



Про підсумки діяльності єдиної системи екстреної медичної допомоги у 2013 році

заступник начальника відділу реформування
охорони здоров'я та забезпечення лікарськими
засобами управління організації та розвитку
медичної допомоги населенню департаменту
охорони здоров'я облдержадміністрації

КОЛЕСНИК ВОЛОДИМИР ВІКТОРОВИЧ

ВЗАЄМОДІЯ З РІЗНИМИ РІВНЯМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



2013 год стал решающим в ходе проведения комплексной реформы всей службы экстренной медицинской помощи. Итоги года в целом можно признать положительными. Сделан большой шаг в кардинальной структурной реформе.

Відокремлені підрозділи – станції ШМД (після реорганізації)



С 01.05.2013 Служба начала функционировать как единая система КЛПУ «Областной центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»

СТРУКТУРА СЛУЖБИ ЕМД

- Підстанцій – 60
- Пунктів базування -72
- Бригад - 360
- Штатна чисельність - 6972,5
- Фізичних осіб – 5955
- Автомобілів – 525



с 11 станциями скорой медицинской помощи и штатной численностью 6972,5 единиц. Автопарк составил более 500 автомобилей. Я привел эти цифры чтобы показать масштаб проведенной работы. Всего, на сегодняшний день, мест дислокации бригад (а это показатель доступности экстренной медицинской помощи) 132 - 60 подстанций и 72

пункта базирования. Сразу хочу заметить, что на 2014 год запланировано создание еще 4 пунктов. Число бригад выросло с 353 до 360 за счет внутренних резервов службы без увеличения общего штатного расписания.

ІНФРАСТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ

- Ремонт автошляхів
- Освітлення міст та районів, оснащення вулиць та будинків указниками
- Ремонт приміщень СШМД
- Відкриття додаткових пунктів базування бригад швидкої медичної допомоги з урахуванням реформи вторинного рівня медичної допомоги та реорганізації санепідслужби
- Організація роботи пунктів невідкладної допомоги при ЦПМСД
- Початок створення прийомно-діагностичних відділень невідкладної допомоги при лікарнях інтенсивного лікування

Реформа служби екстренної медичної допомоги затрагивают разные сферы как медицинской деятельности, так и смежных областей (таких, например, как ремонт автомобильных дорог).

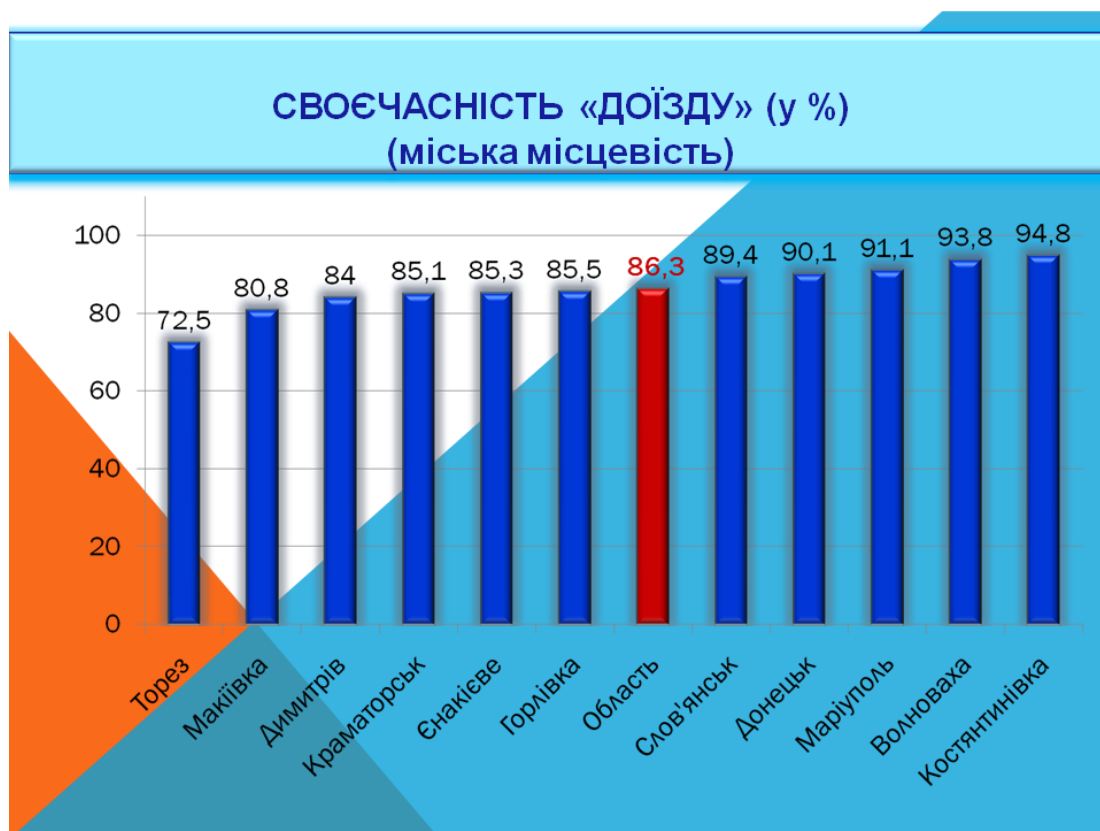
РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СЛУЖБИ ЕМД У 2013 РОЦІ

