

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тюменский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*На правах рукописи*

**САЛМАНОВ**

**Юнус Магомедганифович**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук  
Сульдин А.М.

г.Тюмень - 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) .....	15
1.1. Обеспечение доступности и качества скорой медицинской помощи .....	15
1.2. Проблемы взаимодействия службы скорой медицинской помощи и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.....	22
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	40
2.1. Программа исследования .....	40
2.2. Характеристика базы исследования .....	46
Глава 3. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И ПРОГНОЗ ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ В Г.СУРГУТ .....	51
Глава 4. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.СУРГУТ .....	65
4.1. Основные показатели деятельности скорой медицинской помощи за период 2009-2013 гг.....	65
4.2. Распределение вызовов скорой медицинской помощи в зависимости от сезона года, дня недели и времени суток .....	69
4.3. Результаты социологического исследования факторов, способствующих принятию решения о вызове бригады СМП.....	76

Глава 5. ПРИЧИНЫ ВЫПОЛНЕННЫХ ВЫЗОВОВ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.СУРГУТ .....	84
Глава 6. ОБОСНОВАНИЕ Организации скорой медицинской помощи.....	97
6.1. Критерии экстренности и неотложности состояний ... ..	99
6.2. Результаты оптимизации деятельности службы скорой медицинской помощи.....	104
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	113
ВЫВОДЫ .....	126
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	128
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	129
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНКЕТА ОПРОСА МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ.....	153
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АКТЫ О ВНЕДРЕНИИ.....	154

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

АО – автономный округ

БУ – бюджетное учреждение

ДЗ ХМАО-Югра – департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа Югра

НИИ – научно-исследовательское учреждение

НМП – неотложная медицинская помощь

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

ПК – программный комплекс

РФ – Российская Федерация

СМП – скорая медицинская помощь

УПР – унифицированное программное решение

ФГБНУ – Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

ФГБОУ - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

ФЗ – Федеральный закон

ХМАО-Югра – Ханты-Мансийский автономный округ Югра

ЦНС – центральная нервная система

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в Российской Федерации осуществляется модернизация системы здравоохранения, одним из направлений которой является совершенствование службы скорой медицинской помощи (Вялков А.И., 1999; Щепин О.П. и др., 2000; Хальфин Р.А., 2007; Герасименко Н.Ф., 2011; Стародубов В.И., 2012; Хабриев Р.У. и др., 2014; Багненко С.Ф. и др., 2013, 2014; Барсукова И.М., 2019).

Скорая медицинская помощь (далее - СМП) в соответствии с федеральным законодательством Российской Федерации является одним из видов медицинской помощи, которая оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. В качестве медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, представлены: станции, отделения, больницы, а также институты скорой медицинской помощи. Указанные медицинские организации создаются органами власти субъектов РФ для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи (Багненко С. Ф., Миннуллин И. П., Мирошниченко А. Г. и др., 2013; Александрова О.Ю., Рамненко Т.В., 2015; Гриднев О.В., 2015; Стародубов В.И., Сон И.М., Сквирская Г.П., Сененко А.Ш. и др., 2016; Барсукова И.М., 2016, 2019).

В структуре вызовов станции скорой медицинской помощи преобладают внезапные заболевания, преимущественно болезни системы кровообращения, которые являются основными причинами инвалидизации и смертности, поэтому эффективная работа службы скорой медицинской помощи и организация взаимодействия с другими медицинскими организациями играет важную роль в улучшении показателей здоровья населения (Мыльникова Л.А., Багненко С.Ф., Архипов В.В., 2002; Шестаков Г.С., Мясников А.О., 2006; Щепин В.О., Миргородская О.В., 2012; Верткин А.Л., Узуева Э.И., 2013; Руксин В.В., Гришин О.В., Мороз А.Ю. и др., 2016; Плавунов Н.Ф., Гапонова Н.И. и др., 2017; Коломейчук

С.Н. и др., 2018; Артюхов И.П., Капитонов В.Ф., Капитонов Ф.В. и др., 2018; Агеева В.В., Венков И.И. и др., 2019; Шабунин Е.С., Кугач В.В., 2019).

Организация общей врачебной практики, отделений помощи на дому, диагностических центров, лечебно-диагностических отделений стационаров, стационарозамещающих подразделений при предоставлении медицинской помощи требует научной оценки методов и форм взаимодействия станции скорой медицинской помощи с другими подсистемами здравоохранения, что в значительной степени, должно обеспечить качество предоставления экстренной медицинской помощи населению и снижению показателя количества вызовов населения, связанных с хронической патологией, чем, и обусловлена актуальность настоящего исследования (Леонов С.А., Сон И.М., Моравская С.А., 2013; Щепин В.О., Дьячкова А.С., 2013; Гаджиев Р.С., Габибулаев Ф.А., 2015; Пайков В.Л., Ишметов Р.П., Акчурина И.И., 2015; Шляфер С.И., 2017; Евдокимова Д.В., 2018; Боско О.Ю., Лищенко А.Н., 2019; Манойлов А.Е., Фищенко В.И. и др., 2019; Орлов А.В., Торovina Е.М. и др., 2019).

### **Степень научной разработанности темы исследования**

Вопросы организации и пути совершенствования деятельности службы скорой медицинской помощи изучались многими авторами (Агеева В.В., Алимов Р.Р., Артюхов И.П., Архипова В.В., Багненко С.Ф., Барсукова И.М., Багдасарян А.С., Белашев Б.З., Боженков Ю.Г., Болотников И.Ю., Бомбизо В.А., Венков И.И., Верткин А.Л., Гапонова Н.И., Геращенко Е.В., Глушков С.О., Гришин О.В., Губарев С.В., Долгова И.В., Капитонов Ф.В., Карипиди Р.К., Кисельгоф О. Г., Коломейчук С.Н., Комлева И.Б., Кугач В.В., Лобжанидзе А.А., Миргородская О.В., Мирошниченко А.Г., Мороз А.Ю., Мыльникова Л.А., Пенюгина Е. Н., Сенижук А.И., Стожаров В.В., Шильникова Н.Ф., Шынтерекова А.Е.,

Шестаков Г.С., Щепин В.О., Руксин В.В., Плавунцов Н.Ф., Нилов М.Ю., Шабунин Е.С., Шляфер С.И. и др.).

Факторы, влияющие на потребность в СМП анализировались в работах Абильтаева А.М., Артюхова И. П., Беляевой В.А., Белашева Б.З., Белова В.С., Боско О.Ю., Габидулаева Ф.А., Гаджиева Р.С., Гафарова В.В., Евдокимовой Д.В., Ершова В.И., Капитонова В. Ф., Капитонова Ф. В., Когариновой В.В., Коломейчук С.Н., Конабекова Б.Е., Леонова С.А., Лищенко А.Н., Манойлова А.Е., Моравской С.А., Нилова М.Ю., Орлова А.В., Раджабовой И.К., Салеева В.Б., Самаркина А.И., Сон И.М., Торвиной Е.М., Фищенкова В.И., Хаснулина В.И.

Вопросы взаимодействия с другими службами были изучены в работах Акчуриной И.И., Блохина А.Б., Болобонкиной Т.А., Демьянчук С.В., Духаниной И.В., Ишметова Р.П., Казанцевой В.С., Коротковой К.М., Кругловой Л.П., Лозовой Г.Ф., Лозовой К.В., Моисеева В.С., Мохнюк С.В., Леонченко С.В., Пайкова В.Л., Ползик Е.В., Поповой В.П., Руденко М.В., Фиалко В.А., Черновой Т.В., Шатровой Н.В., Шульмина А.В., Щепина В.О.

Попытку научно обосновать отличие экстренных состояний от неотложных состояний предпринималась в исследованиях Тарычева В.В. Полищук Н.О., Бегичева С.В., Фаршатова Р.С., Кильдебекова Р.Н., Кузенко П.И.

Несмотря на имеющиеся публикации, вопросы организации деятельности скорой медицинской помощи городскому населению в части факторов, определяющих или способствующих принятию решения о вызове бригады СМП, а также четких критериев экстренности и неотложности медицинской помощи и критериев нуждаемости больных с хроническими заболеваниями в скорой медицинской помощи продолжают оставаться актуальными и недостаточно изученными проблемами.

**Цель исследования:** научно обосновать мероприятия по совершенствованию деятельности скорой медицинской помощи городскому населению.

**Задачи исследования:**

1. Изучить демографическую ситуацию и сформировать прогноз ее изменения в г.Сургут на период до 2025 года.
2. Выполнить анализ деятельности скорой медицинской помощи г.Сургут.
3. Изучить причины обращения населения г.Сургут в службу скорой медицинской помощи.
4. Изучить факторы, способствующие принятию решения о вызове бригады скорой медицинской помощи городскому населением.
5. Разработать мероприятия по совершенствованию организации скорой медицинской помощи и оценить эффективность их внедрения.

**Научная новизна.** В ходе исследования:

- ✓ получены новые данные об особенностях демографической ситуации в г. Сургут в части высоких показателей рождаемости, низких показателей смертности, положительном естественном приросте;
- ✓ определены тренды возрастания удельного веса детского населения и снижения удельного веса взрослого населения по данным математического прогноза;
- ✓ выявлена зависимость количества обращений населения в службу СМП от времени года, дня недели и времени суток, а также от режима работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- ✓ уточнены данные о ранговой структуре причин вызовов бригад СМП по профилю заболеваний;



- ✓ определены группы причин большинства обращений населения в службу СМП;
- ✓ доказано, что в качестве основного фактора, влияющего на принятие решения об обращении за СМП, являются проблемы с записью на прием к врачу-терапевту участковому и врачу общей практики и удаленность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, от места проживания;
- ✓ впервые разработаны научно обоснованные критерии экстренности и неотложности СМП на основании степени нуждаемости в лечебно-диагностических мероприятиях.

#### **Практическая значимость:**

- полученные сведения об особенностях демографической ситуации имеют значение при планировании мероприятий по организации СМП в условиях города;
- данные о зависимости количества обращений населения в службу скорой медицинской помощи от времени года, дня недели и времени суток имеют практическое значение при планировании ресурсного обеспечения СМП;
- информация о ранговой структуре причин вызовов бригад СМП по профилю заболеваний позволяют целенаправленно осуществлять подготовку персонала СМП;
- представления о факторах, влияющих на принятие решения об обращении за СМП, могут быть использованы в построении моделей поведения пациента в процессе его взаимодействия со службой СМП;
- данные о недостатках организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, позволяют целенаправленно проводить работу по их устранению;

- внедрение в практику скорой медицинской помощи результатов исследования, позволяет снизить удельный вес обращений на станцию скорой медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями вне обострения, и существенно повысить эффективность службы скорой медицинской помощи при оказании экстренной медицинской помощи городскому населению.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Демографическая ситуация в г.Сургут имеет отличия от ситуации в Российской Федерации в части высоких показателей рождаемости, низких показателей смертности, положительном естественном приросте, возрастании удельного веса детского населения. В среднесрочной перспективе данные тенденции будут сохраняться.
2. Нагрузка на службу СМП возрастает более быстрыми темпами, чем прирост населения. Частота вызовов СМП зависит от времени года, имеет недельную и суточную ритмичность и зависит от режима работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.
3. Большинство обращений в службу СМП определяют три группы причин (терапевтический профиль, инфекционные и психоневрологические заболевания). Заболевания терапевтического профиля чаще всего являются неотложными состояниями.
4. Пятая часть всех вызовов СМП выполняется по причине обострения хронического заболевания в условиях сниженной доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.
5. Разработанные критерии экстренности и неотложности медицинской помощи и алгоритм принятия решения о характере выполненных вызовов позволяют оптимизировать работу службы СМП без снижения медицинской и социальной эффективности.

**Личный вклад соискателя.** Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, разработке программы исследования, составлении анкеты для проведения социологических исследований, анализе и обобщении полученных результатов, их аналитическая и статистическая обработка. Автор являлся инициатором и осуществлял проведение экспертного опроса с целью выявления перспективных направлений совершенствования работы службы СМП. Обработка всех полученных первичных результатов исследования производилась лично автором с использованием стандартных пакетов программ для статистической и математической обработки данных.

Проверка на практике выдвигаемых гипотез и тестирование предлагаемых мероприятий осуществлялось при непосредственном участии автора как специалиста по организации службы СМП. Автор принимал личное участие в разработке положений нормативных документов Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского АО – Югры.

Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач, их экспериментальной, теоретической и практической реализации до обсуждения результатов в научных публикациях и докладах и их внедрения в практику.

**Материалы диссертации использованы и внедрены в практику** деятельности бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» (Методические рекомендации для организаторов и специалистов скорой медицинской помощи. Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского АО - Югры от 7 апреля 2014 г. №221 «Об организации оказания неотложной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре»; в практику деятельности

медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Результаты исследования используются при подготовке клинических ординаторов и аспирантов, при проведении практических занятий со студентами III-IV курсов лечебного факультета на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» и при подготовке клинических ординаторов и аспирантов, при проведении практических занятий со студентами III-IV курсов медицинского института ФГБОУ ВО «Сургутский государственный университет».

#### **Апробация работы:**

Основные положения работы доложены и обсуждены на:

- на заседании Думы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;
- круглом столе на тему «Организация деятельности по оказанию скорой медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» (Ханты-Мансийск, 24.10.2013 г.);
- II Всероссийской конференции молодых ученых «Наука и инновации XXI века» (Сургут, 14.04.2014 г.);
- областной конференции работников станций и отделений скорой медицинской помощи Тюменской области «Новые технологии в работе скорой медицинской помощи» (Тюмень, 24.04.2014 г.);
- VI Международной научно-практической конференции «Научное и образовательное пространство: перспективы развития» (Чебоксары 11.08.2017 г.);
- 2-ой межрегиональной научно-практической конференции Сибири и Дальнего Востока с международным участием «Актуальные вопросы

внедрения инновационных технологий в практику скорой медицинской помощи» (Новосибирск, 2018);

- городских конференциях службы СМП г.Сургут и Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа, а также коллегии Департамента здравоохранения (Сургут и Ханты-Мансийск, 2017, 2018, 2019 гг.);

- межотдельческой конференции ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (Москва, 2019).

**Методология и методы исследования.** Исследование проведено по этапной схеме с использованием адекватных методов исследования: монографический, аналитический, математического моделирования, социологический, статистический, экспертных оценок.

**Степень достоверности результатов исследования** определяется достаточным объемом наблюдений и формированием репрезентативных выборок, использованием статистического инструментария в соответствии с поставленными задачами. Предварительная обработка материала заключалась в проверке критериев «нормальности» распределения в исследованных выборках, что осуществлялось с использованием критерия Пирсона. Уровень достоверности отрицания «нулевой» гипотезы принимался на уровне не менее 95% ( $p > 0,05$ ). Для признаков, распределение которых отличалось от «нормального», использовались непараметрические статистические критерии.

**Публикации.** По результатам исследования опубликованы 15 научных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых журналах, включенных в Перечень ВАК РФ при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации и 1 – в издании, входящем в международную реферативную базу данных и систему цитирования.

**Связь с научной темой организации, в которой выполнена работа.** Работа выполнена в рамках научной темы «Повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению Тюменской области» (номер гос. регистрации темы АААА-А20-120110300015-0).

**Объем и структура работы.** Работа изложена на 157 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, главы с изложением материалов и методов исследования, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 238 источника (218 отечественных и 20 зарубежных авторов) и приложения. Работа иллюстрирована 26 таблицами, 13 рисунками.

# **ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

## **1.1. Обеспечение доступности и качества скорой медицинской помощи**

Обеспечение доступности медицинской помощи одна из основных задач государства (Щепин О.П., 2000; Хальфин Р.А., 2007; Стародубов В.И., 2012; Линденбратен А.Л. и др., 2015; Хабриев Р.У., 2014, 2017). Скорая медицинская помощь (СМП) – это государственная, доступная, бесплатная и единственная гарантированная круглосуточная медицинская помощь населению. Основа деятельности СМП базируется на своевременности, непрерывности и преемственности лечебных мероприятий как на до госпитальном, так и госпитальном этапах. Вместе с тем, необходимо констатировать факт, ежегодного роста количества обращений в службу СМП больных с хроническими заболеваниями, которым медицинская помощь могла бы быть оказана на амбулаторном этапе. Также можно констатировать факт утяжеления состояния пациентов, обратившихся в службу СМП, что свидетельствует о проблемах в доступности и нарушении преемственности на других этапах оказания медицинской помощи населению (Вишняков Н.И., Емельянов О.В., 1996; Хальфин Р.А., Мыльникова Л.А., 2002, 2003; Стародубов В.И., 2005; Верткин А.Л., Фиалко В.А., 2007; Хальфин Р.А. 2007; Лукьянова А.Г., Белокриницкий В.И., Хусаинова Д.Ф., 2012; Холкин И.В., Соколова Л.А., Давыдова Н.С., 2014; Шляфер С.И., 2015, 2017, 2018, 2019).

В 2011 году в России началась программа модернизации здравоохранения. Согласно Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в качестве целей совершенствования государственной

политики в сфере здравоохранения, заявлены такие как сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации и увеличение продолжительности их жизни. Для достижения целей, поставленных в Указе Президента, одним из приоритетных направлений государственной программы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы» стало модернизация службы СМП. Система оказания СМП в автономном округе предусматривает взаимодействие служб СМП, медицины катастроф, неотложной медицинской помощи поликлиник и больничных организаций. Итоги модернизации оцениваются по улучшению показателей доступности медицинской помощи и её результативности. Конечная цель это улучшение демографической ситуации и здоровья населения, повышение качества жизни (Постановление Правительства Ханты-Мансийского АО – Югры от 9 октября 2013 г. №414-п «О государственной программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы»).

Из основных критериев доступности и качества оказания СМП, определенных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (утв. Постановлением правительства Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 28 ноября 2013 года №504-п), наиболее значимым является доля выездов бригад СМП со временем доезда до пациента менее чем за 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов. Данный показатель был включен в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре с 2008 года и оставался неизменным до 2015 года. (Постановление Правительства РФ от 15 мая 2007 г. №286 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на



2008 год»). В соответствии с Программой показатель должен находиться на уровне 92%. С 2015 года данный показатель составляет 96%, а в 2017 году достиг уровня 99% в. В части модернизации оказания СМП, увеличение доли вызовов со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента поступления вызова в общем количестве вызовов, является одной из приоритетных задач в здравоохранении.

Служба СМП доказала свою необходимость, однако ее работе мешает ряд накопившихся проблем. Прежде всего, это громоздкость и многоступенчатость службы; отсутствие системы организационных мероприятий и научно обоснованных рекомендаций; высокая затратность с многочисленными необоснованными выездами к амбулаторным больным; громоздкая структура приемных отделений больниц СМП; недостаточная техническая и медицинская обеспеченность, как до госпитального, так и госпитального этапов.

Среди базовых проблем службы СМП выделяются такие как ухудшение оперативной обстановки; увеличение обращаемости; ухудшение материально-технического оснащения бригад; высокий процент износа медицинского оборудования и автотранспорта; обострение социально-психологических проблем у персонала, снижение доступности. Служба СМП остается одной из самых востребованных и, в то же время, одной из наиболее проблемных сфер здравоохранения (Боженков Ю.Г., 2001; Ершова Е.В., Осипов А.Н., 2001; Герасименко, Н.Ф., 2011; Геращенко Е.В., Карипиди Р.К., Губарев С.В., 2013; Барсукова И.М., 2015; Бомбизо В.А., Долгова И.В., Комлева И.Б., 2015; Шынтерекова А.Е., 2015; Барсукова И. М., Пенюгина Е. Н., Кисельгоф О. Г., 2015; Болотников И.Ю., 2016; Глушков С.О., Барсукова И.М., 2016, 2017; Сенижук А.И., Шильникова Н.Ф., Татауров Д.Б., 2017).

Экономическая реформа СМП влечет за собой необходимость решения многих вопросов, в том числе и перспектив дальнейшего развития и ее совершенствования. Однако на процесс совершенствования и

обеспечения своевременности оказания СМП влияют много факторов, препятствующие достижению показателей, установленных программами модернизации здравоохранения (Михайлова Ю.В., 2002; Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М., 2013; Шипова, В.М., Воронцов Т.Н., 2014; Гриднев О.В., 2015; Стародубов В.И. и др., 2016; Цукерман В.Н., 2016; Иванинский О.И., 2017; Черкасов С.Н., Волкова О.А., 2017; Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., Сенижук А.И. и др., 2017; Шершнева А.В., 2018).

Стратегия на снижение затратности может быть реализована в результате осуществления целого комплекса мероприятий, среди которых наиболее перспективным является повышение эффективности использования уже существующих ресурсов и оптимизация режима работы всех лечебных учреждений, занимающихся оказанием неотложной медицинской помощи. Анализ заболеваемости и смертности свидетельствуют о значительных изменениях не только в нозологической структуре, но и в характере развития заболеваний, обращаемостью за медицинской помощью и госпитализации (Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Архипов В.В., 2001; Лившиц В.М., Осипов А.Н., Чубатов И.В., 2001; Коробкова О.К., 2015; Зинатуллина Д.С., Труханова И.Г., Садреева С.Х., 2016; Пайков В.Л., Воронцова М.М., 2016; Артюхов И.П., Капитонов Ф.В., Капитонов В.Ф. и др., 2018; Коломейчук С.Н., Белашев Б.З., Нилов М.Ю. и др., 2018; Шабунин Е.С., Кугач В.В., 2019).

Высокий удельный вес обращаемости отмечается при травмах и неотложных состояниях, когда своевременное и эффективное оказание помощи пострадавшим существенно влияет на результаты лечения (Дарбинян Т.М., 1974; Хрупкин В.И., 2000; Дежурный Л.И., Шувалова Е.А., Лысенко К.И., 2011; Владимирова О.В., Зинченко О.В., Муравьева А.А. и др., 2014). Негативно сказывается на конечных результатах оказания СМП отсутствие системы подготовки населения к оказанию

само- и взаимопомощи, ее приемами не владеют даже работники дорожно-патрульной службы, пожарной службы (Мыльникова Л.А., 2000).

Межведомственный научный совет по проблемам СМП РАМН и Минздрава РФ и проблемной комиссии «Неотложная хирургия» Межведомственного научного совета по хирургии в 2001 году отметил, что с неуклонным увлечением количества сердечно-сосудистых заболеваний, острых отравлений, ростом травматизма актуальность проблемы оказания СМП приобрела социальный характер.

Первый Всероссийский съезд врачей СМП в г. Москве 31 октября – 3 ноября 2005 г. отметил, что серьезным тормозом в совершенствовании организации СМП является отсутствие четкой системы ее управления, следствием которого является недостаточно эффективное взаимодействие структур при оказании СМП на догоспитальном и госпитальном этапах. Определено, что реализуемая стратегия развития СМП в значительной мере зависит от достижения целевых индикаторов, однако выбор важнейших целевых индикаторов не является простой задачей.

Ряд авторов считали, что эффективность в основном зависит от обеспеченности персоналом и условий труда, качество от условий труда и обеспеченности бригад СМП материально-техническими средствами. Вопросы взаимодействия с другими службами и зависимости эффективности работы службы СМП от качества такого взаимодействия авторы исследованию не подвергали (Чернова Т.В., Блохин А.Б., Ползик Е.В., 2004; Попова В.П., Казанцева В.С., Фиалко В.А., 2005; Мохнюк С.В., Духанина И.В., 2015; Болобонкина Т.А. и др., 2018; Демьянчук С.В., Лозовая Г.Ф., Лозовая К.В., 2018; Короткова К.М., Шульмин А.В., 2018; Моисеев В.С., 2018).

Барсукова И.М. (2016, 2017, 2019) предлагает в качестве индикаторов работы СМП два показателя: обеспеченность бригадами СМП и характер их использования, состояние автопарка СМП. Предложенные индикаторы доступности и качества СМП позволили

автору провести детальный анализ состояния службы СМП и выявить основные проблемы – дефицит общепрофильных бригад СМП и автотранспорта СМП, отклонение их от нормативных показателей, что создает угрозу доступности и качеству СМП.

Преодоление дефицита возможно при планировании на основании нормативов обращаемости дифференцированных по полу, возрасту, типу и территории расселения (Черкасов С.Н., Мешков Д.О. и др., 2016; Берсенева Е.А., Лалабекова М.В. и др., 2016, 2017; Бобрович В.В., Богатова И.В., Татауров Д.Б., 2018; Шильникова Н.Ф., Сенижук А.И., Знаменский А.Ю., 2018; Черкасов С.Н., Шестаков Г.С., Федяева А.В., 2018; Прокопьева М.И., 2019).

Р.А. Хальфин, Л.А. Мыльникова (2002) признают, что в действительности у службы СМП в настоящее время существует множество проблем, прежде всего связанных со значительным снижением престижа профессии, резким увеличением нагрузки, низкой заработной платой и социальной незащищенностью работников, которая способствует значительному оттоку профессиональных кадров.

Одной из организационных форм, направленных на улучшение показателей своевременности экстренного медицинского обслуживания, может являться увеличение количества бригад СМП, то есть экстенсивного наращивания объемов помощи, но этот путь, по данным многих исследователей требует практически бесконечного количества ресурсов (Ахметзянов И.М., Ефимов Е.А., Валимухаметова Д.А., 1988; Денисов В.Н., Васенева Л.А., Сидоров А.И. и др., 1998; Дмитриева Т.Б., 1998; Абашин Н.Н., 1999; Какоркина Е.П., 2000; Берснев В.П., Могучая О.В., Субботин Е.Е., 2002; Черкасов С.Н., Федяева А.В., 2017; Гудцова А.П. и др., 2019).

На Всероссийской научно-практической конференции «Роль СМП в профилактике преждевременной смерти населения страны» посвященной 110-летнему юбилею со дня основания СМП в России и 55-летнему

юбилею станции СМП г. Северска, было отмечено, что для достижения необходимого уровня качества функционирования системы СМП по координации и взаимодействию с Министерством по чрезвычайным ситуациям России возможно только при создании единой Федеральной службы СМП.

Такого же мнения придерживается и Шляфер С.И. (2015), основываясь на результатах анализа деятельности службы СМП г.Москвы. В соответствии с Государственной программой Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 годы» (Постановление Правительство Москвы от 4 октября 2011 г. № 461-ПП (в редакции Постановлений Правительства Москвы № 64-ПП от 22 февраля 2012 г., № 331-ПП от 28 мая 2013 г., № 249-ПП от 14 мая 2014 г.) предполагается организация единой городской диспетчерской скорой и неотложной медицинской помощи, внедрение единой информационной системы оперативного мониторинга (в режиме реального времени) занятости коек и профильной госпитализации в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы с аналитическим центром на базе Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (Шляфер С.И., 2015; 2017). Высказывались мнения и о создании единого для медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, и станций скорой медицинской помощи регистра пациентов, состоящих на диспансерном учете с хроническими заболеваниями (Багдасарьян А.С., Линченко С.Н., Пухняк Д.В. и др., 2017; Власова О.В., 2018).

Большое внимание уделяется и стандартизации деятельности службы СМП, в том числе и разработке клинических рекомендаций (протоколов) оказания скорой медицинской помощи. Указывалось, что разрабатываемые, утверждаемые и рекомендуемые стандарты имеют значительные отклонения от Госстандарта ИСО 9000-2001 как в концептуальном подходе, так и подходе к устанавливаемым требованиям,

позволяя выразить себя только в денежном выражении фактических расходов (Данилов В.А., Задорин В.Ф., 2006).

Существующие проблемы СМП тесно связаны с проблемами организации и функционирования поликлиник, с одной стороны, и экстренной стационарной помощи с другой стороны (Руденко М.В., Круглова Л.П., 2002; Щепин В.О., Дьячкова А.С., 2013; Пайков В.Л., Ишметов Р.П., Акчурина И.И., 2015; Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Берсенева Е.А., Мешков Д.О., 2017; Шляфер С.И., 2017). Призванная осуществлять экстренную интенсивную медицинскую помощь в критических ситуациях, служба СМП вынужденно расходует силы и средства на выполнение несвойственных ей функций – оказание медицинской помощи хроническим больным (до 60-70% от общего количества вызовов), компенсируя тем самым несостоятельность медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

Одной из специфических проблем, являющейся препятствием для оптимизации работы службы СМП, рассматривается и система сбора статистической отчетности о ее деятельности, отсутствие утвержденной инструкция по заполнению форм статистического наблюдения (Шляфер С.И., 2018).

## **1.2. Проблемы взаимодействия службы скорой медицинской помощи и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях**

Вопросы взаимодействия СМП и поликлиники уже на протяжении многих лет традиционно находится в центре внимания организаторов здравоохранения, особенно «скорой медицинской помощи». В течение последних 60 лет в нашей стране поднимается вопрос целесообразности объединения или разъединения службы скорой и неотложной медицинской

помощи. Одна из первых работ по обсуждаемому вопросу была опубликована в журнале «Здравоохранение РСФСР, №8 от 1963г.», о преемственности в работе врачей СМП и врачей-терапевтов участковых, ее автором является В.А. Фиалко (1963).

На этот вопрос попытались ответить В.В. Архипов (2004), А.А. Бойко и А.З. Хазин (2006), которые провели анализ деятельности станции СМП г. Ленинград, которая на протяжении многих лет претерпевала процесс объединенного и разъединенного режима работы скорой и неотложной медицинской помощи. Анализ показал, что при разъединении скорой и неотложной медицинской помощи среднесуточная нагрузка уменьшилась почти в 2 раза. Сократилось время выполнения вызова и занятость врачебной бригады в течение суток с 12,02 ч в 1956г. до 10,3 ч в 1957 г. Появились свободные от выполнения вызовов бригады СМП, а частота задержек в направлении бригад стала минимальной. В 1971 г. в г. Ленинград началось очередное объединение скорой и неотложной медицинской помощи, которая завершилась в 1975 г. После объединения этих служб проявились все недостатки: задержки в прибытии бригад к пострадавшим с тяжелыми травмами достигали 1 часа и более; на 30% увеличилось количество вызовов на квартиры, в том числе и к больным, не требующим оказания экстренной медицинской помощи; нарушилась преемственность между станцией СМП и поликлиниками. В итоге, процесс разделения скорой и неотложной медицинской помощи представлялся авторам целесообразным. Однако, в исследовании не подвергались оценке негативные последствия такого разделения, связанные с отсутствием четкого алгоритма определения характера вызова на этапе поступления звонка на пульт. Более того, требовалось создание четкой системы взаимодействия между различными службами при передаче вызова от скорой медицинской помощи другим структурам и контроля оказания помощи при передаче вызова.

В разное время важной теме посвящали свои работы и другие известные организаторы службы скорой медицинской помощи. Так, Н.М. Каверин (1984), главный врач станции СМП г. Москвы писал, что актуальной задачей является совершенствование организации работы поликлиник, а тесная связь, между станциями СМП и поликлиниками, что позволит снять часть вызовов, поступающих на станцию не по назначению.

Происходящие в конце 80-х и начале 90-х годов XX века перемены (изменения социально-экономических связей, изменение принципов функционирования системы здравоохранения, подходов к оплате оказанной медицинской помощи) привели к тому, что станции скорой и неотложной медицинской помощи начали ориентироваться только на один вид помощи – скорой. К тому же, в этих условиях самостоятельное функционирование станции скорой медицинской помощи стало для них экономически выгодным (Щепин О.П., Овчаров В.К., Нечаев В.С., 2000; Стародубов В.П., Киселев А.С., 2000; Вишняков Н.И., Петрашевич В.А., Петрова Н.Г. и др., 2000; Мыльникова Л.А., 2001; Калининская А.А., Шляфер С.И., Дзугаев А.К., 2005; Матер А.А., 2006; Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Стожаров В.В. и др., 2012; Барсукова И.М., 2016; Болотников И.Ю., 2016; Горбунов В.И., Возженникова Г.В., Артеменко Ю.И., Камардин С.В., 2017; Иванинский О.И., 2017; Ахметханова А.Р., Валиахметова Л.И., Файзуллина А.А., 2018; Вотинцева В.О., Гарин Л.Ю., 2019).

Для повышения эффективности оказания медицинской помощи и снижение затрат на обслуживание непрофильных вызовов, возможно, имеет смысл разграничение вызовов по критерию нуждаемости в экстренных лечебно-диагностических мероприятиях (Белоусова М.С., Васильев А.А., 2005; Тарычев В.В., 2015; Юрченко Е.С., Давлеткалиева С.С., Газизова Н.Р. и др., 2018).



Данные вопросы актуальны не только для России (Бокчубаев Э.Т., Каратаев М.М., Асылбеков Э.С., Абилов Б.А., 2008; Шынтерекова А.Е., 2015; Исаева Б.К., Мамбетов М.А., Каратаев М.М., 2016; Каратаев М.М., Мейтиев Ф.Ж., Чынгышева Ж.А., 2017; Полищук Н.О., 2017; Хаджибаев А.М., Шарипов А.М., Султанов Д.Т. и др., 2019; Мустаф Э. и др., 2019; Dick, W.F., 2003; Pan American Health Organization. Emergency Medical Services Systems, 2003; Adnet, F., Lapostolle, F., 2004; Black, J. J., Davies, G. D., 2005; Halter, M., Marlow, T., Tye, C., Ellison, G.T., 2006; Al-Shaqsi, S., 2010; Donatini A., Emilia-Romagna, 2010; Karin Lindahl Anne, 2010; Barros P.P, Machado S.R, Simões Jde, 2010; Bruce R., Waitzberg R., 2010; Fang H., 2010; Glover L., 2010; Blümel M., Busse R., 2010; Thorlby R., Arora S., 2010; Matsuda R., 2010; Gonzalo Santiago Esteban, 2010; Rodwin V.G., 2010; Wammes P.J., Westert G., 2010).

В.В. Кожевников, Л.Ю. Бидагаева (2001) считают общеизвестным, что эффективность лечения напрямую зависит от организации и качества оказания СМП на догоспитальном этапе. При этом, службе СМП, наряду со своими обязанностями, приходится частично выполнять и функции медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. Анализ обращений на станцию СМП г. Улан-Удэ свидетельствует о неуклонном увеличении количества вызовов. Неоднократно декларированные обещания освободить службу СМП от несвойственных ей функций так и оставались обещаниями и ничем реально не подкреплялись.

По данным научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в Санкт-Петербурге в течение последних лет СМП была оказана каждому пятому жителю города (Багдасарян А.С., 2000; Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Кириллов А.В., Федотов А.В., 2004; Болотникова Н.И., Курьянова Н.Н., Сердюков А.Г., 2009; Мыльникова Л.А., Багненко С.Ф., Архипов В.В., 2002; Мясников А.О., 2009).

В среднем по России, ежегодно каждый 4-й горожанин обращается за СМП. Особенно высока обращаемость за СМП больных пожилого и старческого возраста: ее показатель в 3-4 раза превышает нормативный (Салеев В.Б., Смирнов А.В., 2000; Салеев В.Б., Азин А.Л., 2002; Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И., Кузнецов С.И., Бальзамова, 2003; Щепин В.О., Миргородская О.В., 2012; Коробкова О.К., 2015; Руксин В.В., Гришин О.В., Мороз А.Ю. и др., 2016; Черкасов С.Н., Сахибгареева Э.Х., Брагин А.Ю. и др., 2016; Плавунов Н.Ф., Гапонова Н.И. и др., 2017; Агеева В.В., Венков И.И., Коричкина Л.Н., 2019).

