна віднести до таких, що визначають правове регулювання надання невідкладної медичної допомоги. Прикладами таких актів можуть бути:

1. Наказ Міністерства статистики України та МОЗ України від 31.07.00 р. Про затвердження форм державної статистичної звітності з питань охорони здоров’я та інструкцій щодо їх заповнення, яким затверджується форма державної статистичної звітності № 22 „Звіт станції (відділення, об’єднання) швидкої медичної допомоги” (річна).
2. Перелік лікарських засобів, які повинні бути у медичних аптечках першої медичної допомоги для пасажирських транспортних засобів з кількістю пасажирів понад 9 осіб (автомобільна аптечка – 2), затверджений Наказом МОЗ України від 07.07.98 р.
3. Примірний статут територіального центру екстреної медичної допомоги, затверджений Наказом МОЗ України від 26.10.01 р. та ін.

Невідкладна медична допомога регулюється не тільки нормативно-правовими актами, а і міжнародно-правовими. Чинні міжнародні договори, згода на обов’язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України.

Як вже було сказано раніше, ***Угода про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав*** від 27.03.97, що ратифікована із застереженнями Законом від 01.06.00 р. містить визначення невідкладної та швидкої медичної допомоги. Оскільки жоден нормативний акт національного законодавства такого визначення не містить, то це визначення сміливо можна використовувати як законодавче. Цей акт також містить конкретизований порядок надання медичної і невідкладної допомоги.

Тут вказано, що швидка та невідкладна медична допомога при раптових гострих станах і захворюваннях, що загрожують життю хворого чи здоров’ю оточуючих, нещасних випадках, отруєннях, травмах, родах та невідкладних станах в період вагітності надається громадянам безперешкодно, безоплатно і в повному обсязі на території держави тимчасового перебування лікувально-профілактичними установами незалежно від організаційно-правових форм, відомчої приналежності і форм їх власності. З моменту, коли усунута загроза життю хворого чи здоров’ю оточуючих і можливе його транспортування, подальше надання медичної допомоги здійснюється на платній основі.

Відшкодування витрат лікувально-профілактичним установам за надання медичної допомоги за екстреними показниками громадянам держав Співдружності у цих випадках здійснюється за рахунок бюджету держави тимчасового перебування у відповідності з діючою в ній системою фінансування охорони здоров’я.

Норма подібна цій міститься і в іншій угоді держав-учасниць СНД – ***Угоді про співробітництво в галузі охорони здоров’я населення***. В статті 3 даної угоди вказано, що Сторони, що домовляються, керуючись принципами гуманізму, зобов’язуються надавати екстрену та невідкладну медичну допомогу громадянам держав-учасниць Співдружності без взаємних компенсацій витрат.

***Міжнародний Кодекс медичної етики***, прийнятий третьою Генеральною Асамблеєю Медичної Асоціації в Лондоні в жовтні 1949 року з наступними доповненнями передбачає обов’язок лікаря завжди надавати невідкладну допомогу будь-кому, хто її потребує, за винятком лише тих випадків, коли він пересвідчився в бажанні та можливості інших осіб зробити все необхідне.

Регулювання невідкладної медичної допомоги також здійснюється і на локальному рівні, тобто на рівні окремих адміністративно-територіальних одиниць.

Так, в Запорізькій області діє ***Комплексна програма Реформування надання медичної допомоги жителям області***, яка визначає пріоритети в існуючій системі охорони здоров’я області та передбачає заходи її реформування, які, в свою чергу, діляться на групи за важливістю.

Подібний акт, який називається ***Програма „Харківщина – 2010”*** існує і в Харківській області. В розділі 3.3, який називається „Розвиток охорони здоров’я, фізичної культури і спорту” передбачається, що першочерговими заходами на найближчу перспективу, серед іншого, визначені організація повноцінного забезпечення екстреної допомоги населенню та надання гарантованої швидкої та невідкладної медичної допомоги.

Більш конкретними актами є, наприклад, Наказ Управління охорони здоров’я (надалі – УОЗ) Запорізької обласної Державної адміністрації ***Про вдосконалення організації надання швидкої і невідкладної медичної допомоги населенню області*** 1999 року та Додаток до Наказу УОЗ Запорізької обласної Державної адміністрації № 129 2000 року – ***Примірний набір медикаментів для валізи лікаря пункту (відділення) медичної допомоги на дому дорослому населенню***.

Щодо довгострокових планів, закріплених на законодавчому рівні, то, наприклад, ***Концепція розвитку охорони здоров’я населення України***, затверджена Указом Президента України від 07.12.00 р. передбачає проведення реструктуризацію галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги. Цей захід є особливо важливим, оскільки зараз існує ситуація, за якої одні види медичної допомоги розвиваються більше ніж інші, а деякі не розвиваються взагалі. Не можна сказати, що невідкладна медична допомога не розвивається, але їй, як одній з найпріоритетніших, все ж, можна було б приділяти більшої уваги.

Закріплюються на законодавчому рівні заходи щодо вдосконалення надання невідкладної медичної допомоги в сільській місцевості та інших районах з обмеженим доступом до цього виду медичної допомоги.

Згідно Наказу МОЗ України від 13.08.2002 ***Про затвердження заходів МОЗ щодо поліпшення медичної допомоги сільському населенню на 2002 – 2005 роки*** Рада Міністрів АРК, обласні, Севастопольська міська державні адміністрації, МОЗ України повинні протягом вказаного періоду забезпечити дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, підпункти швидкої і невідкладної медичної допомоги санітарними автомобілями підвищеної прохідності за рахунок цільового використання коштів державного бюджету та місцевих бюджетів.

**4. Організаційна структура органів, що надають**

**невідкладну допомогу**

 Управління у сфері охорони здоров'я здійснює Міністерство охорони здоров’я України- головний (провідний) орган у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я.[[6]](#footnote-6)1 Основними завданнями МОЗ, поряд з іншими, є розроблення обгрунтованих пропозицій щодо реалізації державної політики в галузі охорони здоров’я; координація та контроль за виконанням державних програм охорони здоров’я, зокрема надання медико-санітарної допомоги; організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров’я гарантованої безоплатної медичної допомоги населенню; організація надання медичної допомоги у невідкладних та екстремальних ситуаціях та інші. МОЗ має право отримувати в установленому законом порядку від центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування інформацію, документи і матеріали, а від державних органів статистики- статистичні дані, необхідні для виконання покладених на нього завдань; притягати до дисциплінарної відповідальності керівників підприємств, установ і закладів, що належать до сфери його управління.

