

ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Ассоциация больниц
Кыргызской Республики

Документ исследования политики № 65

Рациональность распределения санитарного автотранспорта по региональным организациям здравоохранения Кыргызской Республики и эффективность его использования

Ибраимов Айбек

Джемуратов Куанычбек

Танакеева Асия

Туякова Эльмира

Бишкек 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	3
1. Введение	4
2. Цели и задачи исследования	5
3. Методология исследования и индикаторы	5
4. Краткая географическая характеристика исследованных регионов	6
5. Результаты исследования	8
5.1. Распределение санитарного автотранспорта, полученного в период до 2006 года, по региональным организациям здравоохранения и его техническая характеристика	8
5.2. Распределение санитарного автотранспорта, полученного в период с 2006 по 2009 гг., по региональным организациям здравоохранения и его техническая характеристика	12
5.3. Количество санитарного автотранспорта в региональных организациях здравоохранения	15
5.4. Рациональность распределения санитарного автотранспорта по организациям здравоохранения исследованных регионов	16
5.5. Рациональность использования санитарного автотранспорта в организациях здравоохранения исследованных регионов.....	21
5.5.1. Служба ПСМП	21
5.5.2. Кадры ПСМП	24
5.5.3. Инфраструктура ПСМП	24
5.5.4. Оснащенность ПСМП медицинским оборудованием	29
5.5.5. Деятельность ПСМП	31
5.6 Финансовое состояние ПСМП исследованных регионов	39
6. Выводы	46
7. Рекомендации	49

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

КР	Кыргызская Республика
МЗ	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
КГМИП и ПК	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦГСЭН	Центр Госсанэпиднадзора
ОЗ	Организация здравоохранения
ЦСМ	Центр семейной медицины
ГСВ	Группа семейных врачей
СЭС	Санитарно эпидемиологическая служба
ООБ	Областная объединенная больница
ОСМП	Отделение скорой медицинской помощи
ПСМП	Пункт скорой медицинской помощи
СМП	Скорая медицинская помощь
ОСНМП	Отделение скорой и неотложной медицинской помощи
ОЭВМП	Отделение экстренной внебольничной медицинской помощи
ТБ	Территориальная больница
ДТП	Дорожно-транспортное происшествие
НПД	Нормативно правовой документ
ФАП	Фельдшерский - акушерский пункт
КП	Клинический протокол
ЦОВП	Центр общей врачебной практики
ФТБ	Филиал территориальной больницы
ФЦСМ	Филиал центра семейной медицины

1. ВВЕДЕНИЕ

В системе здравоохранения скорая и неотложная медицинская помощь населению занимает особое положение. Своевременная медицинская помощь, оказанная больным и пострадавшим в полном объеме и в самые ранние сроки, является решающим фактором для спасения их жизни.

В Кыргызской Республике служба оказания населению скорой и неотложной медицинской помощи включает в себя 496 станций (отделений) скорой медицинской помощи, в которых работают около 303,25 врачей и 1120,25 среднего медицинского персонала.

Укомплектованность подразделений скорой и неотложной медицинской помощи составляет: врачей - 86,0% и средних медработников - 95,2%. В 2008 году учреждения скорой и неотложной медицинской помощи выполнили 483505 вызовов, при этом нагрузка на одну врачебную бригаду общего профиля составила 832,3, фельдшерскую - 677,0 (См.: *Сборник Республиканского медико-информационного центра МЗ КР, 2009г.*).

Но, несмотря на почти полумиллионную цифру случаев выполненных вызовов, система скорой медицинской помощи имеет ряд проблем и трудностей в оказании медицинских услуг населению республики. Не всегда уделяется должное внимание обеспечению станций (отделений) санитарным автотранспортом, его оснащению, рациональному использованию, своевременному ремонту и обеспечению адекватным объемом ГСМ. Многие станции и отделения скорой медицинской помощи размещаются в малоприспособленных для этого зданиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Не соблюдаются установленные постановлением правительства КР №222, от 07.07.2006г. «О порядке списания основных средств», сроки эксплуатации санитарного транспорта, во многих организациях здравоохранения не решены вопросы его ремонта, снабжения запасными частями, размещения в приспособленных гаражах или под навесами. Не полностью радиофицирован санитарный транспорт. Остается неудовлетворительным его оснащение медицинским оборудованием.

Машины СМП не оснащены медицинским оборудованием и аппаратурой согласно перечню, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 28 января 2004 года № 32 «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи/экстренной помощи населению Кыргызской Республики». Практически повсеместно недостаточное внимание уделяется вопросам оснащения бригад СМП средствами для проведения экспресс-диагностики, замене морально устаревшей диагностической, наркозной, дыхательной аппаратуры. Кроме того машины скорой помощи зачастую используются не по назначению.

Ежегодно в Министерство здравоохранения КР из различных источников поступает санитарный автотранспорт, который затем распределяется по организациям здравоохранения. Но далеко не всегда получаемые санитарные автомобили направляются в первую очередь станциям (отделениям) СМП. Имеются случаи, когда портативное оборудование демонтируется, а машины используются в хозяйственных нуждах.

В данном исследовании проводится анализ эффективности распределения и использования санитарного автотранспорта в организациях здравоохранения Кыргызской Республики.

2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования:

Изучение рациональности распределения и эффективности использования санитарного автотранспорта в ПСМП и организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь населению в исследуемых регионах Кыргызской Республики.

Задачи исследования:

1. Проведение анализа рационального распределения по региональным организациям здравоохранения санитарного автотранспорта и источников поступления, а также эффективность его использования, технического состояния, оснащенности медицинским оборудованием.
2. Оценка зон обслуживания в исследуемых регионах: по радиусу, количеству населения и географическому расположению.
3. Проведение оценки деятельности по назначению и эффективности использования санитарного автотранспорта.
4. Проведение оценки кадрового потенциала и инфраструктур пунктов скорой медицинской помощи.
5. Проведение анализа финансирования санитарного автотранспорта.
6. Изучение мнения медицинского и прочего персонала ТБ, ЦСМ и ГСВ о деятельности санитарного автотранспорта.

3. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИНДИКАТОРЫ

Методы исследования и индикаторы

Сбор материалов для исследования проводился различными способами, принятыми в практике социологических исследований.

1. **Количественное исследование** – ретроспективный анализ медицинской документации.

Проводилась работа с учетно-отчетной документацией. Была произведена выборка сведений, касающихся вопросов направления на госпитализацию. Была также проведена работа с данными, полученными из отчетных форм служб СМП и ТБ, в которых отражались показатели деятельности СМП и их финансовое состояние.

2. **Качественное исследование** – проведение интервью с медицинским и прочим персоналом ЦСМ, ГСВ, в которых имеется санитарный автотранспорт, и ТБ.

Основные вопросы включали в себя выяснение мнения медицинского и прочего персонала СМП о рациональности распределения и использования санитарного автотранспорта, доступности населения к службе СМП, о проблемах, связанных с организацией данной службы. (В интервью приняло участие 15 руководителей первичного звена, 6 – стационарной службы, 20 человек среднего медицинского персонала, 15 водителей и 3 механика).

3. **Метод непосредственного наблюдения.** Изучалось количество имеющегося санитарного автотранспорта, техническое состояние и технические характеристики существующих транспортных средств, материально-технические ресурсы СМП (здания, помещения, гаражи, боксы, медицинское и техническое оборудование).

Исследованные индикаторы деятельности отделений скорой и неотложной медицинской помощи

1. Число выполненных вызовов на 1000 человек обслуживаемого населения.
2. Число выполненных вызовов ПСМП в день.
3. Количество экстренных самонаправленных и госпитализированных экстренных больных службой скорой медицинской помощи в территориальные больницы
4. Число выполненных вызовов по мониторируемым заболеваниям на 1000 человек обслуживаемого населения.
5. Доля вызовов, выполненных позже 15 минут.
6. Число амбулаторных обращений на 1000 человек населения.
7. Нагрузка на 1 бригаду в год.

Критерии отбора исследованных регионов

На основе литературного обзора и дискуссий в рабочей группе были разработаны критерии для отбора ПСМП, подвергнутых исследованию (см. таблицу 1).

В ходе обсуждения было решено произвести отбор исходя из следующих критериев:

1. региональность (север, юг);
2. количество обслуживаемого населения;
3. географическое расположение (степень возвышения над уровнем моря) с учетом отдаленности от районных центров;
4. объем финансирования.

Выбранные для исследования организации здравоохранения представлены в таблице 1 (количество населения).

Таблица 1

Исследуемые регионы							
№	Область	Район	Кол-во населения	Север	Юг	Горная местность	Равнинная местность
1	Иссык-кульская	Тюпский	48.5	+	-	+	-
2	Ошская	Кара-Суйский	340.4	-	+	+	+
3	Чуйская	Сокулукский	134.9	+	-	+	+
4	Джалал-Абадская	Сузакский	173,6	-	+	+	+
5	Таласская	Бакай-Атинский	43.5	+	-	-	+
6	Джалал-Абадская	Сузакский, Октябрьская зона	59,1	-	+	+	-

** Сборник Республиканского медико-информационного центра МЗ КР, 2009 г.*

4. КРАТКАЯ ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАННЫХ РЕГИОНОВ

Сузакский район

Сузакский район расположен на северо-западе от г. Джалал-Абад на расстоянии 15км между Базар-Коргонским и Тогуз-Тороузским районами.

Главными населенными пунктами являются с. Сузак и г. Кок-Жангак на расстоянии 30 км от г. Джалал-Абада.

На территории села Сузак, расположена территориальная больница и ЦСМ.

Территория Сузакского района условно разделена на 3 зоны: Сузакская, Октябрьская (на расстоянии 17км от ТБ) и Кок-Жангакская (на расстоянии 45км от ТБ).

- Сузакская ТБ и Сузакский районный ЦСМ обслуживают 173625 чел. (Сузакская зона);
- ФТБ Октябрьское и ЦСМ села Октябрьское обслуживают население в 59175 чел. (Октябрьская зона);
- ЦОВП г.Кок-Жангак обслуживает население в 10124 чел. (Кок-Жангакская зона).

Сузакский ЦСМ имеет:

- 20 ГСВ (в том числе в 1 ГСВ имеется санитарный транспорт);
- 27 ФАПов;
- 1 отделение скорой медицинской помощи (ОСМП);
- 1 ПСМП в селе Бек-Абад.

село Октябрьское Сузакского района

Село Октябрьское расположено на территории Сузакского района на расстоянии 12км от села Сузак. В селе Октябрьское находится ТБ и Октябрьское ЦСМ.

- Октябрьское ТБ (71 койка) и Октябрьское ЦСМ обслуживают население в 59175 чел. (Октябрьская зона);
- ФТБ им. Батырова (15 коек)

В состав Октябрьского ЦСМ входят:

- 7 ГСВ (в том числе в 1 ГСВ имеется санитарный транспорт);
- 20 ФАПов;
- 2 пункта скорой медицинской помощи в: с.Октябрьское, с. Жергетал входящий в состав ГСВ № 24.

Кара-Суйский район

Кара-Суйский район расположен на северо-западе Ошской области на расстоянии 26км от г.Ош, в центре между Араванским, Ноокатским, Алайским и Узгенским районами. На северо-западе граничит с Республикой Узбекистан.

Районным центром является г. Кара-Суу с населением 20930 чел.

На территории Кара-Суйского района расположено 91 село. Самое отдаленное село – Кожокелен, находится на расстоянии 150км от г.Кара-Суу, самое близлежащее – село Тельман, на расстоянии 3км от районного центра.

Кара-Суйский ЦСМ имеет в распоряжении:

- ФЦСМ (с. Кашгар Кыштак)
- ФЦСМ (с. Курманжан Датка)
- 25 ГСВ (в том числе в 9 ГСВ имеется санитарный транспорт)
- 70 ФАП
- 4 ПСМП

Тюпский район

Тюпский район расположен на северо-восточном побережье озера Иссык-Куль, между Иссык-Кульским и Ак-Суйским районами. Районным центром Тюпского района является село Тюп, где проживает 10846 человек. Районный

центр находится на расстоянии 35км от областного центра (г. Каракол). На территории Тюпского района расположено 35 сел. Самое отдаленное село – Ферма 4, на расстоянии 96км от селаТюп, самое близлежащее – Бирлик, на расстоянии 7км от районного центра.