Ю.М. Янкин, Э.В. Бухтиярова (2005) провели анализ обращаемости населения за СМП различных социальных групп населения г. Новокузнецка, который показал, что наибольшая обращаемость за экстренной медицинской помощью регистрируется в социальных группах дошкольников и пенсионеров.

По данным исследований (Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Архипов В.В., 2002) отмечаются серьезные проблемы, накопленные в организации оказания экстренной медицинской помощи, тормозящие ее развитие. Одной из главных проблем отмечается неэффективная структура оказания экстренной помощи, привлечение бригад СМП для оказания медицинской помощи на дому, четко не определенный характер взаимодействия службы СМП с медицинскими организациями, оказывающими помощь в амбулаторных условиях. Отсутствие четких механизмов разделения «неотложной» и «экстренной» помощи привело к тому, что около 60% объемов СМП оцениваются как выполнение несвойственных функций (Карпеев А.А., 1999; Шестаков Г.С., 2001; Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Архипов В.В., 2002; Верткин А.Л., 2003; Казнин В.М., 2003; Красильников И.А., 2003; Калининская А.А., Шляфер С.И., Дзугаев, 2005; Курбанов К.М., Альяхаров А.А., 2005; Шестаков Г.С., Мясников А.О., 2006; Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г., 2013; Дудина Н.И., 2014; Маркевич Ю.Н., Таланов

И.К., 2015; Коробкова О.К., 2015; Плавунов Н.Ф., Гапонова Н.И. и др., 2017; Лозовая Г.Ф., Демьянчук С.В. и др., 2018; Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г., 2020; Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р., Шляфер С.И., 2021). В связи с этим значительное количество выездов бригад СМП к больным, нуждающимся в экстренном поддержании жизненных функций на местах происшествий, выполняется несвоевременно.

Л.И. Тараканова, Г.В. Оглобкин, К.И. Шевченко, Ю.Н. Полежаев, А.В. Смирнова (2001) считают, что нагрузка на высоко затратную службу, которой является СМП, возрастает, и особенно большой процент вызовов (50-70%) приходится на обострение хронических заболеваний, простудные заболевания, инъекции наркотических препаратов онкологическим больным. Возможными путями решения этой проблемы считается передача части вызовов в поликлиники. Однако, вопросы распределения вызовов между поликлиникой и СМП в части алгоритмов и решающих правил, а также сами механизмы такого распределения остаются неизвестными. Также они считают, что население недостаточно информировано о поводах вызова СМП и о необходимости доведения данной информации до населения с целью скорректировать его поведение в части принятия решения о вызове бригады СМП.

3-я Всероссийская конференция «Скорая помощь – 2002» и Пленум межведомственного научного совета по проблемам СМП МЗ РФ и РАМН отметили, что на протяжении последнего десятилетия сложилась устойчивая тенденция к росту обращаемости за СМП и госпитализации по экстренным показаниям. Н.М. Сидоров, А.В. Лабузов, И.Г. Серова (2003) провели анализ организации СМП в Чувашской Республике, который показал, что почти в 55% случаях служба берет на себя несвойственные ей функции, выполняя обязанности поликлиник и транспортировку пациентов; значительное количество вызовов к больным, нуждающимся в экстренной медицинской помощи, выполняются несвоевременно. При

этом совершенствование организации службы СМП связывают со становлением и развитием семейной медицины, т.е. организацией оказания первичной медико-санитарной помощи врачом общей практики. Переход к новым технологиям работы поликлиник позволит значительно снизить нагрузку на СМП.

Проведенный опрос 770 респондентов, обратившихся на станцию СМП г. Челябинска (Е.В. Ершова, А.Н. Осипов, М.В. Богаткина, 2004) за период 1999-2001гг. по поводу обострения хронических заболеваний показал, что основными причинами обращения являются:

1. неэффективная работа поликлиник с хроническими больными;
2. низкий уровень жизни населения (невозможность приобретения медикаментов для планового лечения);
3. недостаточная информированность населения о показаниях к вызову СМП и особенностях работы этой службы.

М.А. Кириченко, В.А. Фиалко, А.В. Бушуев (2007) считают одной из самых сложных и старых кардинальных проблем здравоохранения, требующих неотложного решения, взаимодействия станции СМП и поликлиники на основе разделения функций между ними. По мнению авторов, реорганизация службы срочной внебольничной помощи позволит значительно уменьшить непрофильную обращаемость на станцию СМП.

По мнению В.А. Фиалко (2007) распознавание неотложных состояний одна из самых актуальных и малоизученных проблем в ургентной медицине. Он считает, что знание особенностей клинических проявлений и закономерностей течения острой стадии неотложных состояний дает возможность медицинскому работнику выбрать максимально экономный путь принятия оптимального решения, что в свою очередь снижает временные затраты на обслуживание вызова.

Проблема эффективности и адекватности медицинских вмешательств на догоспитальном этапе должна решаться путем создания научно-методически обоснованной преемственности между

подразделениями СМП и медицинскими организациями, оказывающими помощь в амбулаторных условиях. Доля необоснованных обращений пожилых больных к службе СМП составляет 60,8%. Хронизация заболеваемости, снижение доступности лекарственной помощи, увеличение травматизма, рост алкоголизма и отравлений приводят к увеличению потребности в экстренной помощи (Салеев В.Б., Когаринова В.В., 2002; Леонов С.А., Сон И.М., Моравская С.А., 2013; Гаджиев Р.С., Габидулаев Ф.А., 2015; Барсукова И.М., 2015; Лалабекова М.В. и др., 2016; Евдокимова Д.В., 2018; Боско О.Ю., Лищенко А.Н., 2019; Манойлов А.Е., Фищенко В.И. и др., 2019; Орлов А.В., Торovina Е.М. и др., 2019; Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г., Латария Э.Л., Туров И.А., 2020).

При анализе выполненных вызовов станцией СМП г. Краснодара по категориям срочности и сложности было выявлено, что в 23% случаев бригады СМП выезжают к больным с состояниями, не угрожающими их жизни и здоровью (Салеев В.Б., 2007).

Недостаточная работа медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, с хроническими больными, снижение профилактической направленности, неэффективность диспансерного наблюдения является одним из основных причин высокой обращаемости населения за экстренной медицинской помощью (Пайков В.Л., Воронцова М.М., 2016).

В.В. Тарычев (2015; 2016) на основании анализа более миллиона обращений в службу СМП г. Нижнего Новгорода предлагает уточнить и детализировать поводы для вызова скорой медицинской помощи и исключить влияние «человеческого фактора» при отнесении повода к одной из категорий срочности. Им предложено пять категорий вызова в зависимости от срочности и потенциальной опасности для жизни и здоровья пациента.

И.А. Дмитриенко, Н.Д. Згинник, А.В. Фарсегянц (2008) считают, что высокая обращаемость населения в службу СМП ведет к снижению

показателя своевременности начала обслуживания и повышению нагрузки на выездные бригады, что негативно сказывается на качестве оказания экстренной медицинской помощи. По мнению авторов, для решения данной проблемы следует выделять два направления:

- Внедрение организационно-методических мероприятий по исключению из работы службы СМП оказания непрофильной помощи.
- Совершенствование взаимодействия с поликлиниками для выделения из объема деятельности СМП работы с больными хроническими заболеваниями вне фазы обострения.

Анализ реализации Национального проекта «Здоровье» на станции СМП г. Комсомольск-на-Амуре проведенный Е.В. Качаевым, С.И. Барановым, Н.Ю. Майковой, Т.В. Сурыгиной (2008) показал, что основные критерии эффективности деятельности службы СМП за отчетный период (2006-2007) не улучшились. Одним из основных причин такого положения дел, по мнению авторов, является отсутствие показателей и методик оценки работы станций (подстанций), бригад СМП и работающего в их составе персонала.

Проблема снижения своевременности оказания СМП также обусловлены отсутствием законодательной закреплённости данной отрасли как службы экстренного реагирования. В выступлении заместителя председателя комитета по охране здоровья Государственной думы РФ Герасименко Н.Ф. на IX Всероссийском научно-образовательном форуме «Скорая помощь – 2008» отмечалось, что решение о необходимости разработки Федерального закона «О службе скорой медицинской помощи» очевидно, но до настоящего времени нормативный акт находится только в состоянии проекта.

По мнению Е.В. Геращенко (2010) функция оказания неотложной медицинской помощи населению должна быть выведена из полномочий скорой медицинской помощи. Е.А. Николенко, В.Б. Солеев (2011) также считают, что основной причиной роста обращаемости населения в службу

СМП является рост необоснованных обращений и рост количества хронических больных. По мнению данных авторов, вызовы к постоянно и регулярно обращающимся к СМП хроническим больным и к пациентам в алкогольном опьянении должны быть перенаправлены в поликлинику. Это даст возможность решить основные принципы организации оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Однако механизм такого взаимодействия предложен не был и нормативно не закреплен. Также не определена и степень ответственности каждого из лиц, принимающих решение об отказе в обслуживании вызова и передачи его на другой уровень.

Однако высказываются и альтернативные мнения. Так, И.Ю.Болотников (2016) считает, что было бы целесообразно объединение скорой и неотложной медицинской помощи на базе единого центра, которое позволяет передать полномочия по оказанию неотложной медицинской помощи с пунктов неотложной помощи поликлиник на станцию скорой медицинской помощи. Указанное действие, по мнению автора, обеспечит единое руководство процессом оказания экстренной и неотложной помощи. Исследование проведено по материалам деятельности «Центр медицины катастроф и скорой помощи» г.Астрахани.

В.И. Белокриницкий и соавт. (2011) считают, что на увеличение обращаемости населения в службу СМП сказывается и низкая санитарная культура населения, которая не видит разницы между СМП и первичной врачебной медико-санитарной помощью, и отсутствие утвержденных и опубликованных через средства массовой информации правил вызова СМП.

Анализ деятельности службы СМП Пермского края проведенный П.И. Кузенко (2014) свидетельствует о низкой доступности медицинской помощи на дому и об отсутствии информации у населения о возможности получения неотложной медицинской помощи. Так, доля вызовов СМП к хроническим больным составила 11,7% в 2010 г. и 11,2% в 2011 г., при

этом 46% из них приходится на часы работы поликлиник (Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко П.И., Катанова Е.Г., 2012).

Исследование мнения медицинских работников центральных районных больниц Ленинградской области об организации работы догоспитального этапа СМП и приемных отделений больниц показало, что наибольшая доля врачей и средних медицинских работников приемных отделений больниц высказала мнение, что в работе службы СМП их не устраивает доставка пациентов, не нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи в условиях стационара. Такое недовольство было высказано 21,1% респондентов (Багненко С.Ф., Лобжанидзе А.А., Разумный Н.В., Кузенко П.И., 2014).

Совершенствование СМП неразрывно связано с реформированием системы первичной медико-санитарной помощи населению, приоритетными являются задачи развития неотложной медицинской помощи на базе медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях (Парфенов В.Е., Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М., 2012; Мирошниченко А.Г., Стожаров В.В., Барсукова И.М., Линец Ю.П., 2013; Сульдин А.М., Салманов Ю.М., Брынза Н.С. и др., 2017; Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р., 2018; Мустаф Э., Гаров С., Александрова М., 2019; Барсукова И.М., 2019).

По мнению Р.С. Фаршатова, Р.Н. Кильдебекова (2014) несмотря на четкое законодательное определение понятий «экстренная» и «неотложная» медицинская помощь, в отечественных клинических руководствах и исследовательских статьях данные дефиниции не используются в связи с чем, для нужд практического здравоохранения необходим нормативный документ федерального уровня, определяющий общий порядок оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

Большое количество научных работ, посвященных первой помощи, принадлежит Л.И. Дежурному и его соавторам. Эти же авторы ведут активную практическую работу по популяризации первой помощи и



внедрению наработок в жизнь (Дежурный Л.И. и др., 2010). Одна из немаловажных проблем своевременности прибытия СМП на вызов, также связано с длительностью нахождения или задействования остальных бригад СМП на вызовах. Время нахождения на вызове бригады СМП в большинстве случаев зависит от тяжести состояния пациента или объема оказанной помощи, в том числе и первой при травмах и несчастных случаях, до приезда экстренной службы.

Проведенные П.В. Пахомовым, Л.И. Дежурным, К.И. Лысенко (2011) социологический опрос показал, что большинство граждан (60,7%) не считает оказание первой помощи своей задачей. Основными причинами, по которым граждане не готовы оказать первую помощь является отсутствие знаний и практических навыков по оказанию первой помощи (82,1%), боязнь навредить пострадавшему при оказании первой помощи (67,6%), боязнь юридической ответственности (63,5%), отсутствие средств, для оказания первой помощи (51,3%). Одной из проблем обеспечения своевременности оказания СМП была и остается недостаточно тесное взаимодействие станции СМП, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

На современном этапе развития здравоохранения для более эффективного применения ресурсов здравоохранения ряд авторов предлагают провести оптимизацию структуры, технологии и объемов медицинской помощи на догоспитальном и госпитальных этапах (Белоусова М.С., Васильев А.А., 2002; Березкин И.В., Белокриницкий В.И., 2000; Тураев Р.Г., Воронцова М.М., 2007). В частности, предлагается создание единого реестра пациентов (Багдасарьян А.С., Линченко С.Н., Пухняк Д.В. и др., 2017) как элемента информационного взаимодействия между службой СМП и поликлиниками.

Однако, решение указанных задач только административным путем невозможно, необходимы логистические подходы к преемственности, обеспечивающее сокращение ресурсного обеспечения одновременно с

сохранением объема и повышения качества оказания экстренной медицинской помощи, взаимодействие станций СМП, медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, и больничных организаций тесно связанных с работой бригад СМП (Блохин А.Б., Насыбуллина Г.М., Бадаев Ф.И., Кивелева Н.Н., 2003; Зенк Н.Г., Капилевич Л.В., 2005; Улыбин И.Б., Белокриницкий В.И., Фиалко В.А., 2000; Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А., Давыдова Н.С., 2014).

Главной целью взаимодействия службы СМП и поликлиник является нивелирование доли непрофильных вызовов для СМП больным без явных признаков угрозы жизни, т.е. вызовов по поводу неотложных состояний (Фиалко В.А., 2000). По данным О.В. Кривонос (2010), процент непрофильных вызовов на скорую медицинскую помощь в настоящее время достиг 60%.

А.Г. Лукьянова, В.И. Белокриницкий, Д.Ф. Хусаинова (2012) считают, что восстановление «пункта продленного приема неотложных больных в вечерне-ночное время, выходные и праздничные дни» в поликлинике сократит непрофильные вызова для СМП и уменьшит непрофильную нагрузку на приемные отделения стационаров.

Первичная медико-санитарная помощь имеет первостепенное значение для медицинской помощи населению, включающая в себя профилактические, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности. Однако работой поликлиник в России удовлетворены только 40% городского населения (Пучков А.С., 1947; Думбров Д.А., 1983; Каверин Н.М., Елкин П.А., 1984; Логинова Е.А., 1987; Верткин А.Л., Узуева Э.И., 2013).

Получить ответ на вопрос «Почему больные вызывают скорую медицинскую помощь во время работы поликлиник?» попытались В.Б. Мычка, Э.И. Узуева, А.А. Сокол, В.А. Шевцова (2014). По результатам проведенного исследования авторы считают, что основная причина – это

недоверие у пациентов к врачам поликлиники, которая связана с неэффективностью их работы (по мнению пациентов), что, в свою очередь выражается в недостатках подходов к ведению больных, причем уже на начальных этапах.

Установлено существование обратной умеренной зависимости между количеством посещений врача-терапевта участкового на дому и числом обращения населения за СМП. Расчет «коэффициента эластичности» показал, что при увеличении на 1,0% количества посещений врача-терапевта участкового обращаемость населения за СМП снижается на 6,16%. Поэтому одним из путей оптимизации медицинской помощи населению в условиях сокращения больничных организаций и снижения плано-нормативного показателя обращаемости за СМП предлагается контроль за деятельностью персонала поликлиник на основе анализа частоты вызовов линейных бригад СМП (Митин В.А., Игнатов С.Т., 2005; Школьникова С.А., Шеенко Ю.А., Моисеенко И.А. и др., 2000).

Анализ случаев повторных вызовов СМП к больным и факторов мотивирующих отказ больных от предложенной госпитализации при различных состояниях позволил установить, что одной из причин является социальное положение больных (Ордина Н.Б., Андреева М.Р., Савонина Ю.А., 1994; Гревцов А.М., Шелохов К.К., Северинко С.И., Лымарев Л.Ф., 2000; Попов В.П., Колясников О.В., Трутников Ю.В., Рогожина Л.П., 2003; Жуков А.Е., Петровский И.Д., Тиунов В.К. и др., 2004; Калининская А.А., Шляфер С.И., Дзугаев А.К., 2005; Мартынов В.Н., Щепин В.О., 2009; Болобонкина Т.А., Становов Н.Э., Леонченко С.В., 2018; Никонова Е.М., Оберемок С.Е., Шатохина Я.П., 2019).

Установлена зависимость обращаемости от увеличения возраста больных (Салеев В.Б., Когаринов В.В., 2002; Салеев В.Б., 2007; Черкасов С.Н., Мешков Д.О. и др., 2016; Артюхов И. П., Капитонов В.Ф., Капитонов Ф.В. и др., 2018; Ершов В.И., Салманов Ю.М., Раджабова И.К., 2017). Предпринимались попытки установить закономерности частоты

обращений в зависимости от дней недели (Белов В.С., Самаркин А.И. и др., 2018), времени суток (Беляева В.А., 2018; Коломейчук С.Н., Белашев Б.З., Нилов М.Ю., 2018), а также сезонности (Хаснулин В.И., Гафаров В.В. и др., 2015; Абильтаев А.М., Конабеков Б.Е. и др., 2019; Беляева В.А., 2019).

В государственной программе «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 годы» определено, что «в целях повышения оперативности прибытия бригад скорой медицинской помощи на экстренные вызовы, для повышения профильности выездов бригад скорой медицинской помощи создана и развивается система оказания неотложной медицинской помощи на базе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». Указанные организационные механизмы позволяют передать часть объемов скорой медицинской помощи на отделения неотложной помощи медицинских организаций и, тем самым, сократить число выездов к пациентам, которым не требуется оказание экстренной медицинской помощи (Шляфер С.И., 2015).

Как отмечают О. Ю. Александрова, Т. В. Рамненко (2015) в связи с «введением понятия «неотложная медицинская помощь» ... ситуации, когда бригада скорой помощи не приезжает на вызов, а диспетчер направляет больного, вызвавшего скорую медицинскую помощь, в поликлинику для оказания ему неотложной медицинской помощи, часто заканчиваются причинением вреда жизни и здоровью человека не оказанием или несвоевременным оказанием медицинской помощи». Авторы считают, что необходима «... разработка критериев неотложности состояний и неотложности медицинской помощи, а также разработка алгоритмов действия медицинских работников и медицинских организаций при неотложных состояниях» в целях предотвращения последствий для больного и правовых последствий для медицинских организаций.

Несмотря на установленные законодателем определения «экстренной» и «неотложной» медицинской помощи остаются вопросы с пониманием состояний, угрожающих жизни пациента (Фаршатов Р. С., Кильдебекова Р. Н., 2014). Экстренные и неотложные состояния нередко трактуются как «острые» и «хронические» (Кузенко П. И., 2014). Попытку разъяснить отличие экстренных состояний от неотложных состояний можно увидеть в работах Тарычева В. В. (2015), который выделяет 5 категорий срочности вызова в зависимости от нуждаемости пациента в лечебно-эвакуационных мероприятиях. При этом, поводы для вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи в основном повторяют поводы, обозначенные в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н. Нововведением является выделение из группы неотложных состояний, таких состояний, которые могут быть переадресованы в службу неотложной медицинской помощи поликлиники (3-я категория срочности).

Автор указывает, что перечисленные поводы переадресуются диспетчером СМП в поликлинику во время ее работы. Остается неясным как диспетчер службы СМП сможет установить при разговоре с пациентом по телефону отсутствие признаков психических расстройств при реакции на стресс или отсутствие признаков прободения, кровотечения при болях в животе. Очевидно, что в таких случаях необходимо присутствие врача. Одним из путей решения может стать внедрение современных информационных систем поддержки принятия решений на основе метода экспертных оценок и имитационного моделирования потребности (Полищук Н.О., 2017; Бегичева С.В., 2019).

Таким образом, проведенный анализ отечественной литературы показал, что работы в основном посвящены вопросам организации, преемственности в деятельности СМП, медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных и стационарных условиях,

планированию численности бригад СМП, организации медицинской помощи в условиях массовых поражений и чрезвычайных случаях.

Среди базовых проблем службы СМП выделяются такие как ухудшение оперативной обстановки, увеличение обращаемости, ухудшение материально-технического оснащения бригад, высокий процент износа медицинского оборудования и автотранспорта, обострение социально-психологических проблем у персонала, снижение доступности.

На фоне указанных проблем отмечается громоздкость и многоступенчатость службы, отсутствие системы организационных мероприятий и научно обоснованных рекомендаций, высокая затратность с многочисленными необоснованными выездами к амбулаторным пациентам, недостаточная техническая и медицинская обеспеченность, отсутствие четкой системы управления этим специфическим сектором здравоохранения, следствием которого факт ежегодного роста количества обращений в службу СМП больных с хроническими заболеваниями, которым медицинская помощь могла бы быть оказана в амбулаторных условиях.

Существующие проблемы СМП тесно связаны с проблемами организации и функционирования медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, с одной стороны, и экстренной стационарной помощи с другой стороны. Недостаточная работа медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, с хроническими больными, снижение профилактической направленности, неэффективность диспансерного наблюдения является одним из основных причин высокой обращаемости населения за экстренной медицинской помощью.

В целях повышения эффективности оказания медицинской помощи и снижение затрат на обслуживание непрофильных вызовов СМП, возможно, имеет смысл разграничение вызовов по критерию нуждаемости в экстренных лечебно-диагностических мероприятиях и передача части

вызовов в поликлиники. Однако, вопросы распределения вызовов между поликлиникой и СМП в части алгоритмов и решающих правил, а также сами механизмы такого распределения остаются неизвестными.

Необходима разработка критериев неотложности состояний и неотложности медицинской помощи, а также разработка алгоритмов действия медицинских работников и медицинских организаций при неотложных состояниях. Распознавание неотложных состояний одна из самых актуальных и малоизученных проблем в ургентной медицине. Одним из путей решения может стать внедрение современных информационных систем поддержки принятия решений на основе метода экспертных оценок и имитационного моделирования потребности.

Таким образом, вопросы совершенствования деятельности службы СМП являются актуальными и недостаточно изученными на современном этапе. Наиболее перспективным является распределение нагрузки между службой СМП и медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, однако главным нерешенным вопросом в рамках такого подхода является методика разделения вызовов на экстренные и неотложные, которая на настоящем этапе развития медицинской науки отсутствует. Созданию такой методики и посвящено настоящее исследование.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Программа исследования

Исследование деятельности скорой медицинской помощи проведено в период 2009-2018 годов. Период исследования данных - 1997 -2018 годы. Территория исследования: г.Сургут, который является крупнейшим промышленным центром Ханты-Мансийского автономного округа.

Основной понятийный аппарат (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):

*Медицинская помощь* - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

*Заболевание* - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

*Состояние* - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

*Скорая, в том числе скорая специализированная*, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне



медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

*Экстренная* - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

*Неотложная* - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

**Объект исследования** – служба СМП г.Сургут.

**Предмет исследования** - система организации скорой и неотложной помощи населению г.Сургут

**Единицы наблюдения:** население г.Сургут, обращение за медицинской помощью в службу СМП, пациент, обратившийся за медицинской помощью в службу СМП.

Этапы и методика организации исследования представлены в таблице 2.1.

В качестве материала исследования были определены:

- данные о деятельности БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» (форма № 40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» за 2009-2014 гг., форма № 30 «Сведения о медицинской организации» за период 2015-2018 годов);

- данные о демографической ситуации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югра и Российской Федерации;

- анкеты опроса населения «Определение удовлетворённости оказания скорой медицинской помощи» (6380 анкет) и «Опрос мнения пациентов» (2380 телефонных интервью).

- карты экспертного опроса в количестве (34 шт.).

Исходя из поставленных задач, в работе использованы следующие методы исследования: монографический, аналитический, статистический,

социологический, метод экспертных оценок, математического моделирования.

Таблица 2.1

## Методика и организации исследования

Наименование этапа	Методы исследования
Этап 1 Подготовительный (определение актуальности, цели и задач исследования, планирование исследования)	
Теоретический анализ подходов к организации скорой и неотложной медицинской помощи по данным литературы.	Аналитический Монографический
Этап 2. Составление программы исследования	
Определение методик исследования. Отбор единиц наблюдения и формирование групп, фильтрация и табличное представление данных.	
Этап 3. Организация и проведение исследования	
Изучение динамики демографической ситуации в городе Сургут и формирование прогноза ее изменения в г.Сургут до 2025 года.	Математическое моделирование
Анализ показателей деятельности системы скорой медицинской помощи г.Сургут.	Статистический Аналитический
Изучение причин обращений населения г.Сургут в службу СМП.	Статистический Аналитический Социологический
Исследование факторов, способствующих принятию решения о вызове бригады скорой медицинской помощи населением	
Этап 4. Синтез полученных данных. Организационный эксперимент. Формулирование выводов и рекомендаций	
Разработка мероприятий по совершенствованию организации скорой медицинской помощи и оценка эффективность их внедрения	Экспертных оценок Статистический Аналитический

Для каждой задачи исследования предусматривались источник информации и используемые методы сбора и анализа полученного материала. Для определения необходимого объема исследуемой совокупности применяли методику определения необходимого объема выборки для бесповторной выборки (один респондент заполнял анкету

социологического исследования один раз) (Отдельнова К.А., 1980) (табл.2.2).

Таблица 2.2  
Необходимый объем выборки (наблюдений)

№ п/п	Вид исследования	Желаемая точность исследования $K=\Delta/\square$	t=2,0 p=0,95	t=2,5 p=0,98	t=3,0 p=0,99
1	Ориентировочное знакомство	0,5	15	25	36
		0,4	25	39	56
		0,3	44	69	100
2	Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3	Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Таким образом, использованный объем выборки превышал необходимый для исследования повышенной точности, что позволяет рассматривать использованную выборку в качестве репрезентативной.

Этапный характер математической обработки получаемых результатов включал в себя: обоснование сравнимости исследуемых групп, выбор метода обработки результатов, статистический анализ полученного материала и компьютерная обработка с использованием как стандартных, так и авторских программ. Предварительная обработка материала заключалась в проверке критериев «нормальности» распределения в исследованных выборках.

В работе применялись статистические методы определения средних величин, среднеквадратического отклонения, дисперсий. При сравнении групп в качестве «нулевой гипотезы» принимали отсутствие достоверной разницы между исследуемыми группами. Минимальный порог достоверности – 95% вероятности отрицания или принятия нулевой гипотезы. В работе использовали следующие критерии достоверности

различий: параметрический критерий Стьюдента и непараметрический критерий  $\chi^2$ . Полученные значения функций сравнивались со стандартными табличными значениями для двустороннего распределения.

Математическое моделирование проводили на «обучающей» выборке (данные периода 1997-2013 года) методом аппроксимации. Полученные данные модели за период 2014-2018 годов сравнивали с реальными данными демографической статистики. Если расхождение не превышало 1%, то математическая модель рассматривалась как пригодная для использования. Строились модели динамики на среднесрочную перспективу (пятилетний интервал 2019-2023 года).

В связи с отсутствием в Российской Федерации классификации причин вызовов СМП, в рекомендациях использована Международная классификация болезней 10 пересмотра. Однако, исходя из объективных сложностей установления заключительного диагноза, повода (причины) обращений, с установленной в МКБ-10 детализацией, использованы «Группы заболеваний» по профилю первичной консультации врача-специалиста в том, числе:

- ✓ группа инфекционных заболеваний (рубрики A04.9-A87.8, B00.9-B88.9, G00.9-G04.9, J00-J06.9, K12.0-K12.1, K29.1, R50.9);
- ✓ группа психоневрологических заболеваний (рубрики F03-F99, G32.2-G96.8, I64-I70.2, Q03.8-Q40.0, M42.0, T90.2-T94.0, R55-R56.8, Z91.5);
- ✓ группа травматических повреждений (рубрики S00.0-S99.8, T00-T33.8);
- ✓ группа хирургических заболеваний (рубрики C06.0, K02.9-K10.8, K35-K66.0, K80.0, K80.5-K81.0, K85-K85.9, K86.8-K92.3, K22.2-K26.9, I60.9-I62.9, I71.6-I88.0, J34.8-J38.5, J93.1, L02.0-L08.0, L60.0-L97, M25.0, M86.6-M86.9, N20-N48.1, T79.3, T81.0-T88.8, R58-R63.8);
- ✓ группа акушерско-гинекологических причин обращений (рубрики O00-O92.7, N70.0-N94.9, Z32.0-Z38.2);

- ✓ группа заболеваний терапевтического характера (рубрики I06.9-I71.9, T36.0-T78.9, C00-D. 48, E04.0-E16.2, J18.0-J30.4, J20.9-J34.8, J38.5-J90, K29.5-K31.9, K70.1-K74.6, K80.1-K80.3, K86-K86.1, M00.8-M24.9, M79.2, R00.1);
- ✓ группа прочих заболеваний (рубрики C009-C97, D16.6-D64.9, L08.0-L50.9, L98.6-L98.8, L74.3, N11.9-N18.9Z00.0, T95.9P24.3-P96.8, R21-R23.8, R40.2, R98-R99).

С целью проведения дифференцировки поводов и в последующем разработки критериев принятия решения о неотложности состояния для переадресации вызова в отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи в поликлиники города был использован метод экспертных оценок - метод организации работы со специалистами-экспертами и обработки мнений экспертов.

Согласно репрезентативной теории измерений, служащей основой теории экспертных оценок использовалась порядковая шкала измерений качественных признаков для установления порядка между объектами (Орлов А.И., 2002; Добренъков В.И., Кравченко А.И., 2004; Батулин В.К., 2012).

Решением органа управления здравоохранением г. Сургут была создана рабочая группа, в состав которой вошли эксперты в области скорой медицинской помощи (17 человек): заведующие подстанциями (3 человека), старшие врачи скорой медицинской помощи (2 человека), старшие фельдшера подстанций (3 человека), врачи (4 человека) и фельдшера (5 человек) специализированных и общепрофильных врачебных и фельдшерских бригад СМП. Основанием для включения в группу был достаточный стаж работы по специальности (10 лет и более), наличие высшей квалификационной категории. Председателем рабочей группы являлся заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части.

Формат работы группы предусматривал проведение еженедельных очных сборов для обсуждения предложений и принятия решения. Регламент принятия решения предусматривал достижения согласия всех членов группы по каждому из решений. На первом этапе членами рабочей группы были изучены и проработаны вся нормативная документация (законы, приказы Минздрава России, приказы Департамента здравоохранения ХМАД-Югры, клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи детскому и взрослому населению).

На втором этапе проведена обработка результатов с использованием метода определения весовых коэффициентов (с последующим выделением групп индикаторов по степени приоритета (влияния) и метода иерархического кластерного анализа с пошаговым алгоритмом разбиения выборки на группы.

На третьем этапе разработаны рекомендации по совершенствованию деятельности СМП в г.Сургут.

Использованные данные позволили получить результаты для решения поставленных задач и достижения цели исследования.

## **2.2. Характеристика базы исследования**

Медицинское обслуживание населения г. Сургута в части оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляют 5 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, городская больница № 1 и две городские стоматологические поликлиники. Медицинское обслуживание населения г. Сургута в части оказания специализированной медицинской помощи осуществляют пять бюджетных учреждений ХМАО-Югры, два казенных учреждения ХМАО-Югры и одно муниципальное бюджетное учреждение, включая «Бюджетное учреждение ХМАО-Югры Сургутская окружная клиническая больница», Бюджетное учреждение ХМАО-Югры Окружной

кардиологический диспансер Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Бюджетное учреждение ХМАО-Югры Окружная клиническая больница Травматологический центр, Бюджетное учреждение ХМАО-Югры Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер, Бюджетное учреждение ХМАО-Югры Сургутский клинический перинатальный центр, Казенное учреждение ХМАО-Югры Сургутский клинический противотуберкулёзный диспансер, Казенное учреждение ХМАО-Югры Сургутский клинический психоневрологический диспансер, Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городской врачебно-физкультурный диспансер.

Обеспеченность врачебными кадрами и средним медицинским персоналом населения г. Сургута более высокая, что объясняется наличием в городе медицинского института при Сургутском государственном университете и медицинского училища, способствующими решению кадровых проблем как городского, так и окружного здравоохранения.

Обеспеченность населения г. Сургута медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, сопоставимо с обеспеченностью населения автономного округа, но в связи с постоянным ростом городского населения отмечены тенденции к снижению уровня обеспеченности. Обеспеченность населения г. Сургута койками круглосуточного стационара за исследуемый период снизилась за счет роста численности населения, однако обеспеченность койками дневных стационаров увеличивалась.

Служба скорой медицинской помощи г. Сургута организована в августе 1961 г. на основании решения исполнительного комитета Сургутского районного Совета депутатов трудящихся Ханты-Мансийского национального округа Тюменской области в составе пункта скорой медицинской помощи. В настоящее время БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» с числом обслуживаемых вызовов свыше 100 тыс. в год, является внекатегорийной

медицинской организацией, оказывающим круглосуточную скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь населению в экстренной и неотложной формах в границах муниципального образования г.Сургут на площади 353,97 км<sup>2</sup> и за территорией города: 30 км дороги Сургут – Федоровский и 12 км дороги Сургут – Лянтор (Рис.2.1). Общая численность обслуживаемого населения на 01.01.2018 г. составила 370 632 человек, из них детского населения – 97 287 человек (26,2%).



Рис. 2.1. Территория обслуживания БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи представлена тремя подстанциями. В целях обеспечения оперативности работы, подстанции СМП располагаются с расчетом возможности прибытия бригады к пациенту и пострадавшему в пределах 20 минут с момента поступления вызова.

Оперативный отдел (диспетчерская служба) является структурно-функциональным подразделением БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» обеспечивающим своевременность оказания СМП. Оперативный отдел создан в целях обеспечения централизованного приема обращений (вызовов) населения за СМП,



незамедлительной передачи вызовов выездным бригадам СМП, оперативного управления и контроля за работой выездных бригад СМП.