- Медикаментозне забезпечення – 31,0млн.грн.
- Закупівля автотранспорту – 6,8млн.грн.
- Закупівля обладнання –
- Ремонт приміщень – 30,9млн.грн.
- Закупівля спец. одягу – 3,6 млн.грн.



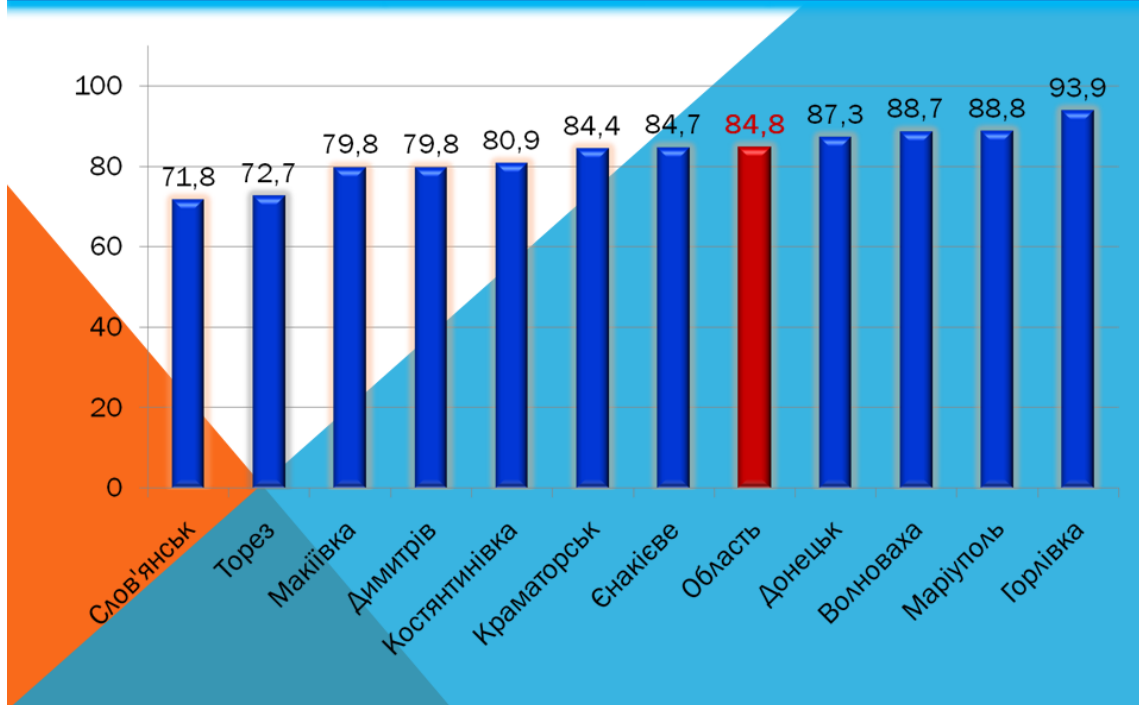
На слайде выше вы видите структуру затрат на развитие Службы: медикаментозное обеспечение, закупка оборудования, транспорта, форменной одежды, ремонт помещений. Мы уже об этом говорили на наших коллегиях. Могу лишь сказать, что на сегодняшний день Служба экстренной медицинской помощи в полном объеме обеспечена медикаментами и горюче-смазочными материалами, значительно улучшилось обеспечение транспортом и медицинским оборудованием, практически впервые началось обеспечение форменной одеждой.