В состав Тюпского районного ЦСМ входит:

- 9 ГСВ (в том числе 1 ГСВ - юридическое самостоятельное лицо, и в 2-х ГСВ имеется санитарный транспорт);
- 23 ФАПы;
- 1 ПСМП.

Бакай-Атинский район

Бакай-Атинский район расположен на расстоянии 45км от областного центра (г.Талас). Районным центром Бакай-Атинского района является село Бакай-Ата, где проживает 7157 человек. На территории Бакай-Атинского района расположены 22 села. Самое отдаленное село – Май, расположено на расстоянии 30км от Бакай-Ата, самое близлежащее – село Наматбек, расположено на расстоянии 5км от районного центра.

Бакай-Атинский районный ЦСМ имеет:

- 8 ГСВ;
- 1 ГСВ с тремя койками в селе Боотерек;
- 9 ФАПов;
- 3 ПСМП.

Сокулукский район

Сокулукский район находится в западном направлении от г. Бишкек на расстоянии 45км. Районным центром Сокулукского района является село Сокулук. На территории Сокулукского района расположены 44 села. Самое отдаленное село – Камышановка, расположено на расстоянии 102км от Сокулука, самый близлежащий населенный пункт – г. Шопоков, расположен на расстоянии 6км от районного центра.

Сокулукский районный ЦСМ имеет:

- 13 ГСВ (в том числе 1 юридическое самостоятельное ГСВ);
- 29 ФАПов;
- 3 пункта скорой медицинской помощи (ПСМП);
- 1 ЦОВП в с. Джаны-Джер.

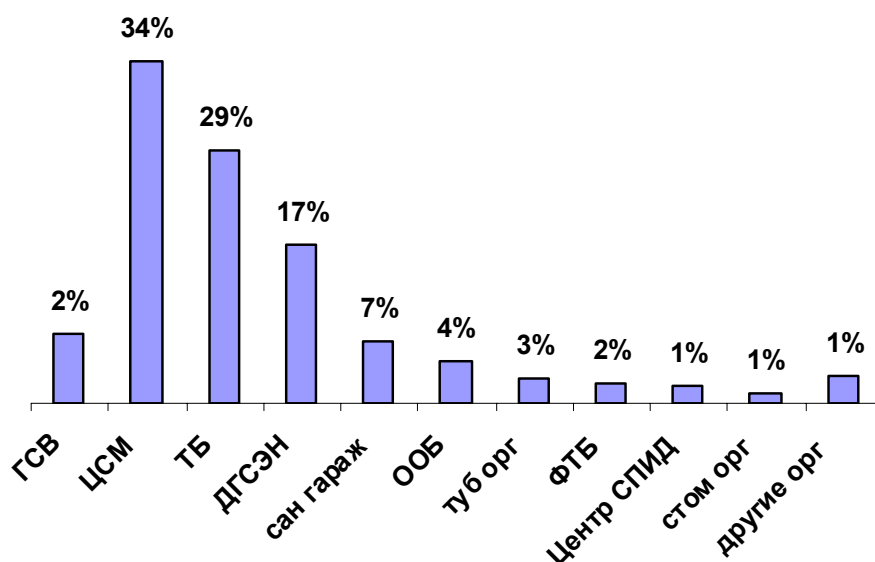
5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

5.1. Распределение санитарного автотранспорта, полученного в период до 2006 года, по региональным организациям здравоохранения и его техническая характеристика

В организациях здравоохранения республики на конец 2006 года насчитывалось 1009 единиц автотранспортных средств. Распределение автотранспорта по организациям здравоохранения показано на диаграмме 1.

Диаграмма 1.

**Количество санитарного транспорта ОЗ республики
до 2006 года**



Основная часть санитарного автотранспорта находится в ЦСМ (34%), ТБ (29%) и в ДГСЭН (17%). Процентное соотношение имеющихся машин, их техническое состояние и виды автотранспорта в организациях здравоохранения показаны в таблице 2.

Таблица 2.

**Техническое состояние автотранспорта ЦСМ, ТБ и ДГСЭН,
полученного до 2006 года**

Организация здравоохранения	Количество машин из всего автотранспорта ОЗ	Из них автомашины марки УАЗ	В рабочем состоянии
ЦСМ	34%	79%	60%
ТБ	29%	50%	55%
ДГСЭН	17%	31%	54%

Как видно из таблицы 2, основная часть санитарного транспорта, полученного ОЗ до 2006 года, марки УАЗ. В настоящее время только половина из них находится в рабочем состоянии.

На диаграмме 2 показано процентное соотношение распределения санитарного автотранспорта по региональным организациям здравоохранения в период до 2006 года.

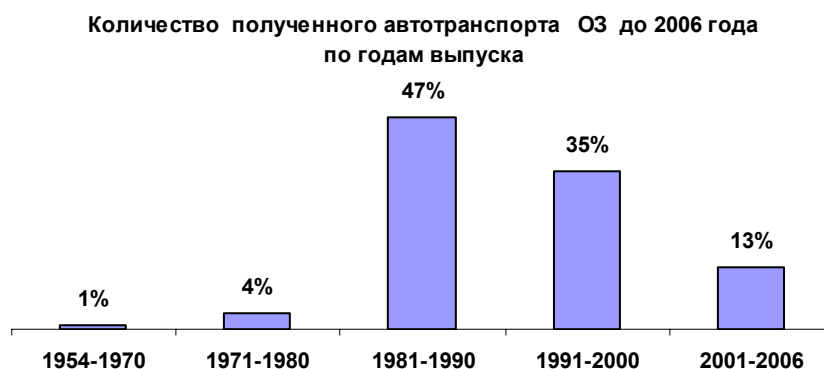
Диаграмма 2.



В основном, автотранспорт сосредоточен в таких регионах как Джалал-Абадская (23%), Ошская (22%) и Чуйская (20%) области.

Как известно, срок эксплуатации средств передвижения, особенно в условиях пересеченной горной местности, плохих дорог, экстремальных погодных условий, достаточно ограничен. На диаграмме 3 отражен год выпуска автотранспорта, полученного организациями здравоохранения за период до 2006 года.

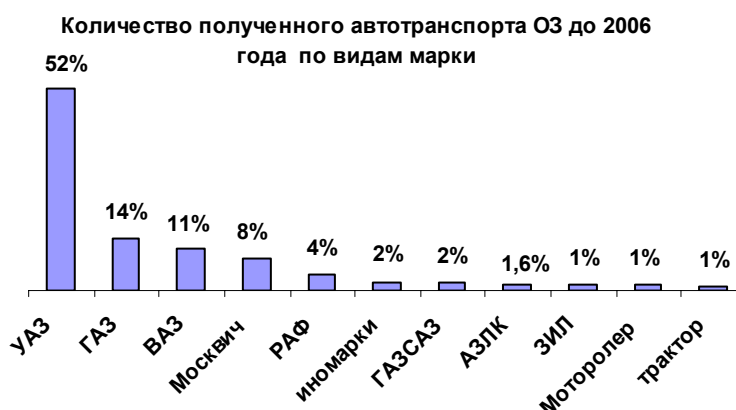
Диаграмма 3.



Как видно из диаграммы 3, половина имеющегося автотранспорта – с 1981 по 2000 года выпуска, но надо отметить, что в наличии имеется автотранспорт и 1950 - 1970 годов выпуска. При опросе работников СМП было выявлено следующее единодушное мнение. За полувековой срок эксплуатации машин 1950 - 1970 годов выпуска (40-60 лет) произошел полный технический износ всех комплектующих частей, что делает их дальнейшее использование в сельских регионах с отдаленными расстояниями и пересеченной горной местностью невозможным. Данные машины опасны для жизни работников СМП и больных, и требуют замены и срочного списания, чтобы не отягощать баланс СМП.

Диаграмма 4 иллюстрирует автотранспорт, полученный за период до 2006 года, по видам марок автомобилей

Диаграмма 4.



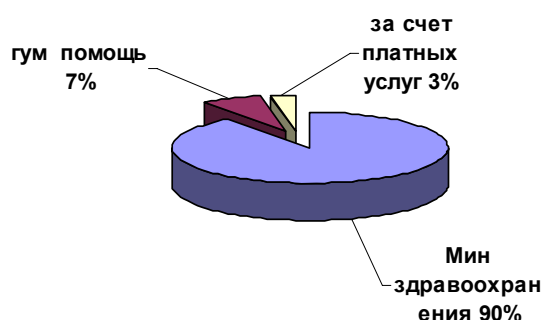
52% всего автотранспорта организаций здравоохранения – марки УАЗ, далее 14% марки ГАЗ и 11% – марки ВАЗ.

Проведенное исследование выявило, что в глоссарии Приказа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 28 января 2004 года № 32 «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи/экстренной населению Кыргызской Республики» не дано определения санитарного транспорта. В связи с этим, весь автотранспорт организаций здравоохранения, независимо от марки автомашин и выполняемых функций, называется «санитарным».

Источники получения автотранспорта ОЗ до 2006 года показаны в диаграмме 5.

Диаграмма 5.

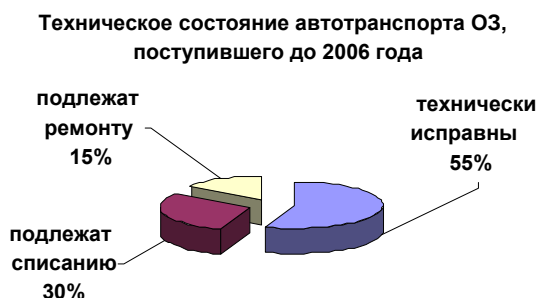
Источники получения автотранспорта ОЗ до 2006 года



90% санитарного автотранспорта было получено от Министерства здравоохранения, 7% – по линии гуманитарной помощи таких организаций как: Всемирный Банк, Немецкий Банк реконструкции и развития (KfW), Управление делами Президента Кыргызской Республики, Акционерное общество «Кыргызнефтегаз», Нидерландский и Швейцарский Красный Крест, АБР, Японское Правительство и 3% – за счет платных услуг.

На диаграмме 6 отражено техническое состояние автотранспорта ОЗ, поступившего до 2006 года.

Диаграмма 6.



Как видно из диаграммы 6, половина санитарного автотранспорта (55%) находится в рабочем состоянии, третья часть (30%) требует списания, занимая место в гаражах и отягощая баланс организаций здравоохранения, и 15% автотранспорта подлежит ремонтным работам.

Мнение руководителей ТБ и ЦСМ

«Необходимо ремонтировать дороги, так как это является одной из причин частой поломки автотранспорта».

«В последнее время транспорт быстро выходит из строя, в основном, выходят из строя такие части машин как: ходовая часть, двигатель, аккумулятор, стартер, задний мост. Имеет место быстрый износ шин, Причина ломки – плохие дороги, к тому же мы оснащены запасными частями производства КНР, которые быстро выходят из строя».

«По истечении срока эксплуатации санитарного автотранспорта необходима своевременная его замена».

Мнение среднего персонала ТБ

«Санитарный транспорт больницы в основном простаивает из-за того, что требует ремонта или списания».

5.2. Распределение санитарного автотранспорта, полученного в период с 2006 по 2009 гг., по региональным организациям здравоохранения и его техническая характеристика

С целью улучшения материально-технического оснащения СМП за период с 2006 по 2009 гг. Министерством здравоохранения Кыргызской Республики для ОЗ из различных источников было приобретено 167 автомашин (см. таблицу 3).

Таблица 3.

Санитарный автотранспорт, поступивший в организации здравоохранения за период с 2006 по 2009 гг.