 Міністерству охорони здоров’я України підпорядковуються МОЗ Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров’я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

 Управління охорони здоров’я - орган виконавчої влади середньої ланки, до компетенції якого віднесено вирішення практично тих самих завдань, за деякими винятками, що й до компетенції МОЗ України, тільки на рівні області.

 Систему органів, що надають невідкладну медичну допомогу становить густа мережа об’єктів охорони здоров’я різного спрямування, видів і потужності. На районному та міському рівні такі функції виконують районні та міські лікарні (або інші заклади охорони здоров’я), які визначені центральними для району, міста. Медична допомога забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності з подальшим відшкодуванням витрат.[[7]](#footnote-7)1

 Одним із видів безоплатної медичної допомоги, що здійснюється державними та комунальними закладами охорони здоров’я, є швидка та невідкладна допомога. На догоспітальному етапі цей вид медичної допомоги здійснюють станції (відділення) швидкої медичної допомоги, пункти невідкладної медичної допомоги у стані, що загрожує життю людини.[[8]](#footnote-8)2

 Для надання невідкладної медичної допомоги створюються самостійні станції швидкої медичної допомоги лікувально-профілактичних закладів, що мають у своєму складі відділення швидкої медичної допомоги; обєднання швидкої медичної допомоги, що мать у своєму складі станції швидкої медичної допомоги.[[9]](#footnote-9)3 Обов’язок надати невідкладну медичну допомогу лежить на всіх відділеннях лікувально-профілактичного закладу.

 Багаторічний досвід показав, що найбільше доцільною організаційно-функціональною формою швидкої медичної допомоги є станція швидкої медичної допомоги, об’єднана з лікарнею швидкої медичної допомоги.

 Створення лікарень швидкої медичної допомоги, об’єднаних зі станцією і підстанцією швидкої і невідкладної медичної допомоги, стало важливим етапом удосконалення екстреної медичної допомоги. Цей лікувально-профілактичний заклад нового типу об’єднав у єдине ціле догоспітальний і госпітальний етапи швидкої допомоги.

 Організація нового типу комплексного лікувально-профілактичного закладу – лікарні швидкої допомоги – почалася ще наприкінці 60-х років 20-го століття. В подальшому доцільність об’єднання станцій швидкої допомоги з багатопрофільними лікарнями була підтверджена практикою охорони здоров’я.

 Основними завданнями лікарні швидкої медичної допомоги є, крім тих,що стоять перед будь-яким стаціонарним закладом, надання реанімаційної допомоги і інтенсивної терапії, експрес-діагностики і виведення із важкого стану хворого з порушення життєво важливих функцій.

 Ще однією особливістю лікарні швидкої медичної допомоги є те, що на цей тип закладів покладається головна роль по керівництву екстреної стаціонарної допомоги населенню відповідної території, вона ніби керує службою і здійснює контроль за діяльністю, виконуючи організаційно-методичні функції. З цією метою в структурі лікарні швидкої допомоги виділяється спеціальний організаційно-методичний відділ (кабінет), котрий не тільки аналізує діяльність і об’єм екстреної медичної допомоги, її якість і ефективність, але і забезпечує консультативною допомогою заклади міста з питань швидкої медичної допомоги, а також організовує систему підвищення кваліфікації медичного персоналу служби.

 Важливими структурними підрозділами лікарні швидкої медичної допомоги є відділення реанімації та інтенсивної терапії. Крім того, особливу роль грає функціонально-організаційна структура приймального відділення, де працює цілодобово бригада лікарів. В лікарні швидкої медичної допомоги хворі чи постраждалі, що знаходяться в стані, який загрожує життю, можуть надходити безпосередньо в реанімаційне чи в спеціалізоване відділення, де функціонують блоки інтенсивної терапії.

 У місті Львові функціонують дві спеціалізовані лікарні швидкої медичної допомоги: Міська лікарня швидкої медичної допомоги по вул.Миколайчука і Міська дитяча лікарня швидкої медичної допомоги по вул. П.Орлика.

 В Міській лікарні швидкої медичної допомоги по вулиці Миколайчука є такі відділення: три хірургічних (загальнопрофільних); два гінекологічних (інфекційне та неінфекційне); травматологіче; нейрохірургічне; невропатологічне; два терапевтичних; два анастезіолого-травматологічних; відділення швидкої медичної допомоги.

 Міська дитяча лікарня швидкої медичної допомоги має такі відділення: два хірургічних; невропатологічне; нефрологічне; відділення дитячої гінекології; терапевтичне; реанімаційне; відділення швидкої медичної допомоги.

 Питаннями надання невідкладної медичної допомоги займається Академія медичних наук України. За її пропозицієюу місті Донецьку створено Інститут невідкладної і відновної хірургії (інститут перебуває у віданні Академії медичних наук).[[10]](#footnote-10)4

 Згідно закону України ,,Про аварійно-рятувальні служби,, від 14.12.1999 року було створено особливий підрозділ, що надає невідкладну медичну допомогу- Державна служба медицини катастроф . Даний підрозділ є особливим видом державних аварійно-рятувальних служб. Основним завданням Служби медицини катастроф є подання громадянам та рятувальникам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії,епізоотії, радіаційне, бактеріологічне та хімічне забруднення тощо) безоплатної медичної допомоги.Служба медицини катастроф складається з медичних сил і засобів та лікувальних закладів центрального та територіального рівнів незалежно від виду діяльності та галузевої належності, визначених центральним органом виконавчої влади з питань охорони здоров’я за погодженням з центральними органами виконавчої влади з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, з питань оборони, з питань внутрішніх справ, з питань транспорту, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністаціями. Координацію діяльності Служби медицини катастроф на випадок виникнення екстремальних ситуацій здійснюють центральна та територіальні координаційні комісії, що утворюються згідно з законодавством. Організаційно-методичне керівництво Службою медицини катастроф здійснюється центральним органом виконавчої влади з питань охорони здоров’я.

 Координаційні комісії Служби медицини катастроф є постійно діючими дорадчими позаштатними органами, утвореними з метою узгодження складу та порядку використання в екстремальних ситуаціях медичних сил і засобів Служби медицини катастроф.[[11]](#footnote-11)1 Комісії узгоджують: склад та порядок використання в екстремальних ситуаціях медичних сил і засобів, які входять до складу Служби медицини катастроф; програми розвитку Служби медицини катастроф відповідних рівнів; плани медико-санітарного забезпечення населення на випадок виникнення екстремальних ситуацій; заходи щодо удосконалення організаційної структури та функціонування Служби відповідного рівня; плани заходів щодо забезпечення постійної готовності Служби до виконання покладених на неї завдань; заходи щодо підготовки фахівців для Служби; координують роботу із створення і використання резервів, медичних і матеріально-технічних ресурсів Служби на відповідному рівні.