Основным показателем качества работы службы экстренной медицинской помощи является своевременность «доезда».



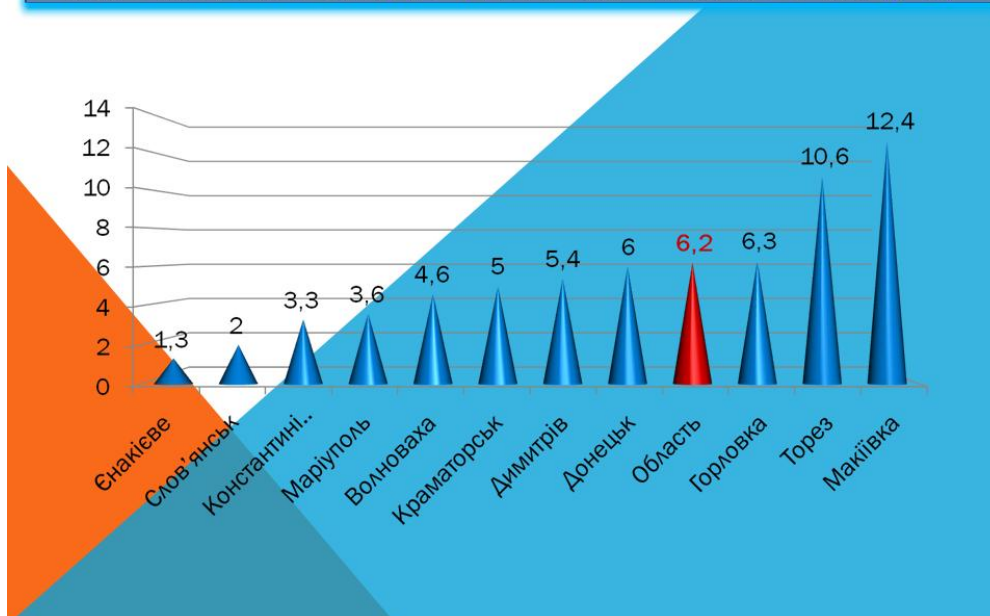
По итогам 2013 года в городах области эта цифра составила 86,3%, в сельской местности 84,8%. Самые высокие цифры по станциям Константиновка и Волноваха. Самые низкие в Торезе и Макеевке. Выезды к хроническим больным составили 6,2%

СВОЄЧАСНІСТЬ «ДОЇЗДУ» (у %) (сільська місцевість)