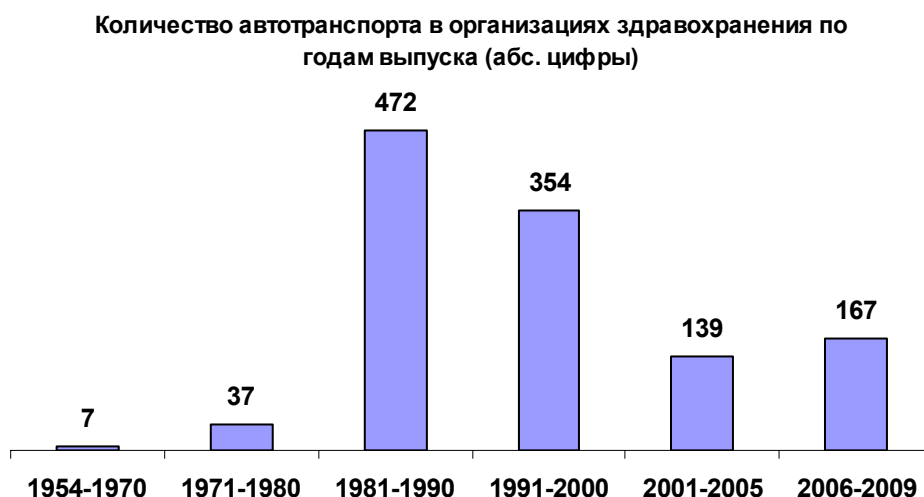
Регионы	Всего до 2006г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	Всего	%
Баткенская	68	8	7	3		18	11%
Джалал-Абадская	235	11	14	7	2	34	20%
Иссык-Кульская	130	8	6	3		17	10%
Нарынская	102	5	4	1		10	6%

Ошская	221	12	11	5	2	30	18%
Таласская	48	5	3		1	9	5%
Чуйская в т.ч.	205	9	8	4		21	13%
Респ. учреждения	-	5	13	2		20	12%
г. Бишкек	-	2	6			8	5%
Всего абс. цифры	1009	65	72	25	5	167	100%
Всего в %		39%	43%	15%	3%	100%	

Как видно из таблицы 3, в основном автотранспорт для организаций здравоохранения был приобретен в 2006 и 2007 годы. Учитывая высокую плотность населения, проживающего в Джалал-Абадской, Ошской и Чуйской областях, третья часть поступившего транспорта была распределена в данные регионы.

Количество автотранспорта, имеющегося в распоряжении организаций здравоохранения, по годам выпуска машин показано в диаграмме 7.

Диаграмма 7.

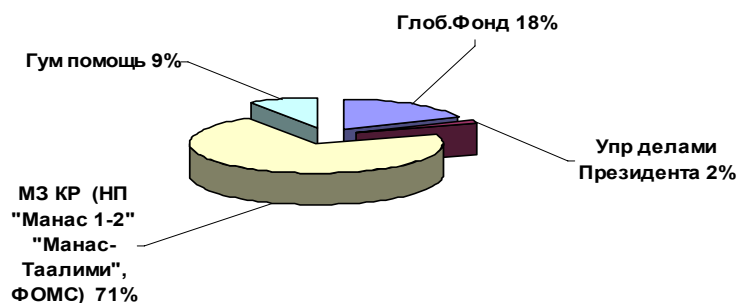


Как видно из диаграммы 7, в основном, на балансе ОЗ находится транспорт 1981-1990 годов выпуска.

Источники поступления санитарного автотранспорта в ОЗ с 2006 по 2009 гг. показаны в диаграмме 8.

Диаграмма 8.

Источники поступления санитарного транспорта в организации здравоохранения с 2006 по 2009 гг.



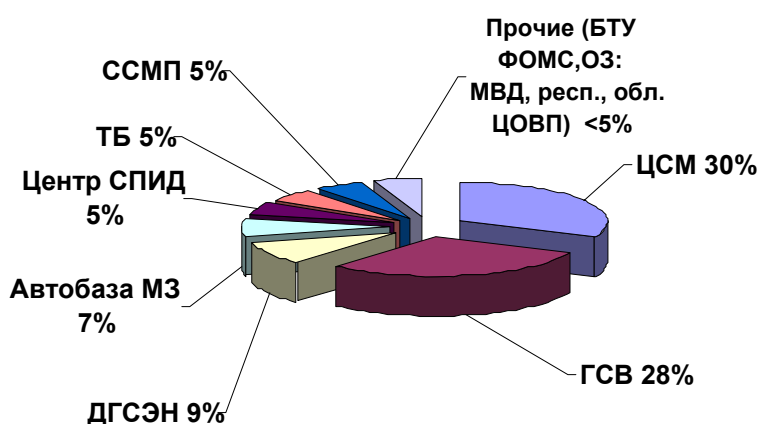
Автотранспорт, поступивший в ОЗ за период с 2006 по 2009 гг., был приобретен из различных источников: за счет средств ФОМС, Национальных программ «Манас 1», «Манас 2», «Манас-Таалими», а также таких организаций как: Всемирный Банк, Немецкий Банк реконструкции и развития (KfW), Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Управления делами Президента Кыргызской Республики и др.

В 2009 году для ОЗ было приобретено всего 5 автомашин, данные транспортные средства закуплены на средства проекта «Здравоохранение и социальная защита SWAp».

На диаграмме 9 показано распределение по ОЗ автотранспорта, поступившего за период с 2006 по 2009 гг.

Диаграмма 9.

Распределение санитарного транспорта, поступившего в региональные организации здравоохранения за период с 2006 по 2009 гг.



Как видно из диаграммы 9, поступивший автотранспорт в основном был распределен в ЦСМ, ГСВ и ДГСЭН.

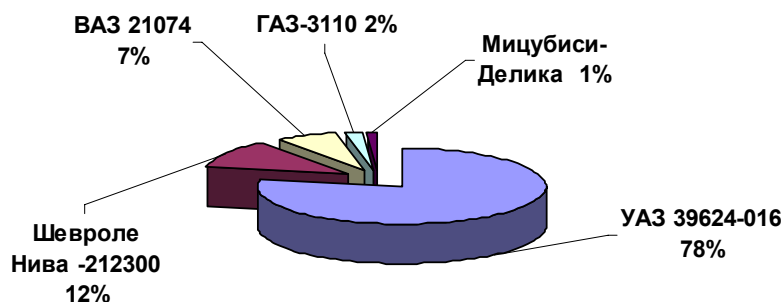
ТБ и станции скорой медицинской помощи получили по 5% из всего количества поступивших транспортных средств. При проведении исследования выяснилось, что в Кыргызской Республике отсутствует нормативно-правовая база с четко установленными критериями распределения санитарного автотранспорта, транспортные средства распределяются по усмотрению МЗ.

Мнение руководителей ЦСМ и ТБ по потребности в санитарном автотранспорте

«Санитарный транспорт должен быть распределен по следующим критериям: радиус обслуживания, количество прикрепленного населения, отдаленность от ПСМП, заболеваемость, рельеф местности, дороги и коммуникации (мосты и пр.)».

Виды и марки автотранспорта, поступившего в региональные организации здравоохранения за период с 2006 по 2009 гг., показаны на диаграмме 10.

Поступивший санитарный транспорт с 2006 по 2009 гг. по маркам машин



Более трех четвертей (78%) поступившего автотранспорта – это автомашины марки УАЗ, которые, как известно, потребляют большой объем ГСМ.

Мнение руководителей ЦСМ и ТБ относительно потребности в санитарном автотранспорте

«Для ОЗ необходим санитарный транспорт с наименьшим потреблением ГСМ».

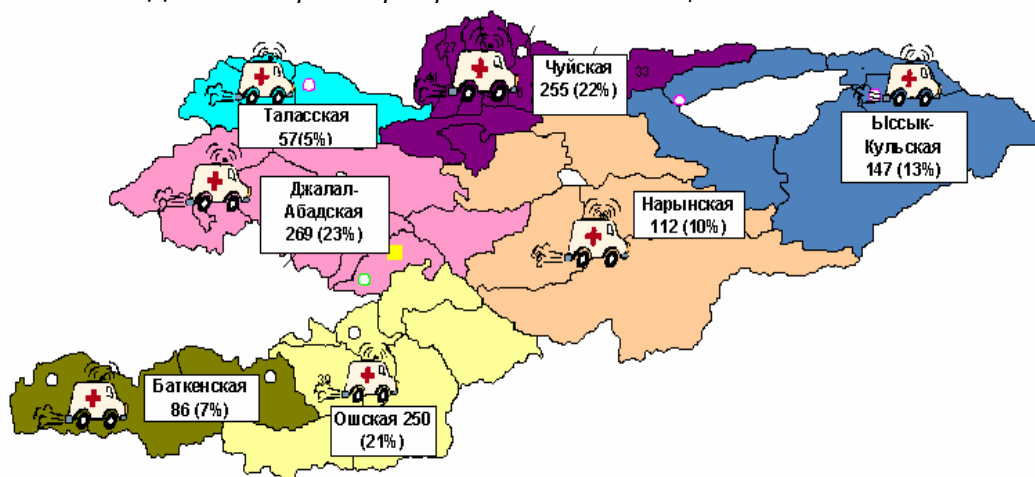
5.3. Количество санитарного автотранспорта в региональных организациях здравоохранения

По данным настоящего исследования, на 1 декабря 2009 года всего санитарных транспортных средств (всего по республике) по региональным организациям здравоохранения насчитывается 1176 единиц (см. рисунок 1).

Рисунок 1.

Количество автотранспорта в организациях здравоохранения по регионам республики на 1 декабря 2009 года

Данные собраны при проведении настоящего исследования



Как видно из рисунка 1, основная часть транспортных средств в организациях здравоохранения находится в Джалал-Абадской (23%), Чуйской (22%) и Ошской (21%) областях, наименьшее количество в Нарынской (10%), Баткенской (7%) и Таласской (5%) областях.

5.4. Рациональность распределения санитарного автотранспорта по организациям здравоохранения исследованных регионов

За период с 2006 по 2009 гг. исследуемыми регионами было получено 14 единиц санитарного автотранспорта. Его распределение показано в таблице 4.

Таблица 4.

Распределение санитарного автотранспорта по ОЗ в исследованных регионах (абс. цифры)

Регион	Автотранспорт в ОЗ до 2006 г.				Всего на конец 2006г.	Распределенный автотранспорт в ОЗ с 2006 по 2009 гг.				Итого поступило	Всего на конец 2009г.
	СЭС	ТБ	ЦСМ	ГСВ		СЭС	ТБ	ЦСМ	ГСВ		
Кара-Суйский	5	6	3	10	24	0	0	1	3	4	28
Сузакский	3	6	2	2	13	0	0	1	1	2	15
Октябрьский	2	4	1	1	8	0	0	1	1	2	10
Бакай-Атинский	1	1	2	1	5	0	0	0	1	1	6
Сокулукский	6	5	7	4	22	0	0	2	1	3	25
Тюпский	2	1	2	1	6	0	0	1	1	2	8
Всего	19	23	17	19	78	0	0	6	8	14	92

Из 14 единиц транспортных средств, распределенных в данные регионы, ни один санитарный автотранспорт не поступил в ТБ, СЭС и другие ОЗ. Все машины были распределены в ЦСМ и ГСВ. Нужно отметить, что для оказания срочной неотложной медицинской помощи населению ТБ и СЭС остро нуждаются в обновлении своего автопарка, поскольку на их балансе находится автотранспорт 1970-1990 годов выпуска, половина которого находится в нерабочем состоянии и требует списания.

Из числа всех ТБ исследуемых регионов, только ТБ Тюпского, Сузакского и Кара-Суйского районов получили санитарный автотранспорт 2003-2004 гг. выпуска. Данный санитарный транспорт был получен по линии Немецкого Банка развития и используется исключительно для перевозки рожениц и обслуживания urgentных бригад родильных отделений данных больниц.