 Комісії утворюються на центральному рівні в системі МОЗ України і на територіальних рівнях (в Автономній Республіці Крим, областях та мм.Києві та Севастополі).

 До складу Центральної комісії входять повноважні представники МОЗ України, медичних (медико-санітарних) служб МНС, Міноборони, МВС, Мінтрансу, Національної гвардії та Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, а також представники, визначені відповідно Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями.

 До складу відповідних територіальних комісій входять представники територіальних органів управління охорони здоровя, територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медичних закладів відомчого підпорядкування, а також представники, визначені Міноборони, МВС, Мінтрансу, СБУ та інших центральних органів виконавчої влади.

 Комісії здійснюють свої повноваження у взаємодії з місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування.

 Центральна та територіальні комісії провадять свою діяльність згідно з планами роботи, які затверджуються головами комісій.

 У разі винекнення екстремальної ситуації засідання комісії проводяться того ж чи наступного дня. Рішення комісії може бути прийнято шляхом оповіщення.

 У разі потреби комісії можуть залучати до роботи фахівців та працівників підприємств, установ, організацій (за згодою їх працівників).

 До складу медичних сил і засобів Державної служби медицини катастроф входить Територіальний центр екстреної медичної допомоги (далі- Центр). Центр створюється відповідною Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями.[[12]](#footnote-12)1

 Режим функціонування Центру встановлюється місцевими органами виконавчої влади відповідно до масштабів і особливостей надзвичайної ситуації, що прогнозується або виникла. Центр залучається до виконання робіт з ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації відповідно до законодавства.

 Центр має статус юридичної особи, відокремлене майно,реєстраційні рахунки в установах казначейства, печатку із зображенням Державного герба України та своїм найменуванням, веде самостійний баланс.

 Основними завданнями Центру є:

* термінове реагування на недзвичайні ситуації у межах адміністративної території, організація надання екстреної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків;
* запобігання виникненю та мінімізація наслідків надзвичайної ситуації в межах адміністративної території;
* участь в організації захисту навколишнього природного середовища та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій у межах адміністративної території; організація виїзної екстреної та планової консультативної медичної допомоги в межах адміністративної території.

 Центр має право: самостійно планувати та реалізовувати свою діяльність у межах повноважень, наданих статутом, та виділених асигнувань; запитувати та отримувати необхідну інформацію у лікувально-профілактичних закладів, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в межах адміністративної території для виконання покладених функцій; залучати для ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації на території обслуговування фахівців та формування Державної служби медицини катастроф адміністративної території згідно з планами медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території в надзвичайній ситуації, що затверджена відповідним органом виконавчої влади; здійснювати контроль щодо готовності лікувально-профілактичних закладів і установ Державної служби медицини катастроф адміністративної території до роботи за умов надзвичайної ситуації; взаємодіяти з лікувально-профілактичними закладами та підприємствами немедичного профілю з питань організації та надання екстреної медичної допомоги; розробляти пропозиції щодо планування та управління резервним ліжковим фондом на базі лікувально-профілактичних закладів адміністративної території; розробляти та видавати для лікувально-профілактичних закладів адміністративної території рекомендації, інформативні листи, інші методичні документи з питань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; організувати підготовку з питань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф медичних і немедичних працівників адміністративної території за програмами, затвердженими МОЗ України.

 Працівники Центру мають право безперешкодного доступу на обєкти і території з метою виконання функцій, повязаних з ліквідацією медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

 Центр відповідно до поставлених на нього завдань

* направляє в район НС оперативні групи, окремих представників та формування ДСМК з метою проведення медичної розвідки, аналізу та оцінки медико-санітарних наслідків НС;
* організовує надання екстреної медичної допомоги постраждалим при НС, рятувальникам та особам, які беруть участь у лікідації наслідків НС;
* розраховує потреби в медичних силах і технічних засобах ДСМК для надання екстреної медичної допомоги згідно з планом медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території при НС;
* розраховує додаткові потреби в залученні сил і засобів ДСМК центрального рівня при неможливості ліквідації медико-санітарних наслідків НС силами і наслідками ДСМК адміністративної території;
* організовує облік санітарних втрат та проведення та проведення заходів щодо зменшення негативного впливу несприятливих чинників на здоровя і життя людини в зоні НС;
* готує та надає оперативну інформацію про хід ліквідації медико-санітарних наслідків НС відповідним органам виконавчої влади, Українському науково-практичному центру екстреної допомоги та медицини катастроф;
* визначає сили і засоби ДСМК адміністративної території для участі в ліквідації наслідків НС в інших регіонах України та за її межами на підставі рішень відповідно Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій;
* організовує взаємодію з органами місцевого самоврядування, керівництвом закладів, установ та організацій всіх відомств, які беруть участь у ліквідації наслідків НС, взаємодіє з іншоми державними та надержавними структурами, що беруть участь в ліквідації наслідків НС;
* бере участь в організації проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у районах НС;
* збирає, аналізує та передає інформацію про медичні наслідки НС в межах Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань НС;
* виконує функції вузла інформаційно-аналітичної обробки інформації територіального органу управління охорони здоров’я функціональної підсистеми МОЗ України Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань НС;
* прогнозує медико-санітарні наслідки НС на адміністративній території та розробляє відповідні пропозиції територіальному органу управління охорони здоров’я щодо конкретних заходів з метою зниження негативного впливу медико-санітарних наслідків НС на життя і здоров’я населення;
* розробляє план медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території при НС та вносить пропозиції щодо його корегування;
* створює банк даних, обробляє та аналізує матеріали щодо організації надання екстреної медичної допомоги населенню адміністративної території в повсякденних умовах та при ліквідації медико-санітарних наслідків НС техногенного та природного характеру;
* бере активну участь у створенні та раціональному використанні регіонального резерву медичних засобів і обладнання, матеріально-технічних ресурсів ДСМК адміністративної території для ліквідації медико-санітарних наслідків НС;
* розробляє пропозиції щодо удосконалення організаційної структури та функціонування ДСМК адміністративної території;
* організовує навчання та практичну підготовку з питань екстреної медицини медичних і немедичних працівників, на яких відповідно до законодавства покладені обовязки щодо володіння навичками надання медичної допомоги потерпілим у випадках НС;
* утворює та утримує власні формування ДСМК;
* організовує на базі закладу освіти (післядипломної освіти) післядипломну підготовку і підвищення кваліфікації медичних працівників ДСМК адміністративної території;
* координує роботу спрямовану на забезпечення готовності органів охорони здоров’я, лікувально-профілактичних закладів, системи зв’язку та оповіщення, медичних і спеціалізованих формувань та закладів ДСМК адміністративної території до дій за умов НС;
* контролює створення і стан готовності формувань ДСМК у лікувально-профілактичних закладах та інших об’єктах регіону, веде їх облік;
* виконує функції базового закладу для роботи територіальної координаційної комісії ДСМК;
* організовує виїзну екстрену та планову консультативну медичну допомогу в межах адміністративної території;
* організовує статистичний облік та звітність з питань ДСМК, виїзної екстреної та планової консультативної медичної допомоги в межах адміністративної території, безпосередньо складає звіти;
* проводить підготовку та атестацію медичних працівників закладів і формувань ДСМК адміністративної території, як рятувальників;
* організовує атестування медичних формувань ДСМК, внесення їх до спеціального реєстру аварійно-рятувальних служб.