Таблица 2.3

Динамика изменения штатного расписания станции скорой медицинской помощи города Сургута за 2016 - 2018 года (период проведения эксперимента по внедрению новых организационных технологий) (абс., %)

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	Динамика %
Общее число должностей				
штатных	676,5	676,5	611	-9,7
занятых	632	642	591	-6,5
физических лиц	543	536	498	-8,3
врачей				
штатных должностей	97	97	84	-13,4
занятых должностей	70,5	75,5	71	+0,7
физических лиц	42	42	39	-7,1
средний медицинский персонал				
штатных должностей	335,5	335,5	322,5	-3,9
занятых должностей	319,5	330,5	317,5	-0,6
физических лиц	287	289	275	-4,2
прочий персонал				
штатных должностей	244	244	204,5	-16,2
занятых должностей	242	236	202,5	-16,3
физических лиц	214	205	184	-14,0
водители из числа прочих				
штатных должностей	159,5	159,5	150	-6,0
занятых должностей	159,5	159,5	150	-6,0
физических лиц	143	141	132	-7,7

В оперативном отделе БУ «Сургутская городская станция скорой медицинской помощи» с 1995 года функционировала Автоматизированная диспетчерско-информационная система, которая представляла электронную базу данных контролирующих работу диспетчерской службы, поступивших вызовов и обращений. В связи с информатизацией

системы здравоохранения, формированием единой электронной карты пациента, внедрением системы дистанционного контроля и визуализации выездных бригад СМП на карте города в 2017 году в рамках реализации распоряжения Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 22 мая 2015 г. № 256-рп «О соглашении между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Ханты-Мансийского автономного округа – Югры о взаимодействии в сфере развития единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015 – 2018 гг.», в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 06.11.2015 г. №1251 «О вводе в эксплуатацию» на станции функционирует программа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Управление станциями скорой медицинской помощи «103», которая в соответствии с лицензионным договором № К-18-Т/101-1 для Ханты-Мансийского автономного округа – Югры имеет название «Унифицированное программное решение для обеспечения функции диспетчеризации санитарного автотранспорта (УПР)».

В целом по медицинской организации за последние 3 года (период проведения эксперимента по внедрению новых организационных технологий) отмечается уменьшение количества должностей по штатному расписанию и соответственно снижение числа ставок на 6,5%, а также уменьшение числа физических лиц на 8,3%. Наибольшее уменьшение по количеству штатных единиц по ставкам прочего персонала на 16,2% и врачей - на 13,4%. Данные изменения связаны с проведением мероприятий по улучшению эффективности управления персоналом и упорядочиванием штатного расписания (табл.2.3).

### **ГЛАВА 3. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И ПРОГНОЗ ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ В г.СУРГУТ**

Согласно программе исследования была изучена демографическая ситуация в г.Сургут за период 1997-2018 годов. Изменение численности и возрастного состава населения однозначно может оказывать влияние на уровень потребности в медицинской помощи, в том числе и СМП, так как доказано, что большая инертность системы здравоохранения при осуществлении процесса долгосрочного и среднесрочного планирования требует информации о трендах и возможных изменениях критических процессов, в частности демографических показателей. До настоящего времени использование среднесрочных, а тем более долгосрочных, прогнозов с целью планирования необходимых объемов и структуры медицинской помощи нормативно не предусмотрено. Несмотря на вероятные негативные эффекты, такие как снижение доступности и качества медицинской помощи, степени удовлетворенности населения, уменьшение эффективности использования ресурсов, практика использования при планировании только статических демографических данных, сложившиеся на начало периода, предшествующего планируемому, продолжается (Черкасов С.Н. и др., 2016; 2017; 2018). Кроме того, применяемые нормативы планирования не учитывают специфики демографической ситуации в конкретном субъекте, а также особенности структуры потребности в медицинской помощи различных возрастно-половых групп населения.

Наиболее оптимальным представляется использование для оценки потребности и формирования программ развития системы медицинского обеспечения прогнозных демографических показателей. Оптимальным можно считать пятилетний срок прогнозирования, так как данный период позволяет не только разработать программу мероприятий, но и обеспечить

систему здравоохранения кадровым ресурсом, как наиболее важным, финансово ёмким и требующим длительного периода подготовки.

В соответствии с задачами исследования был проведен анализ динамики демографической ситуации в г.Сургуте за семнадцатилетний период с 1997 по 2013 годы («обучающая» выборка для моделирования). Использовались данные Федерального статистического наблюдения. Статистические данные сглаживались методом скользящей средней.

Далее был выполнен прогноз развития демографической ситуации на основе построенных математических моделей динамических изменений анализируемых демографических показателей. Функцию, коэффициент аппроксимации которой был наибольшим, принимали как математическую модель. В качестве периода наблюдения использовали календарный год.

Оценивалась адекватность созданных математических моделей путем сравнения данных моделирования и реальных данных за 2014-2018 годы. Моделирование проводили по трем возрастным группам населения: взрослое, дети (0-14 и 15-17 лет).

Данные о количестве постоянного населения используются в расчетах обеспеченности медицинскими кадрами, койками и расчета контингентов больных, находящиеся на конец года под наблюдением медицинских организаций. В связи с этим крайне важным представляется иметь среднесрочный прогноз демографических изменений для своевременного принятия управленческих решений в плане ресурсного обеспечения системы здравоохранения.

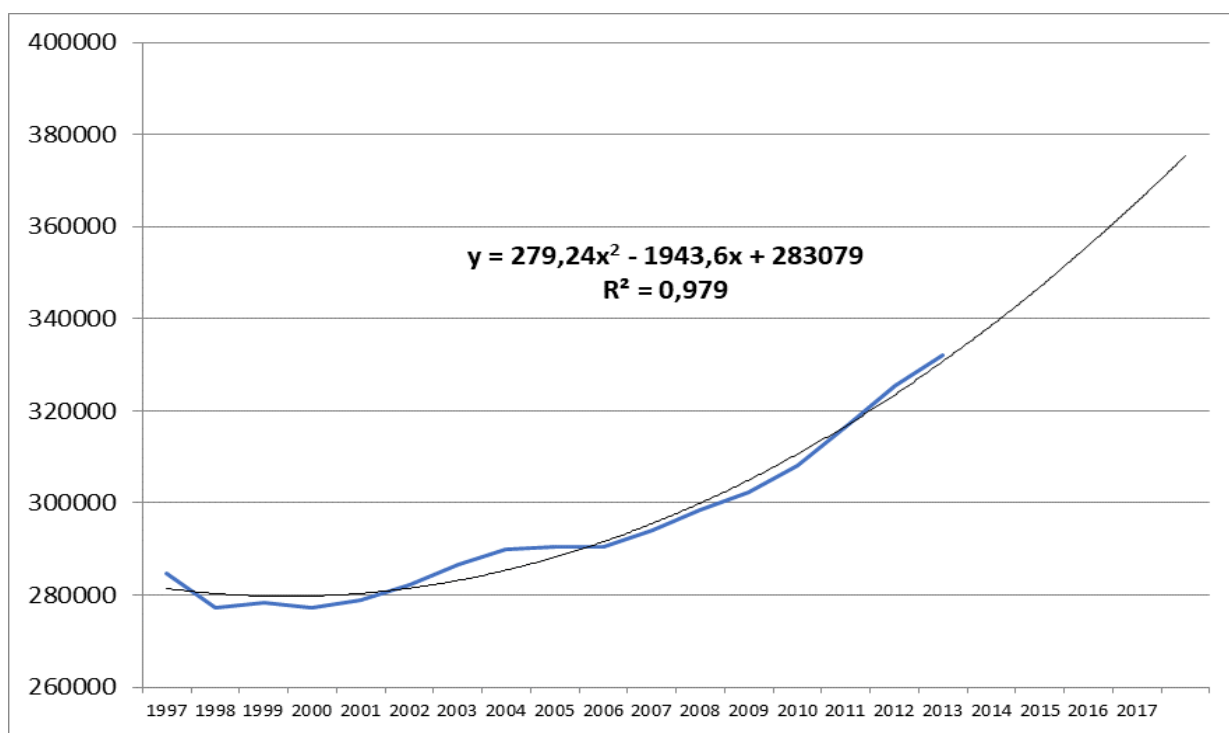
Данные федерального статистического наблюдения в г.Сургут за период 1997-2013 гг. представлены в таблице 3.1 («обучающая» выборка для моделирования демографической ситуации). Исходя из имеющихся сведений, были построены графики изменений каждого из показателей и методом аппроксимации выполнен прогноз на 5 лет, то есть до 2018 года. На рисунке 3.1 представлена динамика изменений численности постоянного населения г.Сургут за исследуемый период и математическая

модель с прогнозом на 5 лет. Такой подход позволил проверить адекватность созданных моделей и возможность их использования в дальнейшей работе.

Таблица 3.1

Численность постоянного населения г. Сургута Ханты-Мансийского автономного округа за период 1997-2013 гг. (на начало года по данным Департамента здравоохранения ХМАО-Югры) (обучающая выборка для моделирования демографической ситуации) (абс.число, %)

Годы	Дети (0-14 лет)		Дети (15-17 лет)		Взрослые (18 и старше)		Всего
	чел. абс.число	Удельный вес в %	чел. абс.число	Удельный вес в %	чел. абс.число	Удельный вес в %	
1997	68924	24,2	13781	4,8	192095	67,5	284800
1998	66452	24,0	16261	5,9	194395	70,2	277108
1999	63354	22,8	19762	7,1	195284	70,2	278400
2000	60276	21,7	16665	6,0	200259	72,2	277200
2001	58164	20,8	16550	5,9	204186	73,2	278900
2002	56124	19,9	17175	6,1	209001	74,0	282300
2003	55681	19,4	17028	5,9	213891	74,6	286600
2004	52626	18,2	14919	5,2	222380	76,7	289925
2005	53327	18,3	14423	5,0	222891	76,7	290611
2006	53716	18,5	13085	4,5	223797	77,0	290598
2007	54092	18,4	11762	4,0	228193	77,6	294047
2008	55330	15,5	10631	3,6	232494	77,9	298455
2009	56845	18,8	10451	3,4	234905	77,7	302201
2010	57197	18,5	9771	3,1	241163	78,2	308131
2011	60084	18,9	9354	2,9	247186	78,0	316624
2012	63853	19,6	9301	2,8	252269	77,5	325423
2013	67193	20,2	10421	3,1	254475	76,6	332089



— численность населения      — прогноз

Рис.3.1. Динамика изменений численности постоянного населения г.Сургут за исследуемый период и математическая модель с прогнозом на 5 лет (абс.число).

Таблица 3.2

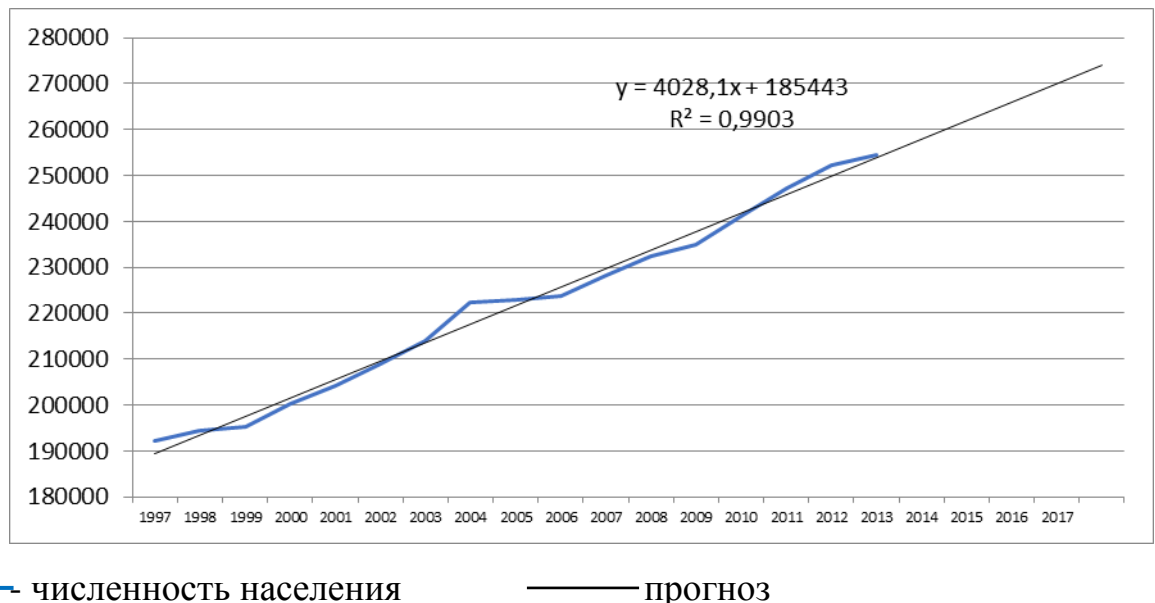
Сравнение реальных данных о численности постоянного населения г.Сургут и результатов моделирования на период 2014-2018 годов (абс. число, %)

Год	Расчетные данные (результаты математического моделирования) о численности постоянного населения в соответствии с моделью (абс. число)	Реальные данные о численности постоянного населения (данные статистики) (абс. число)	Разница между реальными и расчетными данными (%)
2014	338568	340845	0,67
2015	346956	348643	0,48
2016	355903	360590	1,3
2017	365408	366189	0,21
2018	375472	373940	0,41

На временном интервале 1997-1999 годов наблюдалось снижение численности постоянного населения, тогда как в последующие периоды фиксировался рост, который наиболее качественно можно описать параболой с положительным первым коэффициентом. Коэффициент аппроксимации такой модели чрезвычайно высок ( $R^2=0,979$ ).

В соответствии с предложенной моделью были рассчитаны значения численности постоянного населения, которые представлены в таблице 3.2. Различия между реальными и расчётными данными не превышала одного процента (за исключением 2016 года, когда расхождение составило 1,3%). Следовательно, полученная модель адекватно отражает изменение численности постоянного населения с погрешностью около 1%, что позволяет рекомендовать ее для использования при среднесрочном планировании будущих периодов.

Однако при демографическом анализе были выделены три возрастные группы населения: взрослые, дети (0-14 лет и 15-17 лет). Поэтому для уточнения модели динамики демографической структуры были построены три модели, по одной для каждой возрастной группы.



— численность населения

— прогноз

Рис.3.2. Динамика изменений численности взрослого населения (18 лет и старше) г.Сургут за исследуемый период и математическая модель с прогнозом на 5 лет (абс. число).

Модель динамики численности взрослого населения г.Сургут может быть представлена линейной функцией (коэффициент аппроксимации  $R^2=0,99$ ). Погрешность созданной модели не превышает 2.5%, что позволяет ее рекомендовать для использования при осуществлении процесса планирования (табл.3.3).

В соответствии с предложенной моделью ежегодное увеличение численности взрослого населения составит 4000 человек, что необходимо учитывать при планировании потребности в объемах скорой и неотложной медицинской помощи. Такое увеличение еще более обострит проблему высокой нагрузки на службу скорой медицинской помощи. Решение ее экстенсивными путями (наращивание количества бригад) требует большего количества привлеченных ресурсов, которые в дефиците. Поэтому наиболее оптимальным путем является интенсивный путь развития службы во взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Правильность такого подхода была подтверждена в ходе исследования.

Таблица 3.3

Сравнение реальных данных о численности взрослого населения г.Сургут и результатов моделирования на период 2014-2018 годов  
(абс. число, %)

Год	Расчетные данные (результаты математического моделирования) о численности взрослого населения в соответствии с моделью (абс. число)	Реальные данные о численности взрослого населения (данные статистики) (чел. абс.)	Разница между реальными и расчетными данными (%)
2014	257948	260812	1,1
2015	261976	264393	0,9
2016	266005	272604	2,5
2017	270033	273813	1,4
2018	274061	278407	1,6



Динамика численности детского населения (0-14 лет) представлена на рисунке 3.3. Наиболее оптимальная математическая модель данного процесса - это парабола с положительным коэффициентом (коэффициент аппроксимации  $R^2=0,987$ ). Наиболее низкие показатели численности детского населения наблюдались в 2004 году. После 2004 года регистрировался постоянный рост численности детского населения.

Данные о погрешности созданной модели свидетельствуют об увеличении ее величины (табл.3.4), и превышении расчетных данных над реальными. Это может быть обусловлено снижением коэффициента рождаемости или коэффициента миграционного прироста детского населения или увеличением показателя смертности детей в возрасте от 0 до 14 лет.

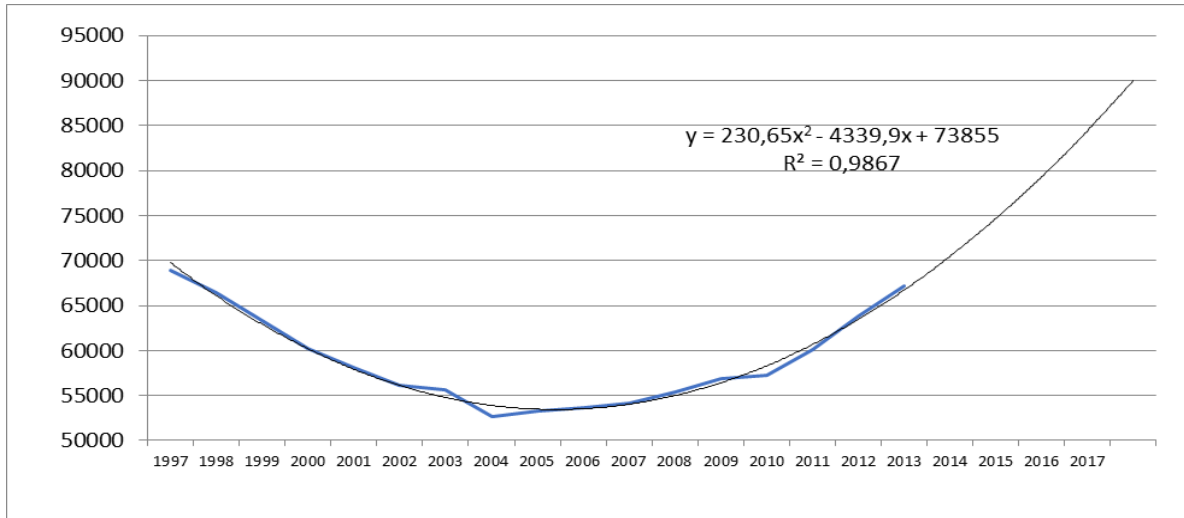
Таблица 3.4

Сравнение реальных данных о численности детского населения (0-14 лет) г.Сургут и результатов моделирования на период 2014-2018 годов (абс. число, %)

Год	Расчетные данные (данные математического моделирования) о численности детского населения в соответствии с моделью (абс.число)	Реальные данные о численности детского населения (данные статистики) (абс.число)	Разница между расчетными и реальными данными (%)
2014	70467	70374	0,13
2015	74661	74280	0,51
2016	79317	77609	2,2
2017	84433	81275	3,9
2018	90011	83696	7,5

Несмотря на имеющиеся причины расхождения значений, необходимо корректировать данные модели путем снижения прогнозируемой численности детского населения ежегодно на 1,5% от рассчитанной величины. Этот подход позволит адекватно прогнозировать численность детского населения в среднесрочном периоде (до 7-10 лет),

тогда как при составлении прогноза на более длительную перспективу необходимо учитывать изменение фундаментальных параметров, указанные выше.

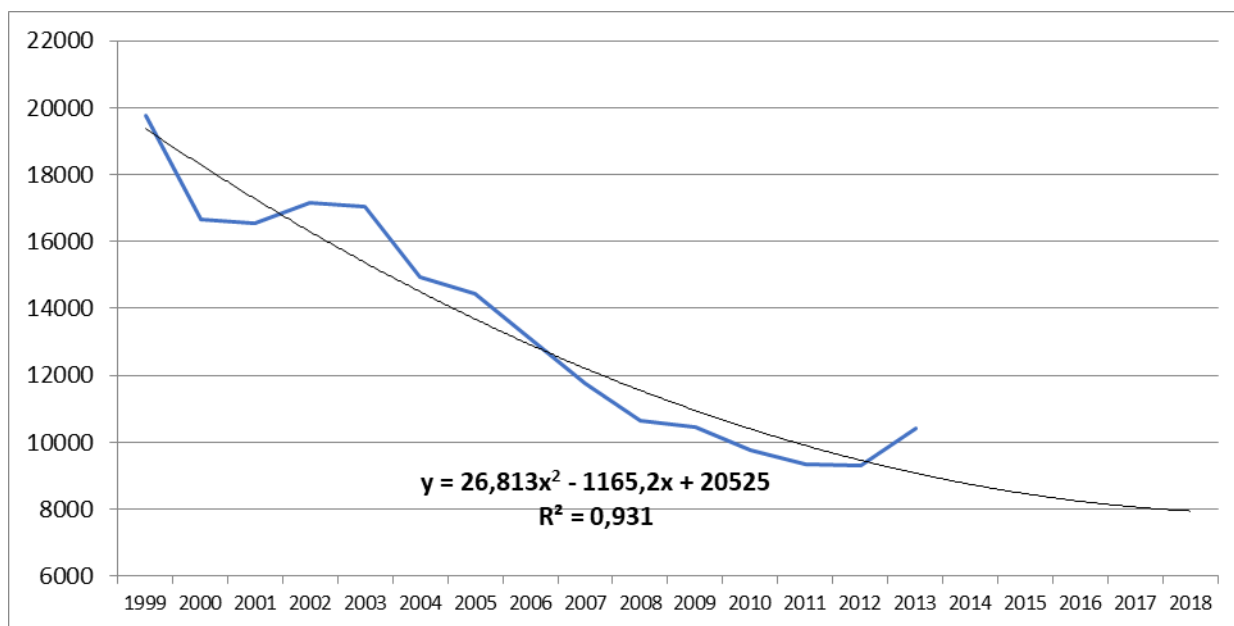


— численность населения      — прогноз

Рис.3.3. Динамика изменений численности детского населения г.Сургут за исследуемый период и математическая модель с прогнозом на 5 лет (абс. число).

Наибольшие затруднения вызвал процесс математического моделирования численности детей 15-17 лет, проживающих в г. Сургут. Стандартный подход к созданию модели позволил получить нисходящую параболу с положительным первым коэффициентом. Однако, анализ динамического ряда свидетельствует о том, что после фиксации минимального уровня в 2012 году наблюдался подъем численности детей 15-17 лет, проживающих в г. Сургут.

Учитывая данные по численности детского населения (0-14 лет), представленные ранее (рис.3.3) можно предположить, что регистрируются аналогичные тенденции только со смещением во времени. Минимальный уровень детского населения (0-14 лет) был зафиксирован в 2004 году, а минимальный уровень численности детей (15-17 лет) в 2014 году.



— численность населения      — прогноз

Рис.3.4. Динамика изменений численности детей (15-17 лет), проживающих в г.Сургут за исследуемый период и математическая модель с прогнозом на 5 лет (абс. число).

Таблица 3.5

Сравнение данных о численности детей 15-17 лет, проживающих в г.Сургут и результатов моделирования на период 2014-2018 годов (абс. число, %)

Год	Расчетные данные (данные математического моделирования) о численности детей (15-17 лет) в соответствии с моделью (абс. число)	Реальные данные о численности детей (15-17 лет) (данные статистики) (абс. число)	Разница между реальными и расчетными данными (%)
2014	8239	9659	17,2
2015	8065	9970	23,6
2016	7946	10377	30,6
2017	7880	11101	40,9
2018	7868	11837	50,4

Логично предположить, что после минимального уровня численности детей (15-17 лет) будет наблюдаться фаза подъема, также как и в случае с населением (0-14 лет).

Данные, представленные в таблице 3.5, подтверждают сделанные предположения. Так, на протяжении 2014-2017 годов наблюдался рост численности детей 15-17 лет, который с большой степенью вероятности будет продолжаться и в дальнейшем.

Для подтверждения сделанного предположения был построен новый прогноз, который основывался на факте повышения численности детей 15-17 лет после 2014 года. Новая модель также выражалась параболой, но с другими коэффициентами. Она показала хорошее совпадение с реальными данными ( $R^2=0,96$ ), расхождение составило не более 1,5%, что вполне допустимо для среднесрочного прогноза.

Таким образом, построенные модели позволяют прогнозировать численность трех возрастных групп населения, которые отличаются объемами потребности в скорой и неотложной медицинской помощи. Так как проверка точности прогноза показала положительные результаты, то был сделан прогноз на период до 2025 года с расчетом возрастной структуры населения (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Результаты моделирования численности населения, проживающего в г.Сургут и его возрастной структуры на период до 2025 года (абс.число, %)

Возрастная группа	Данные 2017 года (абс. число)	Возрастная структура (в %)	Данные модели на 2025 год (абс. число)	Возрастная структура в соответствии с моделью (%)
Дети (0-14 лет)	81275	22,2	141975	30,4
Дети (15-17 лет)	11101	3,0	22369	4,8
Взрослое населения (18 лет и старше)	273813	74,8	302257	64,8
ИТОГО	366189	100,0	466601	100,0

За 9 лет (до 2025 года) ожидается повышение численности детского населения (0-14 лет и 15-17 лет) на 78,0%, что приведет к изменению

возрастной структуры в части снижения численности взрослого населения. Повышение численности детского населения (0-14 лет) необходимо учитывать при планировании потребности в медицинской помощи, в том числе и скорой и неотложной.

Таблица 3.7

Показатели естественного движения населения г. Сургута в 2002-2018 гг.

(по данным ДЗ ХМАО-Югры) (в ‰)

Год	Коэффициент рождаемости, ‰			Коэффициент смертности, ‰			Естественный прирост (убыль), ‰		
	Сургут	ХМАО	РФ	Сургут	ХМАО	РФ	Сургут	ХМАО	РФ
2002	13,4	13,4	9,8	6,8	7,0	16,3	6,6	6,4	-6,5
2003	14,9	14,0	10,2	6,9	6,9	16,4	8,0	7,1	-6,2
2004	15,2	13,9	10,2	6,7	6,7	16,0	8,5	7,2	-5,8
2005	14,0	13,6	10,2	7,1	7,1	16,1	6,9	6,5	-5,9
2006	14,7	13,8	11,3	7,0	6,8	15,2	7,7	7,0	-3,9
2007	15,6	14,5	12,1	6,9	6,7	14,7	8,7	7,8	-2,6
2008	16,5	15,4	12,2	6,7	6,8	14,7	9,8	8,6	-2,5
2009	17,6	15,6	12,3	6,9	6,6	14,1	10,7	9,0	-1,8
2010	18,6	16,2	12,5	6,9	6,8	14,2	11,7	9,4	-1,7
2011	18,7	16,4	12,6	6,3	6,5	13,5	12,3	9,9	-0,9
2012	20,5	17,6	13,3	6,1	6,3	13,3	14,4	11,3	0
2013	20,5	17,5	13,2	6,2	6,3	13,0	14,3	11,2	0,2
2014	20,6	17,2	13,3	6,1	6,4	13,1	14,5	10,8	0,2
2015	20,1	16,6	13,3	6,1	6,4	13,0	14,0	10,2	+0,3
2016	19,7	15,7	12,9	5,7	6,2	12,9	14,0	9,5	0
2017	17,6	14,1	11,5	6,1	6,2	12,4	11,5	7,9	0
2018	16,8	13,5	10,9	5,6	6,2	12,4	11,2	7,3	-1,5

Анализ показателей рождаемости и смертности за 2002-2018 годы (табл.3.7) показал, что коэффициент рождаемости в г. Сургуте вырос с 13,4‰ до 16,8‰ и продолжает оставаться на высоком уровне, что обеспечивает прирост населения на фоне низких показателей смертности.

Показатель общего коэффициента смертности в г.Сургут за период наблюдения оставался на низком уровне. Максимальные значения

регистрировались в 2005 году (7,1‰), минимальные в 2018 году (5,6‰). В последнее десятилетие уровень общей смертности колеблется в диапазоне 6-7‰.

Соответственно, естественный прирост оставался положительным в течение 17 лет наблюдения. Максимальные значения прироста населения регистрировались в период с 2012 по 2016 год, после чего вследствие снижения уровня рождаемости и некоторого повышения уровня смертности показатель естественного прироста снизился в 2018 г. до 11,2‰.

Однако несмотря на некоторое снижение рождаемости и повышение смертности в г.Сургуте наблюдается уникальная для Российской Федерации ситуация, при которой рост численности населения обусловлен тремя факторами. На фоне высоких показателей рождаемости, не имеющих тенденцию к снижению, низкие показатели смертности, которые, в свою очередь, имеют тенденцию к уменьшению. То есть в отличие от Российской Федерации на территории ХМАО фиксируется положительный естественный прирост населения, обусловленный как высокой рождаемостью, так и низкой смертностью. В городе Сургут коэффициент рождаемости еще выше. Кроме того, наблюдается значительный миграционный приток населения.

В дальнейшем представляется целесообразным осуществлять демографическое планирование исходя из пятилетних возрастных групп, что, теоретически, позволит более точно определять уровень потребности. Однако в таком случае нужны данные о потребности в медицинской помощи в пятилетних возрастных интервалах, которых на текущий момент не существует.

В результате проведенного исследования созданы модели демографического развития г.Сургута, которые отличаются от общероссийских тенденций в части наличия положительного естественного прироста и прогрессивного увеличения численности

населения. Наибольшую точность имеет модель численности взрослого населения, которая может быть представлена линейной функцией (коэффициент аппроксимации  $R^2=0,99$ ). Динамику численности детского населения (0-14 лет) можно описать параболой с положительным коэффициентом (коэффициент аппроксимации  $R^2=0,987$ ), также как и дети (15-17 лет) ( $R^2=0,96$ ). Расхождение с реальными данными для всех предложенных моделей не превышает 1,5-2%. Так как проверка точности прогноза показала положительные результаты, то был сделан прогноз на период до 2025 года с расчетом возрастной структуры населения.

В г.Сургуте рост численности населения обусловлен тремя факторами: высокая рождаемость, низкая смертность и миграционный прирост. Наибольший рост прогнозируется в отношении детского населения 0-14 лет и дети 15-17 лет (возрастание численности на 78,0%), что приведет к изменению возрастной структуры в части снижения численности взрослого населения.

Таким образом, система организации медицинской помощи, в том числе СМП должна учитывать динамику и прогноз изменения численности населения, его возрастную структуру, так как количество вызовов при увеличении населения будет возрастать, а изменение возрастной структуры населения с преобладанием детей и низким удельным весом населения старше трудоспособного возраста также может оказывать влияние на потребность в медицинской помощи на территории обслуживания.

Полученные данные свидетельствуют о высоком риске повышения нагрузки на службу скорой медицинской помощи. Решение ее экстенсивными путями (наращивание количества бригад) требует большего количества привлеченных ресурсов, которые в дефиците. Поэтому наиболее оптимальным путем является интенсивный путь развития службы во взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающие помощь в амбулаторных условиях.

## **ГЛАВА 4. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.СУРГУТ**

### **4.1. Основные показатели деятельности скорой медицинской помощи г.Сургут за период 2009-2013 гг.**

В процессе исследования были проанализированы показатели деятельности скорой медицинской помощи г.Сургут за период с 2009 по 2013 годы. Цель выполнения анализа за данный период заключалась в разработке мероприятий по совершенствованию деятельности службы на этапе реформирования в период 2014-2017 годов. Имея данные демографического анализа, а также демографического прогноза как потенциального основания для формирования потребности в объемах медицинской помощи, появляется возможность сопоставить способность по генерации необходимых объемов медицинской помощи существующих служб и подразделений системы здравоохранения с изменяющейся потребностью в медицинской помощи.

Из представленных на рисунке 4.1 данных следует, что рост численности населения, и соответственно увеличение потребности в оказании СМП, полностью компенсировался ростом числа круглосуточных бригад СМП на 8,0% (с 17,54 до 18,94). За 2009-2013 года ежегодный прирост количества круглосуточных бригад составил 1,6%, что соответствовало ежегодному приросту численности населения на 1,8%. Для обеспечения наглядности численность населения на рисунке 4.1 представлена с понижающим коэффициентом 1/10000.



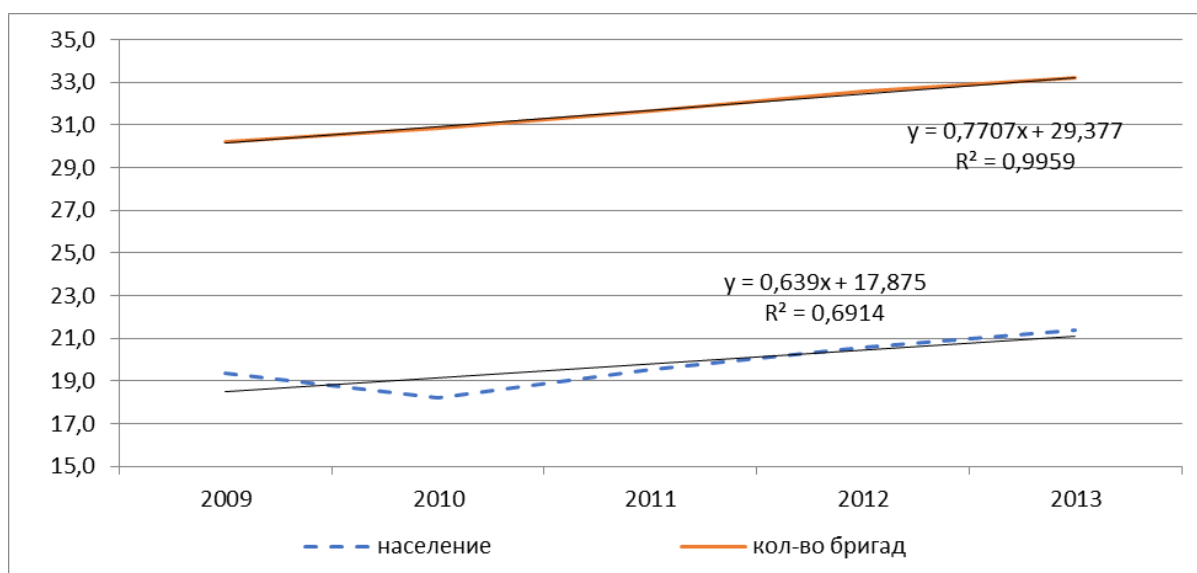


Рис. 4.1. Динамика количества круглосуточных бригад СМП (среднее количество бригад за год) и динамика численности населения (чел. с коэффициентом 1/10000) в г. Сургут за 2009 – 2013 года.

То есть при одинаковой потребности населения в СМП интенсивные показатели нагрузки на одну бригаду должны были оставаться неизменными, так как потенциальный рост потребности, вследствие увеличения численности населения, должен был бы полностью компенсироваться увеличением количества бригад. Однако следует обратить внимание на рост суточной нагрузки на одну бригаду СМП с 13,6 вызовов до 15,4 вызовов, то есть на 2,6% ежегодно. Коэффициент занятости также увеличивался на 3,6% ежегодно. Полученные данные свидетельствуют об увеличении потребления услуг СМП за счет роста интенсивности деятельности при неадекватном, относительно потребности, количественному возрастанию потенциальных возможностей оказания СМП. Следовательно, объем потребления СМП вырос на величину большую, чем можно объяснить ростом численности населения г.Сургут.