Мнение руководителя ТБ

«За последние 15 лет наша больница не получала санитарный автотранспорт. Для того чтобы отвезти больного на консультацию, приходится выпрашивать транспорт у руководства ЦСМ или руководителей других организаций».

Распределение санитарного автотранспорта, полученного ОЗ Сузакского района, показано в таблице 5.

Распределение санитарного автотранспорта по Сузакскому району

Названия ОЗ	прикрепленное население	расстояние до рай-го центра	наличие поста СМП	наличие автомашин до 2006	получено с 2006 по 2009 гг.
ПСМП с. Сузак при ЦСМ		-	+	2 (2 тр. списания)	1
ГСВ №1-2-4-5 с. Сузак	20241	-	-	-	
ГСВ №3, с. Сузак	5413	3км	-	-	
ГСВ №6, с. Кумуш-Азис	3156	13км	-	-	
ГСВ №7, с. Кирова	6109	17км	-	-	
ГСВ №8, с. Масадан	5073	5км	-	-	1
ГСВ № 9, с. Ак-Башат	4767	15км	-	1(тр. ремонта)	
ГСВ №10-11, с. Бостон	12956	20км	-	-	
ГСВ №12, с. Жангыр-Таш	12666	28км	-	1(тр. списания)	
ГСВ № 13, с. Жийде	5938	3км	-	-	
ГСВ № 14, с. Жаны-Жер	4156	5км	-	-	
ГСВ №15 и 16, с. Барпы	13841	20км	-	-	
ГСВ № 17, с. Комсомол	7512	7км	-	-	
ГСВ № 18, с. Талды Булак	8323	12км	-	-	
ГСВ № 19, с. Таш-Булак	7258	13км	-	-	
ПСМП при ГСВ с.Бек-Абад	11981	10км	+	1	
Итого				5	2

Автотранспорт, полученный Сузакским районом, был целенаправленно направлен в ГСВ села Масадан. Расстояние между данным ГСВ и районным центром всего 5км. При этом не была удовлетворена настоятельная потребность в санитарном автотранспорте:

- ГСВ № 10-11 в селе Бостон, которое находится в 20км до районного центра, и обслуживает население 12956 человек и
- ГСВ №15-16 в селе Барпы, расположенном в 20км от районного центра с населением 13841 человек.

Мнение руководителей ЦСМ и ТБ по потребности санитарного автотранспорта

«Санитарный транспорт поступает с указанием свыше конкретного населенного пункта, для которого он предназначен, и мы, руководители, в распределении перестали участвовать. Зачастую санитарный транспорт попадает в населенный пункт, который находится в черте районного центра, города, и не попадает в отдаленные села, которые действительно нуждаются в санитарном транспорте».

Распределение санитарного автотранспорта в Октябрьской зоне Сузакского района показано в таблице 6.

Таблица 6.

**Распределение санитарного автотранспорта по Октябрьской зоне
Сузакского района**

Название ОЗ	прикрепленное население	расстояние до райцентра	наличие поста СМП	наличие автомашины до 2006г.	получено с 2006-2009гг.
ПСМП при ЦСМ с. Октябрьское	22 356	3	+		2
ПСМП с. Жергетал	11139	15	+	1	
ГСВ с. Кара-Март	12602	64	+		1
ГСВ с. Ленинское	2201	3	-		
ГСВ с. Кара-Чолок	3768	25	-		
ГСВ с. Каду	2842	60	-		
Итого				1	3

В Октябрьской зоне Сузакского района потребности в дополнительном санитарном транспорте первичного звена нет.

Распределение санитарного транспорта по Сокулукскому району показано в таблице 7.

Таблица 7.

Распределение санитарного транспорта по Сокулукскому району

Названия ОЗ	прикрепленное население	расстояние до рай-го центра	наличие поста СМП	наличие автомашины до 2006	получено с 2006 по 2009гг.
ПСМП при ЦСМ с. Сокулук	50224		+	7(3 тр. ремонта)	2
ГСВ с. Сокулук	25739				
ГСВ с. Таш-Булак	3151	25км			
ГСВ с. Асылбаш	3551	28км		1(тр. ремонта)	
ГСВ с. Шопоково	17809	5км			
ГСВ с. Чат-Куль	3721	14км			
ПСМП при ГСВ с. Военно-Антоновка	9105	20км	+	1	
ГСВ с. Ново-Павловка	15616	23км			
ГСВ с. Фрунзе	9105	34км		1(тр. ремонта)	
ГСВ с. Кызыл-Туу	4616	45км			
ГСВ с. Манас	6749	32км			
ГСВ с. Первомайское	2784	12км			
ПСМП при юр. ГСВ с.Кунтуу	5892	50км	+	1	1
Итого				11	3

Как видно из таблицы 7, половина санитарного автотранспорта Сокулукского района находится при ЦСМ.

ГСВ с. Кунтуу (население 5 892 чел.) получила дополнительную санитарную автомашину, хотя на ее балансе уже была одна, требующая ремонта. При этом настоящее исследование выявило гораздо большую потребность в санитарном автотранспорте ГСВ с. Ново-Павловка (население 15616, при отдаленности от районного центра 23км), ГСВ с. Манас (расстояние от районного центра, населенный пункт расположен на трассе). Данные населенные пункты не имеют ни одного транспортного средства.

Распределение санитарного транспорта по Түпскому району показано в таблице 8.

Таблица 8.

Распределение санитарного транспорта по Түпскому району

Названия ОЗ	прикрепленное население	расстояние до рай-го центра	наличие поста СМП	наличие автомашины до 2006	получено с 2006 по 2009гг.
ПСМП при ЦСМ с. Түп	14200		+	1	1
ГСВ с. Талды-Суу	9532	20	-	1	
ГСВ с. Санташ	6744	30	-		1
ГСВ с. Михайловка	3700	25	-		
ГСВ с. Маяк	7918	30	-		
ГСВ с. Арал	3266	30	-		
ГСВ с. Тасма	3052	34	-		
Итого				2	2

Как видно из таблицы 8, по Түпскому району потребности в санитарном автотранспорте первичного звена нет.

Распределение санитарного транспорта по Бакай-Атинскому району показано в таблице 9.

Таблица 9.

Распределение санитарного транспорта по Бакай-Атинскому району

Названия ОЗ	прикрепленное население	расстояние до райцентра	наличие поста СМП	наличие автомашины до 2006г.	получено с 2006 по 2009гг.
ПСМП при ЦСМ с. Бакай-Ата	17996		+	4	
ПСМП при ГСВ с. Боотерек	9166	18	+	1	
ПСМП при ГСВ с. Кызыл-Октябрь	6563	8	+		1
ГСВ с. Кенарал	3008	32			
ГСВ с. Озгоруш	4670	25			
ГСВ с. Акдобо	5989	10			
ГСВ с. Минбулак	2588	10			
ГСВ с. Кыргызстан	4134	25			
ГСВ с. Ынтымак	2204	12			
Итого				5	1

По Бакай-Атинскому району потребность в санитарном автотранспорте первичного звена, как это видно из таблицы 9, нет.

Распределение санитарного транспорта по Кара-Суйскому району показано в таблице 10.

Таблица 10.

Распределение санитарного транспорта по Кара-Суйскому району

Названия ОЗ	прикрепленное население	расстояние до рай-го центра	наличие поста СМП	наличие автомашины до 2006	получено с 2006-2009гг.
ПСМП при ЦСМ г. Кара-Суу	46213		+	3 (1 тр. списания)	1
ГСВ с. Баш-Булак	10951	38км		1	
ГСВ с. Жаны-Арык	19822	24км	+	1	
ГСВ с. Жоош	24380	11км		1	
ГСВ с. Жылкелди	7626	6км			
ГСВ с. Ишкабан	3641	27км			
ГСВ с.Кара-Согот	3500	67км		1(тр. списания)	1
ГСВ Кара-Суу, г. Кара-Суу	20930	800м			
ПСМП при ФЦСМ с. Кашгар-Кыштак	23093	9км	+	1	
ПСМП при ФЦСМ с. К. Датка	17866	21км	+		1
ГСВ с. Кызыл-Кыштак	12965	28км			
ГСВ с. Кызыл-Суу	4685	55км		1	
ГСВ с. Кыш-Абад	3714	25км			
ГСВ с. Мады	8708	24км			
ГСВ с. Монок	5241	18км			
ПСМП с. Нариман	35790	13км		1(тр. списания)	
ГСВ с. Отуз-Адыр	15546	25км			
ГСВ с. Фуркат	15966	27км			
ГСВ с. Папан	11820	110км		1	
ГСВ с. Савай	7530	15км			
ГСВ с. Сарай	23123	1км		1	
ГСВ с. Сары-Колот	5098	18км			
ГСВ с. Таширова	13363	5км			
ГСВ с. Учар	12363	32км			
ГСВ с. Шарк	18668	29км			1
ГСВ с. Жаны-Турмуш	9319	27км			
ГСВ с. Кожо-Келен	1558	150км		1	
Итого				13	4

В Кара-Суйском районе всего 14 единиц санитарного автотранспорта, из них 4 находятся при ЦСМ. При этом настоящее исследование выявило, что, несмотря на то, что с 2006 по 2009 гг. Кара-Суйский район получил 4 единицы транспортных средств, однако потребность в санитарном транспорте пока не удовлетворена. По крайней мере, необходимо еще 5 машин:

- ГСВ с. Кызыл-Кыштак: население 12965 человек, расстояние 28 км до районного центра;
- ГСВ с. Фуркат: население 15966 человек, расстояние 27 км;
- ГСВ с. Нариман: население 35790 человек, расстояние 13 км;
- ГСВ с. Учар: население 12363 человек, расстояние 32 км;
- ГСВ с. Отуз-Адыр: население 15546 человек, расстояние 23 км.

Мнение руководителей ЦСМ

«Необходимо разработать нормативно-правовой документ, регламентирующий распределение и работу машин СМП в ГСВ».

5.5. Рациональность использования санитарного автотранспорта в организациях здравоохранения исследованных регионов

5.5.1. Служба ПСМП

Службы скорой медицинской помощи в исследованных регионах находятся в 15 населенных пунктах (таблица 11).

Таблица 11.

ПСМП и ГСВ с санитарным автотранспортом в исследуемых регионах

Область	Районы	Названия ОЗ первичного уровня где имеется санитарный транспорт	Прикрепленное население	Обслуживаемое население СМП	% обслуживаемого населения службой СМП	Географическая характеристика	Радиус обслуживания
Ошская	Кара-Суйский	Всего население по району	340,4	225 744	66%		
		Всего ГСВ по району-25					
		ПСМП г. Кара-Суу	46213	46213	100%	равнина	70км
		ПСМП с. Курманжан Датка	20010	19216	96%	равнина	45км
		ПСМП с. Нариман	85790	35850	42%	равнина	80км
		ПСМП с.Кашгар-Кыштак	28000	24682	88%	равнина	70км
		ГСВ с. Сарай	23123	20122	87%	равнина	15км
		ГСВ с.Папан	10810	8522	79%	горная	13км
		ГСВ с. Жаны-Арык	19822	15222	77%	горная	11км
		ГСВ с. Баш-Булак	10951	8140	74%	равнина	29км
		ГСВ с.Жоош	24380	18333	75%	равнина	13км
		ГСВ Кызыл-Суу	13111	11500	88%	горная	7км
		ГСВ Кара-Согот	3500	3500	100%	горная	9км