 У структуру Центру входять апарат управління та адміністративно-господарська служба, аналітично-організаційний підрозділ, відділ екстреної медичної допомоги, а також формування ДСМК і служба забезпечення їх постійної готовності (інформаційно-диспечeрська служба; спеціалізовані медичні центри травми та токсикології; склади нормативно-визначених запасів медикаментів, медичної апаратури, інструментів, майна; автотранспортна служба тощо).

 До складу Центру за рішенням Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрації можуть входити лікувально-профілактичні заклади, мобільні госпіталі, мобільні загони, навчально-методичні заклади,спеціалізовані центри, курси тощо.

 Організаційна структура Центру визначається власником.

 Таким чином в Україні існує розгалужена система закладів, установ, що надають невідкладну і швидку медичну допомогу.

**5. Бригади невідкладної медичної допомоги:**

**а) Склад і чисельність медичного персоналу, що здійснює невідкладну** **медичну допомогу.**

**b) Матеріально-технічне забезпечення.**

 А) Невідкладна допомога на станціях та у відділеннях швидкої допомоги здійснюється бригадами швидкої медичної допомоги. Бригада є функціональною одиницею станції (відділення) швидкої медичної допомоги, яка працює 24 години на добу. Виїздні бригади швидкої медичної допомоги бувають таких видів: лікарські загальнопрофільні, фердшерські, спеціалізовані. У підручнику “Швидка медична допомога” за редакцією Б.Апанасенка та Л. Чепкого називаються інші види бригад. Зокрема всі бригади швидкої медичної допомоги поділяються на лікарські та фельдшерські. Лікарські бригади у свою чергу поділяються на лінійні (загальнопрофільні) та спеціалізовані. У число загальнопрофільних бригад входять також педіатричні бригади. До складу фельдшерських бригад включаються акушерські, перевізні, а також лікарські бригади, які не були укомплектовані лікарями. У число спеціалізованих бригад входять кардіологічні, неврологічні, психіатричні, інтенсивної терапії та інші спеціалізовані бригади.

 Залежно від кількості виконаних викликів за рік станції невідкладної та швидкої медичної допомоги поділяються на дві категорії; до позакатегорійних відносяться ті, котрі виконують більше 100 тисяч виїздів на рік.[[13]](#footnote-13)1 У містах з населенням понад 100 тисяч чоловік на станціях (відділеннях) швидкої медичної допомоги виділяють бригади для подання медичної допомоги дітям, а також спеціалізовані кардіологічні і психіатричні бригади; у містах, населення яких перевищує 500 тисяч чоловік.

 Станції швидкої медичної допомоги органузовуються у містах з населенням не менше 50 тисяч чоловік і є самостійними лікувально-профілактичними закладами або, за рішенням місцевих органів охорони здоров’я, входить до складу лікарні швидкої медичної допомоги на правах її структурного підрозділу.[[14]](#footnote-14)2

 У сільських районах швидку медичну допомогу подають відповідні відділення центральних районних лікарень або самостійні станції швидкої медичної допомоги.

 Структурними підрозділами швидкої медичної допомоги у великих містах (більше 500 тисяч чоловік) є: адміністративне керівництво станції (відділення); адміністративно-господарські та інженерно-технічні служби; відділи: організаційно-методичний, госпіталізації, оперативний; аптека з центральною стерилізаційною; довідкове бюро.

 Відділ госпіталізації контролює правильність використання ліжкового фонду і забезпечує планомірність екстреної госпіталізації в стаціонари міста у відповідності із наявністю вільних місць та профілем закладу.

 Основне завдання оперативного відділу полягає у прийомі викликів від населення за телефоном “03” і передача їх на підстанції чи по радіотелефонному зв’язку безпосередньо виїздними бригадами, що є у дорозі. Цей відділ забезпечує своєчасність надання допомоги насенню. У структуру відділу входять диспечерська по прийому викликів від населення; диспечерськa по направленню і керуванню виїзними бригадами; відділення санітарного транспорту; довідкове відділення.

 Для наближення швидкої медичної допомоги до населення і підвищення оперативної роботи бригад організовується мережа підстанцій на правах відділень швидкої медичної допомоги. У сільській місцевості з цією метою можуть бути створені висувні опорні пункти швидкої медичної допомоги (філіали станцій, відділень центральної районної лікарні).

 Диспечер підстанції, одержавши виклик з оперативного відділу станції, заносить його до карти виклику швидкої допомоги і передає бригаді, яка має виїхати на місце події.

 Терміновість направлення бригади на виклик має бути диференційована і залежити від причини виклику. У першу чергу (не пізніше як через чотири хвилини після надходження виклику) направляють бригади для подання екстреної медичної допомоги, якщо приводом для виклику є біль у ділянці серця, травма, отруєння, утоплення, повішення, падіння з висоти, гостра кровотеча, ураження електричним струмом, пологи вдома чи в громадському місці.

 Після повернення на підстанцію бригада передає диспечеру карту виклику. У ній мають бути записані результати обстеження хворого, діагноз, лікування і місце госпіталізації. В лікарні бригада залишає супровідний листок швидкої допомоги із зазначенням діагнозу, проведеного лікування, часу госпіталізації. Після виписки хворого з лікувального закладу відривний талон супровідного листка повертають на підстанцію. У талоні зазначають діагноз при надходжені хворого, клінічний і заключний діагнози, кількість ліжко-днів.