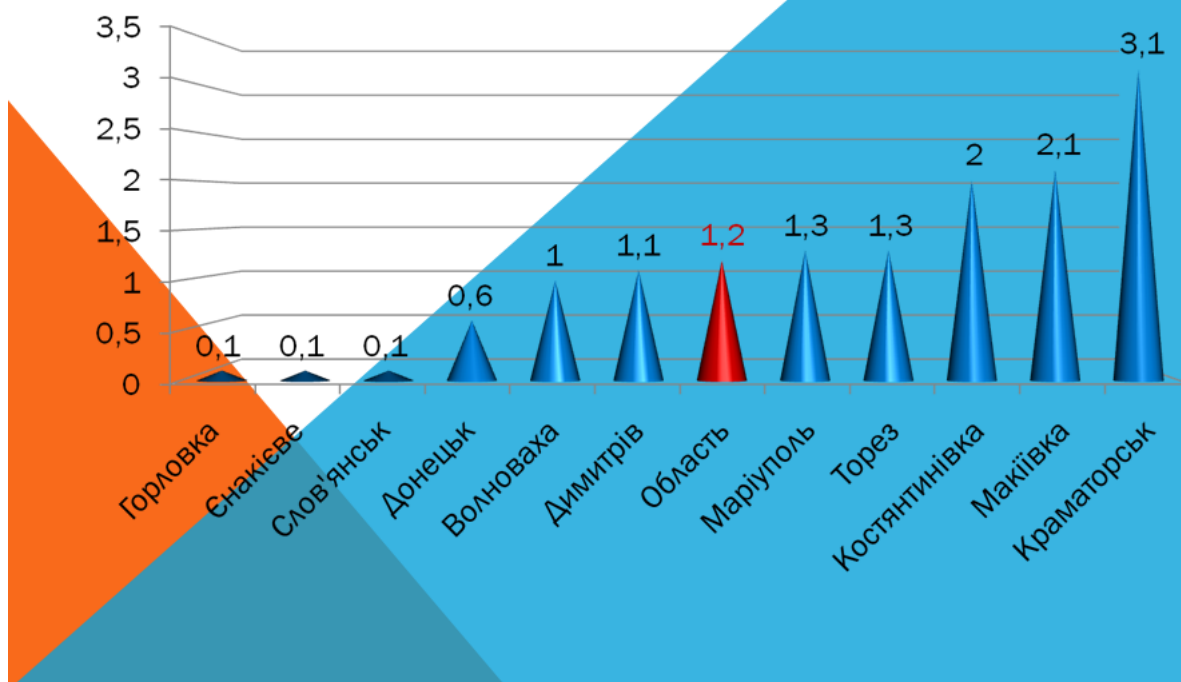
Больше всего выездов к хроническим больным осуществлялось в Макеевке – 12,4% меньше всего в Єнакієво – 1,3%.

ПИТОМА ВАГА ВІЇЗДІВ ДО ХРОНІЧНИХ ХВОРИХ (у %)



Непрофильные выезды составили 1,2% по области, 3,1% в Краматорске, 0,1% в Горловке, Енакиеве и Славянске. Во всех этих цифрах заложен резерв улучшения работы Службы.

ПИТОМА ВАГА НЕПРОФІЛЬНИХ ВИКЛИКІВ (у %)



Я понимаю, что данный анализ не совсем корректен, т.к. при создании новых станций в них вошли разные территориальные единицы – как сельские, так и городские, а это существенно отражается на показателях работы. Для более объективной картины необходимо проработать в данном формате существования Службы полноценный год. Но общие тенденции прослеживаются. Ниже я скажу об еще одном показателе – безрезультатные вызова, который важен для всех станций в равной мере.

РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ І ЕТАПУ СТРАТЕГІЇ СТВОРЕННЯ ЄДИНОЇ СЛУЖБИ ЕМД

- Підвищення питомої ваги своєчасних доїздів бригаад ШМД до пацієнта – з 79,6% до 84,6%
- Зменшення летальності у присутності бригади ШМД: у 2013 р. – 0,10%
- Підвищення оперативності управління службою
- Покращилась матеріальна база



Основные результаты нашей работы вы видите перед собой. Повысился процент своевременных «доездов» (за счет улучшения автопарка Службы), снизилась летальность в присутствии бригад (за счет значительного улучшения технического и медикаментозного обеспечения, повысилась оперативная управляемость. Как пример этого хотелось бы привести пример в Тельмановском районе, когда консультанты к попавшим под обвал здания детям были направлены еще в момент эвакуации бригадой скорой помощи с места происшествия, а так же случай с крупным ДТП на объездной дороге в г.Донецк, куда были направлены бригады из Ясиноватой, Донецка и Макеевки. Работа в момент авиакатастрофы в аэропорту Донецк показала хорошее взаимодействие между бригадами первой и второй очереди.

Теперь о тех проблемах, которые проявились за прошедший год.