Жапалабадская	Сузакский	ГСВ Кожо-Келен	1800	1233	69%	горная	5км
		ГСВ с. Шарк	18668	13211	71%	равнина	5км
		Всего население по району	210,5	149131	63%		
		Всего ГСВ по району-20					
		ПСМП с. Сузак	132144	132144	100%	равнина	15км
		ГСВ с. Масадан	5255	5255	100%	равнина	3км
	с. Октябрьское	ГСВ с.Бек-Абад	25200	11732	47%	равнина	8км
		Всего население по району	61084	39307	64%		
		Всего ГСВ по району-7					
		ПСМП с. Октябрьское	22 356	21637	97%	равнина	20км
		ПСМП с. Жергетал	11139	11139	100%	горная	10км
		ГСВ с. Кара-Март	12602	6531	52%	горная	50км
Ыссык-Кульская	Тюпский	Всего население по району	59	30476	52%		
		Всего ГСВ по району-9					
		ПСМП с. Тюп	14200	7400	52%	горная	10км
		ГСВ с. Талды-Суу	9532	5155	54%	горная	25км
		ГСВ с. Санташ	6744	3451	51%	горная	10км
Чуйская	Сокулукский	Всего население по району	134,9	99836	74%		
		Всего ГСВ по району-11					
		ПСМП с. Сокулук	50224	50224	100%	равнина	50км
		ПСМП с. Военно-Антоновка	27582	20599	75%	равнина	39км
		ПСМП с.Кунтуу	9751	8414	86%	горная	15км
		ЦОВП с. Джаны-Жер	20599	20599	100%	горная	15км
Таласская	Бакай-Атинский	Всего население по району	43,5	31584	73%		
		Всего ГСВ по району	9				

	ПСМП с. Бакай-Ата	17996	17996	100%	равнина	28км
	ГСВ с. Боотерек	9166	7025	77%	равнина	34км
	ГСВ с. Кызыл-Октябрь	6563	6563	100%	горная	28км

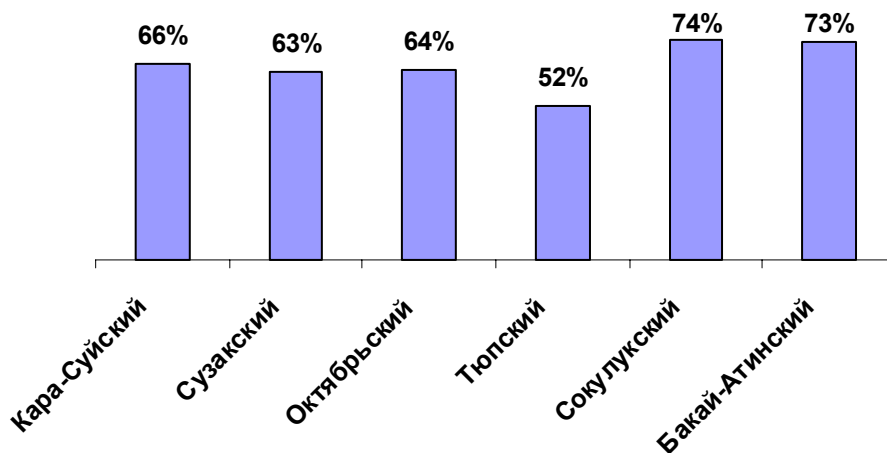
Примечание: В каждом ПСМП работают только фельдшерские бригады скорой медицинской помощи.

Согласно пункту 1.9 приложения 2 «Положение об организации деятельности скорой и неотложной помощи Центра экстренной внебольничной медицинской помощи» Приказа МЗ от 28 января 2004 года № 32, одна бригада скорой помощи создается на 12500 человек. Анализ данного приказа выявил отсутствие нормы расчета обслуживания между населением городской и сельской местностей. Также приказ не учитывает степень отдаленности проживания населения в сельской местности от районных центров и специфические географические характеристики населенных пунктов.

Как видно из диаграммы 11, процент обслуживаемого населения СМП в исследуемых регионах выглядит следующим образом:

Диаграмма 11.

Охват обслуживаемого населения СМП в исследуемых регионах



Ни в одном из исследованных районов проживающее население не было охвачено службой СМП на 100%. Причинами такого положения явились: недостаточное количество пунктов скорой медицинской помощи и санитарного автотранспорта, отдаленность, нерациональное расположение населенных пунктов и нехватка ГСМ.

Мнение руководителей ЦСМ и ТБ по потребности санитарного автотранспорта

«Для полного охвата всех населенных пунктов службой СМП необходим дополнительный санитарный транспорт».

«Желательно, чтобы все ГСВ имели свой автотранспорт для осуществления вызовов, выездов в прикрепленные ФАПы, доставки больных на консультацию в ЦСМ и госпитализацию в ТБ».

«Пункт 1.9. приложения № 2 приказа Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32 регламентирует, что бригады создаются из расчета 1 бригада на 12500 человек. (Примечание: 1 бригада это 6-часовая смена)

Необходимо заменить 1 бригаду на один круглосуточный пост. Необходимо пересмотреть количество населения, прикрепленного на одну бригаду, при этом предусмотреть норматив отдельно для городского и для сельского населения».

5.5.2. Кадры ПСМП

Во всех исследованных регионах в ПСМП работают только фельдшерские бригады, укомплектованность медицинским и прочим персоналом 100%.

В соответствии с графиком обучения в каждом ЦСМ для медицинского персонала СМП ежегодно проводятся семинарские занятия по оказанию неотложной помощи с последующей аттестацией.

Исследование выявило, что ни в одном ПСМП в наличии нет справочников, стандартов, руководств, и других нормативных документов по оказанию неотложной помощи, которыми должны пользоваться сотрудники СМП в процессе работы.

Мнение руководителей ТБ.

«Для качественного обслуживания экстренных больных хотелось бы иметь врача в службе СМП, так как в пункте 1.3. приложения 4, приказа Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32 прописано, что: «основной функциональной единицей ОСНМ/ОЭВМП является фельдшерская бригада», но нигде не написано о врачебных бригадах, что приводит к неясности в вопросе комплектации врачебных бригад».

Мнение среднего персонала ПСМП и ГСВ, имеющих санитарный транспорт, о службе СМП

«В процессе работы, при необходимости, мы пользуемся своими конспектами семинарских занятий. Хотим внести предложение в МЗ КР о необходимости разработки клинических протоколов, руководств, карманных справочников, наглядных пособий по оказанию неотложной медицинской помощи для сотрудников СМП».

5.5.3. Инфраструктура ПСМП

Из 15 зданий ПСМП только ПСМП г. Кара-Суу соответствует санитарным нормам и правилам.

Согласно приказу Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32 в структуре ПСМП предусматриваются:

- оперативный (диспетчерский) отдел,
- отдел связи,
- кабинет медицинской статистики с архивом,
- кабинет для приема амбулаторных больных,
- помещение для хранения медицинского оснащения бригад и подготовке к работе медицинских укладок,
- помещение для хранения резерва и запаса медикаментов, оборудованное пожарной и охранной сигнализацией,
- комнаты отдыха для врачей, среднего медперсонала, водителей санитарных машин,
- административно-хозяйственные и другие помещения,
- гараж, крытые стоянки–боксы, огороженная площадка с твердым покрытием для стоянки автомашин, соответствующая по размерам максимальному числу автомашин, работающих одновременно

Администрацией ЦСМ г.Кара-Суу за счет спонсорской помощи построено новое здание для ПСМП, соответствующее санитарным нормам и правилам, с утепленным гаражом для санитарных машин (рисунок 2).

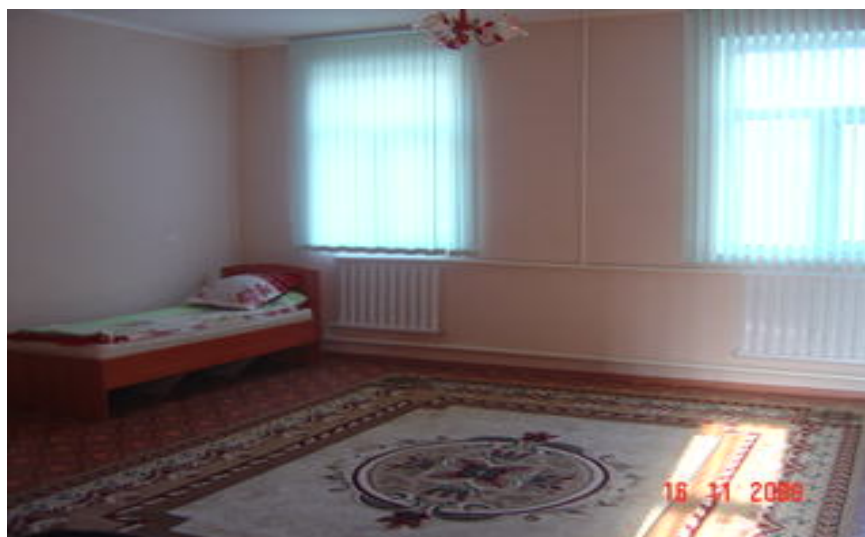
Рисунок 2.



ПСМП г. Кара-Суу

Служба скорой неотложной помощи – это круглосуточная работа и поэтому одним из важных критериев является создание комфортных условий для пребывания сотрудников службы скорой медицинской помощи, как это организовала администрация ЦСМ г. Кара-Суу (рисунок 3, 4, 5).

Рисунок 3.



Комната отдыха ПСМП г. Кара-Суу

Рисунок 4.



Диспетчерская ПСМП г. Кара-Суу

Рисунок 5.



Процедурный кабинет ПСМП г. Кара-Суу

Пункты СМП остальных исследуемых регионов расположены в одной-двух комнатах в зданиях ЦСМ, ГСВ или размещены в отдельном приспособленном здании (рисунок 6).



Один из ПСМП, общая площадь здания 9м²

Мнение водителей, механиков ПСМП и ГСВ, имеющих санитарный автотранспорт

«Необходимо бы создать комнаты отдыха для водителей ПСМП».

«Отсутствуют условия в ПСМП для отдыха водителей».

«Не выдается специальная одежда для водителей».

Кроме ПСМП г. Кара-Суу и Октябрьского района, во всех ПСМП и ГСВ, имеющих санитарный транспорт, отсутствуют крытые боксы, что увеличивает износ автотранспорта, приводя его в негодность, и тем самым ухудшает условия работы людей.

Отсутствуют места для санитарной обработки и текущего ухода (мойки машин). А если и имеется санитарный гараж, то он вообще не используется ввиду отдаленности расположения от ПСМП (рисунок 7).



Не используемые санитарные гаражи

Ввиду отсутствия условий хранения санитарного автотранспорта в ОЗ, машина находится во дворе жилого дома водителя (рисунок 8).

Рисунок 8.



За неимением гаража (бокса), санитарный транспорт находится во дворе дома водителя

Мнение водителей, механиков ПСМП и ГСВ с санитарным автотранспортом

«Остается большой проблемой отсутствие места для санитарной обработки транспорта, текущего ухода (мойки машин) и отсутствие смотровой ямы для осмотра машин. Для осмотра машины приходится ездить в чужой гараж».

«Обязательно надо иметь гараж или крытый навес для машины, чтобы уменьшить износ санитарного автотранспорта».

«Недостаточно инструментов для проведения ремонтных работ машины».

Рисунок 9.



За неимением гаража (бокса) санитарный транспорт находится под открытым небом возле здания ПСМП

Мнение руководителей ЦСМ

«Необходимо увеличить финансирование службы СМП, так как необходимо обновить твердый, мягкий инвентарь, отремонтировать рации в машинах СМП, построить крытые боксы для машин».

На рисунке 10, показан навес, выстроенный силами администрации ЦСМ и сотрудников ПСМП.

Рисунок 10.



Крытый навес для санитарного автотранспорта

5.5.4. Оснащенность ПСМП медицинским оборудованием

Согласно приказу Министерства здравоохранения от 28 января 2004 года №32, для оказания качественной неотложной медицинской помощи пункты СМП должны иметь в наличии 23 наименования медико-технического оснащения. В исследованных регионах ни один ПСМП не имел соответствующего перечня. Например, портативный электрокардиограф имеется только в ПСМП г.Кара-Суу и с.Сузак.

Портативный дефибриллятор, аппарат ИВЛ, портативный глюкометр или глюкометры, кислородный баллон, механический портативный аспиратор, реанимационные укладки и др. отсутствовали во всех ПСМП.

В 5 ПСМП комплект иммобилизационных шин для фиксации конечностей требует замены.

С 2000 года в ПСМП не обновляется твердый и мягкий инвентарь.