 Станція (відділення) швидкої медичної допомоги не видає листків непрацездатності, судово-медичних висновків, не проводить експертизу алкогольного спяніння, а також не видає ніяких довідок хворим та їх родичам за винятком усних довідок при особистому звернення населення або по телефону про місцезнаходження хворих і потерпілих, яким було надано допомогу медичним персоналом станції.

 Підстанції швидкої медичної допомоги дислокуються у геометричному центрі обслуговуваної території, поблизу транспортних магістралей, з урахуванням розташування закладів, які здійснюють екстрену госпіталізацію. При цьому також беруть до уваги розташування житлових масивів, промислових і культурних центрів, місць масового скупчення людей, потоки їх руху та інші фактори.

 Критеріями визначення меж зони обслуговування є довжина найдовшого маршруту (радіуса), що орієнтовно становить у міській місцевості 5 – 7 кілометрів; у сільській – 20 кілометрів, і час їзди бригади, який не перевищує відповідно 15 і 30 хвилин.

 У важкодоступних районах, а також у районах з низькою густотою населення і великою протяжністю організовують обласні, крайові, республіканські центри швидкої медичної допомоги із службою санітарної авіації.

 Бригади виїжджають на виклик зазвичай у складі лікаря, фельдшер, санітара. До складу спеціалізованих бригад входять лікар-спеціаліст, два середніх медичних працівники і санітар. Перевезення хворих здійснює середній медичний персонал.

 Серед спеціалізованих бригад найбільше себе виправдовують бригади інтенсивної терапії (БІТ), які є полівалентними або багатопрофільними за своєю діяльністю, оскільки надають невідкладну допомогу при гострих захворюваннях, отруєннях і травмах.

 На станціях швидкої допомоги є також бригади, що займаються лише перевезенням.

 Штати виїзних бригад станцій швидкої медичної допомоги розраховуються виходячи з цілодобового обчислення з розрахунку на 10 тисяч жителів: для міст з населенням до 100 тисяч чоловік – 0,6 бригади; від 100 до 500 тисяч чоловік – 0,5 бригади; понад 500 тисяч чоловік – 0,6 бригади; у позакатегорійних - 0,7 бригади. На підставі цього розрахунку та місячної норми робочого часу розробляється графік чергувань бригад.

 Вся робота загальнолінійних і спеціалізованих бригад документується. Облік та аналіз діяльності здійснює кабінет медичної статистики станції або лікарні, обєднаної зі станцією.

 Відповідальні особи самостійних станцій швидкої медичної допомоги лікувально-профілактичних закладів, які мають у своєму складі відділення швидкої медичної допомоги, об’єднань швидкої медичної допомоги, що мають у своєму складі станції, незалежно від відомчої підпорядкованості і форм власності заповнюють форму дерхавної статистичної звітності №22 “Звіт станції (відділення, обєднання) швидкої медичної допомоги за 20\_\_ рік”.[[15]](#footnote-15)1

 Звіт подається станціями, відділеннями, лікарнями швидкої медичної допомоги системи Міністерства охорони здоров’я головному лікарю центральної районної(міської) лікарні; інші лікувально-профілактичні заклади незалежно від відомчої підпорядкованості та форми власності – Головному управлінню статистики в АРК, обласному, Київському та Севастопольському міським управлінням статистики за місцезнаходженням і своїй вищій організації 5 січня після звітного року.

 Головний лікар центральної рацонної (міської) лікарні зведений звіт подає до Міністерства охорони здоров’я АРК, органу управління охорони здоров’я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій у термін, встановлений наказом відповідного органу управління охорони здоров’я.

 Міністерство охорони здоров’я АРК, органи управління охорони здоров’я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій зведений звіт подають Головному управлінню статистики в АРК, обласному, Київському та Севастопольському міським управлінням статистики та МОЗ України в термін, установлений наказом МОЗ України.

 МОЗ України зведений звіт по Україні та регіонах подає Державному комітету статистики України 17 березня.

 Режим роботи пункту (відділення) невідкладної медичної допомоги визначається органом (установою) охорони здоров’я залежно від потреби та обсягу роботи, але не більше:

1. Лікар терапевт – з розрахунку 1-н цілодобовий пост на 30 тисяч дорослого населення.
2. Лікар педіатр – з розрахунку 1-н цілодобовий пост на 20 тисяч дитячого населення.
3. Фельдшер (медсестра) по отриманню викликів (диспечер) – 1-н цілодобовий пост на пункті (відділенні).
4. Водій – 2,2 ставки на кожну автомашину невідкладної медичної допомоги на дому.

 1. На посаду лікаря терапевта пункта (відділення) медичної допомоги на дому дорослому населенню призначається лікар, що пройшов спеціальну підготовку по наданню екстреної допомоги і має стаж роботи по спеціальності не менше 3-х років.

 До кола обовязків лікаря терапевта входять:

* Надавати необхідну медичну допомогу хворим на дому при гострих і загостреннях хронічних захворювань, а також всім, хто звернувся безпосередньо на пункт;
* Володіти сучасними методами діагностики і лікування невідкладних станів, вміти користуватися наявною апаратурою;
* Працювати по затвердженому графіку. У вільний від викликів час перебувати в приміщенні пункта (відділення) без права покидати його;
* Перевіряти комплектність медичної сумки перед початком роботи;
* При отриманні виклику негайно виїжджати для його виконання;
* Діяти швидко і кваліфіковано при наданні медичної допомоги хворим;
* Рекомендувати хворому медикаменти для початку лікування до приходу дільночного лікаря;
* Негайно оповіщати службу екстреної ситуації і керівництво поліклініки при виявленні інфекційних хвороб;
* Вирішити питання про госпіталізацію залежно від стану хворого і госпіталізувати його через станцію (відділення) швидкої медичної допомоги;
* При відмові хворого від госпіталізації забезпечити активне спостереження за його станом і надання йому невідкладної медичної допомоги на весь період до передачі хворого під нагляд іншого лікаря;
* Повідомити диспечеру пункта ( відділення) швидкої медичної допомоги по телефону про закінчення обслуговування виклику і при наявності чергових викликів – прийняти їх до виконання;
* Здати по закінченні роботи медичну карту амбулаторного хворого, заповнену під час виклику;
* Систематично підвищувати свою кваліфікацію і удосконалювати професійні знання;
* Активно брати участь в роботі поліклініки в частині проведення санітарно-просвітницької роботи, в роботі із шкідливими звичками, по зниженню захворюваності і смертності населення, яке обслуговується.

