

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
Кафедра общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента)
здравоохранения с курсом медицинской статистики ТИППМК

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи.

Актуальность

В мире существуют различные модели организации службы скорой помощи, включающие различные варианты моно- и многоуровневой организационной структуры СМП и её взаимодействия с другими службами здравоохранения [9].

Сложность выбора модели организации, с одной стороны, связана с экономическими вопросами, так как специализированная помощь на догоспитальном этапе является высокозатратной, с другой стороны, оказание малозатратной и минимальной помощи на уровне фельдшерских и парамедицинских бригад чревато последствиями для жизни пациентов [11].

По данным различных авторов, специализированные бригады по профилю используются в 16-20% случаев и часто простаивают или же дублируют вызова линейных бригад. Сложность ситуации требует принятия взвешенных организационных решений, направленных на рациональное использование бригад скорой помощи, правильную их расстановку в радиусе 15-минутной доступности и выбор соотношений специализированных, линейных, фельдшерских и парамедицинских бригад в конкретной местности в зависимости от уровня ресурса обеспечения и принципа организации службы СМП [1, 4, 5, 7, 11].

Цель исследования

Повышение эффективности использования различных моделей организации службы СМП.

Материал и методы исследования

Изучена доступная отечественная и зарубежная литература, архивные материалы относительно функционирования различных модулей организации службы СМП.

В настоящее время в России и за рубежом функционируют различные варианты многоуровневой организационной структуры СМП с учетом приоритетности вызовов и ее взаимодействия с другими службами здравоохранения. Службу СМП, по данным Михайло-

вича В.А. и Мирошниченко А.Г. (2005), в Российской Федерации разделяют.

1. По принципам организации службы СМП: по географическому признаку (городские станции, сельские пункты и отделения СМП).

1.1. По принципу взаимоотношения со стационарами и типу административного управления и финансирования (самостоятельные станции, объединенные в городах с многопрофильными больницами, в сельской местности - в составе ЦРБ).

1.2. На основании принципа оказания экстренной медицинской помощи по месту вызова и типу заболевания, травмы, несчастного случая (разделение службы догоспитального этапа на скорую и неотложную медицинскую помощь).

1.4. На основе принципа оказания экстренной медицинской помощи - по степени тяжести повода независимо от места происхождения (без создания службы неотложной медицинской помощи силами и средствами СМП; экстренные поводы: улица и квартира).

1.5. По принципу ведомственной принадлежности и финансирования и/или делением на государственную и негосударственную службы СМП.

2. По структуре организации работы выездных бригад (уровни и виды).

Отечественные модели

2.1. Линейная бригада + специализированная бригада - двухуровневая врачебная модель (с фельдшерскими бригадами санитарного транспорта и акушерскими бригадами или без них).

2.2. Врачебная бригада (бригада интенсивной терапии) + фельдшерская выездная бригада - двухуровневая смешанная модель:

а) с преобладанием врачебных бригад;

б) с преобладанием фельдшерских бригад.

2.3. Линейная бригада + специализированная бригада + фельдшерская выездная бригада - трехуровневая смешанная модель.

Зарубежные модели

2.4.Парамедики + врачи-консультанты (специализированная бригада) - двухуровневая модель с преобладанием парамедиков (США, Израиль, Канада, Австралия, частично Европа), с правом передачи больного врачебной бригаде СМП в необходимых случаях.

2.5.Врачи общей практики (ВОП) - одноуровневая врачебная модель (Европа), с правом передачи больного для транспортировки СМП.

2.6.ВОП + врач-специалист + медсестра - трехуровневая модель с преобладанием врачебных бригад (Европа).

В мире ныне действует многоукладная система оказания СМП. В основе ее организации лежат несколько принципов, на которых построена вся многоуровневая организационная структура работы выездных бригад с учетом приоритетности вызовов.

Организации СМП определяются в соответствии с:

1. местом расположения СМП и количеством жителей (сельскохозяйственный район; город с населением до 50 тыс. человек, до 100 тыс., до 500 тыс. и более, от 1 млн. до 1,5 млн., мегаполис);

2. объемом выполняемой работы (обращаемость в службу СМП структура обращений);

3. уровнем организации здравоохранения данного района, города (смежных этапов).

В развитых зарубежных странах в организации службы СМП на первый план выступают экономические аспекты. По этой причине на догоспитальном этапе в основном работают парамедицинские бригады (парамедики), в частности в США [3].

В России и странах СНГ предпочтение отдается врачебным бригадам, особенно специализированным. Первая специализированная бригада организована в 1928 году в Москве, а в 1931 году - в Ленинграде. Однако, широкое распространение такие бригады получили только в конце 50-х начале 60-х годов прошлого столетия [2].