Во всех ПСМП имеется телефонная связь, но ни один санитарный транспорт не оснащен рацией, только у 5 машин работает световой маяк.

Мнение водителей, механиков ПСМП и ГСВ с санитарным автотранспортом

«Большой проблемой является отсутствие рации в машине, при необходимости нет возможности связаться с диспетчером ПСМП».

На рисунках 11 и 12 показано оснащение медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения машины скорой медицинской помощи ПСМП в различных регионах.

Рисунок 11.



Оснащенный санитарный транспорт.

Рисунок 12.



Санитарный транспорт без оснащения

Мнение руководителей ТБ о деятельности ПСМП

«В ПСМП недостаточно медицинского оборудования для оказания качественной медицинской помощи».

«Скорая медицинская помощь, в основном, работает для перевозки больных».

Мнение руководителей ЦСМ

«В ПСМП недостаточно медицинского оборудования для оказания качественной неотложной медицинской помощи, такого как портативный электрокардиограф, портативный дефибриллятор с электрокардиоскопом, аппарат ИВЛ типа «Пневмокомп», портативный глюкометр, портативный вакуум-экстрактор».

«Необходимо пересмотреть приложение № 16 приказа Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32 «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи/экстренной населению Кыргызской Республики», в части «Лекарственные средства». Из

данного перечня необходимо убрать те препараты, которые не являются жизненно важными и не применяются при неотложных состояниях, например: активированный уголь и др.».

Мнение среднего медицинского персонала

«Санитарный транспорт служит в основном для перевозки больных, по мере необходимости в салоне машины накладываются шины, делаются внутримышечные инъекции и если необходимо принимаются роды. Нет условий в машине, чтобы поставить капельницу больному».

5.5.5. Деятельность ПСМП исследованных регионов

Для оценки эффективности работы ПСМП были использованы следующие индикаторы деятельности отделений скорой и неотложной медицинской помощи:

1. Число выполненных вызовов на 1000 человек обслуживаемого населения, за период 2006 - 2008 гг.
2. Количество выполненных вызовов ПСМП в день.
3. Количество экстренных самонаправленных и госпитализированных экстренных больных службой СМП в ТБ.
4. Количество выполненных вызовов по мониторируемым заболеваниям
5. Доля вызовов, выполненных позже 15 минут.
6. Число амбулаторных обращений на 1000 человек обслуживаемого населения.
7. Количество вызовов на 1 фельдшерскую бригаду.

Оценка деятельности ПСМП исследованных регионов за период 2006 - 2008 гг. выглядит следующим образом:

1. Число выполненных вызовов на 1000 человек обслуживаемого населения за период 2006-2008 гг. (См. таблицу 12).

Таблица 12.

Число выполненных вызовов на 1000 человек обслуживаемого населения

ПСМП по регионам	Число выполненных вызовов на 1000 население		
	2006	2007	2008
с. Боотерек, Бакай-Атинского района	146	138	152
г. Кара-Суу, Кара-Суйского района	142	124	145
с. Сокулук, Сокулукского района	105	101	91
с. Нариман, Кара-Суйского района	121	143	126
с. Бек-Абад, Сузакского района	117	176	188
с.Кашгар-Кыштак, Кара-Суйского района	109	105	101
с.Тюп, Тюпского района	96	82	52
с. В-Антоновка, Сокулукского района	95	100	96
с. Бакай-Ата, Бакай-Атинского района	61	62	46
с. Бакай-Ата, Бакай-Атинского района	78	92	77
с. Жергетал, Октябрьская зона, Сузакского района	62	55	60
с. Октябрьское, Сузакского района	36	50	53

с. Сузак, Сузакского района	36	32	25
с. К. Датка, Кара-Суйского района	32	144	127
с. Кунтуу, Сокулукского района	17	49	62

Наибольшее число (более 100) – выполненных вызовов на 1000 человек обслуживаемого населения, приходится на ПСМП Кара-Сууйского, Бакай-Атинского, Сузакского и Сокулукского районов. В остальных регионах данный индикатор ниже 100.

2. Количество выполненных вызовов в день (таблица 13).

Таблица 13.

Количество выполненных вызовов в день
за период 2006 - 2008 гг.

ПСМП по регионам	2006	2007	2008
с. Сокулук, Сокулукского района	20	20	17
г. Кара-Суу, Кара-Суйского района	18	16	18
с. Сузак, Сузакского района	13	12	9
с. Нариман, Кара-Суйского района	12	14	12
с. В-Антоновка, Сокулукского района	10	10	10
с. Кашгар-Кыштак, Кара-Суйского района	7	7	8
с. Бакай-Ата, Бакай-Атинского района	4	4	3
с. Боотерек, Бакай-Атинского района	4	4	4
с. Бек-Абад, Сузакского района	4	6	6
с. Кызыл-Октябрь, Бакай-Атинского района	3	3	3
с. Тют, Тютского района	3	3	2
с. Октябрьское, Сузакского района	2	3	3
с. Жергетал, Октябрьская зона, Сузакского района	2	2	2
с. К. Датка, Кара-Суйского района	2	7	7
с.Кунтуу, Сокулукского района	1	3	3

Как видно из таблицы, большая часть вызовов в день приходится на ПСМП с. Сокулук, г. Кара-Суу и с. Сузак. В этих регионах проживает наибольшее количество населения, наиболее густо заселены сами районные центры. 88% вызовов в данных населенных пунктах выполняются непосредственно внутри районного центра и только 12% вызовов обеспечивают дальние села. Настоящее исследование выявило, что такое распределение обслуживаемых вызовов происходит вследствие недостаточного количества выделяемого ГСМ (5литров в сутки).

Имеются ПСМП, которые выполняют в день не более 2-3 вызовов. Причина все та же: недостаточное количество выделяемого ГСМ и отдаленность расположения населенных пунктов. Таким образом, сочетание трех факторов – отдаленность, низкая плотность проживаемого населения и недостаточный объем выделяемого ГСМ прямо отражается на эффективности работы ПСМП.

Мнение среднего персонала ПСМП и ГСВ, имеющего автотранспорт, о деятельности службы СМП

«Приходится часто выезжать на санитарном транспорте, чтобы привезти медикаменты, медицинское оборудование, поехать на сдачу отчетов в центр, вывезти бригаду врачей на профилактические осмотры. По просьбе администрации района приходится давать транспорт для обеспечения

выборных кампаний, для сопровождения вышестоящих чиновников и другие не относящиеся к срочной медицинской помощи нужды.».

«Отказов от вызовов не бывает, бригада СМП выезжает на все поступившие вызовы».

Водители и механики ПСМП о службе СМП

«В сутки, в среднем, выделяется 5-10 литров бензина (потребность санитарного автотранспорта 18,2 литра бензина на 100км) и этого недостаточно. При недостаточном количестве ГСМ машины в ночное время заправляются в долг в АЗС, с ними заключен договор или по мере необходимости заправляют машину СМП родственники больного».

3. Количество экстренных самонаправленных и госпитализированных экстренных больных службой СМП в ТБ

Пациенты при неотложном состоянии стараются самостоятельно добраться до больницы, не вызывая службу СМП.

Диаграмма 12.



Как видно из диаграммы 12, показатель госпитализации экстренных больных службой скорой медицинской помощи из года в год снижается. Если в 2006 году данный показатель составлял 10%, то в 2007-2008 годы этот показатель снизился до 8%. 92% больных с неотложными состояниями госпитализируются в стационар самостоятельно.

Количество экстренных самонаправленных и госпитализированных экстренных больных в ТБ СМП по регионам и по видам госпитализации показано в таблице 14.

Таблица 14.

Количество экстренных больных самонаправленных и госпитализированных службой СМП в ТБ по видам госпитализации за период 2006 - 2008 гг.

Года	Регионы	Самонаправленные экстренные больные				Экстренные больные госпитализированные СМП			
		плановые	Экстренные		Всего	плановые	Экстренные		Всего
			до 24 ч.	после 24 ч.			до 24 ч.	после 24 ч.	
2006	Кара-Суйская ТБ	21	654	504	1158	6	14	7	27
	Октябрьская ТБ	3	225	64	292	5	30	6	41

	Сузакская ТБ	14	3740	574	4328	1	33	30	64
	Сокулукская ТБ	53	588	457	1098	15	467	192	674
	Бакай-Атинская	-	840	156	996	2	7	7	16
	Тюпская ТБ	-	168	9	177	-	4	1	5
	Итого	91	6215	1764	8070	29			827
2007	Кара-Суйская ТБ	4	472	326	802	-	16	1	17
	Октябрьская ТБ	3	196	82	281	1	8	2	11
	Сузакская ТБ	6	4197	650	4853	-	41	14	55
	Сокулукская ТБ	28	644	358	1030	3	381	153	537
	Бакай-Атинская	5	304	179	488	9	14	29	52
	Тюпская ТБ	-	55	21	76	-	3	6	9
	Итого	46	5868	1616	7530	13	463	205	681
2008	Кара-Суйская ТБ	28	682	423	1133		17	6	23
	Октябрьская ТБ	-	151	74	225		9	7	16
	Сузакская ТБ	5	4696	873	5574	2	36	15	53
	Сокулукская ТБ	27	810	426	1263	11	420	166	597
	Бакай-Атинская	3	390	147	540	9	22	17	48
	Тюпская ТБ	-	97	27	124	1	25	9	35
	Итого	63	6826	1970	8859	23	529	220	772

Из числа экстренных самонаправленных больных: 77% экстренные больные, госпитализированные до 24 часов и 22% экстренные больные, госпитализированные после 24 часов и только 1% - это плановые больные.

Из общего числа экстренных больных службой СМП госпитализировано в ТБ только 8% из них: 2% плановые, 70% экстренные больные, госпитализированные до 24 часов и 28% экстренные больные, госпитализированные после 24 часов.

Таким образом, СМП недостаточно выполняет одну из своих главных функций: доставка экстренных больных в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Мнение руководителей ТБ о деятельности службы СМП

«Не устраивает деятельность службы СМП. В ночное время больных в стационар привозят на частном транспорте, а днем СМП привозит на госпитализацию в основном плановых больных».

«Фельдшеры ПСМП привозят в реанимационное отделение в основном бомжей и алкоголиков, которые, выйдя из критического состояния, тут же сбегает из отделения, не заплатив сооплату».

«Недостаточное догоспитальное обследование и лечение оказывается службой скорой медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией».

«Преемственности между ПСМП и ТБ не имеется. Сотрудниками СМП не всегда забираются отрывные талоны сопроводительных листов из стационара. Имеются случаи расхождения диагнозов, которые не обсуждаются совместно на планерках».

Мнение руководителей ЦСМ о деятельности службы СМП

«Существует недостаточная преемственность между ЦСМ и ТБ».

«В пункте 4.5 приложения к приказу Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32 «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи/экстренной населению Кыргызской Республики» установлено, что ОСНМ/ОЭВМП не выдает документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, судебно-медицинские

заключения, не проводит экспертизу алкогольного опьянения, но от 24 марта 2009 года вышел приказ Министерства здравоохранения КР о внесении изменения в данный пункт (не отменяя при этом данный пункт предыдущего приказа как утративший силу) о проведении медицинского освидетельствования на предмет установления состояния опьянения и факта употребления психоактивных веществ, не оговаривая за чей счет необходимо проводить освидетельствование. В ночное время, как правило, у потерпевших не всегда бывают деньги».

«Большой проблемой является госпитализация следующих категорий больных:

- электротравмы без признаков ожога (в сознании и без сознания),
- беременные, живущие в городе без документов, регистрации и прописки,
- сахарный диабет,
- хронические заболевания в стадии компенсации,
- приезжие дети,
- алкогольная зависимость в активной фазе в сочетании с нарушением ритма,
- лица без определенного места жительства без манифестного заболевания.
- ОНМК в сочетании с комой,
- муситирующий делирий на фоне алкогольной зависимости,
- психические заболевания в сочетании с tbs,
- алкогольная кардиомиопатия,
- урологическая патология,
- переохлаждение легкой степени,
- дети с непищевыми отравлениями легкой степени,
- подозрение на tbs (бомжи, лица, освобожденные из мест заключения),
- хроническая алкогольная зависимость, запой».