Показатели деятельности врачебных и фельдшерских бригад, а также реанимационных, кардиологических и педиатрических специализированных бригад за период с 2009 г. по 2013 гг. представлены в таблицах 4.1 и 4.2. За 2009 – 2013 гг. среднее количество круглосуточных

врачебных бригад уменьшилось на 7,0%, что соответствует ежегодному снижению на 1,4%. При этом суточная нагрузка на одну бригаду увеличивалась на 7,1%, а коэффициент занятости на 14,1% (ежегодный прирост 2,8%).

За 5 лет количество круглосуточных фельдшерских бригад увеличилось на 13,7% (2,7% ежегодного прироста). Суточная нагрузка на фельдшерские бригады увеличилась на 17,3% еще в большей степени, чем на врачебные: 3,5% ежегодного прироста суточной нагрузки и 4,4% коэффициента занятости.

Таблица 4.1

Основные показатели деятельности врачебных и фельдшерских круглосуточных бригад станции СМП г.Сургут за период с 2009 г. по 2013 гг. (период разработки мероприятий) (ед.)

Показатель	Годы					Ежегодный прирост/убыль (%)
	2009	2010	2011	2012	2013	
Количество круглосуточных врачебных бригад:	4,86	4,98	5,47	5,13	4,52	-1,4
- суточная нагрузка на одну бригаду	14,0	13,9	14,9	15,1	15,0	1,4
- коэффициент занятости	55,2	56,3	58,9	60,0	63,0	2,8
Количество круглосуточных фельдшерских бригад:	12,68	10,57	11,50	12,92	14,42	2,7
- суточная нагрузка на одну бригаду	13,9	14,9	16,2	16,1	16,3	3,5
- коэффициент занятости	51,3	53,8	57,2	58,5	62,7	4,4
Всего количество круглосуточных бригад	17,54	15,55	16,97	18,05	18,94	8,0

Часть объемов СМП вероятно было выполнено специализированными бригадами, что объясняет и снижение численности общепрофильных врачебных бригад. Показатели деятельности специализированных бригад СМП г.Сургут за период с 2009 г. по 2013 гг. представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2

Основные показатели работы специализированных бригад СМП г.Сургут за период с 2009 г. по 2013 гг. (период для разработки мероприятий) (ед.)

Показатель	Годы					Ежегодный прирост /убыль (%)
	2009	2010	2011	2012	2013	
Количество реанимационных бригад:	0,78	0,9	0,91	0,91	0,91	3,3
- суточная нагрузка	7,6	6,9	7,3	7,4	7,3	-0,8
- коэффициент занятости	25,6	23,4	23,1	22,0	23,1	-1,9
Количество кардиологических бригад:	-	0,67	0,83	0,93	0,79	4,5
- суточная нагрузка	-	-	12,2	15,9	12,3	0,3
- коэффициент занятости	-	-	45,7	58,3	46,2	0,4
Количество педиатрических бригад:	1,03	1,06	0,80	0,68	0,71	-6,2
- суточная нагрузка	13,8	14,3	15,7	15,9	16,4	3,8
- коэффициент занятости	48,6	49,4	55,5	58,3	62,1	5,6

Количество реанимационных бригад возросло на 16,7% (ежегодный прирост на 3,3%), однако интенсивные показатели свидетельствуют о снижении востребованности этого вида специализированной помощи. Так, суточная нагрузка уменьшилась на 4% (на 0,8% в год), а коэффициент занятости снизился на 9,8% (снижение почти на 2% ежегодно). Нагрузка на кардиологические бригады практически не изменилась, однако учитывая рост их количества потребность в них увеличилась. Снижение

количества педиатрических бригад на треть (31,0%) сопровождалось повышением показателей нагрузки на них на 18,8% (ежегодный прирост 3,8%).

Таким образом, количество врачебных бригад СМП г.Сургут, включая и специализированные, за 2009 – 2013 года увеличилось. Рост объемов СМП нельзя объяснить только ростом численности населения, так как количество бригад СМП увеличивалось пропорционально увеличению численности населения, однако нагрузка на бригады и коэффициент их занятости возрастал.

В качестве гипотезы для объяснения увеличения нагрузки на СМП может рассматриваться предположение, что повышение уровня заболеваемости, при котором поводов для вызова бригады СМП становится больше, приводит к росту частоты вызовов бригад СМП.

Организация медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в особенности уровень ее доступности, также может влиять на возрастание потребности в СМП. Крайне важным представляется и отношение населения к данному виду медицинской помощи, в том числе как альтернативе медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Следовательно, оптимизация деятельности службы СМП, имеющая целью снижение расходов и повышение экономической эффективности системы здравоохранения, может предусматриваться как деятельность по маршрутизации пациентов, когда необходимая помощь оказывается менее затратными видами медицинской помощи (амбулаторная, неотложная).

#### **4.2. Распределение вызовов скорой медицинской помощи в зависимости от сезона года, дня недели и времени суток**

Для обоснования мероприятий по совершенствованию организации службы СМП требуется изучение обращения населения за СМП в

зависимости от сезона года, дня недели и времени суток. Это позволит повысить эффективность использования ресурсов медицинской организации путем регулирования их распределения во времени.

При анализе сезонности обращений за СМП был использован принцип времен года, когда выделялось четыре сезона: весна (март-май), лето (июнь-август), осень (сентябрь-ноябрь) и зима (декабрь-февраль). Период изучения 2009-2013 годы. Оценивались как интенсивные показатели (частота вызовов бригад СМП на 1000 населения), так и экстенсивные показатели (сезонная структура вызовов (в % от общего числа вызовов в год)).

В 2009 году наиболее часто (28,3% от общего числа вызовов бригад в год) вызовы скорой медицинской помощи регистрировались в зимнее время года, наименее в летнее время года (20,5% от общего числа вызовов бригад в год). За пятилетний период наблюдения ранговая структура изменилась за счет увеличения структурной значимости осеннего периода, который переместился с третьего на второе ранговое место. Анализ интенсивных показателей показал, что значимые различия в частоте вызовов СМП наблюдались только в осенний период года (рост частоты вызовов СМП с 79,2 до 90,1 вызовов на 1000 населения, на 19,8%). В остальные периоды года значимых изменений частоты вызовов СМП не наблюдалось.

Следовательно, наблюдаемое за пять лет (2009 – 2013 гг.) увеличение частоты вызовов с 333,5 до 343,6 на 1000 населения (на 3,0%), можно объяснить увеличением частоты вызовов в осенний период года, тогда как в остальные сезоны года частота вызовов оставалась стабильной.

Особенности обращаемости населения и анализ ритма поступления вызовов, в первую очередь позволят правильно и рационально планировать и использовать ресурсы станции скорой медицинской помощи, которая влечет за собой повышение экономической эффективности ее деятельности. Частота вызовов СМП (на 1000

населения) в зависимости от сезона года за 2013 г. представлена на рисунке 4.2.

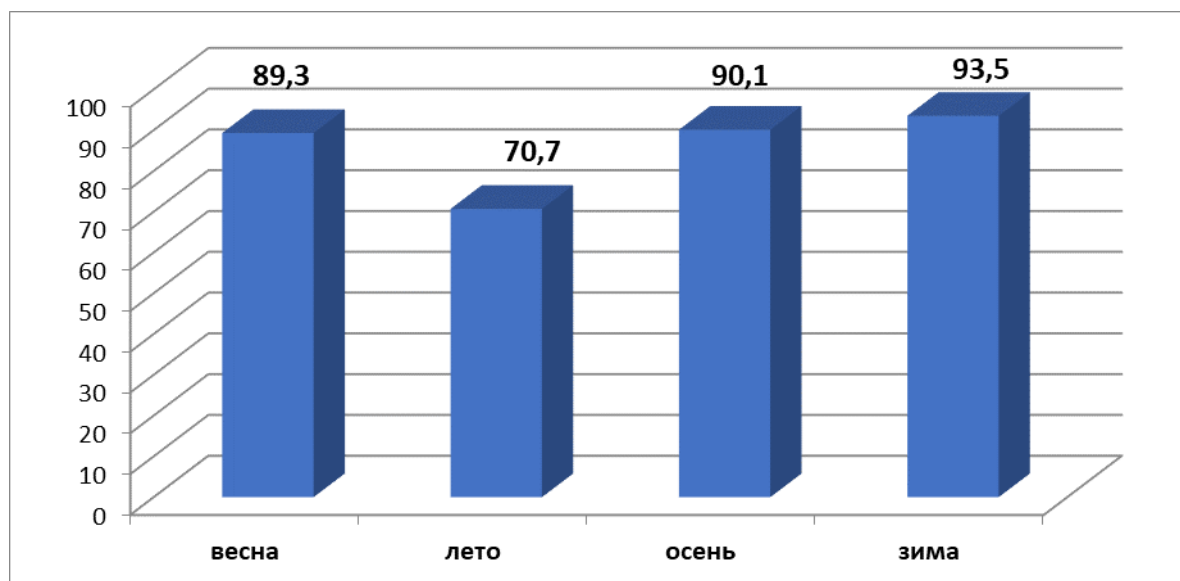


Рис.4.2. Частота вызовов СМП населением г.Сургут в зависимости от сезона года за 2013 г. (на 1000 населения).

Приемлемых объяснений наблюдаемым явлениям найти достаточно сложно. Так, В. И. Хаснулин с соавт. (2015) отмечают, что увеличение числа вызовов скорой медицинской помощи в зимние месяцы и снижение в летние можно объяснить колебаниями атмосферного давления. Вполне вероятно, что снижение частоты вызовов в летнее время может быть вызвано более интенсивным перемещением населения во время летнего периода отпусков. Тем более это актуально для территорий, приравненных к территориям Крайнего Севера, где население стремится выехать в южные регионы страны и временно покинуть место постоянного проживания. В итоге, численность населения снижается, а величина знаменателя в формуле расчета частоты вызовов остается неизменной, что приводит к снижению интенсивного показателя частоты вызовов СМП. Частично рост количества вызовов осенью можно объяснить явлениями реакклиматизации, возвращающихся из отпусков, к условиям Севера и началом трудового периода, увеличения нагрузки на организм,

приводящее к обострению хронических заболеваний и повышению вероятности вызова СМП.

Анализ статистически значимых различий показал существование статистически достоверных различий между такими сезонами года, как осень-зима ( $\chi^2=9,52 > \chi_{0,05}=9,5$ ), весна-лето ( $\chi^2=15,42 > \chi_{0,01}=13,3$ ) и лето-осень ( $\chi^2=7,34 < \chi_{0,05}=9,5$ ). Помесячный анализ поступления обращений населения в службу СМП подтверждает ранее сделанные нами заключения.

Таблица 4.3

Частота и удельный вес поступления вызовов СМП по дням недели, в зависимости от сезона года в 2013 году (на 1000 населения и в % от общей численности вызовов)

Сезон Дни	Весна март-май		Лето июнь-август		Осень сентябрь-ноябрь		Зима декабрь-февраль		Итого	
	на 1000 насе- ления	%	на 1000 насе- ления	%	на 1000 насе- ления	%	на 1000 насе- ления	%	на 1000 насе- ления	%
Понедель- ник	13,72	15,4	10,47	14,8	13,46	15,0	13,84	14,8	51,49	15,0
Вторник	12,92	14,5	9,91	14,0	12,54	13,9	13,09	14,0	48,46	14,1
Среда	12,00	13,4	9,91	14,0	12,46	13,85	13,09	14,0	47,46	13,8
Четверг	12,06	13,5	9,84	13,9	12,46	13,85	13,09	14,0	47,45	13,8
Пятница	12,05	13,5	9,70	13,7	12,37	13,7	13,00	13,9	47,12	13,7
Суббота	13,12	14,7	10,12	14,3	12,96	14,4	13,28	14,2	49,48	14,4
Воскре- сенье	13,43	15,0	10,83	15,3	13,8	15,3	14,12	15,1	52,18	15,2
<b>Итого</b>	<b>89,3</b>	<b>100</b>	<b>70,78</b>	<b>100</b>	<b>90,05</b>	<b>100</b>	<b>93,51</b>	<b>100</b>	<b>343,64</b>	<b>100</b>

Анализ частоты выполненных вызовов СМП населением по дням недели показал, что независимо от сезона года, более напряженный период работы станции СМП приходится на период суббота-понедельник (табл.4.3).

Количество вызовов в течение недели имеет колебания с минимумом в среду (13,8% от числа всех обращений в службу СМП в течение недели), четверг (13,8%) и пятницу (13,7%) и максимумом в воскресенье (15,2%) и понедельник (15,0%). Выявленная закономерность распределения обращений в службу СМП по дням недели статистически достоверна.

Анализ интенсивных показателей подтвердил сделанные заключения. Независимо от сезона года максимальная частота вызовов СМП на 1000 населения наблюдалась в воскресенье и понедельник (52,18 и 51,49 соответственно), а минимальная в среду, четверг и пятницу (47,46; 47,45 и 47,12 соответственно).

Достоверность различий между количеством обращений в службу СМП в понедельник (51,49 на 1000 населения) и вторник (48,46 на 1000 населения) критерий  $t=3,84$ , в понедельник (51,49 на 1000 населения) и среду (47,46 на 1000 населения) критерий  $t=5,2$ , в понедельник (51,49 на 1000 населения) и четверг (47,45 на 1000 населения) критерий  $t=5,2$ , в понедельник (51,49 на 1000 населения) и пятницу (47,12 на 1000 населения) критерий  $t=5,6$ , в понедельник (51,49 на 1000 населения) и субботу (49,48 на 1000 населения) критерий  $t=2,5$ . Разница между количеством обращений в воскресенье и понедельник незначительная и статистически не достоверна ( $t=0,82$ ). Указанная закономерность наблюдается во все сезоны года.

Таким образом, наличие определенной закономерности в распределении числа обращений по дням недели может быть связано с ограничениями режима работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в субботу и воскресенье с последующей перегрузкой на приеме врача в понедельник и, соответственно, снижением доступности первичной медико-санитарной помощи.

Предположительно, население использует службу скорой медицинской помощи как альтернативную возможность получения медицинской помощи в субботу, воскресенье и понедельник. Данное обстоятельство снижает результативность службы СМП и может увеличивать время доезда до пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, особенно в «пиковые часы». При рассмотрении разницы частоты обращений по дням недели в зависимости от сезона года,



в зимний и весенний период было выявлено расширение эффекта выходного дня с понедельника на вторник.

Так, в зимний период (декабрь-февраль) разница между частотой вызовов СМП в понедельник и во вторник не достоверна ( $t=1,82$ ). В весенний период (март-май) разница также не достоверна ( $t=1,94$ ). Вероятно, в связи с повышением эпидемической напряженности с учетом высокой заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями в зимний и весенний период перегрузка на врачебном приеме в поликлинике способствует еще большему увеличению обращаемости населения в службу скорой медицинской помощи, как альтернативному варианту получения медицинской помощи.

Такие предположения о роли уровня доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на частоту вызовов СМП должны найти подтверждение и при анализе обращений в течение суток в зависимости от сезона года. Сведения о частоте поступления вызовов СМП в течение суток в зависимости от сезона года представлены в таблице 4.4.

Минимальное количество вызовов в течение суток, отмечается в период между 5.00 и 6.00 часами - 6,05 вызовов в час. С 18.00 до 19.00 количества вызовов в час составляет 16,81, с последующим ростом до 18,52 вызовов в час в период между 19.00 и 20.00 часами. Максимум вызовов наблюдается между 20.00 и 21.00 - 20,22 вызовов в час и между 21.00 и 22.00 часами - 20,58 вызовов в час. В период с 22.00 до 23.00 наблюдается снижение интенсивности обращений пациентов за СМП до 18,27 вызовов в час, последующим резким снижением частоты вызовов в ночное время.

Другие авторы получили схожие данные. Так, Р.С. Гаджиев, Ф.А. Габидулаев (2015) также выявили, что «обращаемость населения за СМП самая низкая в 5 часов утра. В период с 18.00 до 24.00 часов отмечается резкое повышение обращаемости населения. Объясняют они это

завершением рабочего дня в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

Таблица 4.4

Частота поступления вызовов СМП в течение суток в зависимости от сезона года (количество вызовов в час)

Часы	Сезон года				Итого (среднее к-во вызовов в час)
	Весна (март- май)	Лето (июнь- август)	Осень (сентябрь- ноябрь)	Зима (декабрь- февраль)	
7-8	9,02	7,08	8,23	8,9	8,31
8-9	10,77	8,29	9,84	10,03	9,73
9-10	12,63	9,77	11,49	11,87	11,44
10-11	13,41	10,36	12,44	13,38	12,40
11-12	13,39	10,83	13,04	14,33	12,90
12-13	13,94	11,21	13,21	14,86	13,31
13-14	13,97	11,04	13,28	14,66	13,24
14-15	13,79	11,18	13,12	14,77	13,22
15-16	14,08	11,21	13,34	14,91	13,39
16-17	14,77	11,33	13,50	15,73	13,83
17-18	16,08	11,84	14,89	16,74	14,89
18-19	18,48	13,30	16,99	18,46	16,81
19-20	20,22	14,89	19,20	19,76	18,52
20-21	22,42	16,36	20,52	21,58	20,22
21-22	22,49	17,45	20,39	22,00	20,58
22-23	19,34	16,01	17,76	19,59	18,27
23-00	15,40	13,55	14,64	16,63	15,25
00-01	11,69	10,64	11,76	13,59	12,32
01-02	9,47	8,52	9,65	11,25	10,12
02-03	7,99	7,03	7,76	9,39	8,04
03-04	6,78	6,05	6,76	8,05	7,44
04-05	5,96	5,34	5,98	6,95	6,35
05-06	5,95	5,46	5,61	6,4	6,05
06-07	7,49	7,96	6,57	7,54	7,49
Итого (к-во вызовов/час)	13,31	10,70	12,50	13,81	12,58

Таким образом, частота вызовов СМП имеет сезонную, недельную и почасовую ритмичность, что обязательно следует учитывать при планировании ресурсного обеспечения службы СМП. Наиболее сильным влиянием на выявленную ритмичность вызовов обладают организационные особенности работы поликлиник и особенности сезонной миграции населения.

#### **4.3. Результаты социологического исследования факторов, способствующих принятию решения о вызове бригады СМП**

Для понимания процесса формирования решения о вызове СМП было проведено исследование пациентов службы скорой медицинской помощи на предмет выявления факторов, определяющих или способствующих принятию решения о вызове бригады СМП.

Указанное исследование было проведено методом анкетирования населения старше 18 лет. Анкета содержала вопросы (приложение 1), касающиеся демографических, социальных характеристик респондентов (пол, возраст и социальный статус опрашиваемого), причины вызова бригады скорой медицинской помощи и его отношение к работе бригады скорой медицинской помощи в данном эпизоде оказания медицинской помощи. Анкетирование проводилось в четыре периода в течение года (февраль-март, май-июнь, август-сентябрь, ноябрь-декабрь). В опросе приняло участие 6380 человек, что составило 18,3% от общего числа лиц, обслуженных бригадами Скорой медицинской помощи за период проведения опроса. Выбор респондентов проводился случайным образом.

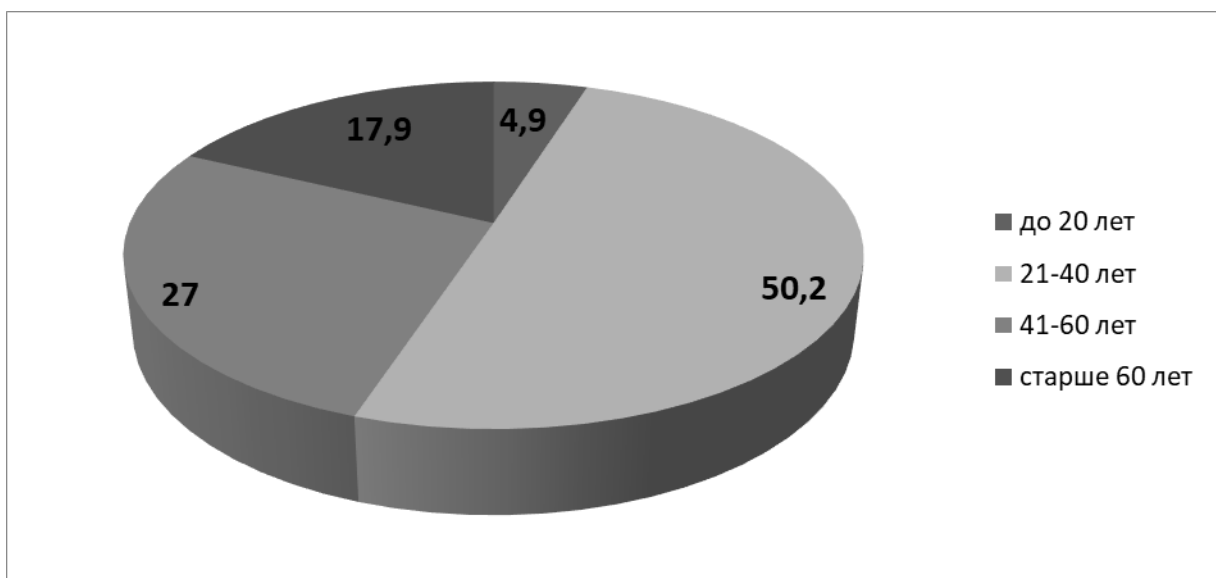


Рис.4.3. Возрастная структура респондентов, принявших участие в опросе (в % от общего количества опрошенных).

Распределение респондентов по полу: мужчин - 32,8%, женщин - 67,2%, что соответствует параметрам генеральной совокупности. В качестве генеральной совокупности рассматривали всех обратившихся в службу СМП в период исследования. Структура пациентов по возрасту (рис. 4.3) соответствовала возрастной структуре обратившихся за СМП, поэтому можно считать, что сформированная выборочная совокупность была репрезентативна генеральной совокупности по демографическим признакам.

Из социальных характеристик следует отметить, что больше половины опрошенных были наемными работниками в различных сферах деятельности экономики (52,7% опрошенных), 45,7% - неработающие (1,6% респондентов не ответили на данный вопрос). Среди неработающих 23,4% была пенсионерами, 17,9% - домохозяйками, 2,7% - учащейся молодежью и 1,7% - неработающими инвалидами.

Таким образом, социальный портрет взрослого пациента, наиболее часто вызывающего бригаду СМП может быть представлен как женщина в возрасте 21-40 лет, половина из которых работает в качестве наемного работника, а половина не работает. Это несколько не соответствует

распространенным представлением о том, что наиболее часто вызывают бригаду СМП пенсионеры.

Структура причин вызова бригады СМП представлены на рис.4.4.

В качестве причины вызова бригады СМП наиболее часто (57,5% от общего числа опрошенных) респонденты указали острое внезапное заболевание, 21,5% - обострение хронического заболевания, 5,1% - травмы, 3,1% - беременность и 12,8% - прочие причины. Таким образом, каждый пятый опрошенный потенциально являлся пациентом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и теоретически мог получить медицинскую помощь в условиях данной организации.

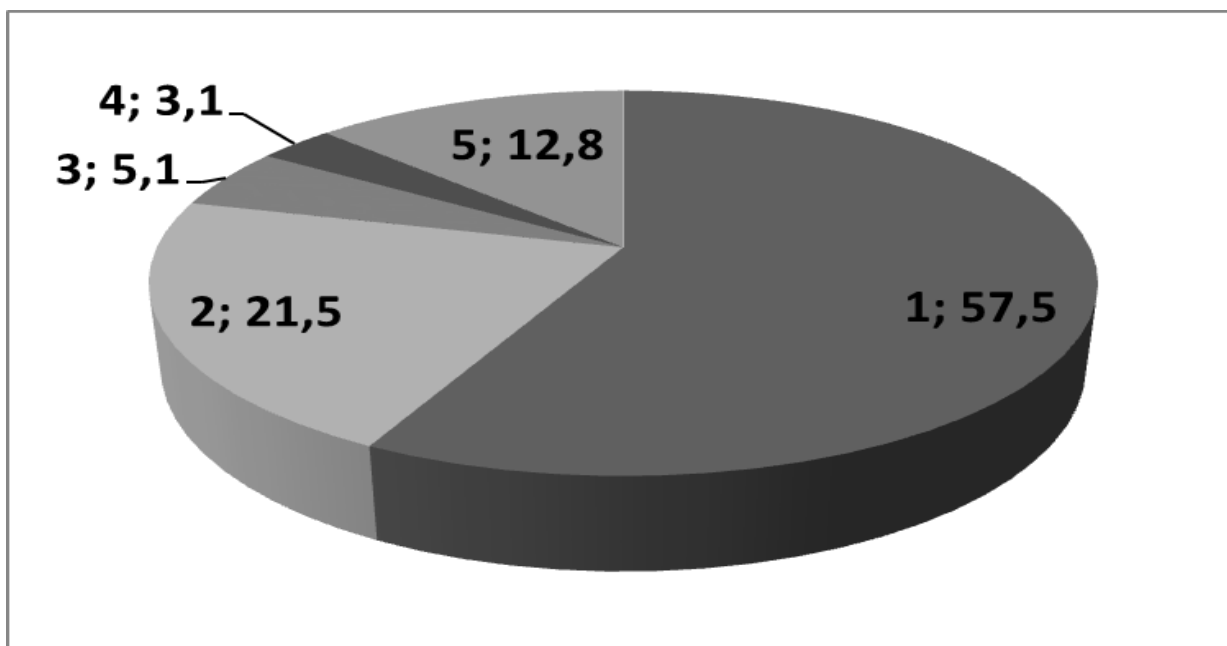


Рис.4.4. Структура причин вызовов бригады СМП (в % от общего числа опрошенных взрослых респондентов), где: 1 - острое внезапное заболевание; 2 - обострение хронического заболевания; 3 – травма; 4 – беременность; 5 – прочие состояния.

Полученные данные позволяют предположить наличие резервов в оптимизации системы оказания СМП и наличия избыточных вызовов, которые при определенных обстоятельствах (выделении данных вызовов

на этапе их регистрации и передачи их в поликлинику) позволят снизить избыточную нагрузку на службу СМП.

Анализ причин вызова СМП по поводу обострения хронического заболевания показал, что каждый пятый респондент указал на недостатки организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (рис.4.5).

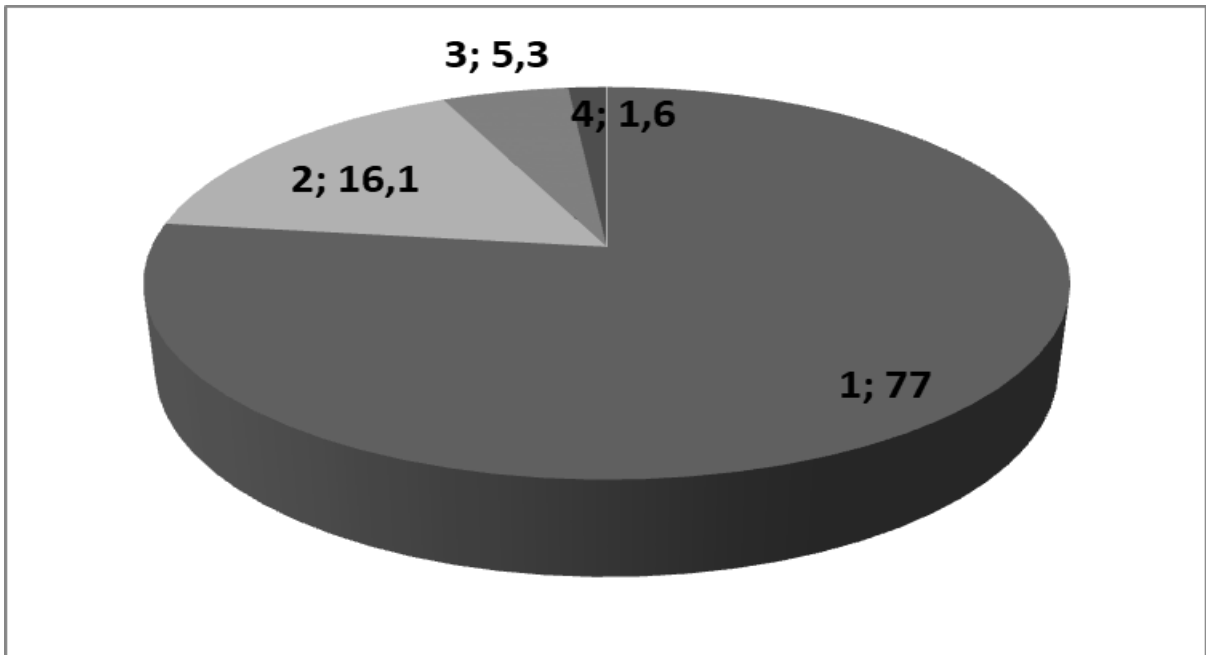


Рис.4.5. Распределение причин обращения пациентов за СМП по поводу обострения хронического заболевания по данным социологического исследования (в %), где 1 - четкая организация работы службы СМП и нормированное время ее приезда; 2 - проблемы с записью на прием к участковому врачу; 3 - удаленность территориальной поликлиники от места проживания; 4 - в связи с отсутствием страхового полиса

Только 1,6% не имели возможности обратиться в поликлинику, потому что не имели страхового полиса, остальные 98,4% опрошенных имели возможность получить медицинскую помощь в амбулаторных условиях. На предложенный вопрос анкеты «Почему вы в случае заболевания не обратились в поликлинику?» 21,4% респондентов отметили проблемы с записью на прием к врачу-терапевту участковому и удаленность поликлиники от места проживания. Остальные респонденты (77% от числа пациентов, обратившихся в службу СМП по поводу

обострения хронического заболевания) указали на недостатки работы медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, так как, по их мнению, причиной вызова бригады СМП была четкая организация работы службы СМП и нормированное время ее приезда, тогда как уверенности в своевременном оказании необходимой им медицинской помощи в условиях поликлиники не было.

Следовательно, хорошая организация работы СМП и недостаточно качественная организация деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях (по мнению опрошенных), приводит к избыточной нагрузке на службу СМП и избыточному потреблению ограниченных ресурсов системы здравоохранения. В результате чем лучше работает служба СМП, тем большие объемы медицинской помощи ей приходится выполнять, заменяя другие виды медицинской помощи. Большинство респондентов (97,9%) полностью удовлетворены работой бригады скорой медицинской помощи, еще 1,7% опрошенных были частично удовлетворены качеством оказанной медицинской помощи, остальные (0,4%) затруднились с ответом.

Следует отметить, что качество оказания медицинской помощи оценивается пациентами с субъективных позиций (И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина, О.Г. Кисельгоф, 2015) и зависит от степени внимания к больному или пострадавшему (Е.В. Геращенко, Р.К. Карипиди, С.В. Губарев, 2013) и не всегда соответствует объективным критериям качества. Однако именно пациент принимает решение об обращении за медицинской помощью, на основании именно субъективных представлений о возможности получить качественную медицинскую помощь. Следует также отметить, что основные объемы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, формируются также по обращаемости, то есть на основании субъективных представлений пациента.

Таким образом, служба СМП используется населением в качестве экспресс-альтернативы медицинской помощи, оказываемой в

амбулаторных условиях. В результате возрастает нагрузка на службу СМП. Данные настоящего исследования соответствуют и результатам, полученным Е. В. Геращенко, Р. К. Карипиди, С. В. Губарев, (2013). Авторы указывают на то, что из числа лиц с хроническими заболеваниями 69,3% опрошенных, в случае обострения заболевания, обращаются в службу скорой медицинской помощи. О.И. Ивановский (2017) при этом, отмечает при этом, что 87,5% респондентов предпочитают вызов СМП ожиданию прихода врача поликлиники.

Одной из причин такого положения может быть низкая осведомленность пациентов о возможности получить неотложную медицинскую помощь как альтернативу экстренной. По результатам анкетирования определено, что только 38% опрошенных ответили, что понимают различия между экстренной и неотложной медицинской помощью. 40% опрошенных признались в полном отсутствии знаний о различиях, тогда как каждый четвертый (23,0%) затруднился с ответом, что можно расценивать, как невозможность эти различия идентифицировать (рис.4.6).

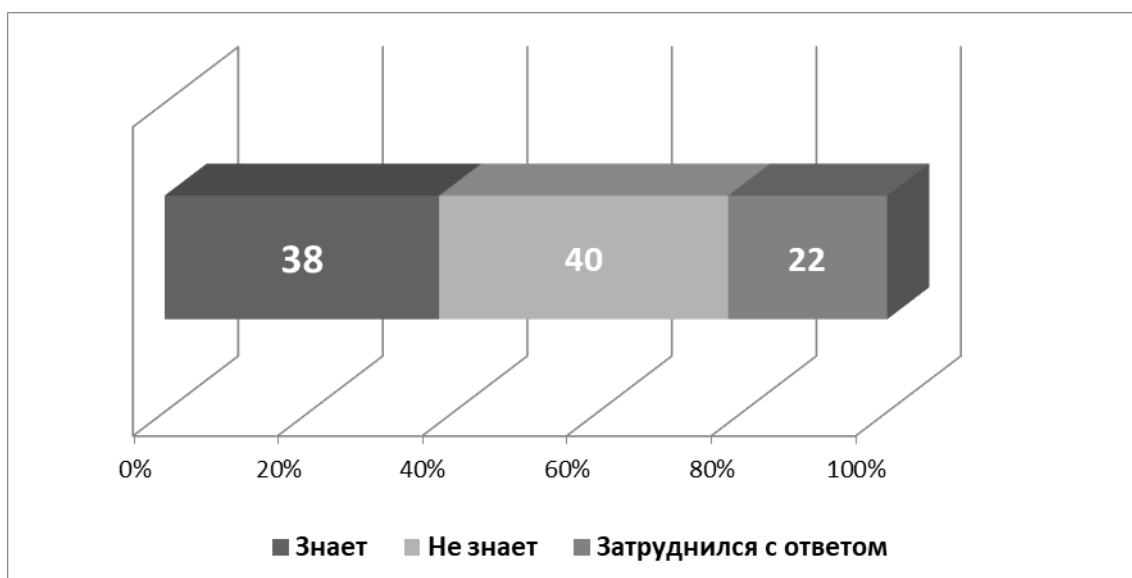


Рис.4.6. Структура ответов на вопрос «Знаете ли Вы, чем отличается экстренная медицинская помощь от неотложной медицинской помощи?» (в % от общего числа опрошенных, обратившихся за СМП по поводу обострения хронического заболевания).



Следовательно, большинство опрошенных пациентов, обратившихся за СМП по поводу обострения хронического заболевания, не понимают различия между экстренной и неотложной медицинской помощью, что не позволяет им сделать выбор между вызовом СМП и обращением в поликлинику. Однако, даже повысив уровень знаний пациентов, остается проблема субъективности при принятии решений.

Очевидно, что наиболее оптимальным решением для повышения уровня осведомленности пациентов о различиях между экстренной и неотложной медицинской помощью, при организации неотложной медицинской помощи в условиях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, необходимо организовать разъяснительную работу среди населения о целях, задачах и возможностях создаваемых служб оказания неотложной медицинской помощи.