 Лікар-терапевт пункту (відділення) швидкої медичної допомоги не має права видавати судово-медичні висновки і проводити освідування на алкогольне або наркотичне спяніння.

 Для підвищення кваліфікації лікарі-терапевти пункту (відділення) медичної допомоги на дому повинні направлятися в інститути (факультети) удосконалення лікарів, на курси удосконалення і спеціалізації при медичних вищих учбових закладах, науково-дослідницьких закладах не рідше 1-го разу на 3-и роки.

 2. На посаду лікара-педіатра пункту (відділення) швидкої медичної допомоги призначається лікар-педіатр, що має стаж роботи за спеціальністю не менше 3-х років і пройшов спеціальну підготовку по наданню медичної допомоги дітям при невідкладних станах.

 Лікар-педіатр пункту (відділення) швидкої медичної допомоги у своїй роботі підпорядковується старшому лікарю пункта (відділення) медичної допомоги на дому дитячому населенню, а при його відсутності – керівнику поліклініки.

 Лікар пункта (відділення) швидкої медичної допомоги на дому зобовязаний:

* надавати необхідну медичну допомогу дітям на дому при невідкладних станах, а також всім тим, котрі безпосередньо звернулися у відділення;
* виконувати активні виклики до хворих дітей, залишених для лікування вдома, а також виклики до дітей у вечірній та нічній час, переданих із відділень дитячої поліклініки, станцій (підстанцій) швидкої медичної допомоги, лікарень;
* володіти сучасними методами діагностики і лікування невідкладних станів, вміти користуватися наявною апаратурою;
* працювати за затвердженим графіком. У вільний від викликів час перебувати в приміщенні пункта (відділення) без права відлучатися від нього;
* перевіряти комплектність медичної сумки перед початком роботи і розписатися про її прийом у відповідному журналі;
* при отриманні виклику негайно виїхати для його виконання, а у випадку неможливості вчасного виїзду із якихось причин – інформувати про це диспечера пункта (відділення);
* при слідуванні на виклик перебувати в кабіні водія, допомагаючи йому із знаходженням адреси і вибором найбільш короткого і зручного маршруту;
* при наданні медичної допомоги дитині лікар повинен діяти швидко і кваліфіковано, забезпечити її найбільш повний об’єм і належну якість. Не здійснювати будь-які маніпуляції, які з більшою безпекою і користю для хворого можуть бути виконан лікарем у стаціонарі;
* рекомендувати дитині медикаменти на перші години лікування і рецепти на необхідні препарати до прибуття дільничного лікаря-педіатра;
* вирішувати питання про госпіталізацію залежно від стану здоров’я хворої дитини, по життєвих показниках – самому безпосередньо провести госпіталізацію хворого;
* при відмові батьків дитини від госпіталізації , надати хворому невідкладну медичну допомогу по можливості у повному об’ємі та провести з батьками розяснювальну роботу про можливі негативні наслідки прийнятого ними рішення. При остаточній відмові батьків від госпіталізації дитини, повідомити про це диспечеру пункта (відділення) швидкої медичної допомоги і керівництву установи, одночасно забезпечити активне спостереження за станом хворого і надання йому необхідної медичної допомоги на весь період до передачі хворого під нагляд іншого лікаря;
* повідомити диспечеру пункта (відділення) швидкої медичної допомоги по телефону про закінчення обслуговування виклику і при наявності інших викликів – прийняти їх до виконання;
* при направленні за викликом чи поверненні з нього, за вимогою громадян, працівників міліції зупинити машину і надати необхідну медичну допомогу постраждалому на вулиці;
* здати диспечеру після закінчення роботи медичну карту амбулаторного хворого, заповнену за час викликів;
* організувати черговість в проведенні лікування і спостереженням за хворими дітьми;
* активно брати участь в роботі поліклініки в частині проведення санітарно-просвітницької роботи, по пониженні захворюваності та смертності населення, що обслуговується.

 Лікар-педіатр пункта (відділення) швидкої медичної допомоги має право видавати рецепти на медикаменти. В коло обовязків лікаря-педіатра не входить видавати листки по непрацездатності, судово-медичні висновки, будь-які інші письмові довідки хворому, родичам або посадовим особам.

 3. Фельдшер (медично сестра) пункта (відділення) швидкої медичної допомоги є помічником лікаря пункта (відділення).

 Фельдшер (медична сестра) зобовязані:

* приймати виклики, що надходять від населення до хворих додому по телефону чи при особистому зверненні, а також активні виклики додому від лікарів поліклініки і станції швидкої медичної допомоги;
* вести реєстрацію звернень в пункт (відділення) швидкої медичної допомоги, заповнювати журнал запису викликів;
* вести журнал обліку використання санітарного автотранспорту, заповнювати шляхові листи водіїв;
* передавати виклики, які надходять черговим лікарям пункта (відділення) швидкої медичної допомоги, регулювати виїзди санітарних автомашин;
* надавати долікарську медичну допомогу особам, які безпосередньо звернулися в пункт при відсутності в пункті (відділенні) лікаря;
* повідомляти при надходженні виклику осіб, що звернулися за допомогою, про можливий час виконання виклику;
* передати при необхідності виклик на станцію (відділення) швидкої медичної допомоги;
* передавати по телефону екстрені повідомлення про інфекційного хворого в Службу екстрених ситуацій, дані в реєстратуру поліклініки про важких хворих для активного нагляду дільничними лікарями;
* передавати вкладиші до медичних карт амбулаторного хворого і екстрені повідомлення відповідальним особам поліклінік;
* забезпечувати пункт (відділення) швидкої медичної допомоги стерильним перевязувальним матеріалом і шприцами;
* поповнювати медичну сумку медикаментами, стерильними шприцами;
* видавати лікарям і медичним сестрам для інєкцій спирт, наркотичні речовини і прирівняні до них медикаменти та вести їх облік;
* готувати попередні матеріали для складання звіту про діяльність пункта (відділення) швидкої медичної допомоги.

 Фельдшер не має права давати поради про лікування по телефону без огляду лікаря.

Б) Держава організує матеріально-технічне забезпечення охорони здоров’я загалом і невідкладної медичної допомоги зокрема в обсязі, необхідному для подання населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги. Всі організації охорони здоров’я мають право самостійно вирішувати питання свого матеріально-технічного забезпечення. Держава сприяє виробництву медичної апаратури, інструментарію, обладнання лабораторних реактивів, ліків, гігієнічних засобів та інших виробів, необхідних для охорони здоров’я.