«В приказе Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32 «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи/экстренной населению Кыргызской Республики» говорится, что в часы работы ГСВ (ЦСМ) ПСМП обслуживает только вызовы, требующие оказания неотложной медицинской помощи, но нет четкого определения, какие состояния относятся к неотложным».

Мнение среднего персонала ПСМП и ГСВ с автотранспортом о деятельности службы СМП

«Необходимо утвердить показания к госпитализации больных в стационары».

«Чтобы не гонять машину СМП за 15км и более, необходимо открыть дополнительные ПСМП и уменьшить количество прикрепленного населения на 1 бригаду».

4. Количество выполненных вызовов по мониторируемым заболеваниям исследуемых регионов за период 2006 - 2008 гг.

Как видно из таблицы 15, из года в год, повсеместно, кроме ПСМП Бакай-Атинского, Тюпского и Кара-Суйского районов, идет снижение количества вызовов по мониторируемым заболеваниям.

Таблица 15.

Количество выполненных вызовов ПСМП по мониторируемым заболеваниям за период 2006 - 2008 гг.

ПСМП по регионам	%		
	2006	2007	2008
с. Бакай-Ата, Бакай-Атинского района	21	28	35
с. Боотерек, Бакай-Атинского района	16	17	12
с.Кызыл-Октябрь, Бакай-Атинского района	25	21	16
с. Тюп, Тюпского района	74	30	31
с. Октябрьское, Сузакского района	29	6	17
с.Жергетал Октябрьской зоны, Сузакского района	14	20	28
с. Сокулук, Сокулукского района	21	19	20
с.Кунтуу, Сокулукского района	37	46	50
с. В-Антоновка, Сокулукского района	30	33	31
с. Сузак. Сузакского района	10	15	17
с. Бек-Абад. Сузакского района	40	44	41
г. Кара-Суу, Кара-Суйского района	6	8	10
с. К. Датка, Кара-Суйского района	24	17	11
с. Нариман, Кара-Суйского района	13	11	10
с.Кашгар-Кыштак, Кара-Суйского района	13	19	16

Снижение вызовов может объясняться тем, что каждый случай вызова СМП к больным с мониторируемыми заболеваниями фиксируется и разбирается клиническими руководителями ГСВ с семейными врачами данного участка.

5. Доля вызовов выполненных позже 15 минут

Одним из индикаторов эффективной деятельности скорой и неотложной помощи является доля вызовов выполненных позже 15 минут (таблица 16).

Таблица 16.

Доля вызовов, выполненных позже 15 минут за период 2006 - 2008 гг.

ПСМП по регионам	2006	2007	2008
с. Бакай-Ата, Бакай-Атинского района	9,2	10,2	0,9
с. Боотерек, Бакай-Атинского района	1,1	0,6	0,9
с.Кызыл-Октябрь Бакай-Атинского района	0,5	-	0,5
с.Тюп, Тюпского района	0,1	0,2	0,1
с. Октябрьское, Сузакского района	-	-	-
с.Жергетал, Октябрьская зона, Сузакского района	-	-	-
с. Сокулук, Сокулукского района	3,9	3,5	2,1
с.Кунтуу Сокулукского района	-	-	0,9
с. Военно-Антоновка Сокулукского района	-	-	-
с. Сузак, Сузакского района	0,7	-	-
с.Бек-Абад, Сузакского района	-	-	-
г. Кара-Суу, Кара-Суйского района	7,2		4,7
с. К. Датка, Кара-Суйского района	3,3	2,7	2,9
с. Нариман, Кара-Суйского района	0,7	0,7	1
с.Кашгар-Кыштак, Кара-Суйского района	1,2	1,4	1,5

За три года практически во всех исследуемых ПСМП идет снижение данного индикатора, несмотря на радиус обслуживания (от 10 до 70км), и географические особенности. В сельской местности, учитывая наличие грунтовых

дорог, отсутствия подъездных путей и отсутствия номеров домов в новостройках, многие вызовы продолжают выполняться позже 15 минут.

Мнение руководителей ЦСМ о деятельности службы СМП

«Необходимо пересмотреть данный индикатор, необходимо увеличить норматив времени. Для города должен быть один норматив, а для сельской местности - другой».

Мнение водителей и механиков ПСМП и ГСВ с санитарным автотранспортом о деятельности службы СМП

«Необходимо установить таблички с названиями улиц и номеров домов, отремонтировать дороги. Из-за плохого состояния дорог невозможно доехать за 15 минут до больного».

«На дорогах водители автотранспортов не обращают внимания на включенный световой маяк машины СМП и сирену, и не уступают дорогу».

6. Число амбулаторных обращений на 1000 человек обслуживаемого населения.

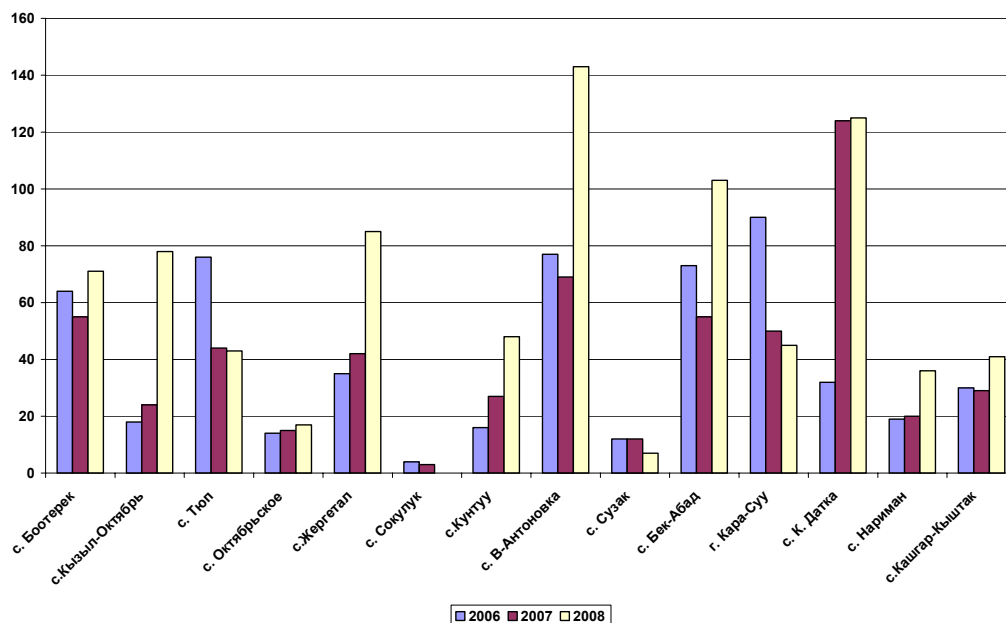
Число амбулаторных обращений на 1000 человек обслуживаемого населения показано в таблице 17 и на диаграмме 13.

Таблица 17.

Число амбулаторных обращений на 1000 человек обслуживаемого населения за период 2006 - 2008 гг.

ПСМП по регионам	Число амбулаторных обращений на 1000 обл. нас-я.		
	2006	2007	2008
с. Боотерек, Бакай-Атинского района	64	55	71
с. Кызыл-Октябрь, Бакай-Атинского района	18	24	78
с. Тюп, Тюпского района	76	44	43
с. Октябрьское, Сузакского района	14	15	17
с. Жергетал, Октябрьская зона, Сузакского района	35	42	85
с. Сокулук, Сокулукского района	4	3	-
с. Кунтуу, Сокулукского района	16	27	48
с. В-Антоновка, Сокулукского района	77	69	143
с. Сузак, Сузакского района	12	12	7
с. Бек-Абад, Сузакского района	73	55	103
г. Кара-Суу, Кара-Суйского района	90	50	45
с. К. Датка, Кара-Суйского района	32	124	125
с. Нариман, Кара-Суйского района	19	20	36
с. Кашгар-Кыштак, Кара-Суйского района	30	29	41

Число амбулаторных обращений на 1000 обслуживаемого населения



Несмотря на то, что семейные врачи и средний медицинский персонал ЦСМ и ГСВ работают по графику с 8 утра до 17 вечера, во всех регионах, за исключением Сокулукского района, отмечается увеличение доли обращений амбулаторных больных на 1000 человек населения в ПСМП.

7. Количество вызовов на 1 фельдшерскую бригаду

Нагрузка годовых вызовов на 1 фельдшерскую бригаду в исследуемых ПСМП за период с 2006 по 2008 гг. показана в таблице 18.

Таблица 18.

**Количество вызовов на 1 фельдшерскую бригаду
за период 2006 - 2008 гг.**

ПСМП по регионам	2006	2007	2008
с. Бакай-Ата, Бакай-Атинского района	336	342	256
с. Боотерек, Бакай-Атинского района	347	328	361
с. Кызыл-Октябрь, Бакай-Атинского района	257	304	255
с. Тюп, Тюпского района	347	297	187
с. Октябрьское, Сузакского района	198	280	296
с. Жергетал, Октябрьской зоны, Сузакского района	171	151	168
с. Сокулук, Сокулукского района	1844	1782	1605
с. Кунтуу, Сокулукского района	86	243	306
с. В-Антоновка, Сокулукского района	891	937	905
с. Сузак, Сузакского района	1179	1071	829
с. Бек-Абад, Сузакского района	350	524	561
г. Кара-Суу, Кара-Суйского района	1642	1429	1676
с. К. Датка, Кара-Суйского района	154	671	608
с. Нариман, Кара-Суйского района	1087	1287	1129
с. Кашгар-Кыштак, Кара-Суйского района	674	649	625

Если среднереспубликанский показатель за 2008 год составил 677 вызовов в год на одну фельдшерскую бригаду, то вызовов, больше данного показателя, выполняется в ПСМП г. Кара-Суу, с. Сокулук, с. Сузак и с. Нариман.

Возможно, это объясняется тем, что в данных населенных пунктах сконцентрировано наибольшее количество проживающего населения и 88% вызовов выполняются внутри районного центра.

Мнение руководителей ЦСМ о деятельности службы СМП

«Существует правовая незащищенность работников скорой медицинской помощи и необходимо принять поправки в Административный и Уголовные кодексы (на основании соответствующих статей Закона КР «Об охране здоровья граждан КР») о привлечении к ответственности лиц, нанесших физический и моральный ущерб сотрудникам органов здравоохранения, обеспечить защиту медицинского персонала от грубости и рукоприкладства со стороны населения».

«В глоссарии терминов, в определении «бригада СМП»: при формировании бригады отсутствует слово «водитель», отсутствует положение о водителе СМП».

Мнение среднего персонала ПСМП и ГСВ с автотранспортом о деятельности службы СМП

«Мы не защищены во время выезда на вызов от грубости, и рукоприкладства со стороны населения».

5.6. Финансовое состояние ПСМП исследованных регионов

Финансирование в исследованных ПСМП осуществляется из двух источников – за счет бюджетных средств и средств ОМС.