ПРОБЛЕМНИ ПИТАННЯ СЛУЖБИ ЕМД

- Реалізація проекту «Вчасна допомога»
- Комплексний підхід до реформи
- Безрезультатні виїзди
- Кадрові питання
- Використання коштів субвенції
- Інформаційне забезпечення роботи Служби

К большому сожалению, остался нереализованным в полном объеме Национальный проект «Вчасна допомога» - создание единой диспетчерской. Очень надеемся на то, что в текущем году он все таки будет воплощен в жизнь.

Также прошедший год подтвердил, что решение проблем в здравоохранении возможно только в комплексе. Служба экстренной медицинской помощи получила достаточно мощную законодательную базу. Это и Закон об экстренной медицинской помощи и ряд постановлений кабинета министров Украины и приказы министерства здравоохранения. Мы смогли значительно (на 25%) снизить количество т.н. непрофильных вызовов (с 18 тыс. в 2012 до 12,4 тыс. в 2013), практически, хотя и с большим «скрипом», отказались от освидетельствования умерших на дому. Диспетчерская служба получила юридическое обоснование по передаче непрофильных вызовов на «первичку» в пункты неотложной помощи. В то же время юридическая база по созданию таких пунктов несовершенна (по сути, отсутствует). В результате – пункты неотложной помощи созданы лишь в 24 из 72 центров. Красноречивая тенденция в г.Макеевке пункты неотложки не созданы и мы имеем 12,4% выездов к хроническим больным при среднеобластном показателе 6,2% и 2,1% непрофильных выездов при среднеобластном показателе 1,2%.

Необходимость комплексности в проведении реформы отрасли ярко подтвердилась при утверждении приказа департамента о маршрутах

госпитализации пациентов бригадами скорой медицинской помощи. Сегодня практически продолжают действовать маршруты сформированные на дореформенном этапе. Однако, мы сегодня видим абсурдность некоторых из них. Например из Сергеевки Славянского района больного на госпитализацию в Николаевку или Славянск надо провезти через Краматорск. Угледар вообще не заключил ни одного договора и его жители госпитализируются в Волновахскую ЦРБ или в ГБ №14 г.Донецка в явочном порядке на основе устной договоренности главных врачей. Этот вопрос требует незамедлительного комплексного решения. Иначе, бригады скорой помощи становятся заложниками возможного отказа в госпитализации. И сегодня это проблема не столько медицинская, сколько управленческая органов местной власти.

Основным показателем качества оказания экстренной медицинской помощи является своевременность прибытия бригады, т.е. выполнение норматива «доезда» в 10 мин. в городе и 20 мин. в сельской местности. Хочу обратить внимание всех присутствующих, что очень часто это время не зависит от медиков. Уже неоднократно звучали слова о необходимости ремонта как магистральных дорог, так и внутридворовых, нумерации домов, наличие названий улиц, освещения и т.д. Ответственность за все эти вопросы лежит на местных органах власти, а жалобы адресуются работникам Службы.

Еще одна цифра, которая обращает на себя внимание – это т.н. безрезультатные выезды. 36,5 тыс. за 2013 год. При грубом подсчете – общая смета Службы около 381 млн.грн., выполнено более 1,0 млн. вызовов. Т.е. затраты на безрезультатные вызова составили около 14,0 млн.грн. Сегодня отсутствуют механизм привлечения к ответственности за ложные вызова и решение этого вопроса лежит, как в юридической плоскости, так и в плоскости морально-этической. Ложный вызов – это задержка в выезде к человеку, которому необходима реальная помощь.

Следующая проблема – это катастрофическая нехватка врачебных кадров. Укомплектованность по итогам 2013 года составляет 49,9%. Из 509 врачей 32,8%, т.е. каждый третий пенсионного возраста. Да в этом году в Службу распределено 19 интернов, но приступят к работе они только через два года (6 месяцев учебного года и 1,5 года интернатуры). Пользуясь случаем, хочу обратиться к представителям местных властей городов и районов чтобы в работе по привлечению врачебных кадров не забывали и о Службе экстренной медицинской помощи, ведь эти врачи будут работать в ваших городах и районах.