 Фінансування невідкладної медичної допомоги здійснюється на загальних підставах, притаманних всій системі охорони здоров’я. Джерелами фінансування невідкладної медичної допомоги є:

1. кошти Держарного бюджету України та місцевих бюджетів;
2. кошти обов’язкового медичного страхування;
3. кошти цільових фондів, призначених для охорони здоров’я населення;
4. доходи від підприємницької діяльності організацій охорони здоров’я, зокрема від надання платних медичних послуг;
5. інші джерела, що не суперечать законодавству України.

 Для здійснення контрольних виїздів на станції швидкої медичної допомоги з кількістю викликів понад 75 тисяч на рік виділяється 1-2 автомобілі без спеціального обладнання; на станції з кількістю виїздів понад 500 тисяч на рік- по два оперативних автомобілі в пасажирському варіанті на кожні 500 тисяч викликів.

 Для дитячих лікарень швидкої медичної допомоги кількість легкових санітарних автомашин встановлюється з розрахунку не менше 0,5 автомашини на 10 тисяч дитячого населення, при цілодобовому режимі автомашин їх повинно бути не менше двох.

 Спеціалізовані санітарні автомашини повинні бути обладнані ліжком каталкою, стояками для трансфузійних розчинів, двома дефібриляториами, набором обладнання для штучної вентиляції легень (інтубаційні трубки, мішки для ручної вентиляції легень, трахеостомічна трубка, інгалятори), комплектом хірургічних інструментів, комплектом медикаментів, що встановлений Міністерством охорони здоров’я як стандарт.

 Санітарний автотранспорт систематично піддають санітарній обробці, особливо після транспортування інфекційних хворих.

 У невідкладних випадках, коли подання медичної допомоги через відсутність медичних працівників на місці неможливе, підприємства, установи, організації та громадяни зобов’язані надавати транспорт для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу. В цих випадках першу невідкладну допомогу також повинні подавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов’язок покладено законодавством та службовими інструкціями.

 У разі загрози життю хворого медичні працівники та інші громадяни мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою подання невідкладної допомоги або транспортнування його в найблищий лікувально-профілактичний заклад.

 Для медичного забезпечення потерпілих при масових ураженнях, катастрофах станції (відділення) швидкої медичної допомоги повинні мати постійний запас перевязувальних матеріалів, лікувальних засобів, м’якого та твердого інвентаря, носилок , а також запасне обладнання та інші засоби спеціального призначення, включаючи переносне автономне енергопостачання.

 Пунк (відділення) невідкладної медичної допомоги повинен мати необхідне обладнання: медичне ліжко, медичний стіл, дві шафи для медикаментів, холодильник, лікарські медичні сумки з набором необхідних медикаментів та медичного спирту, апаpат для штучного дихання, сейф для зберігання медикаментів особливої звітності, необхідний набір медикаментів тa інструментарія, портативний електрокардіограф, прибор для вимірювання артеріального тиску.

**Висновок**

На теперішньому етапі розвитку української держави, нажаль, мало уваги законодавці приділяють проблемі надання медичної допомоги. Зокрема, в Основах законодавства про охорону здоров’я лише посередковано згадується про надання невідкладної медичної допомоги. Але в правовій державі такі важливі питання повинні детально регулюватися на найвищому рівні.

На мою думку, проект Кодексу про здоров’я повинен бути прийнятим ВРУ і своєю чинністю припинити дію Основ. Проект кодексу є погресивним, включаєсучасні реалії медицини, розкриває нові поняття.

Щодо нормативних актів, які видає КМУ загалом та МОЗ зокрема, то серед масиву окремих документів неможливо знайти якийсь систематизований акт, котрий би дав можливість вільного та зручного доступу до інформації про надання невідкладної медичної допомоги. Окремі нормативно-правові акти не врегульвують навіть половини проблемних питань, що виникають в царині надання невідкладної медичної допомоги. Саме з цієї причини для з’ясування більшості питань у цій роботі необхідно було звертатися до медичної та юридичної літератури.

На владному рівні регулювання медичної допомоги навіть не вдається розмежувати поняття „невідкладна медична допомога” та „швидка медична допомога”, а це веде до підміни одного поняття іншим, неправильного трактування, а отже – і неправильного застосування таких нормативно-правових актів. На мою думку, саме в новому Кодексі повинно бути вирішене це питання і припинена дискусія щодо застосування цих понять.

Хоча в Державному бюджеті України передбачається окрема стаття щодо невідкладної медичної допомоги, та все ж, цих коштів катастрофічно мало щоби забезпечити належний рівень її надання. Тому законодавець має врахувати потреби суспільства і здійснити зміни у ДБУ на наступний рік в сторонузбільшення фінансування медичної допомоги.

 Суттєвим недоліком є те, що працівники невідкладної медичної допомоги (первинної медичної допомоги) позбавлені будь-якої адміністративної та фінансової самостійності, оскільки є органічною системою більш високого рівня, а саме вторинної медико-санітарної допомоги. Остання, як показав досвід, володіючи адміністративними та фінансовими правами та можливостями поставила працівників первинної ланки у залежне становище. Були обмежені їхні права щодо обсягу медичної допомоги, відсутнє належне матеральне забезпечення, очевидно на тій підставі, що лікарі невідкладної медичної допомоги виконують більш прості діагностичні та лікувальні процедури, а їхня інтегративна (найскладніша) роль в системі медичної допомоги до уваги не береться. Це стало причиною непрестижності цієї служби і високої плинності кадрів. З іншого боку, відсутність вільного вибору лікаря та будь-якого зв’язку між числом пацієнтів та рівнем заробітної платні поглиблює незацікавленість служби невідкладної медичної допомоги у результатах своєї роботи. [[16]](#footnote-16)1

Отже, з впевненістю можна сказати, що правове регулювання невідкладної медичної допомоги має значні прогалини, які необхідно заповнити, щоб виключити можливість зловживань з боку медичних працівників, державних службовців та належним чином захистити права громадян України.