В России и в других странах бывшего СССР в 70-80 годах прошлого столетия стали организовывать бригады интенсивной терапии, предназначенные для оказания высококвалифицированной экстренной помощи различным категориям тяжелобольных и пострадавших. Необходимость создания таких бригад была обусловлена относительно невысоким процентом профильности вызовов специализированных бригад, т.е. когда специализированные бригады используются без учета их возможностей [9].

Одновременно с развитием специализированных бригад скорой медицинской помощи создавались и совершенствовались специализированные отделения и центры скорой медицинской помощи. Так, в 1963г. на базе НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского был открыт городской, а в 1970г. республиканский центр по лечению острых отравлений. Также были организованы реанимационный городской центр, центр по лечению ожоговых больных и т.д. [2].

Среди специализированных бригад особое место занимают бригады кардиологического профиля. Внедрение и расширение этих бригад значительно повысило качество и эффективность экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим. При этом летальность у этой категории больных снизилась в 1,5-2 раза [10].

Исследование некоторых авторов показало, что расширение выездной службы привело к улучшению показателей обеспеченности населения выездными бригадами [2]. Однако это не снизило интенсивность работы службы СМП. Практически увеличилась нагрузка на врачебные бригады, особенно линейные.

Некоторые авторы в целях экономии средств предлагают изменить соотношение фельдшерских и врачебных бригад в сторону увеличения фельдшерских бригад.

По данным Осипова А.Н. (2004) основными аргументами против фельдшерских бригад является слабая подготовка персонала, ухудшение качества лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе; перенасыщение приемных покоев; ухудшение отдаленных результатов лечения, рост социального и экономического ущерба; возможная потеря фонда оплаты труда в учреждениях СМП и т.д. [8].

В своей работе Бойков А.А. разделение полномочий врачебных и фельдшерских бригад выделяет как одну из самых острых проблем в работе службы СМП [2]. По его данным, около 90% опрошенных сотрудников СМП подтверждают, что около 50% (49,6 - 1,0%) врачебных вызовов может быть выполнено фельдшерскими бригадами и 90% пациентов хотели бы получить специализированную помощь. Следует отметить, что изучение работ многих авторов доказывает, что противников тенденции увеличения фельдшерских бригад больше, чем сторонников, хотя Бойков А.А. (2006) считает, что фельдшерские бригады СМП являются хорошей альтернативной получившим распространение за рубежом парамедицинским бригадам.

В последние годы в некоторых регионах России стала появляться отчетливая тенденция к переводу значительной части службы скорой помощи на фельдшерский и даже на парамедицинский уровни [9].

В Республике Таджикистан в госсекторе службы СМП функционируют: Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (на 174 койки) и Центр скорой медицинской помощи в г. Кулябе на 20 коек, само-

стоятельные станции, объединенные с многопрофильными больницами, 8 станций СМП с 14 подстанциями на базе центральных работающих больниц (в Хатлонской области- 1, Согдийской-2, ГБАО-2, РРП- 3) (табл. 1) [6].

Необходимо отметить, что службы функционируют по смешанному варианту, и догоспитальный этап не разделен на скорую и неотложную помощь.

Таблица 1

Регионы	Количество населения	Центр СМП (больница)	Станции СМП	Подстанции СМП	Отделения СМП	Пункты СМП
Хатлонская обл.	2549500	1	1	5	23	20
г.Душанбе	679400	1	-	2	-	-
ГБАО	219200	-	2	-	6	-
РРП	1587100	-	3	6	8	5
Согдийская обл.	2113900	-	2	1	15	41
ВСЕГО	7149100	2	8	14	52	66

В городе Душанбе функционирует многоуровневый вариант: специализированные бригады + линейные бригады + фельдшерские бригады. Из-за ограниченности санитарного транспорта (15% от потребности) работа специализированных бригад носит условный характер и их профильность составляет не более 12%. В некоторых областных центрах: г.

Курган- Тюбе и Согд имеется по 1 специализированной кардиологической бригаде. В сельских местностях в основном функционируют фельдшерские бригады, где соотношение врачей и фельдшерских составляет 1:2, при этом увеличение фельдшерских бригад имеет некоторую тенденцию к росту [6].

Таблица 2

Количество функционирующих бригад СМП на станциях (отделениях) скорой и неотложной медицинской помощи в регионах республики

Регионы	Количество бригад					
	врачебные		специализированные		фельдшерские	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Хатлонская обл.	21	40.0	1	1.9	30	57.7
г.Душанбе	-	-	13	47.0	1	6.0
ГБАО	8	40.0	-	-	12	60.0
РРП	12	44.0	-	-	16	56.0
Согдийская обл.	18	25.0	1	1.4	53	73.6
ВСЕГО	59	31.6	15	8.2	112	60.2

Авторы предлагают службам СМП в труднодоступных сельских местностях по причине отсутствия медицинских работников в практике использовать парамедицинские бригады.