Таким образом, по результатам настоящего исследования рост объемов СМП в г.Сургут нельзя объяснить только увеличением численности населения, так как количество бригад СМП возросло пропорционально увеличению численности населения, а нагрузка на бригады и коэффициент их занятости увеличивались опережающими темпами.

Частота вызовов СМП минимальная в летнее время, максимальная в зимний период года и наиболее сильно возростала в осенний период года. Сильным влиянием на недельную и суточную ритмичность вызовов обладает организационные особенности работы медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, и сезонная миграция населения. Более напряженный период работы станции СМП приходится на период суббота-понедельник. Обращаемость населения за СМП самая низкая в 5 часов утра, максимальная в период с 18.00 до 24.00 часов.

Наиболее часто вызывают бригаду СМП женщины в возрасте 21-40 лет, половина из которых работает в качестве наемного работника. В половине случаев причинами вызова бригады СМП являлись острые

внезапные заболевания (57,5%). Пятая часть всех вызовов совершено по причине обострения хронического заболевания (21,5%) и может быть обслужено врачом-терапевтом участковым. По данным социологического опроса только 1,6% пациентов не имели возможности обратиться в поликлинику, так как у них отсутствовал страховой полис, остальные 98,4% опрошенных имели возможность получить медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Наиболее часто опрошенные отмечали проблемы с записью на прием к врачу-терапевту участковому и удаленность поликлиники от места проживания. Уверенности в своевременном оказании необходимой им медицинской помощи в условиях территориальной поликлиники у большинства опрошенных пациентов СМП не было.

Большинство опрошенных пациентов, обратившихся за СМП по поводу обострения хронического заболевания, не понимают различия между экстренной и неотложной медицинской помощью, что не позволяет им сделать выбор между вызовом СМП и обращением в медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях.

Следовательно, необходима разработка решающих алгоритмов в рамках систем поддержки принятия решений для медицинских работников при неотложных состояниях на основании критериев неотложности состояний. Таким образом, задача по формированию критериев экстренности и неотложности медицинской помощи представляется актуальной в целях повышения эффективности службы СМП и снижения неоправданной нагрузки на эту службу.

## **Глава 5. ПРИЧИНЫ ВЫПОЛНЕННЫХ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.СУРГУТА**

В целях совершенствования деятельности службы СМП по оказанию экстренной и неотложной помощи населению г. Сургута, в соответствии с программой исследования, был проведен анализ причин обращений населения в службу СМП. Анализ был выполнен на основе рекомендаций Руководства по скорой медицинской помощи и по данным отчета станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи (форма отраслевого статистического наблюдения №40 за 2009-2013 гг.).

Для проведения анализа использовалось распределение на группы заболеваний на основании МКБ-10 по профилю первичной консультации врача-специалиста (см. Главу 2). Всего выделялось 7 групп заболеваний (причин вызовов), в том числе группа инфекционных заболеваний; группа психоневрологических заболеваний; группа травматических повреждений; группа хирургических заболеваний; группа акушерско-гинекологических причин обращений; группа заболеваний терапевтического характера; группа прочих заболеваний.

Результаты проведенного анализа причин обращений населения в службу СМП г.Сургута по профилю заболеваний (первичной консультации врача специалиста) за период с 2009 г. по 2013 г. представлены в таблице 5.1.

За исследованный период частота вызовов увеличилась на 3,8%. В ранговой структуре вызовов бригадами СМП по профилю заболеваний на первом месте регистрировались вызовы в связи с заболеваниями терапевтического профиля (рис.5.1), которые составили 30,5% от общего количества вызовов. В динамике наблюдался рост структурной значимости этой причины обращения в службу СМП. Именно в этой группе присутствует наибольшая доля вызовов в связи с неотложными состояниями.

Таблица 5.1

Частота причин обращений населения в службу СМП по группам заболеваний за период 2009- 2013 гг. (на 1000 населения)

год	Группа заболевания (первичной консультации врача-специалиста)							
	Терапевтический	Инфекционный	Психоневрологические	Травмы	Хирургический	Акушерско-гинекологический	Прочий	всего
2009	96,9	80,5	51,8	35,5	27,9	19,8	20,3	332,7
2010	95,6	85,7	50,9	34,1	29,3	21,4	13,0	330,0
2011	107,2	77,5	51,9	32,8	29,0	22,7	15,8	336,9
2012	104,1	84,7	49,9	31,5	29,9	23,3	16,9	340,3
2013	105,5	84,2	54,2	32,9	31,2	24,4	13,7	346,1

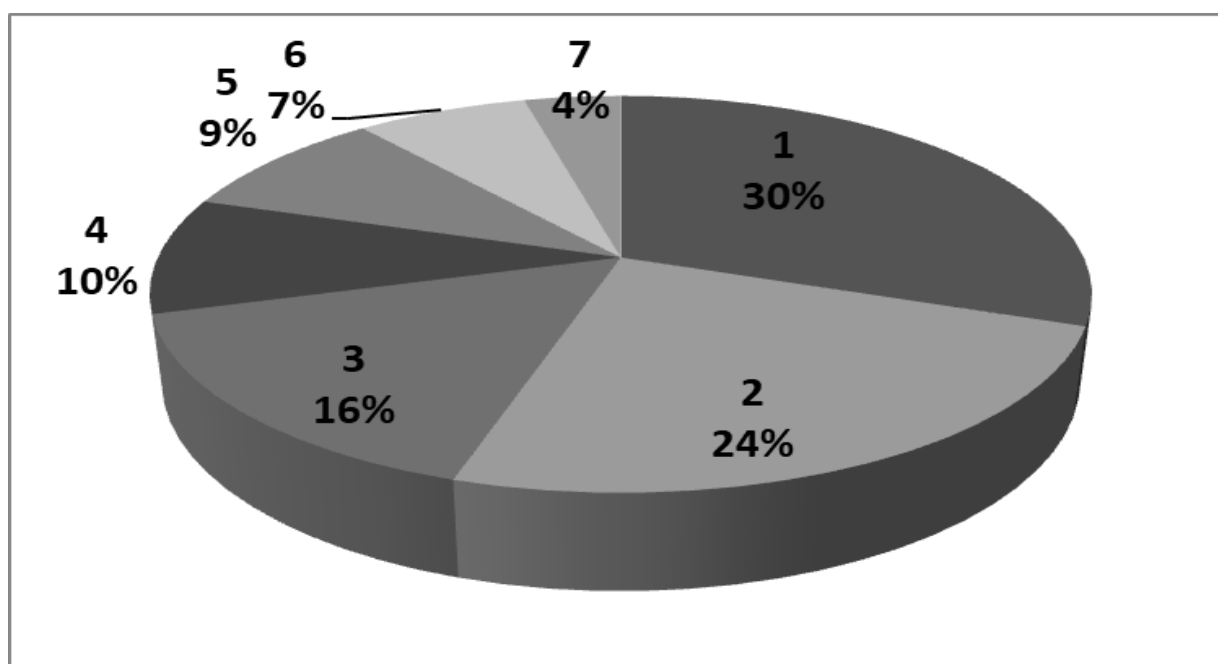


Рис.5.1. Структура причин обращений населения г.Сургут в службу СМП по группам заболеваний по данным 2013 года (в % к итогу), где 1 – терапевтическая, 2 – инфекционная, 3 - психоневрологические болезни, 4 – травмы, 5 – хирургическая, 6 - акушерско-гинекологическая, 7 – прочие.

Практически каждый четвертый вызов (24,3%) выполнен в связи с заболеваниями инфекционного характера (2-ое ранговое место). В динамике фиксируется незначительный рост частоты вызовов по данному поводу, однако достоверность изменения структурной значимости ниже принятого порога ( $p > 0,05$ ).

Следовательно, именно эти две группы причин определяют больше половины всех вызовов (54,8% от общего числа вызовов).

На 3-м ранговом месте вызовы по поводу психоневрологических болезней (15,7% от общего числа вызовов). За исследованный период наблюдается увеличение частоты вызовов СМП по данному поводу на 4,6%.

На 4-ом ранговом месте (9,5%) вызовы в связи с травматическими повреждениями. Это единственная группа причин, в отношении которой наблюдается достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение частоты вызовов с 35,5 до 32,9 на 1000 населения. В отношении всех остальных причин снижения частоты вызовов не наблюдалось. На 5-ом ранговом месте группа заболеваний хирургического профиля. За исследуемый период наблюдается рост удельного веса данной причины вызова с 8,4% до 9,0% ( $p < 0,05$ ).

На 6-м ранговом месте группа акушерско-гинекологических причин обращений, в отношении которых также наблюдается достоверный рост частоты обращений ( $p < 0,05$ ). Это обусловлено теми демографическими явлениями, которые были описаны в третьей главе и были связаны с повышением уровня рождаемости на изучаемой территории.

Удельный вес обращений в службу СМП по поводу прочих состояний за исследуемый период достоверно уменьшился на 32,5% (с 20,3 до 13,7 на 1000 населения) ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о высоком качестве диагностики на этом этапе оказания медицинской помощи.

Таким образом, зарегистрированный рост количества вызовов службы СМП за период с 2009 г. по 2013 г. произошел преимущественно

за счет заболеваний терапевтического профиля на 8,87% ( $t=3,37$ ), родов и акушерско-гинекологических заболеваний на 23,2% ( $t=3,86$ ) и группы психоневрологических заболеваний на 4,6% ( $t=3,9$ ). Три группы причин (терапевтический профиль, инфекционные и психоневрологические заболевания) определяют 70,5% всех обращений в службу СМП. Наиболее критичной группой в отношении формирования уровня потребности в данном виде медицинской помощи является группа заболеваний терапевтического профиля. Именно в этой группе предположительно наивысший удельный вес состояний, которые могут быть признаны неотложными и могут обслуживаться медицинской организацией, оказывающей помощь в амбулаторных условиях.

В соответствии с высказанной гипотезой, был проведен детальный анализ поводов обращений в службу СМП по состояниям, включенным в группу заболеваний терапевтического профиля. Частота вызовов бригадами СМП (на 1000 населения) по поводу состояний, связанных с заболеваниями терапевтического профиля за период с 2009 г. по 2013 г. представлена в таблице 5.2.

За исследованный период отмечен рост частоты вызовов бригад СМП по поводу состояний, связанных с заболеваниями терапевтического профиля на 8,9% (с 96,9 до 105,5 на 1000 населения) в основном за счет болезней, связанных с повышенным артериальным давлением (I10-I15), на 9,2% (с 36,9 до 40,3 на 1000 населения) и нейроциркуляторной дистонии (G90-G90.9) - на 10,3% (с 29,0 до 32,0 на 1000 населения). Следовательно, 68,0% всех выполненных вызовов бригад СМП определяется всего двумя подгруппами причин, связанными с повышенным уровнем артериального давления и нейроциркуляторными дистониями, которые являются не острыми состояниями и могут быть обслужены в поликлинике.

На 3-м ранговом месте обращения по поводу тонзиллита (J03). Динамика количества вызовов за период с 2009 г. по 2013 г. характеризовалась ростом на 11,5 % (с 12,2 до 13,6 на 1000 населения). На

4-м месте находятся обращения по поводу новообразований (С00-D48). Однако удельный вес таких вызовов уменьшался в течение исследованного периода на 9,3 % (с 5,4 до 4,9 на 1000 населения).

Таблица 5.2

Частота вызовов бригад СМП г.Сургут по поводу состояний, связанных с заболеваниями терапевтического профиля за период с 2009 г. по 2013 г. (на 1000 населения)

Нозология	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Новообразования (С00-D48)	5,4	4,1	5,0	4,0	4,9
Сахарный диабет (Е10-Е14)	1,2	1,2	1,6	1,4	1,3
Бронхиальная астма (J45-J45.9)	2,9	2,8	2,6	2,5	2,1
Гипертоническая болезнь (I10-I15)	36,9	37,0	40,1	39,6	40,3
Стенокардия стабильная (I20.8)	1,4	1,5	1,8	1,3	1,1
Кардиосклероз (I70)	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2
Посттравматическая энцефалопатия (I67-I67.9)	3,3	3,6	4,3	5,1	4,5
Нейроциркуляторная дистония (G90-G90.9)	29,0	30,2	34,8	32,8	32,0
Хронический панкреатит (K86-K86.1)	0,9	1,0	1,3	1,8	1,9
Хронический холецистит (K80.1; K81.1)	1,0	0,9	1,1	1,2	1,3
Хронический гастрит (K29-K29.5)	1,7	1,4	1,9	1,9	1,9
Тонзиллит (J06)	12,2	11,3	11,9	11,9	13,6
Практически здоров (Z00.0)	0,5	0,5	0,6	0,4	0,4
Всего	96,9	95,7	107,2	104,1	105,5

Далее, по степени уменьшения рангового места следуют обращения по поводу посттравматической энцефалопатии (I67-I67.9), бронхиальной астмы (J45-J45.9), хронического гастрита (K29-K29.5), хронического панкреатита (K86-K86.1), стабильной стенокардии (I20.8), стабильной стенокардии (I20.8), хронического холецистита (K80.1; K81.1),

кардиосклероза (I70) и обращения с заключением «практически здоров» (Z00.0).

Таким образом, рост частоты обращений в службу СМП по поводу состояний, связанных с заболеваниями терапевтического профиля, обусловлен преимущественно увеличением обращений в связи с состояниями, сопровождающимися повышенным артериальным давлением, которые возможно являются осложнениями хронических болезней и могут рассматриваться как неотложные состояния. При адекватном наблюдении таких пациентов в условиях медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, оснований для вызова бригады СМП возможно бы не возникло.

Таблица 5.3

Частота вызовов бригад СМП г.Сургут по поводу группы инфекционной заболеваний за период с 2009 г. по 2013 г. (на 1000 населения)

Нозология	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
ОРВИ (J06.9)	50,7	50,4	50,7	52,3	52,4
Менингит (G00.9-G05.1)	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
Энтериты и энтероколиты (A00-A09.9)	19,2	21,5	23,2	23,0	23,8
Прочие заболевания (A15-A99, B00.1-B99)	10,4	13,6	3,3	9,2	7,7
Всего:	80,5	85,7	77,5	84,7	84,2

Почти каждое четвертое обращение в службу СМП было обусловлено группой инфекционных заболеваний, а две трети вызовов сделано по поводу острых респираторных вирусных инфекций (J06.9). За 5 лет частота вызовов по поводу острых респираторных вирусных инфекций практически оставалась стабильной, но удельный вес уменьшился с 71,3% до 65,3%. Это объяснялось ростом общей частоты вызовов СМП по поводу всех инфекционных заболеваний на 13%. Увеличение частоты вызовов



бригады СМП определялся на 24,0% по поводу энтеритов и энтероколитов (A00-A09.9), в 3,9 раза прочих инфекционных заболеваний (A15-A99; B00.1-B99) и на 3,3% - острых респираторных вирусных инфекций (J06.9). Динамика частоты вызовов бригад СМП (на 1000 населения) по поводу состояний, связанных с группой инфекционных заболеваний за 5 лет представлена в таблице 5.3.

В таблице 5.4 показана частота вызовов бригад СМП по поводу состояний, связанных с неврологической патологией за период с 2009 г. по 2013 г.

Таблица 5.4

Частота вызовов бригад СМП г.Сургут по поводу состояний, связанных с неврологической патологией за период с 2009 г. по 2013 г. (на 1000 населения)

Нозология	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
1.Заболевания ЦНС (G61.4-G99.21; при сосудистых поражениях I64-I69.8), из них:	8,9	10,6	11,0	11,3	12,8
- Инсульт (I64-I64.1)	4,8	5,4	5,6	5,8	6,8
- Последствия ОНМК (I69-I69.8)	1,1	1,3	1,1	1,0	1,4
- Эпилепсия (G40-G41.9)	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3
- Другие заболевания ЦНС (G61.9-G99.2; G43.2; G47.3)	2,0	2,8	3,2	3,3	3,3
2.Заболевания периферической нервной системы (G50.0; G61.0; G63.6), из них:	14,2	12,5	13,0	14,2	15,3
- Остеохондроз	13,9	12,1	12,6	13,4	14,2
- Другие заболевания периферической нервной системы (G50.0; G61.0; G63.6 при M41.9; M54.4-M60; M60.8)	0,3	0,4	0,4	0,8	1,1
Всего	23,1	23,1	24,0	25,5	28,1

Поводом для каждого шестого обращения в службу СМП стали состояния, связанные с неврологической патологией. Удельный вес

вызовов бригад СМП, в связи с патологией ЦНС составил 45,6% связанных с патологией периферической нервной системы - 54,4%. Наиболее частая патология ЦНС, явившаяся причиной обращений за СМП является инсульт, среди патологии периферической нервной системы, остеохондроз. Указанные состояния могут рассматривать не только как острые состояния, но и как осложнения других хронических состояний, риск которых может быть уменьшен при адекватном наблюдении пациентов в условиях поликлиники. За 5 лет изучения наблюдался рост вызовов СМП по поводу инсульта (I64-I64.1) на 41,7%, других заболеваний ЦНС (G61.9-G99.2; G43.2; G47.3) - на 65%.

Частота вызовов в службу СМП по поводу психических расстройств и расстройств поведения оставалась стабильной с некоторой тенденцией к снижению. Следует отметить рост частоты обращений по поводу психических расстройств, вследствие употребления психоактивных веществ (F15.0-F16.9) в 2,9 раза и снижение частоты обращений по поводу психических расстройств, вследствие употребления наркотических веществ (F11.0-F11.5; T65.9; T65.9) в 4 раза.

В структуре причин вызовов бригад СМП практически половина приходится на психические расстройства вследствие отравлений (F10-F10.9; F11.0-F11.5; F15.0-F16.9; F17.0-F18.8; F19-F19.9; T43.8; T43.9; T65.9) (44,6%). Значимую роль играют и неврозы (F48.0-F50.0) (25,8%). Динамика частоты вызовов бригад СМП г.Сургут по поводу психических расстройств и расстройств поведения представлена в таблице 5.5.

Таким образом, за исследованный период наблюдались изменения в структуре поводов обращений по поводу психических расстройств и расстройств поведения, когда роль наркотических веществ уменьшалась, а частота употребления психоактивных веществ, напротив, увеличивалась.

Таблица 5.5

Частота вызовов бригад СМП г.Сургут по поводу психических расстройств и расстройств поведения за период с 2009 г. по 2013 г. (на 1000 населения)

Нозология	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
1.Психические расстройства вследствие отравлений (F10-F10.9; F11.0-F11.5; F15.0-F16.9; F17.0-F18.8; F19-F19.9; T43.8; T43.9; T65.9), в т.ч.:	13,5	12,2	11,8	10,1	11,6
-Вследствие употребления наркотических веществ (F11.0-F11.5; T65.9; T65.9)	2,0	1,3	1,1	0,6	0,5
-Вследствие употребления алкоголя (F10-F10.9)	9,7	8,6	7,7	5,9	5,8
-Вследствие употребления психоактивных веществ (F15.0-F16.9)	1,8	2,3	3,0	3,6	5,3
2.Психотические состояния (F31.9-F41.9)	2,0	2,1	1,6	1,7	1,6
3.Острая реакция на стресс (F43-F43.1)	4,3	4,2	4,6	3,9	4,2
4.Неврозы (F48.0-F50.0)	6,7	7,2	7,6	6,7	6,7
5.Прочие психические расстройства (F70.1-F95.9)	2,1	2,1	2,4	2,0	1,9
Всего:	28,6	27,8	28,0	24,4	26,0

Травматизм, несмотря на все усилия общества и системы здравоохранения, остается одной из основных причин смерти в РФ наряду с заболеваниями системы кровообращения и онкологией.

Почти две трети (60,4%) обращений в службу СМП по поводу травм связаны с черепно-мозговыми травмами (S02-S02.1; S06.0; S08). Наблюдается снижение частоты вызовов обусловлено в связи с переломами и вывихами (S02.2-S03.4, S12.0-S13.6, S22.0-S23.5, S32.0-S33.7, S42.0-S43.4, S52-S53.4, S62-S63.7, S72-S73.1, S82-S83.6, S92-S93.6, T02-T03.9) на 29,7% и ножевых и прочих ранений (S11.0-S11.9; S21.0-S21.9; S48.3-S48.9) - в 5,75 раза. 85% всех вызовов бригад СМП по поводу травм

обусловлено двумя причинами: черепно-мозговыми травмами, переломами и вывихами. Частота вызовов бригад СМП г. Сургут по поводу травм представлена в таблице 5.6.

Таблица 5.6

Частота вызовов бригад СМП г.Сургут по поводу травм за период с 2009 г. по 2013 г. (на 1000 населения)

Нозология	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Черепно-мозговые травмы (S02-S02.1; S06.0; S08)	19,2	19,5	18,1	18,9	19,9
Переломы, вывихи (S02.2-S03.4, S12.0-S13.6, S22.0-S23.5, S32.0-33.7, S42.0-S43.4, S52-S53.4, S62-S63.7, S72-S73.1, S82-S83.6, S92-S93.6, T02-T03.9)	11,1	10,2	9,3	8,3	7,8
Ножевые и прочие ранения (S11.0-S11.9; S21.0-S21.9; S48.3-S48.9)	2,3	1,8	0,7	0,7	0,4
Электротравмы (T75.0-T75.4)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ожоги, отморожения (T20.0 - T35.1)	1,9	2,2	2,3	2,1	2,2
Прочие травмы (S34.8; S41.7; S24.6; S27.8)	0,9	0,4	2,2	1,5	2,5
Всего	35,5	34,2	32,8	31,6	32,9

Стратегия и тактика догоспитальной медицинской помощи при острых хирургических заболеваниях часто связана с ведущим синдромом, определяющим состояние больного и характер неотложной помощи (Верткин А.Л., 2012). Ведущими причинами обращения населения г.Санкт-Петербурга в службу СМП по мнению М.В. Ромашкина-Тиманова, А.Е. Демко, И.М. Барсукова, с соавт. (2014), остается острый аппендицит, составляющий 30%, острый панкреатит - 26,4%, острый холецистит - 20,4% и кровотечение из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки - 8,9% от числа всех обращений по поводу состояний, связанных с заболеваниями хирургического профиля.

Частота вызовов бригад СМП г.Сургута за период с 2009 г. по 2013 г. по поводу состояний, связанных с заболеваниями хирургического профиля представлена в таблице 5.7.

Таблица 5.7

Частота вызовов бригад СМП г. Сургут за период с 2009 г. по 2013 г. по поводу состояний, связанных с заболеваниями хирургического профиля  
(на 1000 населения)

Нозология	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Острый аппендицит (K35-K35.9)	7,4	7,5	7,1	7,5	7,2
Почечная колика (K85)	5,3	5,8	5,6	6,1	6,0
Острый панкреатит (K85-K85.9)	3,4	3,7	4,2	4,0	4,0
Острый холецистит (K81.0; K80-K80.5)	4,5	4,3	3,6	3,1	2,8
Флегмона, абсцесс (L02-L05.9; K75.0; K61.0; K61.3; K63.0)	1,3	1,5	1,9	2,1	2,7
Кишечная непроходимость (K53.1; K56.1-K56.7)	0,9	0,9	1,2	1,4	2,3
Желудочно-кишечное кровотечение (K26.0; K26.4; K25.0; K25.4; K92.2)	0,6	0,6	1,0	1,0	1,3
Ущемленная грыжа (K40.3-K40.9; K42.0-K42.9; K44.9; K45.8)	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4
Прободная язва (K25.1-K25.6; K63.1)	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2
Прочие (K26.1-K28.1; H10.0-H67.8; R31-R33; R17; R09; O90.0; O92.1)	3,9	4,1	3,7	4,1	4,3
Всего	27,9	29,2	29,0	29,9	31,2

В структуре преобладали такие заболевания хирургического профиля, как острый аппендицит, почечная колика и острый панкреатит. Если острый аппендицит и острый панкреатит действительно являются острыми состояниями, риск наступления которых сложно определить, то почечная колика или желудочно-кишечное кровотечение, несмотря на острый характер, имеют четкие и определенные патологические предвестники.

В целом структура поводов вызовов бригад СМП в связи с заболеваниями хирургического профиля оставалась стабильной.

Данные о частоте и структуре вызовов бригад СМП г.Сургут за период с 2009 г. по 2013 г. по поводу состояний, связанных с родами и акушерско-гинекологической патологией показаны в таблице 5.8.

Таблица 5.8

Частота вызовов бригад СМП г.Сургут за период с 2009 г. по 2013 г. по поводу состояний, связанных с родами и акушерско-гинекологической патологией (на 1000 населения)

Нозология	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Роды и патология беременности (O02.2-O02.2; O10.0; O86.8; O99.0- O99.7)	13,9	14,2	15,8	16,1	17,5
Внематочная беременность (O00.1-O00.9)	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5
Аборты (O03-O08.9)	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4
Гинекологические заболевания (N61; N64.0; N70-N99.8)	4,9	6,2	5,7	6,0	6,8
Всего	19,8	21,4	22,6	23,0	25,2

С учетом полученных данных о росте рождаемости в г.Сургут количество выездов бригад СМП по поводу состояний, связанных с родами и акушерско-гинекологической патологией увеличилось. Однако следует отметить, что вызовы, связанные с родами и патологией беременности занимают только 71,7% от всех вызовов по поводу состояний, связанных с родами и акушерско-гинекологической патологией. Практически каждый третий вызов (27,9%) обусловлен обострением гинекологических заболеваний, что также свидетельствует о недостаточной работе системы женских консультаций города.

Таким образом, в г.Сургут за 5 лет частота вызовов СМП увеличилась на 3,8%, который произошел преимущественно за счет заболеваний терапевтического профиля на 8,9%, родов и акушерско-

гинекологических заболеваний - на 23,2% и группы психоневрологических заболеваний - на 4,6%. Треть всех вызовов была выполнена в связи с заболеваниями терапевтического профиля, и именно эта группа причин может быть передана на обслуживание в территориальную поликлинику. Рост частоты обращений в службу СМП по поводу состояний, связанных с заболеваниями терапевтического профиля, обусловлен преимущественно ростом обращений в связи с состояниями, сопровождающимися повышенным артериальным давлением и нейроциркуляторной дистонией.

Наиболее частая патология ЦНС, явившаяся причиной вызова бригады СМП является инсульт, среди патологии периферической нервной системы, остеохондроз. Оба указанных состояния могут рассматривать не только как острые состояния, но и как осложнения других хронических состояний, риск которых может быть уменьшен при адекватном наблюдении пациентов в условиях поликлиники. Это же можно отнести и к почечной колике и к желудочно-кишечному кровотечению, которые несмотря на острый характер, также имеют четкие и определенные патологические предвестники. Практически каждый третий вызов бригад СМП обусловлен обострением гинекологических заболеваний, что свидетельствует о недостаточно эффективной работе женских консультаций города.

Проведенный анализ показал наличие существенных резервов в оптимизации деятельности службы СМП г.Сургут. Многие состояния, явившиеся поводом для вызова бригады СМП, могли обслуживаться по принципу неотложной медицинской помощи в поликлинике или при правильной организации ее работы с пациентами с хроническими заболеваниями не допустить возникновения острого состояния, требующего оказания экстренной помощи. Полученные данные дали основание провести углубленный экспертный анализ целесообразности вызовов бригады СМП и возможной передачи части вызовов СМП в медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях.

## **ГЛАВА 6. ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

В соответствии со ст. 35 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме в не медицинской организации, а также в стационарных и амбулаторных условиях. Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»), определил поводы для вызова скорой медицинской помощи:

- в экстренной форме (п.11 упомянутого приказа) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе:

- а) нарушения сознания, представляющие угрозу жизни;
- б) нарушения дыхания, представляющие угрозу жизни;
- в) нарушения системы кровообращения, представляющие угрозу жизни;
- г) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;
- д) внезапный болевой синдром, представляющий угрозу жизни;
- е) внезапные нарушения функции какого-либо органа или системы органов, представляющие угрозу жизни;
- ж) травмы любой этиологии, представляющие угрозу жизни;
- з) термические и химические ожоги, представляющие угрозу жизни;
- и) внезапные кровотечения, представляющие угрозу жизни;
- к) роды, угроза прерывания беременности;



л) дежурство при угрозе возникновения чрезвычайной ситуации, оказание скорой медицинской помощи и медицинская эвакуация при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации

- в неотложной форме (п.12 приказа):

а) внезапные острые заболевания (состояния) без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства;

б) внезапные обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства;

в) констатация смерти (за исключением часов работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях).

Несмотря на существующие и установленные законодателем в нормативных актах определения «экстренной» и «неотложной» медицинской помощи служба СМП их практически не использует из-за опасности неправильной трактовки диспетчером, реальной угрозы жизни пациента и нанесении вреда его жизни и здоровью (Фаршатов Р.С., Кильдебекова Р.Н., 2014). Очень часто экстренные и неотложные состояния трактуются как «острые» и «хронические» (Кузенко П. И., 2014) без разделения на необходимость оказания или «экстренной» или «неотложной» медицинской помощи.

Попытку разъяснить отличие экстренных состояний от неотложных состояний предпринималась Тарычевым В.В. (2015), который в своей работе выделил 5 категорий срочности вызова в зависимости от нуждаемости пациента в лечебно-эвакуационных мероприятиях. Однако, поводы для вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи в основном повторяли поводы, обозначенные в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н. Автор предлагал при возникновении перечисленных поводов переадресовать их диспетчером СМП в поликлинику во время ее работы, но оставался не

уточненным вопросом о том, как диспетчер СМП сможет установить при разговоре с пациентом по телефону признаков психических расстройств или отсутствие признаков прободения, кровотечения при болях в животе.

В соответствии с задачами настоящего исследования нами были разработаны критерия для оптимизации работы службы СМП.

### **6.1. Критерии экстренности и неотложности состояний**

Дифференцирование обращений в службы СМП на экстренные и неотложные является крайне сложной задачей имеющей вероятностный характер. Автоматизированные алгоритмы решения данной задачи неэффективны, так как четких и однозначно понимаемых отличительных признаков данных состояний не существует. Поэтому с целью проведения дифференцировки поводов и в последующем разработки критериев принятия решения о неотложности состояния для переадресации вызова в отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи в поликлиники города был использован экспертный метод. Решением органа управления здравоохранением была создана рабочая группа, в состав которой вошли эксперты в области скорой медицинской помощи, всего 17 человек. Принципы формирования команды экспертов описаны во 2 главе настоящего исследования.

В формате еженедельных очных сборов достигалось согласие всех членов группы по каждому из предлагаемых решений. Всего было обсуждено 25 предложений по формулировке критерия о неотложности состояния. На основании согласованного решения были оставлены 7 предложений, которые использовали для разработки Критериев принятия решения о неотложности состояния для переадресации вызова в отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи. Работа группы экспертов основывалась на результатах анализа показателей работы службы СМП и причин вызова бригад СМП, результаты которого представлены в

предыдущих главах настоящего исследования. Особо пристальное внимание было уделено группе заболеваний терапевтического профиля, а также патологии периферической нервной системы.

В результате многоступенчатого обсуждения были сформулированы следующие критерии принятия решения о неотложности состояния для переадресации вызова для оказания неотложной медицинской помощи:

1. Отсутствие у пациента признаков, представляющих угрозу жизни (основной критерий)<sup>1</sup>;
2. Телефонное интервью медицинского работника непосредственно с пациентом (родителем или иным законный представителем в отношении несовершеннолетних в возрасте до 15 лет или больных наркоманией несовершеннолетних в возрасте до 16 лет<sup>2</sup>);
3. Возраст пациента старше 3-х лет<sup>3</sup>;
4. Длительность течения заболевания (не более допустимого согласно поводу)<sup>4</sup>;
5. Отсутствие ухудшения состояния на фоне получаемого амбулаторного лечения<sup>5</sup>;
6. Отсутствие признаков отличных от основного/хронического заболевания<sup>6</sup>;

---

<sup>1</sup> Пункт 11, Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. №388н);

<sup>2</sup> Часть 2, статьи 20, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

<sup>3</sup> Неотложная медицинская помощь детям в возрасте до 3-х лет приоритетно оказать бригадами скорой медицинской помощи;

<sup>4</sup> Предполагаемое заболевание (состояние) у пациента по длительности наличия симптоматики. Например, согласно клиническим рекомендациям (протоколу) по оказанию скорой медицинской помощи при лихорадках инфекционного генеза состояния с кратковременной лихорадкой – продолжительностью до 5 дней предполагает наличие у пациента ОРВИ, гриппа, при этом при инфекции с продолжительной лихорадкой – до 2-х недель предполагается осложнения при ОРВИ, гриппе; брюшной тиф, сыпной тиф, орнитоз и др.;

<sup>5</sup> Ухудшение состояния пациента на фоне получаемого амбулаторного лечения предполагает наличие нетипичного течения заболевания и (или) отсутствия эффекта от проводимого лечения, что является медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи (подпункт а, пункта 5 Приложения к Положению об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2014 г. №796н);

<sup>6</sup> Нетипичные или новые симптомы у пациента связанные с основным или хроническим заболеванием требует оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме;

7. Нахождение пациента в зоне обслуживания отделения, кабинета, пункта для оказания неотложной медицинской помощи<sup>7</sup>.

В основе информационного обеспечения решения задачи по разработке критериев неотложности состояний и неотложности медицинской помощи и, соответственно, разделения всех обращений в службу СМП на экстренные и неотложные, была положена база данных всех вызовов с 1995 года с использованием программного комплекса «АДИС». Она представляет собой электронную базу статистических данных, поступивших вызовов и обращений. ПК «АДИС» фиксирует повод вызова, поступающего от населения.

Из всех наименований результатов вызова бригад СМП, такие результаты как (внесенные в базу данных ПК): скорую не вызывали; нет на месте; адрес не найден (категория ложного вызова); бригада отозвана; отказ от осмотра; обслужен другой бригадой; дверь не открыли; отказ по «03» (выезд); дубль (ошибка диспетчера); необоснованный вызов; самоотказ; другие причины (отклонения вызова), относятся к безрезультатным вызовам, т.е. не требующим оказания скорой медицинской помощи. Было выделено 9 разделов, которые объединяли 73 повода вызова к пациентам, разделенных на «экстренные и неотложные потоки».

В «экстренный поток» были включены вызовы по поводу состояний, представляющих угрозу жизни (согласно п. 6.2. приказа Минздравсоцразвития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»). В качестве результата вызова рассматривали следующие состояния: госпитализация в стационар; передача специализированной бригаде СМП; передача другой бригаде

---

<sup>7</sup> Медицинская помощь в неотложной форме пациентам вне зоны обслуживания отделения, кабинета, пункта для оказания неотложной медицинской помощи

СМП, экстренная перевозка; смерть в автомобиле скорой медицинской помощи; смерть до прибытия бригады СМП; смерть в присутствии бригады СМП.