Большим кадровым вопросом является качество кадров диспетчеров. Реформа поставила перед диспетчерами абсолютно новые задачи и соответственно выдвинула требования к их подготовке. Сегодня

диспетчера – это или совсем молодые фельдшера с отсутствием опыта работы или те, кто уже заработал льготную пенсию (из 464 диспетчеров 32,5 процента пенсионеры). Сегодня диспетчер – это фельдшер со специализацией «Медицина невідкладних станів», в то же время на современном этапе это абсолютно другая специальность с огромной ответственностью. Авиационные диспетчера – самая высокооплачиваемая специальность в своей отрасли, но неужели наши диспетчера несут меньшую ответственность за жизнь и здоровье людей, принимая по телефону решение об очередности оказания помощи или отнесения вызова к не экстренным? К сожалению, все это приводит к тому, что до 70% жалоб и обращений, которые приходится рассматривать, провоцируется некомпетентностью диспетчеров. Надеюсь, что создание единой диспетчерской, позволит в значительной мере решить эту проблему.

Пользуясь случаем, хочу перед представителем министерства озвучить еще два проблемных вопроса. Я в своем выступлении уже говорил, что служба получила значительную законодательную базу. В то же время уже третий год тянется проблема с использованием средств государственной субвенции на обеспечение Службы медикаментами и предметами медицинского назначения. С одной стороны средств более, чем достаточно, с другой – перечень, определенный 500 и 1020 приказами не в полной мере соответствует современным потребностям о чем департамент неоднократно информировал министерство. Хотелось бы более оперативного реагирования, т.к. это затрагивает тендерные процедуры, а сроки их прохождения всем известны. И второй вопрос к министерству. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 № 34 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги", пункт 5 этого приказа гласит: «Вважати таким, що втратив чинність наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 2005 року № 24 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Медицина невідкладних станів"». В то же время в 24-м приказе было 45 протоколов, а в 34 их только 22. Да, они гораздо лучшего качества, очень хорошо проработаны, но не в полной мере заменяет ранее действовавшие. Рациональнее было бы отменить 24-й приказ только в той мере, которая заменяется 34-м.

Остается актуальной проблема безопасности сотрудников Службы. В 2013 году мы обеспечили 20 бригад «тревожными кнопками». И один раз в Мариуполе бригаде на вызове пришлось ею воспользоваться. В этой связи большая благодарность работникам государственной службы охраны которые оперативно прибыли по вызову и оказали необходимую помощь. В этом году мы планируем оснастить еще 40 бригад.

Вопросов в ходе реформирования службы экстренной медицинской помощи, конечно, возникало и возникает очень много. Но в конце своего выступления остановлюсь еще на одном вопросе. Информационное обеспечение процесса реформы и работы Службы. Хочу обратиться к журналистам. За 2013 год бригады экстренной медицинской помощи осуществили более 1,0 млн. выездов, но практически не было ни одного репортажа о помощи людям. В дни снежных заносов, хоть кто-нибудь написал или сделал репортаж о том, как наши медики добирались до больных. Зато когда в Мариуполе один общенациональный канал сделал репортаж по резонансному событию и сообщил, что бригада прибыла через 30 мин., хотя, реальное время прибытия составило 6 мин. на просьбу дать опровержение или хотя бы извиниться журналисты ответили отказом (я понимаю «положительное не продается»). Но должна же быть и ответственность за свои слова. Считаю, что в таком крупном и социально значимом медицинском учреждении необходимо создание собственной пресс-службы или как минимум собственного сайта, который смог бы информировать население в полном объеме о сути происходящих изменений, оперативно отвечать на возникающие вопросы и решать возникающие проблемы. В этой связи снова обращаюсь к представителю министерства - при изменении штатных нормативов предусмотреть соответствующие должности, а также должности системных администраторов для поддержки сайтов и программного обеспечения. Это уже не роскошь для бюджетной организации, а настоятельная необходимость на современном этапе.