Заключение

Выбор модели организации службы зависит от множества факторов. В развитых странах на первый план выступают экономические аспекты, в связи с чем предпочтение отдается малозатратным парамедицинским

бригадам. В России и странах СНГ, в частности в Республике Таджикистан, нет единого подхода. Было бы целесообразным принятие адекватных организационных решений в выборе соотношения различных бригад (специализированных, линейных, БИТ, фельдшерских и парамедицинских бригад) в пользу БИТ, фельдшерских и парамедицинских бригад.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берснев В.П., Могучая О.В., Субботин Е.Е. Организация медицинской помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой на догоспитальном и госпитальном этапах в Санкт-Петербурге и вопросы стандартизации // Скорая медицинская помощь. 2002. №3. С. 18-22.
2. Бойков А.А. Научное обоснование совершенствования работы службы скорой медицинской помощи в крупном городе на догоспитальном этапе: автореф. дисс.д.м.н. 44 с.
3. Воск А. Скорая медицинская помощь в США (краткий обзор) // Вестн. хирургии им. Грекова. 1991. Т. 146
4. Зиганшин М.М., Тимербулатов Ф.Д. Проблемы взаимодействия догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи и пути их решения. // Скорая медицинская помощь. 2004. №2. С. 65-66.
5. Касымов К.А. Организация скорой и неотложной медицинской помощи населению сельского района // Сов.здравоохранение. 2000. №7. С. 47-48
6. Материалы коллегии Минздрава РТ № 5-1 от 28.03.2009
7. Нагнибеда А.Н. Пути совершенствования организации догоспитальной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.// Здравоохр. РФ. 2001. №10. С.22-24
8. Осипов А.Н., Ершова Е.В. и соавт. К вопросу о создании оптимальной организационной модели службы СМП на примере станции г. Челябинска //Скорая медицинская помощь. 2004. №2. С.20
9. Руководство для врачей скорой медицинской помощи / под ред. В.А.Михайловича, А.Г.Мирошниченко; 3-е издание. СПб.: Невский диалект; М.: Лаборатория базовых знаний, 2005. 704 с.
10. Теряев В.Г., Шматов А.В., Сташадзе А.Л., Костралова Л.Г. Организация специализированной службы станций скорой и неотложной медицинской помощи Москвы / / Сов.медицина. 1988. №10, Ч.70-73
11. Mechem C.C., Hare S., Hvisdas R., Berg D.M., Halper R., Cola L.A. Emergency medical planning for the 2000 Republican National Convention // Prehosp. Emerg. Care. 2002. Vol.5, № 4. P.344-352.

Муминов Б.Г., Ахмедов А.

Функционирование службы скорой медицинской помощи и оценка ее эффективности в различных странах мира

Выбор модели организации службы зависит от множества факторов. В развитых странах на первый план выступают экономические аспекты, в связи с чем предпочтение отдается малозатратным парамедицинским бригадам. В России и странах СНГ, в частности в Республике Таджикистан, нет единого подхода. Было бы целесообразным принятие адекватных организационных решений в выборе соотношения различных бригад (специализированных, линейных, БИТ, фельдшерских и парамедицинских бригад) в пользу БИТ, фельдшерских и парамедицинских бригад.

Муминов Б.Г., Ахмедов А.

Фаъолияти соҳаи ёрии таъҷилии тиббӣ ва самаранокии истифодаи он дар мамлакатҳои гуногун

Ташкили соҳаи ёрии таъҷилии ва самаранокии он аз омилҳои гуногун вобастагӣ дорад. Дар мамлакатҳои тараққиёфта бо мақсади масрафи кам аз бригадаҳои гайритабибон истифода мебаранд. Дар Руссия ва дигар мамлакатҳои мустақил дастури аниқе оиди ин масъала вучуд надошта, намудҳои гуногуни ташкили ин соҳаи мазкур дар истифода қарор дорад ва қабули қарорҳои дахлдори ҳаматарафаро талаб менамояд. Беҳтар мебуд, ки ба ташкили бригадаҳои табобати шадид, фелдшерӣ ва гайритабибон бештар таваҷҷӯҳ зоҳир мешуд.

Muminov B.G., Akhmedov A.A.

Operation of emergency medical services and evaluation of its effectiveness in diverse countries around the world

Choosing a model service organization depend on many factors. In the developed countries to the fore the economic aspects. In this connection, he prefers low-cost paramedical teams. In Russia and CIS countries in the Republic of Tajikistan to doctors there is no single approach. It would be expedient to adopt organizational commitment in the choice of the ratio of different teams (specialized, linear, BIT, paramedical and paramedical teams), in favor of teams BIT, paramedical and paramedical teams.