В «неотложный поток» были включены вызовы по поводу состояний, не представляющих угрозу жизни. В качестве результата вызова по поводу состояний, составивших «неотложный поток», рассматривали следующие состояния: отказ от госпитализации в стационар; направление на амбулаторное лечение; доставка в стационар для оказания медицинской помощи; доставка в травматологический пункт; плановая перевозка; доставка домой; оставление на месте; передача полиции; доставка в прочие места; передача вызова на филиал медицинской организации.

В качестве базовых критериев «неотложности состояния» решением экспертов были использованы следующие:

- отсутствие у пациента признаков угрожающего жизни состояния;
- самообращение пациента в службу скорой медицинской помощи (для взрослых);
- нахождение пациента по месту жительства;
- возраст пациента (от 3 до 75 лет);
- затяжной (хронический) характер течения заболевания.

В таблице 6.1 представлены результаты вызовов СМП, которые распределены по 9 основным разделам из блока поводов вызовов к пациентам, изначально находящимся в сознании, без выделения состояний, представляющих угрозу жизни.

Суммарно за исследованный период по всем 9 основным разделам («Температура», «Боль в грудной клетке», «Задыхается», «Боли в животе», «Головная боль», «Рвота», «Боли в конечностях, прочее», «Плохо человеку», «Сделать инъекцию, выпала трубка») выполнено 484772 вызовов. При этом в экстренной форме (угроза жизни человека) выполнено

всего 77959 вызовов (16,1%) и в неотложной форме (без угрозы жизни) - 406813 вызовов (83,9%).

Таблица 6.1

Распределение вызовов СМП по 9 основным разделам поводов обращений за период 2009-2013 годов (абсолютное число вызовов, в % от числа вызовов по отдельному поводу)

Раздел	Наименование вызова	Всего вызовов	В т.ч.:			
			в экстренной форме		в неотложной форме	
			абс. число	в %	абс. число	в %
1	С кодом «04» (Боль в грудной клетке)	111204	12149	10,9	99055	89,1
2	С кодом «05» (Задыхается)	22815	5262	23,0	17553	77,0
3	С кодом «09» (Боли в животе)	97409	23258	23,9	74151	76,1
4	С кодом «11» (Головная боль)	36426	3823	10,5	32603	89,5
5	С кодом «12» (Температура)	129606	15610	12,0	113996	88,0
6	С кодом «13» (Рвота)	38023	9007	23,7	29016	76,3
7	С кодом «14» (Боли в конечностях, прочее)	9250	1879	20,3	7371	79,7
8	С кодом «15» (Плохо человеку)	36162	6297	17,4	29865	82,6
9	С кодом «16» (Сделать инъекцию, выпала трубка)	3877	674	17,4	3203	82,6
Всего по 9 основным разделам		484772	77959	16,1	406813	83,9

Наиболее часто выполняемым поводом (26,7%) вызова службы СМП является повод – «Температура». При этом в экстренной форме выполнено 12,0% вызовов и в неотложной форме - 88,0%. Второе место занимает повод «Боль в грудной клетке» (22,9%), в экстренной форме выполнено 10,9% вызовов, в неотложной форме - 89,1%. На третьем месте повод – «Боли в животе» (20,1%), в экстренной форме выполнено 23,9% вызовов, в неотложной форме - 76,1%.

Таким образом, посредством количественного анализа выявлено, что потребность в экстренной медицинской помощи у пациентов изначально находящихся в сознании (состояния угрожающие жизни), определяется в пределах от 10,5% до 23,9% от числа выполненных вызовов по конкретным поводам. Потребность в неотложной медицинской помощи находится в пределах от 77,0% до 89,5% от числа выполненных вызовов по конкретным поводам.

Экспертным путем были выделены 65 поводов вызова бригады скорой медицинской помощи, отнесенных к «неотложному потоку» из которых до 10% обращений, могли быть переданы в службу неотложной медицинской помощи поликлиник в период их работы.

## **6.2. Результаты оптимизации деятельности службы скорой медицинской помощи**

В целях совершенствования оказания скорой медицинской помощи населению на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (ХМАО-Югра), в рамках государственной программы ХМАО-Югры «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы» с 2014 года при медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях организована работа отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи. Основанием по реформированию системы СМП послужили результаты научного исследования, которые изложены в третьей, четвертой и пятой главах настоящего исследования.

Порядок взаимодействия диспетчерской службы станций скорой медицинской помощи с оперативными отделами отделений неотложной медицинской помощи в медицинских организациях Ханты - Мансийского автономного округа – Югры, имеющих в составе подразделения, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, определен приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского АО – Югры от 7 апреля 2014 г. № 221 «Об организации оказания неотложной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» (с изменениями и дополнениями внесенными: приказами Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского АО - Югры от 7 июля 2014 г. №531 и от 26 марта 2015 г. №267).

Приказом утверждены 65 поводов для вызова неотложной медицинской службы скорой медицинской помощи, также утверждены Типовое положение об отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи при медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, табель базового оснащения отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи, карта вызова бригады отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи, журнал записи вызовов бригады неотложной медицинской помощи, дневник работы отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи, сопроводительный лист,

Организация деятельности предусматривала преемственность между медицинскими организациями, оказывающими СМП и поликлиниками. Вызов, переадресованный в медицинскую организацию, оказывающую помощь в амбулаторных условиях, оставался на контроле станции скорой медицинской помощи в течение 2 часов. При неисполнении вызова служба скорой медицинской помощи обеспечивает выезд по данному вызову. Следовательно, беспокойство Александровой О.Ю. с соавт. (2015) по поводу неоказания или несвоевременного оказания медицинской помощи пациенту при данном варианте организации работы учтено.

Динамика показателей деятельности станции СМП г. Сургута за период 2013-2018 годов (после внедрения системы переадресации вызовов) представлена в таблице 6.2.

Общее количество обращений в службу СМП возросло на 15,9%. что соответствует ежегодному приросту в 2,6%. Если бы не были предприняты мероприятия по оптимизации деятельности службы СМП, то объем необходимых ресурсов следовало бы увеличить на соответствующую величину, в том числе и объемы финансирования.



Таблица 6.2

**Динамика показателей деятельности станции СМП г. Сургута  
за период 2013-2018 годов**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
1	Общее количество обращений на СМП (абс.число)	124621	125547	136601	141100	138910	144473
2	Выполнено вызовов бригадами СМП (абс.число)	121681	118480	121780	124563	123936	127807
3	Переадресовано на НМП (абс.число)	2940	7067	14821	16537	14974	16666
4.1	Число вызовов на 1 жителя (норматив по ХМАО-Югре) (на 1000 населения)	0,330	0,322	0,332	0,310	0,300	0,310
4.2.	Число вызовов на 1 жителя, по выполненным вызовам СМП (абс.число)	0,366	0,348	0,349	0,338	0,344	0,349
4.3.	Число вызовов на 1 жителя, с учетом переадресованных вызовов (абс.число)	0,375	0,368	0,392	0,383	0,385	0,394
5.1.	Среднесуточное количество бригад СМП (абс.число)	21,4	20,4	21,5	26	28	27
5.2.	Суточная нагрузка на бригаду СМП (вызовов)	15,8	15,7	15,1	13,3	13,2	14,8
5.3.	Суточная нагрузка на бригаду СМП, с условием выполнения переадресованных на НМП вызовов (вызовов)	16,2	16,6	17,0	15,1	15,8	16,5
6.1.	Доля выездов бригад СМП со временем прибытия до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов, (норматив по программе Госгарантий ХМАО-Югре) (%)	92	92	96	92	93	93
6.2.	Доля выездов бригад СМП со временем прибытия до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов, по СМП всего (%)	63,9	63,7	71,6	76,4	77,8	78,1
6.2.1.	по экстренным показаниям (%)	93	92,5	93,7	96,1	97,2	97,2

Однако, реализация мероприятий позволила сохранить число вызовов выполненных бригадами СМП практически на одном уровне за счет увеличения количества переадресованных вызовов с 2940 в 2013 году до 16666 в 2018 году (в 5,7 раза). Таким образом, уровень доступности

скорой медицинской помощи с учетом переадресованных вызовов возрос с 0,375 до 0,394 вызова на 1 жителя в год, тогда как число вызовов СМП сократилось в расчете на одного жителя с 0,366 до 0,349. В результате проведенной оптимизации суточная нагрузка на бригаду снизилась с 15,8 до 14,8 выездов, доля вызовов со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента поступления вызова выросла с 63,9% до 78,1%.

Ежегодное увеличение количества переадресаций в медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, способствовало уменьшению объема выполненных непрофильных вызовов СМП и как следствие, приближение фактических объемов выполняемых вызовов к нормативу, установленному Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в ХМАО-Югре (далее – Программа).

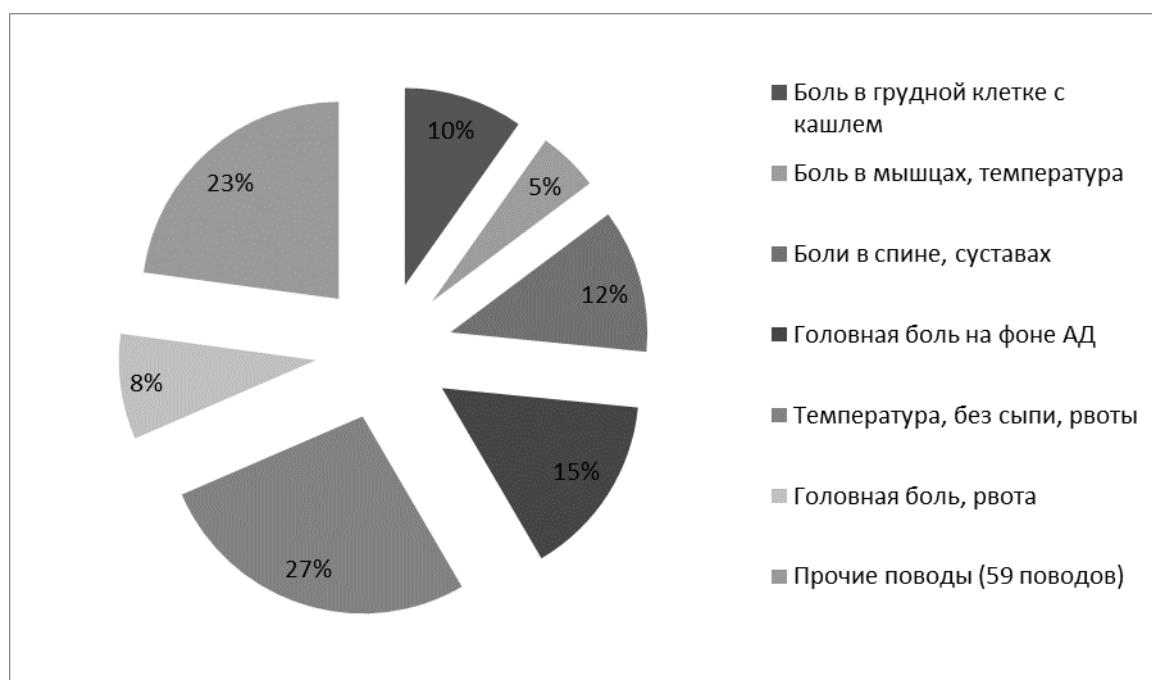


Рис. 6.1. Распределение поводов переадресаций вызовов по неотложным состояниям в поликлиники города Сургут за период 2014-2016 годов (период проведения главного этапа реформирования службы СМП) (в %).

В результате были выделены 6 основных поводов из 65, которые в более 5% случаях передавались в поликлинику, а оставшиеся 59

объединены в прочие поводы (рис.6.1). Согласно статистическим данным в архиве установленной автоматизированной системы регистрации и обработки вызовов станции СМП г. Сургута из перечня поводов вызовов, подлежащих переадресации в поликлинику за 2014-2016 года в 27% случаев были связаны с поводом «Температура, без сыпи, рвоты» (27%).

Из всех переадресованных неотложных вызовов в 15% случаях диспетчера передали их с поводом «Головная боль на фоне изменения АД». В 12% переадресованы вызовы с поводом «Боль в спине, суставах», «Боль в грудной клетке с кашлем» - 10%, «Головная боль, рвота» - 8%, «Боль в мышцах, температура» - 5% Это поводы поступающие в службу СМП в неотложной форме, подлежащие к переадресации в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Таблица 6.3

Число вызовов СМП по времени доезда до места вызова СМП в г.Сургут в 2016 – 2018 годах (% от общего количества вызовов)

Время доезда бригады /год	2016 год	2017 год	2018 год
- до 20 минут	95,0	95,0	93,0
-от 21 до 40 минут	2,3	2,2	3,3
-от 41 до 60 минут	1,4	1,5	2,2
- более 60 минут	1,3	1,3	1,5
Всего	100,0	100,0	100,0

Критерием доступности медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы, для СМП является доля выездов бригад СМП со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента поступления вызова в общем количестве вызовов (далее – доля вызовов). Данный показатель за период внедрения рекомендаций увеличился с 2013 по 2016 год с 63,9% до 78,1%, а по экстренным показаниям с 93,0% до 97,2%, при

этом доля вызовов по экстренным показаниям за анализируемый период не превышала за пределы норматива, установленного Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. В последующие периоды уровень «своевременных доездов» оставалась на высоком уровне (табл.6.3).

Снижение нагрузки на службу скорой медицинской помощи за счет передачи до 10% вызовов по поводу неотложной медицинской помощи позволили повысить эффективность при оказании скорой медицинской помощи по экстренным показаниям. Результаты анализа смертности на догоспитальном этапе приведены в таблице 6.4.

Таблица 6.4

Динамика смертности населения г. Сургута на догоспитальном этапе за период 2013-2018 годов (на 100 тыс. населения)

Показатели	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Число умерших на догоспитальном этапе всего (на 100000 населения), из них:	302,0	256,4	209,1	214,6	226,6	192,8
-до прибытия бригады СМП	292,3	211,2	163,7	164,1	166,9	142,5
-в присутствии бригады СМП	40,1	45,1	45,3	50,4	59,6	50,2
-успешные реанимационные мероприятия	8,5	9,5	7,7	16,3	10,3	10,4

Как следует из представленных данных, за 2013-2018 гг. число умерших на догоспитальном этапе снизилось на 36,2%, то есть ежегодный темп снижения показателя смертности на догоспитальном этапе составил 6%. Особенно показательно было снижение смертности на догоспитальном этапе до прибытия бригады СМП на 51,2%.

Таким образом, снижение числа умерших на догоспитальном этапе, в частности, в результате своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи и увеличение числа успешных реанимационных мероприятий свидетельствуют о повышении эффективности службы СМП при оказании экстренной медицинской помощи.

С целью определения мнения пациентов относительно реализованных мероприятий по оптимизации работы службы СМП г.Сургут был проведен опрос 2380 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в службу СМП и вызов которых был перенаправлен в поликлинику. Опрос респондентов проводили по телефону персоналом службы СМП под руководством группы экспертов в момент уточнения факта получения ими медицинской помощи.

В программу опроса входили следующие вопросы:

- Оказана ли Вам медицинская помощь?
- Удовлетворены ли Вы такой формой обслуживания?
- Не произошло ли ухудшения состояния Вашего здоровья?
- Какие замечания Вы можете высказать

Из результатов опроса следует, что подавляющее большинство опрошенных (95,8%) полностью удовлетворены такой формой обслуживания. Они не высказали претензий к службе СМП и время ожидания медицинской помощи их вполне устроило. Остальные 4,2% опрошенных высказывали частичное удовлетворение такой формой обслуживания. Основная претензия заключалась в необычности такой формы работы и беспокойства по поводу сроков оказания медицинской помощи. Однако отрицательных мнений высказано не было. Более того, более чем две трети опрошенных высказали мнения о большей приверженности такой формы обслуживания, так как врач поликлиники имел большее время, чем бригада СМП для опроса, подбора медикаментов. Также пациентов устраивало последующее адекватное и

длительное медицинское наблюдение в условиях территориальной поликлиники.

За время проведения организационного эксперимента не было случаев ухудшения состояния у пациентов, вызовы которых были переадресованы в поликлинику. Ежемесячный анализ переадресованных вызовов группой экспертов подтвердил правильность выбранных критериев и адекватность их использования службой СМП при решении вопроса о принятии или переадресации вызова. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии отрицательных результатов проведенных организационных изменений.

Таким образом, планирование организационного эксперимента проведено на основании результатов исследования деятельности службы СМП г.Сургут в период 2009-2013 гг. группой экспертов, которые согласованным решением утвердили показания для переадресации вызовов в службу СМП на уровень территориальной поликлиники. В результате определено, что потребность в экстренной медицинской помощи (состояния угрожающие жизни), находится в пределах от 10,5% до 23,9% от числа выездов по конкретным поводам. Исходя из опыта использования ПК «АДИС», были выделены 65 поводов вызова бригады скорой медицинской помощи, отнесенных к «неотложному потоку» из числа которых, за период 2013-2016 гг. до 10% обращений, были переданы в службу неотложной медицинской помощи поликлиник в период их работы.

Организация деятельности предусматривала преемственность между медицинскими организациями, оказывающими СМП и поликлиниками. Вызов, переадресованный в поликлинику, оставался на контроле станции скорой медицинской помощи в течение 2 часов. За период проведения организационного эксперимента (2013-2018 гг.) уровень доступности скорой и неотложной медицинской помощи с учетом переадресованных вызовов возрос с 0,375 до 0,394 вызова на 1 жителя в год, тогда как число

вызовов СМП сократилось в расчете на одного жителя с 0,366 до 0,349. Количество переадресованных вызовов увеличилось с 2940 в 2013 году до 16666 в 2018 году, суточная нагрузка на бригаду снижалась с 15,8 до 14,8 вызовов, доля вызовов со временем прибытия до пациента менее 20 минут с момента поступления вызова выросла с 63,9% до 78,1%. Число умерших на догоспитальном этапе снизилось на 36,2% на догоспитальном этапе до прибытия бригады - СМП на 51,2%.

Результаты телефонного опроса 2380 пациентов свидетельствуют о принятии подавляющим большинством опрошенных (95,8%) такой формы обслуживания. Случаев ухудшения состояния у пациентов, вызовы которых были переадресованы в поликлинику, за время проведения организационного эксперимента не зафиксировано.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии отрицательных результатов проведенных организационных изменений, а выработанные критерии позволяли распределить вызовы на СМП и НМП в поликлинику.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система здравоохранения Российской Федерации представляет собой систему медицинских организаций, оказывающих амбулаторную, стационарную и скорую медицинскую помощь. Скорая медицинская помощь является наиболее приближенным видом медицинской помощи к населению и подчас единственным возможным вариантом ее своевременного оказания. Актуальность задачи по модернизации системы оказания СМП, совершенствованию нормативной регламентации организации оказания неотложной медицинской помощи подчеркивалась в решениях II Всероссийского съезда врачей скорой помощи. Оптимизация финансовых ресурсов, выделяемых на данный вид медицинской помощи, рассматривалась в свете мероприятий по стабилизации и снижению количества вызовов населения, связанных с хронической патологией.

Модернизация системы здравоохранения, организация общей врачебной практики, отделений помощи на дому, диагностических центров, лечебно-диагностических отделений стационаров, стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи обуславливает актуальность изучения вопросов взаимодействия станции скорой медицинской помощи с другими медицинскими организациями.

Как отмечается в Докладе о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год «Основная цель развития отрасли здравоохранения – повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению. Главным результатом усилий и действий государственных органов исполнительной власти на всех уровнях является реальное влияние на здоровье россиян и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан».



Реализация основных задач, определенных долгосрочной целевой Государственной программой Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы», утверждённой постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 09.10.2013г. № 414-п., направлена на «устойчивое развитие здравоохранения, последовательное улучшение основных показателей здоровья населения автономного округа, а также качественное использование ресурсов. Комплекс целевых мероприятий направлен на улучшение демографической ситуации».

Целью настоящего исследования стало научное обоснование мероприятий по совершенствованию деятельности скорой медицинской помощи городскому населению. Для достижения поставленной цели было сформулировано 5 задач исследования, предусматривающие изучение и анализ демографической ситуации, деятельности скорой медицинской помощи, причин обращений населения в службу СМП, факторов, способствующих принятию решения о вызове СМП, разработку мероприятий по совершенствованию организации СМП и оценке эффективности их внедрения.

Исследование проведено в период 2009-2018 годов. Изучены данные за период с 1997 по 2018 год. Территория исследования: г.Сургут, который является крупнейшим промышленным центром Ханты-Мансийского автономного округа. Основной понятийный аппарат определен в соответствии с положениями Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В качестве материала исследования были использованы:

- данные о деятельности БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» (форма №40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи», форма №30 «Сведения о медицинской организации»);

- данные о демографической ситуации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югра и Российской Федерации;
- анкеты опроса населения «Определение удовлетворённости оказания скорой медицинской помощи» и «Опрос мнения пациентов» (8760 шт.).
- карты экспертного опроса (34 шт.).

Исходя из поставленных задач, в настоящей диссертационной работе в качестве основных использованы следующие методы исследования: статистический; социологический, аналитический, монографический, экспертных оценок, математического моделирования. Для каждой задачи исследования предусматривались источник информации и используемые методы сбора и анализа полученного материала. Для определения необходимого объема исследуемой совокупности применяли методику определения необходимого объема выборки для бесповторной выборки (один респондент заполнял анкету социологического исследования один раз) (Отдельнова К.А., 1980). При проведении анализа причин вызова СМП использовалась международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

В работе применялись общепринятые статистические методы определения средних величин, среднеквадратического отклонения, дисперсий. При сравнении групп в качестве «нулевой гипотезы» принимали отсутствие достоверной разницы между исследуемыми группами. В работе использовали следующие критерии достоверности различий: параметрический критерий Стьюдента и непараметрический критерий  $\chi^2$ . Полученные значения функций сравнивались со стандартными табличными значениями для двустороннего распределения. Минимальный порог достоверности – 95% вероятности отрицания или принятия нулевой гипотезы.

Согласно программы исследования, для выявления факторов снижающих эффективность работы службы СМП был выполнен анализ

деятельности службы скорой медицинской помощи г. Сургута за период с 2009 по 2013 г. Предполагалось, что результаты данного анализа позволят разработать мероприятия по совершенствованию ее деятельности в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы» Ханты-Мансийского автономного округа.

Проанализирована демографическая ситуация в г.Сургут. Изменение численности и возрастного состава населения однозначно может оказывать влияние на уровень потребности в медицинской помощи, в том числе и СМП. До настоящего времени использование среднесрочных, а тем более долгосрочных, прогнозов с целью планирования необходимых объемов и структуры медицинской помощи не предусмотрено. В соответствии с задачами исследования был проведен анализ динамики демографической ситуации в г.Сургуте за 17 лет (с 1997 по 2013 годы). Использовались данные федерального статистического наблюдения. Статистические данные сглаживались методом скользящей средней.

На временном интервале 1997-1999 годов наблюдалось снижение численности постоянного населения, тогда как в последующие периоды фиксировался рост, который наиболее качественно можно описать параболой с положительным первым коэффициентом. Коэффициент аппроксимации такой модели чрезвычайно высок ( $R^2=0,979$ ). В соответствии с предложенной моделью были рассчитаны значения численности постоянного населения, которые адекватно отражали изменение численности постоянного населения с погрешностью около 1%, что позволяет рекомендовать ее для использования при планировании.

Далее, при анализе демографической структуры были выделены три возрастные группы населения: взрослые, дети 0-14 лет и 15-17 лет.

Модель динамики численности взрослого населения г.Сургут может быть представлена линейной функцией (коэффициент аппроксимации  $R^2=0,99$ ). Погрешность созданной модели не превышает 2,5%, что позволяет ее рекомендовать для использования при осуществлении

процесса планирования. В соответствии с предложенной моделью ежегодное увеличение численности взрослого населения составил более 4000 человек в год, что необходимо учитывать при планировании потребности в скорой и неотложной медицинской помощи.

Наиболее оптимальная математическая модель динамики численности детского населения (0-14 лет) это парабола с положительным коэффициентом (коэффициент аппроксимации  $R^2=0,987$ ). Данные о погрешности созданной модели свидетельствуют об увеличении величины погрешности, что показывает о превышении расчетных данных над реальными. Это может быть обусловлено снижением коэффициента рождаемости, что в дальнейшем было и подтверждено. Было принято предложение о необходимости корректировки модели путем снижения прогнозируемой численности детского населения ежегодно на 1,5% от рассчитанной величины, что точно соответствует темпу снижения коэффициента рождаемости.

Большие затруднения вызвал процесс математического моделирования численности детей 15-17 лет, проживающих в г.Сургут. Стандартный подход к созданию модели позволил получить нисходящую параболу с положительным первым коэффициентом.

Таким образом, за 9 лет (до 2025 года) ожидается повышение численности детского населения 0-14 лет и 15-17 лет на 78%, что приведет к изменению возрастной структуры в части снижения удельного веса взрослого населения.

Выполнен анализ деятельности скорой медицинской помощи г.Сургут за период с 2009 по 2013 год, который показал тенденцию к увеличению количества круглосуточных бригад СМП. За период изучения ежегодный прирост количества круглосуточных бригад составил 1,6%, что соответствовало ежегодному приросту численности населения на 1,8%.

То есть при неизменной потребности в СМП интенсивные показатели нагрузки на одну бригаду должны были оставаться

неизменными, так как потенциальный рост потребности должен был бы полностью компенсироваться увеличением количества бригад. Однако следует обратить внимание на рост суточной нагрузки за исследованный период с 13,6 вызовов в сутки на одну бригаду до 15,4 вызовов, то есть на 2,6% ежегодно. Коэффициент занятости также увеличивался на 3,6% ежегодно. Полученные данные могут свидетельствовать об увеличении потребления услуг СМП при неадекватном количественном возрастании потенциальных возможностей оказания СМП.

Следовательно, оптимизация деятельности службы СМП по снижению расходов и повышению экономической эффективности системы здравоохранения, может предусматривать как деятельность, направленную на снижение уровня заболеваемости, требующих оказания СМП, так и «выстраивание» потоков пациентов, когда необходимая медицинская помощь оказывается менее затратными видами медицинской помощи (амбулаторная, неотложная). Оптимизация потоков пациентов представляется наиболее реальным направлением деятельности по совершенствованию организации СМП.

Анализ частоты поступления вызовов СМП населением по дням недели показал, что независимо от сезона года, более напряженный период работы станции СМП приходится на период суббота-понедельник. Наличие определенной закономерности в распределении числа обращений по дням недели может быть связано с ограничениями режима работы медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях в субботу и воскресенье с последующей перегрузкой на приеме врача в понедельник и, соответственно, снижением доступности медицинской помощи. Для понимания процесса формирования решения пациента о вызове СМП было проведен социологический опрос на предмет выявления факторов, определяющих или способствующих принятию решения о вызове бригады СМП.

Указанное исследование было проведено методом анкетирования населения старше 18 лет. Анкета содержала вопросы (Приложение №1), касающиеся демографических, социальных характеристик опрашиваемого (пол, возраст и социальный статус опрашиваемого), причины вызова бригады скорой медицинской помощи и его характеристики работы бригады скорой медицинской помощи в данном эпизоде оказания медицинской помощи. Анкетирование проводилось в четыре периода в течение года (февраль-март, май-июнь, август-сентябрь, ноябрь-декабрь). В опросе участвовало 6380 респондентов, что составило 18,3% от общего числа лиц, обслуженных бригадами скорой медицинской помощи за период проведения опроса. Выбор респондентов проводился случайным образом.

В качестве причины вызова бригады СМП наиболее часто (57,5% от общего числа опрошенных) респонденты указали острое внезапное заболевание, 21,5% - обострение хронического заболевания, 5,1% травмы, 3,1% беременности и 12,8% прочие состояния. В итоге, каждый пятый опрошенный потенциально являлся пациентом амбулаторно-поликлинического приема и теоретически мог получить медицинскую помощь в условиях территориальной поликлиники.

Анализ причин вызова СМП по поводу обострения хронического заболевания показал, что каждый пятый респондент указал на недостатки организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. Только 1,6% не имели возможности обратиться в поликлинику, потому что не имели страхового полиса, остальные 98,4% опрошенных имели возможность получить медицинскую помощь в амбулаторных условиях. На предложенный вопрос анкеты «Почему вы в случае заболевания не обратились в поликлинику?» 21,4% респондентов отметили проблемы с записью на прием к врачу-терапевту участковому и удаленность поликлиники от места проживания. Остальные респонденты (77% от числа пациентов, обратившихся в службу СМП по поводу

обострения хронического заболевания) косвенно указали на недостатки работы поликлиники, так как, по их мнению, причина вызова была четкая организация работы службы СМП и нормированное время ее приезда, тогда как уверенности в своевременном оказании необходимой им медицинской помощи в территориальной поликлинике не было.

Следовательно, хорошая организация работы СМП и не достаточно качественная организация деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приводит к избыточной нагрузке на службу СМП. Служба СМП используется населением в качестве экспресс-альтернативы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Большинство опрошенных, обратившихся за СМП по поводу обострения хронического заболевания, не понимают различия между экстренной и неотложной медицинской помощью, что не позволяет им сделать выбор между вызовом СМП и обращением в поликлинику. Однако, даже повысив уровень знаний потенциальных пациентов, остается проблема субъективности при принятии решений.

Анализ причин обращений населения в службу СМП был выполнен на основе рекомендаций Руководства по скорой медицинской помощи по данным отчета станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи. В связи с отсутствием в Российской Федерации классификации причин вызовов СМП, в рекомендациях использована Международная классификация болезней 10 пересмотра. Однако, исходя из объективных сложностей установления заключительного диагноза, повода (причины) обращений, с установленной в МКБ-10 детализацией, использованы «Группы заболеваний» по профилю первичной консультации врача-специалиста.

В ранговой структуре вызовов бригадами СМП по профилю заболеваний на первом ранговом месте регистрировались вызовы в связи с заболеваниями терапевтического профиля, которые составили 30,5% от

общего количества вызовов. Именно в этой группе предположительно наивысший удельный вес состояний, которые могут быть признаны неотложными и обслуживаться в поликлинике.

В соответствии с этим, был проведен детальный анализ поводов обращений в службу СМП по состояниям, включенным в группу заболеваний терапевтического профиля. Рост частоты обращений в службу СМП по поводу состояний, связанных с заболеваниями терапевтического профиля обусловлен преимущественно ростом обращений в связи с состояниями, сопровождающимися повышенным артериальным давлением и нейроциркуляторной дистонией, которые возможно являются осложнениями хронических болезней и могут рассматриваться как неотложные состояния. Однако при адекватном наблюдении таких пациентов в условиях поликлиники не было бы оснований для вызова бригады СМП.

Поводом для каждого шестого обращения в службу СМП стали состояния, связанные с неврологической патологией. Удельный вес вызовов, в связи с патологией ЦНС (45,6%) и с патологией периферической нервной системы (54,4%). Наиболее частая патология ЦНС, явившаяся причиной обращения за СМП, является инсульт, среди патологии периферической нервной системы остеохондроз. Указанные состояния могут рассматривать не только как острые состояния, но и как осложнения других хронических состояний, риск которых может быть уменьшен при адекватном наблюдении пациентов в условиях поликлиники.

Таким образом, проведенный анализ показал наличие существенных резервов в оптимизации деятельности службы СМП г.Сургут. Многие состояние, явившиеся поводом для вызова бригады СМП могли или обслуживаться по принципу неотложной помощи в условиях поликлиники или при правильной организации ее работы с пациентами с хроническими заболеваниями не допустить возникновения острого состояния,



требующего оказания экстренной медицинской помощи. Полученные данные дали основание провести углубленный экспертный анализ целесообразности вызовов бригады СМП и возможной передачи части вызовов СМП в медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях.

Несмотря на существующие и установленные законодателем в нормативных актах определения «экстренной» и «неотложной» медицинской помощи служба СМП их практически не использует из-за опасности неправильной трактовки диспетчером реальной угрозы жизни пациента и нанесении вреда его жизни и здоровью (Фаршатов Р.С., Кильдебекова Р.Н., 2014). Дифференцирование обращений в службы СМП на экстренные и неотложные является крайне сложной задачей, имеющей вероятностный характер. Четких отличительных признаков данных состояний не существует. В соответствии с задачами настоящего исследования нами были предложены критерии для оптимизации работы службы СМП.

С целью проведения дифференцировки поводов и в последующем разработки критериев принятия решения о неотложности состояния для переадресации вызова в отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи в поликлиники города был использован экспертный подход. Всего обсуждалось 25 предложений по формулировке критерия о неотложности состояния. В результате этапного обсуждения было принято согласованное решение по семи предложениям, которые были использованы при разработке Критериев принятия решения о неотложности состояния для переадресации вызова в отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи.

В «экстренный поток» были включены вызовы по поводу состояний, представляющих угрозу жизни (согласно п.6.2. приказа Минздравсоцразвития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда,

причиненного здоровью человека»). В качестве результата вызова рассматривали следующие состояния: госпитализация в стационар; передача специализированной бригаде СМП; передача другой бригаде СМП, экстренная перевозка; смерть в автомобиле скорой медицинской помощи; смерть до прибытия бригады СМП; смерть в присутствии бригады СМП.

В «неотложный поток» были включены вызовы по поводу состояний, не представляющих угрозу жизни. В качестве результата вызова по поводу состояний, составивших «неотложный поток», рассматривали следующие состояния: отказ от госпитализации в стационар; направление на амбулаторное лечение; доставка в стационар для оказания медицинской помощи; доставка в травматологический пункт; плановая эвакуация; доставка домой; оставление на месте; передача полиции; доставка в прочие места; передача на филиал медицинской организации.

Суммарно за исследованный период по всем 9 основным разделам («Температура», «Боль в грудной клетке», «Задыхается», «Боли в животе», «Головная боль», «Рвота», «Боли в конечностях, прочее», «Плохо человеку», «Сделать инъекцию, выпала трубка») выполнено 484772 вызовов. При этом в экстренной форме (угроза жизни человека) выполнено всего 77959 вызовов (16,1%), в неотложной форме (без угрозы жизни) - 406813 вызовов (83,9%).

Посредством количественного анализа 9 основных разделов поводов из блока поводов вызовов к пациентам изначально находящимся в сознании, определено, что потребность в экстренной медицинской помощи (состояния угрожающие жизни), находится в пределах от 10,5% до 23,9% от числа вызовов. Потребность в неотложной медицинской помощи находится в пределах от 77,0% до 89,5% от числа вызовов. Были выделены 65 поводов вызова бригады скорой медицинской помощи, отнесенных к «неотложному потоку» из числа которых, за период 2013-2016 гг. до 10%

обращений, передавали в службу неотложной медицинской помощи поликлиник в период их работы.

Реализованные мероприятия позволили сохранить число вызовов выполненных бригадами СМП практически на одном уровне за счет увеличения количества переадресованных с 2940 в 2013 году до 16666 в 2018 году. Уровень доступности скорой и неотложной медицинской помощи с учетом переадресованных вызовов возрос с 0,375 до 0,394 вызова на 1 жителя в год, тогда как число вызовов СМП сократилось в расчете на одного жителя с 0,366 до 0,349. В результате проведенной оптимизации суточная нагрузка на бригаду СМП снизилась с 15,8 до 14,8 вызовов, доля вызовов со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента поступления вызовов увеличилась с 63,9% до 78,1%.