**Перелік використаних**

**нормативно-правових актів**

1. Конституція України від 28.06.1996
2. Закон України про аварійно-рятувальні служби від 14 грудня 1999 р.
3. Закон України Про дорожній рух від 30 червня 1993 р.
4. Закон України Про захист населення від інфекційних хвороб від 06.04.00 р.
5. Закон України Про міліцію
6. Інструкція з організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію / СНІД, затверджена Наказом МОЗ України від 25.05.00 р.
7. Інструкція щодо заповнення форми державної статистичної звітності №22 ,,Звіт станції (відділення, об’єднання) швидкої медичної допомоги,, ,затверджена наказом Державного комітету статистики України та Міністерства охорони здоров’я України від 31.07.2000 року
8. Кодекс України про адміністративні правопорушення
9. Концепція розвитку охорони здоров’я населення України, затверджена Указом Президента України від 07.12.00 р.
10. Кримінальний Кодекс України від 07.04.01 р.
11. Міжнародний Кодекс медичної етики від жовтня 1949 року
12. Наказ Міністерства охорони здоров’я України № 175 від 19.06.96 „Про заходи по удосконаленню швидкої медичної допомоги”
13. Наказу МОЗ України від 13.08.2002 Про затвердження заходів МОЗ щодо поліпшення медичної допомоги сільському населенню на 2002 – 2005 роки
14. Основи законодавства України про охорону здоров’я від 19 листопада 1992р.
15. Перелік лікарських засобів, які повинні бути у медичних аптечках першої медичної допомоги для пасажирських транспортних засобів з кількістю пасажирів понад 9 осіб (автомобільна аптечка – 2), затверджений Наказом МОЗ України від 07.07.98 р.
16. Положення про координаційні комісії державної служби медицини катастроф, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 14.04.1997 року №343
17. Положення про Міністерство охорони здоров’я, затверджене Постановою КМУ від 12.08.92
18. Положення Про порядок ліцензування підприємницької діяльності, затверджене Постановою КМУ від 03.07.98 р
19. Порядок встановлення цін (тарифів) на екстрену медичну допомогу, що надається іноземним громадянам державними та комунальними закладами охорони здоров’я України, затверджений Наказом МОЗ від 11 листопада 1997 р.
20. Постанова Кабінету Міністрів України від 30.091998 року, №1555 Про створення Інституту невідкладної і відновної хірургії
21. Примірний статут територіального центру екстреної медичної допомоги, затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 26.10.2001 року №429
22. Програма подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затверджена Постановою КМУ від 11.07.02 р.
23. Спільний Наказ МОЗ України та Міністерства праці та соціальної політики України від 11.04.01 р. Про впорядкування та затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров’я та установ соціального захисту населення.
24. Типові рекомендації щодо поліпшення взаємовідносин міліції з учасниками дорожнього руху та власниками транспортних засобів, що є додатком до Наказу Міністерства внутрішніх справ від 30 червня 1998 р
25. Угода про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав від 27.03.97, ратифікована із застереженнями Законом від 01.06.00 р.
26. Угоді про співробітництво в галузі охорони здоров’я населення.

**Список використаної літератури**

1. Голяченко О., Сердюк А., Приходський О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров’я. Тернопіль-Київ-Вінниця., 1997 рік
2. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, под редакцией Ю.П.Лисицина;
3. Скорая и неотложнаямедицинская помощь. Под ред. И.С. Зозули. К., „Здоров’я”. 2002.
4. Швидка медична допомога: Навч. посібник. За ред. Л.П. Чепкого та Б.І. Апанасенка. К., „Вища школа”. 1992.
5. www.med.zp.ua
6. [www.club-03.narod.ru](http://www.club-03.narod.ru/)
7. [www.day.kiev.ua](http://www.day.kiev.ua/)
8. [www.ukrmed.org.ua](http://www.ukrmed.org.ua/)
9. [www.health-ua.com](http://www.health-ua.com/)
10. [www.medvestnik.ru](http://www.medvestnik.ru/)
11. [www.med-pravo.ru](http://www.med-pravo.ru/)
12. [www.vsma.ac.ru](http://www.vsma.ac.ru/)
13. [www.razom.org.ua](http://www.razom.org.ua/)
14. [www.kyiv-obl.gov.ua](http://www.kyiv-obl.gov.ua/)
15. [www.dopomoha.kiev.ua](http://www.dopomoha.kiev.ua/)
1. Скорая и неотложнаямедицинская помощь. Под ред. И.С. Зозули. К., „Здоров’я”. 2002. с.8 [↑](#footnote-ref-1)
2. Там само. С.9 [↑](#footnote-ref-2)
3. Швидка медична допомога: Навч. посібник. За ред. Л.П. Чепкого та Б.І. Апанасенка. К., „Вища школа”. 1992. с.8 [↑](#footnote-ref-3)
4. Скорая и неотложнаямедицинская помощь. Под ред. И.С. Зозули. К., „Здоров’я”. 2002. с.9 [↑](#footnote-ref-4)
5. Там само, с. 11-19 [↑](#footnote-ref-5)
6. 1 п.4, Концепція розвитку охорони здоровя населення України, затверджена указом Президента України від 7.12.2000 року №1313 [↑](#footnote-ref-6)
7. 1 Основи законодавства України про охорону здоровя, №2801-12 від 19.11.1992 року, стаття 37. [↑](#footnote-ref-7)
8. 2 Програма подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 року №955, пункт 2. [↑](#footnote-ref-8)
9. 3 Інструкція щодо заповнення форми державної статистичної звітності №22 ,,Звіт станції (відділення, обєднання) швидкої медичної допомоги,, ,затверджена наказом Державного комітету статистики України та Міністерства охорони здоровя України від 31.07.2000 року, пункт 1. [↑](#footnote-ref-9)
10. 4 Постанова Кабінету Міністрів України від 30.091998 року, №1555 ,,Про створення Інституту невідкладної і відновної хірургії, пункт 1. [↑](#footnote-ref-10)
11. 1 Положення про коодинаційні комісії державної служби медицини катастроф, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 14.04.1997 року №343, пункт 2. [↑](#footnote-ref-11)
12. 1 Примірний статут територіального центру екстреної медичної допомоги, затверджений наказом Міністерства охорони здоровя України від 26.10.2001 року №429 [↑](#footnote-ref-12)
13. 1 Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, под редакцией Ю.П.Лисицина; стор.206 [↑](#footnote-ref-13)
14. 2 Швидка медична допомога, за редакцією Б.Г. Апанасенка, Л.П.Чепкого. К.,1992. стор.8. [↑](#footnote-ref-14)
15. 1 Інструкція щодо заповнення форми державної статистичної звітності №22 “Звіт станції (відділення, обєднання) швидкої медичної допомоги” , затверджена наказом Держкомстату України та МОЗ України від 31.07.2000 року №256-184. [↑](#footnote-ref-15)
16. 1 Голяченко О., Сердюк А., Приходський О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров’я. Тернопіль-Київ-Вінниця., 1997 рік.стор.130. [↑](#footnote-ref-16)