Ежегодное увеличение количества переадресаций в медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, способствовало уменьшению объема выполненных непрофильных вызовов СМП и как следствие, приближение фактических объемов выполняемых вызовов к нормативу, установленному Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в ХМАО-Югре.

Снижение нагрузки на службу скорой медицинской помощи за счет передачи до 10% вызовов по поводу неотложной медицинской помощи позволили повысить эффективность при оказании скорой медицинской помощи по экстренным показаниям. За 6 лет число умерших на догоспитальном этапе снизилось на 36,2% (ежегодный темп снижения показателя смертности на догоспитальном этапе составил 6%), снижение смертности на догоспитальном этапе до прибытия бригады СМП снизилось на 51,2%.

Таким образом, снижение числа умерших на догоспитальном этапе, в частности, в результате своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи и увеличение числа успешных реанимационных

мероприятий свидетельствуют о повышении эффективности службы СМП при оказании экстренной медицинской помощи.

С целью определения социальной эффективности реализованных мероприятий по оптимизации работы было проведено анкетирование 2380 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в службу СМП. Из результатов опроса следует, что подавляющее большинство опрошенных (95,8%) полностью удовлетворены такой формой обслуживания. Высказывались мнения о приверженности к такой форме, так как врач-терапевт участковый имел большее время для опроса, подбора медикаментов и в последующем проводилось адекватное медицинское наблюдение в условиях поликлиники.

Таким образом, выполненное исследование позволило научно обосновать мероприятия по совершенствованию деятельности службы СМП г.Сургут, на основании разработанных критериев экстренных и неотложных вызовов, и показать их эффективность в ходе организационного эксперимента.

## ВЫВОДЫ

1. В городе Сургут наблюдается уникальная для Российской Федерации ситуация, при которой рост численности населения обусловлен высокими показателями рождаемости (16,8‰), низкими показателями смертности (5,6‰), положительным естественным приростом населения (11,2‰), значительным миграционным притоком населения. До 2025 года прогнозируется дальнейший рост численности населения, что приведет к изменению возрастной структуры в сторону уменьшения удельного веса взрослого населения (с 75% до 65%) и увеличения доли детского населения (с 25% до 35%).
2. Рост объемов СМП в г.Сургут нельзя объяснить только изменением численности населения, так как количество бригад СМП увеличивалось пропорционально численности населения, а нагрузка на бригады и коэффициент их занятости возрастал опережающими темпами. Частота вызовов СМП минимальна в летнее время, максимальна в зимний период года. Сильное влияние на недельную и суточную ритмичность вызовов имеют организационные особенности работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Частота вызовов возрастает в субботу и воскресенье. Обращаемость населения за СМП, самая низкая в 5.00, максимальная с 18.00 до 24.00 часов.
3. В структуре вызовов СМП по профилю заболеваний на первом месте регистрировались вызовы в связи с заболеваниями терапевтического профиля, которые составили 30,5% от общего количества вызовов. На втором месте вызовы в связи с заболеваниями инфекционного характера (24,3% от общего числа вызовов), на третьем месте - вызовы по поводу психоневрологических болезней (15,7% от общего числа вызовов), на четвертом месте - с травматическими повреждениями (9,5% от общего числа вызовов), на пятом месте - группа заболеваний

хирургического профиля (9% от общего числа вызовов), на шестом месте группа акушерско-гинекологических причин обращений (7%). Три группы причин (терапевтический профиль, инфекционные и психоневрологические заболевания) определяют 70,5% всех обращений в службу СМП. Зарегистрированный рост количества вызовов службы СМП г.Сургут произошел преимущественно за счет заболеваний терапевтического профиля на 8,9%, родов и акушерско-гинекологических заболеваний на 23,2%.

4. В качестве причины вызова бригады СМП наиболее часто является острое внезапное заболевание (57,5%). Пятая часть всех вызовов СМП выполнена по причине обострения хронического заболевания (21,5%). Только 1,6% пациентов не имели возможности обратиться в поликлинику, потому что у них отсутствовал страховой полис. Наиболее часто респонденты отмечали проблемы с записью на прием к врачу-терапевту участковому и удаленность поликлиники от места проживания.
5. Использование разработанных критериев неотложности позволило до 10% обращений в службу СМП передавать в службу неотложной помощи медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях и, тем самым, сохранить число вызовов выполненных бригадами СМП практически на одном уровне за счет увеличения количества переадресованных вызовов с 2940 в 2013 году до 16666 в 2018 год при возрастании общего количества обращений в службу СМП на 15,9%. В результате проведенной оптимизации суточная нагрузка на бригаду снизилась с 15,8 до 14,8 выездов, доля выполнения вызовов со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента поступления вызова выросла с 63,9% до 78,1%. Число умерших на догоспитальном этапе снизилось на 36,2%, до прибытия бригады СМП - на 51,2%.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

*На уровне региональной системы здравоохранения рекомендуется:*

- ✓ учитывать при планировании деятельности СМП особенности демографической ситуации, динамику и прогноз численности населения на территории обслуживания;
- ✓ проводить разъяснительную работу среди населения о целях, задачах и возможностях создаваемых отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи поликлиник;
- ✓ использовать социологические исследования для выявления недостатков организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

*На уровне службы СМП рекомендуется использовать:*

- ✓ для анализа причин вызовов скорой медицинской помощи Международную классификацию болезней 10 пересмотра по Группам заболеваний по профилю первичной консультации врача-специалиста;
- ✓ предложенные критерии экстренности для разделения вызовов, поступающих диспетчеру СМП;
- ✓ программные комплексы автоматизации диспетчерской службы СМП в основе информационного обеспечения решения задачи по разработке критериев неотложности состояний и неотложности медицинской помощи и, соответственно, разделения всех обращений в службу СМП на экстренные и неотложные.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абашин, Н.Н. Оценка эффективности вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи / Автореф. дис. ... канд. мед. наук // М., 1999. – 24 с.
2. Абильтаев, А.М. Сезонность вызовов скорой медицинской помощи по причине острого коронарного синдрома / А.М. Абильтаев, Б.Е. Конабеков, А.С. Сепбосынова, У.С. Джамединова и др. // Медицина (Алматы). - 2019. - № 1 (199). - С. 19-26.
3. Агеева, В.В. Структура вызовов врача скорой медицинской помощи в отдаленном районе Тверской области / В.В. Агеева, И.И. Венков, Л.Н. Коричкина // В сборнике: Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования сборник статей по материалам XIX международной научно-практической конференции. 2019. - С. 24-27.
4. Александрова, О.Ю. Экстренная и неотложная медицинская помощь – проблемы разграничения понятий и механизма реализации норм закона / О.Ю. Александрова, Т.В. Рамненко // Медицина. - 2015. - №3. - С. 6-22.
5. Алимов, Р.Р. Научное обоснование совершенствования оказания скорой медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара / Р.Р.Алимов // Диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук. - Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. Санкт-Петербург. – 2018.
6. Алимов, Р.Р. Оценка современного состояния скорой медицинской помощи в России / Р.Р.Алимов, А.Г.Мирошниченко // В сборнике: Национальные проекты: вызовы и решения. материалы 55 межрегиональной научно-практической медицинской конференции. Министерство здравоохранения Ульяновской области; ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Ульяновск. - 2020. - С. 441-443.
7. Алимов, Р.Р. Оценка диагностических критериев качества скорой медицинской помощи в стационарных условиях при заболеваниях хирургического профиля / Р.Р.Алимов, А.Г.Мирошниченко, Э.Л. Латария, И.А. Туров // Скорая медицинская помощь. 2020. - Т. 21. - № 3. - С. 11-17.
8. Артюхов, И.П. Возрастная структура населения и анализ вызовов скорой медицинской помощи в Красноярской городской агломерации / И.П. Артюхов, В.Ф. Капитонов, Ф.В. Капитонов, А.Ю. Сенченко и др. // Сибирское медицинское обозрение. - 2018. - № 1 (109). - С. 14-19.



9. Архипов, В.В. Отечественное здравоохранение на рубеже веков / В.В. Архипов // Под ред. Багненко С.Ф. СПб. Фирма «Стикс». 2004. – 41 с.
10. Ахметзянов, И.М. Некоторые вопросы совершенствования службы скорой и неотложной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями / И.М. Ахметзянов, Е.А. Ефимов, Д.А. Валимухаметова // Здравоохранение Российской Федерации. - 1988. - №10. - С.18-20.
11. Ахметханова, А.Р. Актуальные вопросы скорой медицинской помощи / А.Р. Ахметханова, Л.И. Валиахметова, А.А. Файзуллина // В сборнике: инновационные механизмы решения проблем научного развития. Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. 2018. - С. 54-55.
12. Багдасарян, А.С. Некоторые организационные аспекты оптимизации работы станций скорой медицинской помощи / А.С. Багдасарян, С.Н. Линченко, Д.В. Пухняк, Е.В. Геращенко и др. // Скорая медицинская помощь. - 2017. - Т.18. - № 4. - С. 34-36.
13. Багдасарян, А.С. Совершенствование системы организации догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи / А.С. Багдасарян // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. СПб ГМА им. И.И. Мечникова. 2000. -22 с.
14. Багненко, С. Ф. Современное состояние и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации / С. Ф. Багненко, И. П. Миннуллин, А. Г. Мирошниченко и др. // Скорая медицинская помощь. - 2013. - № 3. - С. 4–9.
15. Багненко, С.Ф. Административная реформа и здравоохранение / С.Ф.Багненко, В.В. Стожаров, А.В. Кириллов, В.А. Федотов // Скорая медицинская помощь. - 2004. - № 4. - С. 12-16.
16. Багненко, С.Ф. Изучение мнения медицинских работников центральных районных больниц Ленинградской области об организации работы догоспитального этапа скорой медицинской помощи и приемных отделений больниц / С.Ф. Багненко, А.А. Лобжанидзе, Н.В. Разумный, П.И. Кузенко // Скорая медицинская помощь. - 2014. - Том 15. №2. - С.17.
17. Багненко, С.Ф. Организация оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров и др. // Учебное пособие. СПб. - 2012. – 40 с.
18. Багненко, С.Ф. Основные проблемы организации экстренной медицинской помощи на современном этапе / С.Ф. Багненко, А.Г.

- Мирошниченко, В.В. Архипов // Скорая медицинская помощь. - 2002. - №2. - С. 8-10.
19. Багненко, С.Ф. Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров и др. // Методические рекомендации (утв. Минздравом России). СПб. - 2012. - 72 с.
  20. Багненко, С.Ф. Совершенствование системы медицинской помощи – основа реформирования здравоохранения России / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Архипов // Скорая медицинская помощь. - 2001. - №4. - С. 11-15.
  21. Багненко, С.Ф. Оценка состояния скорой медицинской помощи в разных условиях ее оказания в Российской Федерации / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, Р.Р.Алимов, С.И. Шляфер // Анестезиология и реаниматология (Медиа Сфера). - 2021. - № 2. - С. 124-130.
  22. Барсукова, И.М. Актуальные пути развития системы оказания скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, С.О. Глушков, А.О. Бумай // В сборнике: Скорая медицинская помощь - 2019 Материалы 18-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием), посвященного 120-летию скорой медицинской помощи в России. Главный редактор С.Ф. Багненко. - 2019. - С. 18-19.
  23. Барсукова, И.М. Механизмы совершенствования службы скорой медицинской помощи в современных условиях / И.М. Барсукова // В книге: Оказание скорой медицинской и неотложной медицинской помощи раненым и пострадавшим при массовом поступлении. Материалы Всероссийской конференции в рамках 3-го съезда врачей неотложной медицины (к 125-летию С.С. Юдина). - 2016.- С. 12.
  24. Барсукова, И.М. О совершенствовании показателей доступности и качества скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова // Забайкальский медицинский вестник. - 2016.- № 2. - С. 52-58.
  25. Барсукова, И.М. Организационные и финансово-экономические механизмы совершенствования скорой медицинской помощи в новых экономических условиях / И.М. Барсукова // Автореферат дис. ... докт. мед. наук. С. Петербург. - 20170. -48 с.
  26. Барсукова, И.М. Основные направления современного развития системы оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации / И.М. Барсукова // В сборнике: Национальные проекты - приоритет развития

- здравоохранения регионов. Материалы 54-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции. -2019. - С. 521-523.
27. Барсукова, И.М. Основные направления современного развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации / И.М. Барсукова // В книге: Скорая медицинская помощь. 2015. Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции. Гл. ред. С.Ф. Багненко. Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. - 2015. - С. 14-15.
28. Барсукова, И.М. Результаты изучения мнения пациентов о качестве и доступности скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина, О.Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. - 2015. - Т. 16. - № 4. - С. 4-10.
29. Барсукова, И.М. Рейтинговая оценка ключевых индикаторов работы скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2015. - Том 7. №. 4. - С. 94-100.
30. Батулин, В.К. Социология: учебник для студентов вузов / В.К. Батулин // Издание 4 переработанное и дополненное. Москва. Юнити-дана. - 2012. – 83 с.
31. Бегичева, С.В. Применение имитационного моделирования для выделения факторов формирования потребности населения в услугах скорой медицинской помощи / С.В. Бегичева // В сборнике: Девятая всероссийская научно-практическая конференция по имитационному моделированию и его применению в науке и промышленности. Труды конференции. - 2019. - С. 362-367.
32. Белов, В.С. Анализ динамики изменения числа обращений в скорую медицинскую помощь в среде программы statistica / В.С. Белов, А.И. Самаркин, П.Н. Братков, Р.А. Постановов и др. // В книге: Электромеханика. Электроэнергетика. Информационные технологии. Сборник материалов 1-го Международного научно-практического семинара. - 2018. - С.102-106.
33. Белокриницкий, В.И. Об оказании неотложной помощи в поликлинике / В.И. Белокриницкий, М.А. Кириченко, И.В. Холкин, З.В. Токмачева и др. // Врач скорой помощи. - 2011. - №4. - С.4-5.
34. Белоусова, М.С. Анализ и возможности повышения эффективности оказания медицинской помощи больным с артериальной гипертензией на догоспитальном этапе / М.С. Белоусова, А.А. Васильев // Новые технологии в здравоохранении. Челябинск. - 2002. - Вып. III. - С.182-184.

35. Белоусова, М.С. Медико-правовые аспекты организации работы скорой медицинской помощи на современном этапе / М.С. Белоусова, А.А. Васильев // Скорая медицинская помощь. -2005. - Том 6. №3. - С.8.
36. Беляева, В.А. Особенности сезонной динамики частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам со стенокардией / В.А. Беляева // Сеченовский вестник. -2019. - Т. 10. № 1. - С. 5-10.
37. Беляева, В.А. Суточная динамика частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам со стенокардией / В.А. Беляева // В сборнике: Научный диалог: Вопросы медицины. Сборник научных трудов по материалам XVII международной научной конференции. Международная Объединенная Академия Наук. - 2018. - С. 7-10.
38. Березкин, И.В. О работе общереанимационного отделения на станции скорой медицинской помощи в Екатеринбурге / И.В. Березкин, В.И. Белокриницкий // Специализированная скорая медицинская помощь. Уроки. Реальность. Перспективы. Под ред. В.И. Фиалко, В.И. Белокриницкого. Екатеринбург: УГМА. - 2000. -189 с.
39. Берсенева, Е.А. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области. / Е.А. Берсенева, М.В. Лалабекова, С.Н. Черкасов, Д.О. Мешков // Вестник современной клинической медицины. Т 9. Выпуск 4. - 2016. - С. 15-20
40. Берсенева, Е.А. Территориальные особенности обращаемости за первичной медико-санитарной помощью / Е.А. Берсенева, М.В. Лалабекова, С.Н. Черкасов, Д.О. Мешков // Вестник современной клинической медицины. - 2017. - Т.10. № 1. - С. 43-47.
41. Берснев, В.П. Организация медицинской помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой на догоспитальном и госпитальном этапах в Санкт-Петербурге и вопросы стандартизации / В.П. Берснев, О.В. Могучая, Е.Е. Субботин // Скорая медицинская помощь. - 2002. - №3. - С. 18-22.
42. Блохин, А.Б. Изменения в обеспечении медицинским персоналом Свердловской области / А.Б. Блохин, Г.М. Насыбуллина, Ф.И. Бадаев, Н.Н. Кивелева // Здравоохранение РФ. - 2003. №6. - С. 34-37.
43. Бобрович, В.В. Некоторые подходы к организации скорой медицинской помощи на уровне субъекта РФ / В.В. Бобрович, И.В. Богатова, Д.Б. Татауров, Н.Ф. Шильникова // Скорая медицинская помощь. - 2018. - Т. 19. № 2. - С. 64-68.

44. Боженков, Ю.Г. Российская служба скорой медицинской помощи на рубеже веков / Ю.Г. Боженков // Скорая медицинская помощь. - 2001. - №3. - С. 7-8.
45. Бойко, А.А. Скорая и неотложная медицинская помощь в рассуждениях и цифрах / А.А. Бойко, А.З. Хазин // Скорая медицинская помощь. - 2006. – Т. 7. №1. - С. 11-14.
46. Бокчубаев, Э.Т. Совершенствование системы скорой и неотложной медицинской помощи в сельском здравоохранении Кыргызской Республики / Э.Т. Бокчубаев, М.М. Каратаев, Э.С. Асылбеков, Б.А. Абилов // Методические рекомендации. Бишкек. - 2008. - С. 61.
47. Болобонкина, Т.А. Анализ хронометража рабочего времени в рамках оценки безопасности труда медицинских работников службы скорой помощи / Т.А. Болобонкина, Н.Э. Становов, С.В. Леонченко // В сборнике: Безопасность - 2018. Материалы II Межрегиональной научно-практической конференции. Под редакцией С.В. Поройского. - 2018. - С. 65-68.
48. Болотников, И.Ю. Актуальные проблемы оказания скорой медицинской помощи в условиях Астраханской области / И.Ю. Болотников // В сборнике: Международная научная конференция научно-педагогических работников астраханского государственного технического университета (60-я НПР). Материалы конференции. ФГБОУ ВО «Астраханский государственный технический университет». - 2016. - С. 209-210.
49. Болотников, И.Ю. Совершенствование служб скорой и неотложной медицинской помощи в условиях города с полумиллионным населением / И.Ю. Болотников // Современные тенденции развития науки и технологий. - 2016. - № 3-2. - С. 12-19.
50. Болотникова, Н.И. Характеристика вызовов бригад скорой медицинской помощи в г. Астрахани за 2008 год. / Н.И. Болотникова, Н.Н. Курьянова, А.Г. Сердюков // Сб. научных трудов «Актуальные проблемы демографической политики и состояния здоровья населения российской Федерации». Астрахань. - 2009. - С. 51-52.
51. Бомбизо, В.А. Больница скорой медицинской помощи в системе оказания экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля / В.А. Бомбизо, И.В. Долгова, И.Б. Комлева // В сборнике: Проблемы медицины в современных условиях. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. - 2015. - С. 64-65.
52. Боско, О.Ю. Взаимодействие догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи

- пострадавшим в ДТП / О.Ю. Боско, А.Н. Лищенко // В книге: Медицинская помощь при травмах и неотложных состояниях в мирное и военное время. новое в организации и технологиях. Четвёртый всероссийский конгресс с международным участием. - 2019. - С. 37-38.
53. Верткин, А.Л. Вопросы организации скорой медицинской помощи в современных условиях. / А.Л. Верткин, В.А. Фиалко // Неотложная терапия. - 2007. - №1-2. - С. 26-27.
54. Верткин, А.Л. Национальное руководство по скорой помощи / А.Л. Верткин // Монография. – М., 2012. – 812 с.
55. Верткин, А.Л. Особенности взаимодействия работы амбулаторно-поликлинической службы и скорой медицинской помощи / А.Л. Верткин, Э.И. Узуева // Врач скорой помощи. - 2013. - №1. - С. 33-36.
56. Верткин, А.Л. Скорая медицинская помощь. / А.Л. Верткин // 2-е изд. Москва. Гэотар-мед. - 2003. – 365 с.
57. Вишняков, Н.И. О проблеме организации неотложной помощи населению крупного города. / Н.И. Вишняков, В.А. Петрашевич, Н.Г. Петрова и др. // Стратегия реформирования регионального здравоохранения: Мат. ежегодн научно-практ. конф. М.: РИО ЦНИИОИЗ. -2000. - С. 214-215.
58. Вишняков, Н.И. Проблемы и перспективы реформирования стационарной медицинской помощи в г. Санкт-Петербурге / Н.И. Вишняков, О.В. Емельянов // Развитие стационарной медицинской помощи в период реформы здравоохранения в России. М.: НПО «Медсоцэкономинформ». - 1996. - С. 56-59.
59. Владимирова, О.В. Ошибки оказания помощи на доспециализированном этапе при ожоговой травме в Ставропольском крае / О.В. Владимирова, О.В. Зинченко, А.А. Муравьева, В.И. Линченко и др. // Врач скорой помощи. -2014. - №9. - С.18.
60. Власова, О.В. Проблемы организации скорой медицинской помощи / О.В. Власова // Наука и практика регионов. - 2018.- № 3 (12). - С. 86-91.
61. Вотинцева, В.О. Пути оптимизации работы службы скорой медицинской помощи / В.О. Вотинцева, Л.Ю. Гарин // В сборнике: Актуальные проблемы управления здоровьем населения. Тематический сборник научных трудов по результатам второй всероссийской научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России. Под общей редакцией И.А. Камаева, В.М. Леванова. - 2019. - С. 125-127.

62. Вялков, А.И. Теоретическое обоснование и разработка основ региональной политики в здравоохранении / А.И. Вялков // Дис. ... д-ра мед. наук. Москва. - 1999. - 332 с.
63. Гаджиев, Р.С. Уровень и структура обращаемости населения г. Махачкалы за скорой медицинской помощью / Р.С. Гаджиев, Ф.А. Габидулаев // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2015. - № 2 (15). - С. 57-61.
64. Герасименко, Н.Ф. Проблемы реализации государственной политики в области здравоохранения на региональном уровне / Н.Ф. Герасименко // Экономика здравоохранения. - 2011. - № 56. - С. 19.
65. Геращенко, Е.В. Изучение мнения сельского населения Краснодарского края об организации и качестве оказания скорой медицинской помощи. / Е.В. Геращенко, Р.К. Карипиди, С.В. Губарев // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - 5 (140). - С. 66-69.
66. Геращенко, Е.В. Организация службы неотложной медицинской помощи в г. Краснодаре / Е.В. Геращенко // Врач скорой помощи. - 2010. - №6. - С. 24.
67. Глушков, С.О. Об обеспечении доступности скорой медицинской помощи / С.О. Глушков, И.М. Барсукова // В книге: Скорая медицинская помощь - 2016. Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции (15-го Всероссийского конгресса), посвященной 85-летию кафедры и клиники военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М. Кирова. - 2016. - С. 30-31.
68. Горбунов, В.И. Организация скорой и неотложной медицинской помощи населению (литературный обзор) / В.И. Горбунов, Г.В. Возженникова, Ю.И. Артеменко, С.В. Камардин // Врач скорой помощи. - 2017. - № 10. - С. 49-75.
69. Гревцов, А.М. К вопросу о повторных обращениях населения за скорой медицинской помощью / А.М. Гревцов, К.К. Шелухов, С.И. Северинко, Л.Ф. Лымарев // Неотложные состояния на догоспитальном этапе. Тезисы докл. конф. 1-го Российского форума «Скорая помощь 2000». Москва. - 2000. - С.19-20.
70. Гриднев, О.В. Научное обоснование повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве / О.В. Гриднев // автореферат дис. ... доктора медицинских наук / Нац. науч.-исслед. ин-т обществ. здоровья РАМН. Москва. - 2015. - 48 с.
71. Гудцова, А.П. Анализ деятельности станции скорой медицинской помощи по республике Северная Осетия-Алания / А.П. Гудцова, А.Т. Битарова, З.Т. Саракаева, С.К. Туаева // В сборнике: Современные

- научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации сборник статей VIII Международной научно-практической конференции. - 2019. - С. 308-310.
72. Данилов, В.А. Стандарты качества медицинских услуг – организационно-правовая основа реализации Национального проекта «Здоровье» / В.А. Данилов, В.Ф. Задорин // Врач скорой помощи. - 2006. - №12. - С.12.
73. Дежурный, Л.И. Актуальные вопросы обучения правилам оказания первой помощи / Л.И. Дежурный, К.И. Лысенко, А.М. Халмуратов // Проблемы управления здравоохранением. - 2010. - №3. - С.86-88.
74. Дежурный, Л.И. Принципы защиты от юридической ответственности лиц, оказывающих первую помощь пострадавшим в международном и российском законодательстве / Л.И. Дежурный и др. // Менеджер здравоохранения. - 2010. - №6. - С.34-39.
75. Дежурный, Л.И. Российские Интернет-ресурсы по первой помощи: запутать или помочь / Л.И. Дежурный и др. // Менеджер здравоохранения. - 2010. - №9. - С. 36-38.
76. Дежурный, Л.И. Что необходимо для создания системы подготовки к оказанию первой помощи / Л.И. Дежурный, Е.А. Шувалова, К.И. Лысенко // Врач скорой помощи. - 2011. - №5. - С. 40.
77. Демьянчук, С.В. Применение медико-кибернетических систем в работе скорой медицинской помощи / С.В. Демьянчук, Г.Ф. Лозовая, К.В. Лозовая // В сборнике: Инновационные технологии в фармации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти доцента Пешковой В.А. Министерство здравоохранения Российской Федерации. ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России. - 2018. - С. 217-228.
78. Денисов, В.Н. Новые информационные технологии в управлении службой скорой медицинской помощи / В.Н. Денисов, Л.А. Васенева, А.И. Сидоров и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1998. - №6. - С. 30-33.
79. Джери, Д. Большой толковый социологический словарь. Том 1. / Джери Д., Джери Д. // Перевод на русский язык Н.Н. Марчук. «Вече-Аст». Москва. - 1999. – 524 с.
80. Дмитриева, Т.Б. Об основных мерах по реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации / Т.Б. Дмитриева // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - №3. - С. 7-13.



81. Дмитриенко, И.А. Проблема снижения обращаемости населения на примере службы скорой помощи Ставропольского края / И.А. Дмитриенко, Н.Д. Згинник, А.В. Фарсегянц // Врач скорой помощи. - 2008. - №11. - С. 31-37.
82. Добренъков, В.И. Методы социологического исследования: Учебник. / В.И. Добренъков, А.И. Кравченко // М.: ИНФРА-М. - 2004. - 768 с.
83. Дудина, Н. И. Альтернативная неотложка в Красноярске: от идеи до воплощения / Н. И. Дудина // Главврач. -2014. - № 5. - С. 18–22.
84. Думбров, Д.А. Преемственность между больницей скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлинической сетью / Д.А. Думбров // Сов. здравоохранение. - 1983. - № 1. - С. 31-33.
85. Евдокимова, Д.В. Анализ обращаемости населения Щекинского района за скорой медицинской помощью с заболеваниями органов дыхания / Д.В. Евдокимова // Клиническая медицина и фармакология. - 2018. - Т. 4. № 3. - С. 20-22.
86. Ершов, В.И. Частота выездов бригад скорой медицинской помощи города Сургута к детскому населению / В.И. Ершов, Ю.М. Салманов, И.К. Раджабова // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. - 2017. - № 3 (12). - С. 33-36.
87. Ершова, Е.В. Анкетирование населения как один из методов эффективного контроля работы скорой медицинской помощи в условиях крупного города / Е.В. Ершова, А.Н. Осипов, М.В. Богаткина // Скорая медицинская помощь. - 2004. - Том 5. №4. - С. 34.
88. Ершова, Е.В. Выработка оптимального стиля руководства как одно из эффективных условий процесса управления станцией скорой медицинской помощи в городе с миллионным населением / Е.В. Ершова, А.Н. Осипов // Скорая медицинская помощь. - 2001. - №3. - С. 23.
89. Жуков, А.Е. Качественный анализ повторных вызовов на фактор улучшения диагностического процесса на догоспитальном этапе / А.Е. Жуков, И.Д. Петровский, В.К. Тиунов, В.В. Нелюбин // Скорая медицинская помощь. - 2004. - №1. Т.4. - С. 54-55.
90. Зенк, Н.Г. Анализ системы оказания скорой медицинской помощи населению Томской области / Н.Г. Зенк, Л.В. Капилевич // Здравоохранение РФ. - 2005. - №2. - С. 32-34.
91. Зинатуллина, Д.С. Динамика вызовов скорой медицинской помощи по поводу гипертонических кризов в г.о. Самара / Д.С. Зинатуллина, И.Г. Труханова, С.Х. Садреева // В книге: Тезисы XII всероссийского конгресса "Артериальная гипертония 2016: итоги и перспективы". - 2016. - С. 26-27.

92. Ивановский, О.И. Основные направления оптимизации неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи сельскому населению на региональном уровне / Ивановский О.И. // Социальные аспекты здоровья населения. - 2017. - № 4 (56). - С. 4.
93. Исаева, Б.К. Перспективы развития службы скорой медицинской помощи сельской местности. / Б.К. Исаева, М.А. Мамбетов, М.М. Каратаев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 6. - С. 46-51.
94. Каверин, Н.М. Некоторые вопросы совершенствования службы скорой и неотложной медицинской помощи / Н.М. Каверин, П.А. Елкин // Здравоохранение Российской Федерации. - 1984. - № 11. - С. 22-24.
95. Казнин, В.М. К вопросу о совершенствовании оказания скорой медицинской помощи населению Нижегородской области в 2003-2007 годах / В.М. Казнин // Медицинский обозреватель. - 2003. - № 4. - С.21.
96. Какоркина, Е.П. Социально-гигиенические особенности здоровья населения в современных условиях / Е.П. Какоркина // Проблемы соц. гиг., здрав. и истории мед. - 2000. - №2. - С.12-15.
97. Калининская, А.А. Объем и характер работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации и пути ее реорганизации / А.А. Калининская, С.И. Шляфер, А.К. Дзугаев // Здравоохранение Российской Федерации. - 2005. - №4. - С. 38-42.
98. Каратаев, М.М. Оценка эффективности скорой медицинской помощи в Кыргызской Республике / М.М. Каратаев, Ф.Ж. Мейтиев, Ж.А. Чынгышева // Вестник Ошского государственного университета. - 2017. - № 4. - С. 86-94.
99. Карпеев, А.А. Состояние дел и возможные пути реформирования службы скорой медицинской помощи / А.А. Карпеев // Здравоохранение. - 1999. - №7. - С. 22-25.
100. Качаев, Е.В. Реализация Национального проекта «Здоровье» на станции скорой медицинской помощи г. Комсомольск-на-Амуре / Е.В. Качаев, С.И. Баранов, Н.Ю. Майкова, Т.В. Сурыгина // Врач скорой помощи. - 2008. - №11. - С. 3-4.
101. Кириченко, М.А. Две ошибки в реорганизации двух служб догоспитального этапа: Станций скорой медицинской помощи и поликлинической службы – неотложной медицинской помощи / М.А. Кириченко, В.А. Фиалко, А.В. Бушуев // Врач скорой помощи.-2007. - №10. - С. 54-55.

102. Кожевников, В.В. О состоянии службы скорой медицинской помощи в г. Улан-Удэ / В.В. Кожевников, Л.Ю. Бидагаева // Скорая медицинская помощь. - 2001. - №3. - С. 29-30.
103. Коломейчук, С.Н. Анализ вызовов скорой медицинской помощи в Петрозаводске по заболеваниям сердечно-сосудистой системы / С.Н. Коломейчук, Б.З. Белашев, М.Ю. Нилов, М.В. Нилова и др. // Тюменский медицинский журнал. - 2018. - Т. 20. № 4. - С. 14-18.
104. Коробкова, О.К. Обращаемость населения за медицинскими услугами на станции скорой медицинской помощи / О.К. Коробкова // Евразийский союз ученых. - 2015. - № 3-2 (12). - С. 137-139.
105. Короткова, К.М. Возможности использования информационных технологий в управлении процессами организации скорой медицинской помощи / К.М. Короткова, А.В. Шульмин // Вестник Авиценны. - 2018. - Т. 20. № 4. - С. 376-382.
106. Красильников, И.А. Методические основы и технологии информационного обеспечения управления здравоохранением крупного города (на примере С.Петербурга) / И.А. Красильников // Автреф. дис. ... доктора мед. наук. С.Петербургский гос. ун-т им. акад. И.П. Павлова. СПб. - 2003. - 48 с.
107. Кривонос, О.В. Состояние и перспективы совершенствования скорой помощи / О.В. Кривонос // Скорая медицинская помощь. - 2010. - №3. - С. 4-8.
108. Кузенко, П.И. Деятельность служб скорой и неотложной медицинской помощи / П.И. Кузенко // Скорая медицинская помощь. - 2014. - Том 15. №1. - С. 29-32.
109. Курбанов, К.М. Организация и структура республиканской службы скорой медицинской помощи. / К.М. Курбанов, А.А. Аляхаров // «Актуальные вопросы современного здравоохранения в период реформ». Юбил. научно. практ. конф.: «10 лет кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФПК ППС ДГМА. Махачкала. - 2005. - С. 44-45.
110. Лалабекова, М.В. Анализ обращаемости за амбулаторной медицинской помощью населения Тверской области / М.В. Лалабекова, С.Н. Черкасов, Е.А. Берсенева, Д.О. Мешков // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2016. - № 3. - С. 46-53.
111. Лалабекова, М.В. Факторы, влияющие на потребность в первичной медико-санитарной помощи на территориях с преимущественным проживанием городского населения / М.В. Лалабекова, С.Н. Черкасов,

- Е.А. Берсенева, Д.О. Мешков // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2017. - № 1. - С. 67-70.
112. Леонов, С.А. Заболеваемость населения: региональные особенности и проблемы (в 2-ух частях) / С.А. Леонов, И.М. Сон, С.А. Моравская // М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.- 2013.
113. Лившиц, В.М. О некоторых методологических аспектах реформирования службы скорой медицинской помощи / В.М. Лившиц, А.Н. Осипов, И.В. Чубатов // Скорая медицинская помощь. - 2001. - №3. - С. 34-35.
114. Линденбратен, А.Л. К вопросу повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в Москве / А.Л. Линденбратен, Н.К. Гришина, В.В. Ковалева, А.А. Загоруйченко, С.М. Головина, О.В. Гриднев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2015. - № 4-5. - С. 159-167.
115. Логинова, Е.А. Организация скорой медицинской помощи / Е.А. Логинова // Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Под. ред. Ю.П. Лисицына. М.: Медицина. - 1987. - Т.2. - С. 205-216.
116. Лозовая, Г.Ф. Медицинская кибернетика в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний пациентов скорой медицинской помощи / Г.Ф. Лозовая, С.В. Демьянчук, К.В. Лозовая, Ж.В. Мироненкова // В сборнике: Инновационные технологии в фармации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти доцента Пешковой В.А. Министерство здравоохранения Российской Федерации. ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России. - 2018. - С. 205-217.
117. Лукьянова, А.Г. Преемственность в оказании экстренной медицинской помощи на до- и госпитальном этапе / А.Г. Лукьянова, В.И. Белокриницкий, Д.Ф. Хусаинова // Врач скорой помощи. - 2012. - №4. - С. 4-8.
118. Манойлов, А.Е. Эпидемиология вызовов скорой медицинской помощи, связанных с повышением артериального давления / А.Е. Манойлов, В.И. Фищенко, А.В. Цыбин, О.Л. Гимадеев и др. // Скорая медицинская помощь. - 2019. - Т. 20. № 1. - С. 18-22.
119. Маркевич, Ю.Н. Анализ оперативных показателей БУЗ ВО ВССМП / Ю.Н. Маркевич, И.К. Таланов // Врач скорой помощи. - 2015. - №4. - С.12.

120. Мартынов, В.Н. О совершенствовании организации скорой медицинской помощи в Ямало-Ненецком автономном округе / В.Н. Мартынов, В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - №5. - С. 29-32.
121. Матер, А.А. Медико-социальный анализ и совершенствование скорой медицинской помощи в условиях крупного города / А.А. Матер // Автореферат дис. ... канд. мед. наук. С. Петербург. - 2006. -16 с.
122. Мирошниченко, А.Г. Скорая медицинская помощь в свете государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года / А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.М. Барсукова, Ю.П. Линец // Скорая медицинская помощь. - 2013. - Том 14. №2. - С. 8-9.
123. Мирошниченко, А.Г. Сравнительный анализ показателей доступности и качества помощи врача скорой медицинской помощи / А.Г. Мирошниченко, Р.Р. Алимов // Скорая медицинская помощь. 2018. Т. 19. № 3. С. 8-12.
124. Митин, В.А. Обращаемость больных за скорой медицинской помощью с общих врачебных практик / В.А. Митин, С.Т. Игнатов // Материалы первого Всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи 31.10 – 3.11.2005. М.- 2005. - С. 53-54.
125. Михайлова, Ю.В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении / Ю.В. Михайлова // Экономика здравоохранения. - 2002. - №3. - С. 48-52.
126. Моисеев, В.С. Структура, математическая модель и задачи управления службой скорой медицинской помощи / В.С. Моисеев // Врач скорой помощи. - 2018. - № 4. - С. 52-68.
127. Мохнюк, С.В. Некоторые вопросы организации и управления скорой медицинской помощью / С.В. Мохнюк, И.В. Духанина // Скорая медицинская помощь. - 2015. - Т. 16. № 1. - С. 9-14.
128. Мустаф, Э. Изучение некоторых международных моделей организации скорой медицинской помощи / Э. Мустаф, С. Гаров, М. Александрова // Вестник Восточно - Сибирской Открытой Академии. - 2019. - № 34. - С. 12.
129. Мыльникова, Л.А. К вопросу об эффективности работы службы скорой медицинской помощи / Л.А. Мыльникова // Скорая медицинская помощь. - 2000. - №4. - С. 5.
130. Мыльникова, Л.А. Новые подходы к организации скорой медицинской помощи / Л.А. Мыльникова, С.Ф. Багненко, В.В. Архипов // Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - №1. - С. 20-28.

131. Мыльникова, Л.А. Развитие экстренной медицинской помощи в Российской Федерации / Л.А. Мыльникова // Скорая медицинская помощь. - 2001. - №3. - С. 3-4.
132. Мычка, В.Б. Почему больные вызывают скорую помощь во время работы поликлиник? У нас есть ответ / В.Б. Мычка, Э.И. Узуева, А.А. Сокол, В.А. Шевцова // Врач скорой помощи. - 2014. - №1. - С. 4-10.
133. Мясников, А.О. Научная оценка организации преемственности в работе станции скорой медицинской помощи с лечебно-профилактическими учреждениями на догоспитальном и госпитальном этапах в условиях реформирования здравоохранения / А.О. Мясников / Автореферат дис. ... канд. мед. наук. М. - 2009. – 24 с.
134. Николенко, Е.А. Ошибки в реорганизации скорой помощи и поликлинических отделений неотложной медицинской помощи / Е.А. Николенко, В.Б. Солеев // Врач скорой помощи. - 2011. - №1. - С. 6.
135. Никонова, Е.М. Проблемы вызова «скорой помощи»: права и обязанности, как службы скорой медицинской помощи, так и пациента / Е.М. Никонова, С.Е. Оберемок, Я.П. Шатохина // Вестник Луганского национального университета имени Владимира Даля. - 2019. - № 5 (23). - С. 121-123.
136. Ордина, Н.Б. Опыт социологического изучения причин отказа населения от обращения за медицинской помощью / Н.Б. Ордина, М.Р. Андреева, Ю.А. Савонина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1994. - №4. - С. 38-39.
137. Орлов, А.В. Структура вызовов скорой медицинской помощи по поводу сердечно-сосудистых заболеваний / А.В. Орлов, Е.М. Торovina, А.А. Ткачева, Л.А. Каминская // В сборнике: Технические и естественные науки: проблемы, теория, практика. Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией Е.П. Ткачевой. - 2019. - С. 21-26.
138. Орлов, А.И. Экспертные оценки: учебное пособие. / А.И. Орлов // М., 2002. - 31 с. Режим доступа: <http://orlovs.pp.ru/stat.php#k4>.
139. Отдельнова, К.А. Определение необходимого числа наблюдений в комплексных социально-гигиенических исследованиях / К.А. Отдельнова – М., 1980. – №6. – С.18-22.
140. Пайков, В.Л. Оценка кратности обращений больных за скорой медицинской помощью / В.Л. Пайков, М.М. Воронцова // Казанский медицинский журнал. - 2016. - Т. 97. № 3. - С. 432-435.
141. Пайков, В.Л. Причины непрофильной обращаемости взрослого городского населения за скорой медицинской помощью. / В.Л. Пайков,

- Р.П. Ишметов, И.И. Акчурина // Казанский медицинский журнал. - 2015. - (1). – С.105–108.
142. Парфенов, В.Е. Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе / В.Е. Парфенов, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова // Здоровье нации (Healthy Nation). - 2012. - № 4 (11). - С. 16-19.
143. Пахомов, П.В. Оказание первой помощи пострадавшим – важный фактор снижения преждевременной смертности / П.В. Пахомов, Л.И. Дежурный, К.И. Лысенко // Врач скорой помощи. - 2011. - №5. - С. 44.
144. Плавунов, Н.Ф. Анализ повторных вызовов бригад скорой медицинской помощи к пациентам с повышением артериального давления в городе Москва / Н.Ф. Плавунов, Н.И. Гапонова, В.А. Кадышев, В.С. Филимонов и др. // Архивъ внутренней медицины. - 2017. - Т. 7. № 5 (37). - С. 358-363.
145. Полищук, Н.О. Информационная система поддержки принятия решений для диспетчеров станций скорой медицинской помощи / Н.О. Полищук // В сборнике: Информационные системы и технологии в моделировании и управлении Материалы всероссийской научно-практической конференции. Ответственный редактор Н.Н. Олейников. - 2017. - С. 62-69.
146. Попов, В.П. Организационно-методический отдел службы скорой медицинской помощи субъекта Российской Федерации. Этапность в системе оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе / В.П. Попов, О.В. Колясников, Ю.В. Трутников, Л.П. Рогожина // Скорая медицинская помощь. - 2003. - Т.4. №3. - С.45.
147. Попова, В.П. К проблеме управления региональной системой скорой медицинской помощи / В.П. Попова, В.С. Казанцева, В.А. Фиалко // Скорая медицинская помощь. - 2005. – Т. 6. №3. - С.8.
148. Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского АО – Югры от 7 апреля 2014 г. № 221 «Об организации оказания неотложной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре». Режим доступа: <https://www.dzhmao.ru/company/prikazy/prikaz-departamenta-zdravookhraneniya-221-ot-07-04-2014/>
149. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12162210/>
150. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. №388н «Порядок оказания скорой, в том числе скорой

- специализированной, медицинской помощи». Режим доступа: <https://base.garant.ru/70438200/>
151. Прокопьева, М.И. Особенности организации скорой медицинской помощи в условиях крайнего севера / М.И. Прокопьева // Проблемы науки. - 2019. - № 2 (38). - С. 70-74.
  152. Пучков, А.С. Организация скорой медицинской помощи в Москве. / А.С. Пучков // М.: Медгиз. 1947. С.188.
  153. Ромашкин-Тиманов, М.В. Состояние хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге в 2013 году / М.В. Ромашкин-Тиманов, А.Е. Демко, И.М. Барсукова, В.Е. Парфенов, В.А. Мануковский // Скорая медицинская помощь. - 2014. - Т.15. № 2. - С. 38-43.
  154. Руденко, М.В. Состояние скорой медицинской помощи. Проблемы, перспективы развития / М.В. Руденко, Л.П. Круглова // Скорая медицинская помощь. - 2002. - №2. - С. 40-41.
  155. Руководство по клинической реаниматологии. Под ред. Проф. Т.М. Дарбиняна. М.: Медицина. - 1974. -184 с.
  156. Руксин, В.В. Неоднократные вызовы скорой медицинской помощи при повышении артериального давления. / В.В. Руксин, О.В. Гришин, А.Ю. Мороз и др. // Скорая медицинская помощь. - 2016. - №4. - С. 9-13.
  157. Салеев, В.Б. Необоснованные обращения пожилого населения к скорой медицинской помощи / В.Б. Салеев // Врач скорой помощи. - 2007. - №10. - С. 70.
  158. Салеев, В.Б. Особенности организации скорой и неотложной медицинской помощи в педиатрической практике / В.Б. Салеев, А.В. Смирнов // Неотложные состояния на госпитальном этапе. Тезисы докл. 1-го Российского форума «Скорая помощь 2000». М. - 2000. - С.78-80.
  159. Салеев, В.Б. Особенности организации экстренной и неотложной медицинской помощи больным пожилого возраста / В.Б. Салеев, А.Л. Азин // Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - №11. - С. 23-24.
  160. Салеев, В.Б. Структура, уровень и особенности обращаемости пациентов пожилого возраста за скорой медицинской помощью / В.Б. Салеев, В.В. Когаринов // Скорая медицинская помощь. - 2002. - №2. - С. 44.
  161. Сенижук, А.И. Анализ организации скорой медицинской помощи на муниципальном уровне субъекта Российской Федерации / А.И. Сенижук, Н.Ф. Шильникова, Д.Б. Татауров // Вестник общественного



- здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2017. - № 4 (29). - С.4.
162. Сидоров, Н.М. К вопросу оценки эффективности работы службы скорой медицинской помощи / Н.М.Сидоров, А.В.Лабузов, И.Г.Серова // Скорая медицинская помощь. - 2003. - Том 4. №3. - С.49-50.
163. Стародубов, В.И. Анализ деятельности служб скорой и неотложной помощи г. Самары / В.И. Стародубов, А.А.Калининская, С.И. Шляфер, С.И. Кузнецов, Л.А. Бальзамова // Экономика здравоохранения. - 2003.- №9. - С. 23-25.
164. Стародубов, В.И. Первичная медико-санитарная помощь. Характеристика сети медицинских организаций и обеспеченность кадрами / В.И.Стародубов, И.М. Сон, Г.П. Сквирская, А.Ш. Сененко и др. // Менеджер здравоохранения. – 2016. - № 3. – С. 6-15.
165. Стародубов, В.И. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, И.М. Сон, В.О. Щепин и др. Вена. - 2016. – 118 с.
166. Стародубов, В.И. Реструктуризация СМП / В.И. Стародубов // Неотложная терапия. - 2005. - №1-2. - С.6-7.
167. Стародубов, В.И. Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России / В.И. Стародубов // Актовая речь в ГБОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России / В. И. Стародубов. Москва. -2012.
168. Стародубов, В.П. Проблемы реформирования информатизации здравоохранения / В.П.Стародубов, А.С. Киселев // Информатизация и экономика здравоохранения: Мат. ежегод. научн.-практ.конф. М., РИО ЦНИИОИЗ. - 2000. - С.3-9.
169. Стожаров, В.В. Скорая медицинская помощь в свете программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 и на плановый период 2014 и 2015 годов / В.В. Стожаров, А.Г.Мирошниченко, И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. - 2013. – Т. 14. №1 - С. 9.
170. Сульдин, А.М. Об опыте переадресации неотложных состояний со службы скорой медицинской помощи на территориальные амбулаторно-поликлинические учреждения / А.М.Сульдин, Ю.М.Салманов, Н.С.Брынза и др. // Евразийское Научное Объединение. - 2017. - Т. 1. № 6 (28). - С. 45-47.
171. Тараканова, Л.И. Проблемы и пути совершенствования службы скорой медицинской помощи в Республике Карелия / Л.И.Тараканова,

- Г.В.Оглобкин, К.И. Шевченко и др. // Скорая медицинская помощь. - 2001. - №3. - С.68.
172. Тарычев, В.В. Градация категорий срочности вызова скорой медицинской помощи / В.В.Тарычев // Сибирский вестник медицинской информатики и информатизации здравоохранения. - 2016.- № 1. - С. 79-81.
173. Тарычев, В.В. К вопросу о категориях срочности вызова скорой медицинской помощи / В.В.Тарычев // Скорая медицинская помощь. - 2015. - Т. 16. № 3. - С. 10-15.
174. Тураев, Р.Г. Планирование организации скорой медицинской помощи в режиме ожидания вызова выездными бригадами в зависимости от обращаемости населения / Р.Г.Тураев, М.М. Воронцова // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2007. - №3. - С.50-52.
175. Улыбин, И.Б. Из истории организации специализированных бригад в Екатеринбурге / И.Б.Улыбин, В.И.Белокриницкий, В.А. Фиалко // Специализированная скорая медицинская помощь. Уроки. Реальность. Перспективы. Под ред. В.А. Фиалко, В.И. Белокриницкого. – Екатеринбург: УГМА. - 2000. -11 с.
176. Фаршатов, Р.С. Методические подходы к организации экстренной и неотложной помощи / Р.С.Фаршатов, Р.Н. Кильдебеева // Скорая медицинская помощь. - 2014. -№3. - С.18-21.
177. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12191967/>
178. Фиалко, В.А. Клинические особенности течения неотложных заболеваний и возможность их распознавания на догоспитальном этапе / В.А.Фиалко // Журнал «Врач скорой помощи». - 2007. - №3-4. - С.29-35;
179. Фиалко, В.А. О преемственности в работе врачей СМП и участковых / В.А.Фиалко // Здравоохранение РСФСР. - 1963. - №8. - С.3-6.
180. Фиалко, В.А. Прогностическая оценка состояния больного перед транспортировкой. Вопросы терминологии. Клинические критерии / В.А.Фиалко // Специализированная скорая медицинская помощь. Уроки. Реальность. Перспективы. Под ред. В.А. Фиалко, В.И. Белокриницкого. – Екатеринбург: УГМА. - 2000. – 84 с.
181. Флек, В.О. Состояние и перспективы планирования и финансового обеспечения медицинской помощи населению / В.О.Флек, В.А.Зеленский, П.И.Кузенко, Е.Г.Катанова // под ред. В.И. Стародубова. – М.: ИД «Менеджмент здравоохранения». - 2012. -172 с.

182. Хабриев, Р.У. Новый критерий оценки общественного здоровья / Р.У. Хабриев, Н.С. Киргизова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2017. - № 1. - С. 303-307.
183. Хабриев, Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2014. - Т. 22. № 3. - С. 3-5.
184. Хаджибаев, А.М., Современные аспекты развития службы скорой медицинской помощи в Республике Узбекистан / А.М.Хаджибаев, А.М.Шарипов, Д.Т. Султанов и др. // Вестник экстренной медицины. - 2019. - Т. 12. № 1. - С. 5-9.
185. Хальфин, Р.А. О совершенствовании организации и развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации / Р.А.Хальфин, Л.А.Мыльникова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2003. - №3. - С.17-20.
186. Хальфин, Р.А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы / Р.А.Хальфин // Экономика здравоохранения. - 2007. - №11. - С.45-51.
187. Хальфин, Р.А. Скорая медицинской помощи в Российской Федерации. Проблемы, пути решения / Р.А.Хальфин, Л.А.Мыльникова // Скорая медицинская помощь. - 2002. – Т.3 №3. - С. 4-7.
188. Хаснулин, В.И. Влияние метеорологических факторов в различные сезоны года на частоту осложнений гипертонической болезни у жителей Новосибирска / В.И.Хаснулин, В.В.Гафаров, М.И. Воевода и др. // Экология человека. - 2015. - № 7. - С.3-8.
189. Холкин, И.В. Эффективность оказания помощи больным острым коронарным синдромом в зависимости от профиля бригады скорой медицинской помощи / И.В.Холкин, Л.А.Соколова, Н.С. Давыдова // Врач скорой помощи. - 2014. - №7. - С.4-9.
190. Хрупкин, В.И. Организация неотложной специализированной хирургической помощи населению в чрезвычайных ситуациях / В.И.Хрупкин // Медицина катастроф, скорая и неотложная медицинская помощь, и экстремальная медицина: Материалы научно-практической конференции, 18-19 апреля 2000г. М. - 2000. - С.162-165.
191. Хусаинова, Д.Ф. Анализ расхождения диагнозов скорой медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях / Д.Ф.Хусаинова, Л.А.Соколова, Н.С. Давыдова // Скорая медицинская помощь. - 2014. - №4. - С.24.

192. Цукерман, В.Н. Вопросы оптимизации службы скорой медицинской помощи в крупном промышленном городе / В.Н. Цукерман // Врач скорой помощи. - 2016. - № 7. - С. 51-56.
193. Черкасов, С.Н. Анализ гендерных особенностей возрастной динамики частоты обращений за медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях по поводу причин, связанных с новообразованиями / С.Н.Черкасов, Г.С.Шестаков, А.В.Федяева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2018. - № 5-6. - С. 49-53.
194. Черкасов, С.Н. Возрастная динамика частоты обращений за амбулаторной медицинской помощью по причинам, включенным во второй класс МКБ-10 («Новообразования») у мужчин / С.Н.Черкасов, А.В.Федяева // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А.Семашко. - 2017. - №7. - С.84-92.
195. Черкасов, С.Н. Использование демографического анализа при планировании объемов медицинской помощи / С.Н.Черкасов, М.С.Курносилов, И.Л.Сопова // В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере сборник научных трудов VI-го Конгресса с международным участием. Под редакцией Петрова П.Г. - 2016. - С. 601-605.
196. Черкасов, С.Н. К вопросу рационального управления ресурсами медицинских организаций / С.Н.Черкасов, О.А. Волкова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2017. - № 5-6. - С. 27-34.
197. Черкасов, С.Н. Особенности потребительского выбора пациентов медицинской организации как основа планирования ее деятельности / С.Н.Черкасов, Э.Х.Сахибгареева, А.Ю.Брагин, А.Р. Сараев // Материалы 15-й Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Самарского государственного экономического университета «Проблемы развития предприятий: теория и практика». Самара. - 2016. - С.200-206.
198. Черкасов, С.Н. Пути совершенствования технологии планирования объемов медицинской помощи / С.Н.Черкасов, Д.О.Мешков, Е.А.Берсенева и др. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2016. - № 5. - С. 95-104.
199. Чернова, Т.В. Эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений: теория, методология, анализ / Т.В.Чернова, А.Б.Блохин, Е.В. Ползик // Екатеринбург. - 2004. -192 с.
200. Шабунин, Е.С. Анализ вызовов бригад скорой неотложной медицинской помощи в аптеки города Бреста за 2015-2017 годы /

- Е.С.Шабунин, В.В. Кугач // В сборнике: Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации Материалы 74-ой научной сессии сотрудников университета. Под редакцией А.Т. Щастного. - 2019. - С. 498-500.
201. Шершнева, А.В. Проблемы скорой медицинской помощи: где искать решение / А.В.Шершнева // Врач скорой помощи. - 2018. - № 4. - С. 4-6.
202. Шестаков, Г.С. Некоторые особенности нормативов деятельности станции скорой медицинской помощи / Г.С.Шестаков // Экономика здравоохранения. - 2001. - №7-8. - С.60-61.
203. Шестаков, Г.С. Современные тенденции в организации взаимодействия станций скорой медицинской помощи с амбулаторно-поликлиническими и стационарными медицинскими учреждениями / Г.С.Шестаков, А.О. Мясников // Экономика здравоохранения. - 2006. - №10. - С.14-18.
204. Шильникова, Н.Ф. Некоторые подходы к организации скорой медицинской помощи на муниципальном уровне / Н.Ф.Шильникова, А.И.Сенижук, А.Ю.Знаменский // Дальневосточный медицинский журнал. - 2018. - № 2. - С. 108-112.
205. Шильникова, Н.Ф. Стратегическое планирование скорой медицинской помощи на уровне муниципального образования / Н.Ф. Шильникова, О.В.Ходакова, А.И.Сенижук и др. // Методические рекомендации. Чита. - 2017.
206. Шипова, В.М. Современные проблемы планирования медицинской помощи / В.М. Шипова, Т.Н. Воронцов // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2014. - №1. - С. 306-310.
207. Школьникова, С.А. Некоторые вопросы преемственности в работе поликлиник и станции скорой помощи. Г. Курска / С.А.Школьникова, Ю.А.Шеенко, И.А. Моисеенко и др. // Неотложные состояния на догоспитальном этапе. Тезисы докл. конф. 1-го Российского форума «Скорая помощь 2000». М. - 2000. - С.99-101.
208. Шляфер, С.И. Анализ показателей работы скорой медицинской помощи в России / С.И.Шляфер // Скорая медицинская помощь. - 2019. - Т. 20. № 2. - С. 4-13.
209. Шляфер, С.И. Показатели деятельности скорой медицинской помощи Москвы / С.И.Шляфер // Скорая медицинская помощь. - 2015. - Т. 16. № 1. - С. 4-8.

210. Шляфер, С.И. Работа скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Анализ ведения отчетной документации / С.И.Шляфер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2016. - Т. 24. № 2. - С. 89-94.
211. Шляфер, С.И. Современное состояние статистической отчетности скорой медицинской помощи / С.И.Шляфер // Скорая медицинская помощь. - 2018. - Т. 19. № 3. - С. 4-7.
212. Шляфер, С.И. Состав взрослых пациентов, доставленных в стационар по экстренным показаниям бригадами скорой медицинской помощи, в Российской Федерации / С.И.Шляфер // Скорая медицинская помощь. - 2017. - Т. 18. № 4. - С. 37-42.
213. Шынтерекова, А.Е. Оценка деятельности специалистов городской станции скорой медицинской помощи / А.Е. Шынтерекова // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. - 2015. - № 1-2. - С. 121-123.
214. Щепин, В.О. Миргородская О.В. Структурно-функциональный анализ деятельности службы скорой медицинской помощи Российской Федерации / В.О. Щепин, О.В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012. - №2. - С.29-32.
215. Щепин, В.О. Современные подходы к развитию первичной специализированной медико-санитарной помощи / В.О. Щепин, А.С. Дьячкова // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. Материалы международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья», 9-10 апреля 2013 г. М. -2013. - С. 379 – 382.
216. Щепин, О.П. Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи в РФ / О.П.Щепин, В.К.Овчаров, В.С. Нечаев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2000. - №3. - С.7-10.
217. Юрченко, Е.С. Структура причин вызовов скорой медицинской помощи / Е.С.Юрченко, С.С.Давлеткалиева, Н.Р.Газизова и др. // В сборнике: Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации материалы 52-й ежегодной Всероссийской конференции студентов и молодых ученых, посвященной 90-летию доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Павла Васильевича Дунаева. -2018. - С. 270-271.

218. Янкин, Ю.М. Обращаемость за скорой медицинской помощью различных социальных групп населения / Ю.М.Янкин, Э.В. Бухтиярова // Скорая медицинская помощь. - 2005. - Том 6. №2. - С. 9-11.
219. Adnet, F. International EMS systems: France / F.Adnet, F. Lapostolle // Resuscitation. 2004. Oct, 63(1). P.7-9.
220. Al-Shaqsi, S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems / S. Al-Shaqsi // Oman Med. J., 2010, Oct, 25(4). P.320-323.
221. An Overview of the Healthcare System in Greece [Electronic resource] - <https://healthmanagement.org/c/imaging/issuearticle/an-overview-of-the-healthcare-system-in-greece-1>.
222. Barros, PP. Portugal. Health system review / PP. Barros, SR. Machado, Jde Simões // [Electronic resource], 2010. - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22222781>.
223. Black, J.J. International EMS systems: United Kingdom / J. J.Black, G. D. Davies // Resuscitation, 2005, Jan, 64(1). P.21-29. Review.
224. Blümel, M. The German Health Care System / Miriam Blümel, Reinhard Busse // [Electronic resource], 2010. - <http://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>.
225. Bruce, Rosen The Israeli Health Care System / Rosen Bruce, Ruth Waitzberg // [Electronic resource], 2010. - <http://international.commonwealthfund.org/countries/israel/>.
226. Dick, W. F. Anglo-Americanvs. Franco German emergency medical services system / Dick, W. F. // Prehosp. Disaster Med. 2003. №18(1). P.29-35. discussion P.35-37.
227. Donatini, A. The Italian Health Care System / A. Donatini, Emilia-Romagna // [Electronic resource], 2010. - <http://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>.
228. Fang, Hai The Chinese Health Care System / Hai Fang // [Electronic resource], 2010. - <http://international.commonwealthfund.org/countries/china/>.
229. Glover, L. The Australian Health Care System / Lucinda Glover // [Electronic resource], 2010. - <http://international.commonwealthfund.org/countries/australia/>.
230. Gonzalo, S.E. National Health System of Spain 2010/ Santiago Esteban Gonzalo // [Electronic resource], 2010. - <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Main.pdf>.
231. Halter, M., Marlow, T., Tye, C., Ellison, G. T. Patients' experiences of care provide by emergency care practitioner sand traditional ambulance practitioners: A survey from the London Ambulance Service / M.Halter,

- T.Marlow, C.Tye et all // *Emerg.Med. J.*- 2006. - Nov. №23(11). - P.865-866.
232. Lindahl, Anne Karin *The Norwegian Health Care System* / Anne Karin Lindahl, // [Electronic resource], 2010. - <http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>.
233. Matsuda R. *The Japanese Health Care System* / Ryoza Matsuda // [Electronic resource], 2010. - <http://international.commonwealthfund.org/countries/japan/>.
234. Pan American Health Organization. *Emergency Medical Services Systems. Lessons learned from the United States of America for Developing Countries.* Ke Holtermann (Ed.). Washington D.C: PAHO HQ Library Cataloguing-in-publication, 2003. 36p.
235. Rodwin, Victor G. *The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States* / Victor G. Rodwin // [Electronic resource], 2010. - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/>
236. *The U.S. Health Care System: Description, Structure, Cost, Quality & Access* [Electronic resource], 2010. - <http://study.com/academy/lesson/the-us-health-care-system-description-structure-cost-quality-access.html/>
237. Thorlby, R. *The English Health Care System* / Ruth Thorlby, Sandeepa Arora [Electronic resource], - 2010. <http://international.commonwealthfund.org/countries/england/>.
238. Wammes, Patrick Jeurissen *The Dutch Health Care System* / Patrick Jeurissen Wammes, Gert Westert, Marit Tanke // [Electronic resource], - 2010. <http://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>



**Уважаемый гражданин (ка)!**  
Ваши ответы будут изучены и обобщены с целью совершенствования работы скорой медицинской помощи  
**АНКЕТА**  
опроса мнения пациента

**1. Пол:**      муж.                      жен.

**2. Ваш возраст** (число полных лет) \_\_\_\_\_

**3. Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

**4. Укажите, пожалуйста, к какой поликлинике Вы прикреплены (или наблюдаетесь):**

\_\_\_\_\_

**5. Как долго Вы болеете**

- а) 1 день                                      в) от 6-10 дней                      д) месяц      ё) более года  
б) от 2-5 дней                              г) более 10 дней                      е) год

**6. Как часто Вы обращаетесь в поликлинику?**

- а) 1 раз в неделю  
б) 1 раз в месяц  
в) 1 раз в год

**7. Как часто Вы вызываете «скорую помощь»?**

- а) от 1 до 5 раз в год  
б) более 5 раз в год  
г) другое \_\_\_\_\_

**8. Почему Вы не обратились в поликлинику?**

- а) из-за проблем записи к участковому врачу  
б) из-за отсутствия страхового полиса  
в) поликлиника далеко от дома  
г) по «03» быстрее

**9. Как часто Вас посещает участковый врач**

- а) 1 раз в неделю    б) 1 раз в месяц    в) 1 раз в год    г) никогда

**10. Сколько раз Вы проходили диспансеризацию в поликлинике :**

- а). 1 раз              в) более 3 раз  
б). 2 раза

**11. Когда в последний раз Вы проходили диспансеризацию:** \_\_\_\_\_

**12. Проводилась ли Вам вакцинация от гриппа** \_\_\_\_\_

**13. Удовлетворены ли Вы работой бригады скорой медицинской помощи:**

- а). удовлетворяет полностью  
б). удовлетворяет частично  
в). не удовлетворяет  
г). затрудняюсь с ответом

**Ваши пожелания и предложения:**

--



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО  
АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ  
(Депздрав Югры)**

ул. К. Маркса 32, г. Ханты-Мансийск,  
Ханты-Мансийский автономный  
округ-Югра (Тюменская область) 628011,  
тел. (3467) 360-189, факс: 33-16-71  
E-mail: dz@admhmao.ru



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры  
А.А. Добровольский

«    »    2021

**Акт внедрения**

в практику медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры результатов диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Салманова Юнуса Магомедганифовича на тему «Совершенствование организации скорой медицинской помощи городскому населению» по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: заместитель директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Касьянова Е.В., заместитель начальника управления организации медицинской помощи – начальник отдела организации скорой медицинской помощи и первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Бабушкина С.Ю., начальник административного управления Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Гуров О.В. составили настоящий акт:

1. Учреждения, где проходит внедрение: медицинские организации Ханты-Мансийского автономного округа – Югры подведомственные Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.
2. Наименование метода: метод взаимодействия службы скорой медицинской помощи с медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, направленные на повышение эффективности службы

скорой медицинской помощи при оказании, прежде всего, экстренной медицинской помощи, а также предложения по разграничению вызовов службы скорой медицинской помощи по степени нуждаемости в лечебно-диагностических мероприятиях.

3. Автор внедрения: Салманов Юнус Магомедганифович.

4. Данная методика была разработана в ходе выполнения научно-квалификационной работы по теме диссертационного исследования «Медико-организационные подходы совершенствования работы скорой и неотложной медицинской помощи городскому населению».

5. Форма внедрения: метод взаимодействия службы скорой медицинской помощи с медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, направленные на повышение эффективности службы скорой медицинской помощи при оказании, прежде всего, экстренной медицинской помощи, а также предложения по разграничению вызовов службы скорой медицинской помощи по степени нуждаемости в лечебно-диагностических мероприятиях, с 2014 года.

6. Эффективность внедрения: предложенный Салмановым Юнусом Магомедганифовичем метод является эффективным методом оптимизации деятельности службы скорой медицинской помощи.

#### Члены комиссии:

Заместитель директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Е.В. Касьянова

Заместитель начальника управления организации медицинской помощи – начальник отдела организации скорой медицинской и первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

С.Ю. Бабушкина

Начальник административного управления Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

О.В. Гуров



*Подпись заместителя  
консультанта отдела государственной  
службы, мобилизационной  
работы и кадрового обеспечения  
отрасли  
г. Ю. В. Гуров*



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное**  
**автономное образовательное**  
**учреждение высшего образования**  
**«Северо-Восточный федеральный**  
**университет имени М.К. Аммосова»**  
**(СВФУ)**

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Ойунского ул., д.27, г. Якутск  
Республика Саха (Якутия), 677013  
Тел./факс (4112) 49-67-65  
E-mail: [mi@s-vfu.ru](mailto:mi@s-vfu.ru)

15.04.21 № 66/180

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Акт внедрения в учебный процесс

Настоящим подтверждаю, что результаты диссертационного исследования Салманова Юнус Магомедганифовича на тему «Совершенствование организации скорой медицинской помощи городскому населению» в части данных о новых принципах организации скорой медицинской помощи, взаимодействию учреждений оказывающих экстренную и неотложную медицинскую помощь, влиянии демографической структуры на потребность в скорой медицинской помощи используются в учебном процессе на кафедре «Общественное здоровье и здравоохранение, общая гигиена и биоэтика» Медицинского института ФГАОУ ВО "Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова"

Заведующая кафедрой  
«Общественное здоровье и здравоохранение,  
общая гигиена и биоэтика»  
д.м.н., профессор



Надежда Валерьевна Саввина

## АКТ внедрения результатов научно-исследовательской работы

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения медицинского факультета им.  
Т.З.Биктимирова Ульяновского государственного университета

наименование учреждения, где внедряется работа

**Наименование предложения:** "Совершенствование организации скорой медицинской помощи городскому населению"

**Работа включена из:** диссертации Салманова Юнуса Магомедганифовича  
российского, областного планов внедрения, планов внедрения научно-исследовательских, учебных институтов,  
"Совершенствование организации скорой медицинской помощи городскому  
населению.  
внедрена в инициативном порядке, заимствована из методических рекомендаций, журнальных статей, диссертаций,  
монографий - указать

**Форма внедрения:** внедрение практических рекомендаций в учебный  
внедрение метода, способа, аппарата в лечебно-профилактическое учреждение,  
процесс (материал включен в лекцию, семинарское занятие)  
лекции, семинары, подготовка на рабочем месте и прочее - указать

**Ответственный за внедрение и исполнитель:** Зав.кафедрой, д.м.н., профессор Горбунов В.И., к.м.н., доцент Возженникова Г.В.

**Эффективность внедрения:** Учтены принципы организации скорой медицинской помощи в городских условиях, организационное взаимодействие учреждений оказывающих экстренную и неотложную медицинскую помощь, информация о структуре причин вызова бригады скорой медицинской помощи и факторах, способствующих принятию решения о вызове бригады: используются в учебном процессе при подготовке студентов и ординаторов на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Медицинского факультета им. Т.З.Биктимирова ИМЭиФК УлГУ.

**Предложения замечания учреждения, осуществляющего внедрение:** нет

**Срок внедрения:** 2021-2024 г.г.

**Председатель комиссии:**

Зав.кафедрой общественного здоровья  
и здравоохранения медицинского  
факультета им. Т.З.Биктимирова ИМЭиФК  
Ульяновского государственного университета  
Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор



Горбунов В.И.

**Члены (ответственные за внедрение):**

доцент кафедры общественного здоровья и  
здравоохранения медицинского факультета  
им. Т.З.Биктимирова ИМЭиФК УлГУ

Возженникова Г.В.