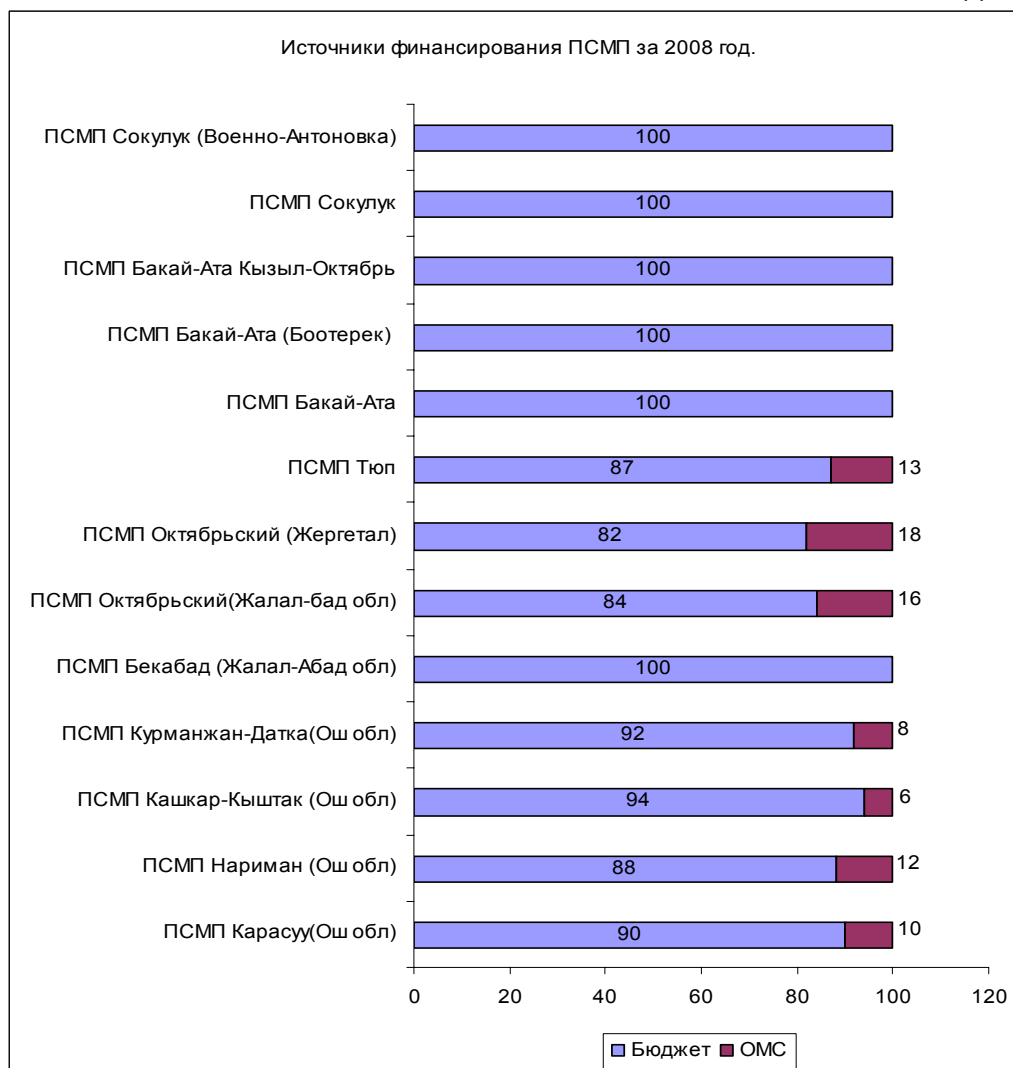
В ходе проведения исследования было выявлено, что в 6 ПСМП за 2008 год расходы произведены только за счет бюджетных средств, составивших 100 %.

В остальных ПСМП, расходы производились из двух источников финансирования. За счет бюджетных средств расходы составляли от 82% до 94% и за счет средств ОМС от 6% и до 18%.

Финансирование из двух источников осуществлялось в ПСМП: с.Тюп Иссык-Кульской области, с.Жергетал (Октябрьская зона) Джалал-Абадской области, г. Кара-Суу, с. Нариман, с. Курманжан-Датка, с. Кашкар-Кыштак Ошской области.

Источники финансирования исследованных ПСМП представлены в диаграмме 14.

Диаграмма 14.



Основными статьями затрат в ПСМП являются расходы на заработную плату, медикаменты и содержание транспортных средств.

Наибольшая доля расходов в исследованных ПСМП приходится на заработную плату, которая варьирует от 61% до 90,6%.

Штатами санитарные бригады в ПСМП обеспечены.

Наибольшая доля расходов на заработную плату (90,6%) приходится на ПСМП с. Нариман (Ошская область) и наименьшая (61%) – на ПСМП с. Курманжан-Датка (Ошская область).

На медикаменты приходится от 1,7% до 9,5%, но при этом настоящим исследованием выявлено, что в ПСМП с. Курманжан-Датка (Ошская область) расходы на медикаменты отсутствуют вообще.

Расходы на содержание транспортных средств составляют от 9% до 33,3%. В ПСМП с. Нариман (Ошская область) данный вид расходов отсутствует вообще, из-за отсутствия машины СМП.

При этом, вызовы в данных ПСМП обслуживаются, но расходы по доставке бригады СМП на дом и доставке пациентов в стационар службой СМП лежат на самих пациентах.

Мнение среднего медицинского персонала

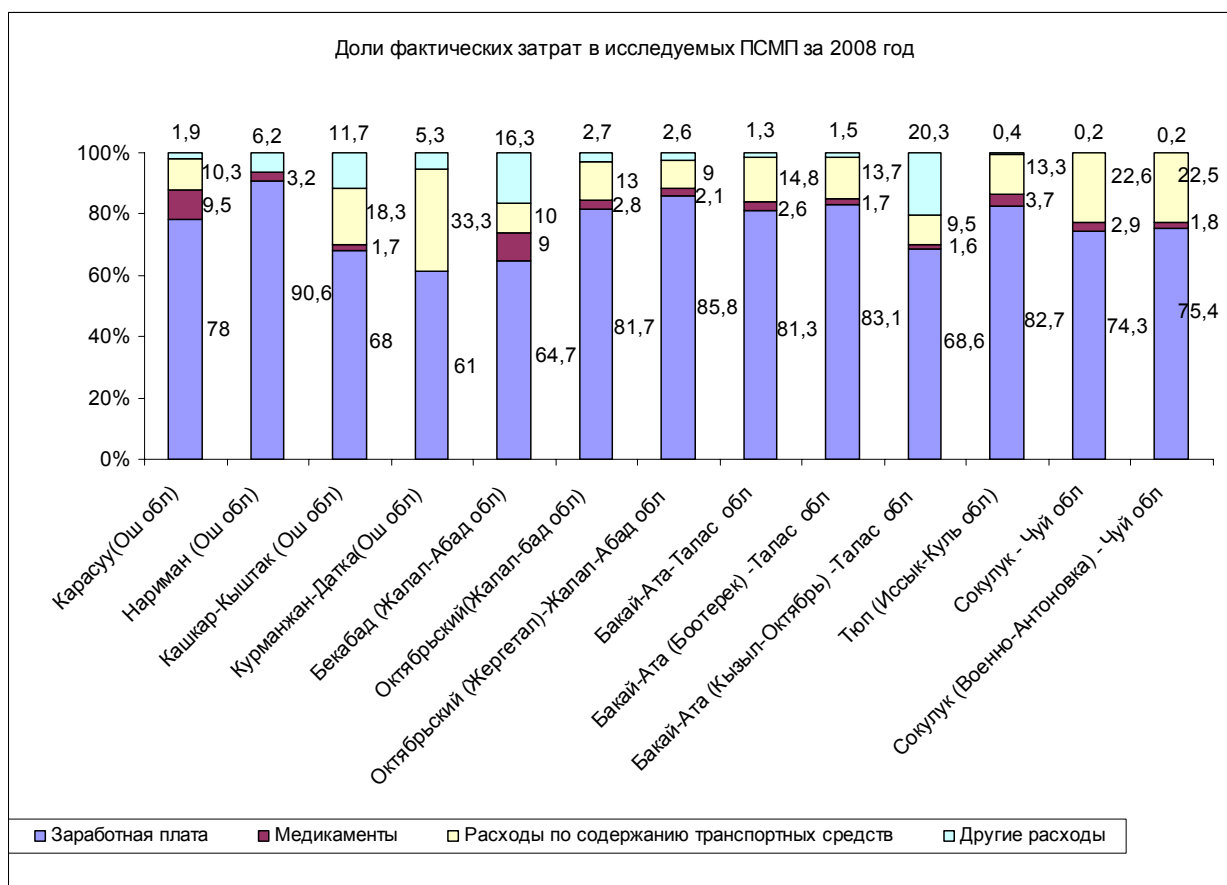
«Зачастую выезжаем на вызов на транспорте родственников в целях экономии ГСМ».

Также выявлено, что ПСМП с. Нариман, вследствие отсутствия затрат на содержание автотранспорта, имеет наибольшую долю расходов на заработную плату, а ПМСП с.Курманжан-Датка не производит покупку медикаментов, зато имеет самую большую долю затрат на содержание транспортных средств (33,3%).

В другие расходы ПМСП входят затраты, связанные с условиями содержания санитарных машин (коммунальные расходы).

Доля фактических расходов исследованными ПСМП за 2008 год представлена в диаграмме 15.

Диаграмма 15.



Во всех ПСМП доли производимых расходов различны и обусловлены организацией предоставления скорой медицинской помощи (количество штатов, объем расходов на медикаменты, обеспеченность ГСМ, обслуживание и содержание санитарных машин).

Водители и механики ПСМП о службе СМП

«Желательно бы заменить как твердый, так и мягкий инвентарь в комнатах отдыха водителей».

«В сутки, в среднем, выделяется 5-10литров бензина (потребность санитарного автотранспорта 18,2 литра бензина на 100км) и этого недостаточно. При нехватке ГСМ, машины в ночное время заправляются в долг в АЗС с которыми заключен договор, или по мере необходимости заправляют машину СМП родственники больного».

В ходе проведения экономического анализа эффективности использования санитарных машин был сделан расчет автопробега санитарного транспорта в

один день и среднего радиуса обслуживания одного вызова за счет поступившего финансирования в ПСМП. Данный расчет представлен в таблице 19.

Таблица 19.

Расчет среднего радиуса обслуживания 1 вызова за счет поступившего финансирования в ПСМП за 2008 год

Наименование ОЗ	Среднее количество вызовов в 1 день	Сумма расходов содержания транспортных средств в 1 день (сом)	Длина пробега (км) в 1 день	Средний радиус обслуживания 1 вызова (км)
ПСМП г. Кара-Суу (Кара-Суйский р-н, Ошская область)	18	305	57	3
ПСМП с. Нариман (Кара-Суйский р-н, Ошская область)	12	0	0	0
ПСМП с. Кашкар-Кыштак (Кара-Суйский р-н, Ошская область)	7	296	55	8
ПСМП с. Курманжан-Датка (Кара-Суйский р-н, Ошская область)	7	351	65	10
ПСМП с. Бек-Абад (Сузакский р-н, Джалал-Абадская область)	19	138	26	1
ПСМП с. Октябрьское (Сузакский р-н, Джалал -Абадская область)	3	323	60	19
ПСМП с. Жергетал (Сузакский р-н, Джалал -Абадская область)	2	236	44	24
ПСМП с.Тюп (Иссык-Кульская область)	2	255	47	23
ПМСП с. Бакай-Ата (Бакай-Атинский р-н, Таласская область)	3	252	47	17
ПМСП с. Боотерек (Бакай-Атинский р-н, Таласская область)	4	242	45	11
ПМСП с. Кызыл-Октябрь (Бакай-Атинский р-н, Таласская область)	3	185	34	12
ПМСП с. Сокулук (Сокулукский р-н, Чуйская область)	17	1202	223	13
ПМСП с. Военно-Антоновка (Сокулукский р-н, Чуйская область)	10	460	85	9

Из таблицы 19 видно, что в исследованных ПСМП санитарные машины ежедневно были использованы. Наименьший пробег производился в ПСМП с. Бек-Абад, его длина составила 26км и в ПСМП с. Кызыл-Октябрь - 34км.

В 9 ПСМП санитарные машины производили ежедневный пробег от 44км до 65км.

В ПСМП с. Сокулук две санитарные машины ежедневно производили пробег на расстояние 223км. В этом же районе ПСМП в селе Военно-Антоновка имеет одну санитарную машину. Ее ежедневный автопробег составляет 85км.

Все санитарные машины ежедневно обслуживали вызовы населения. На основании количества вызовов в один день нами был сделан расчет среднего радиуса обслуживания одного вызова.

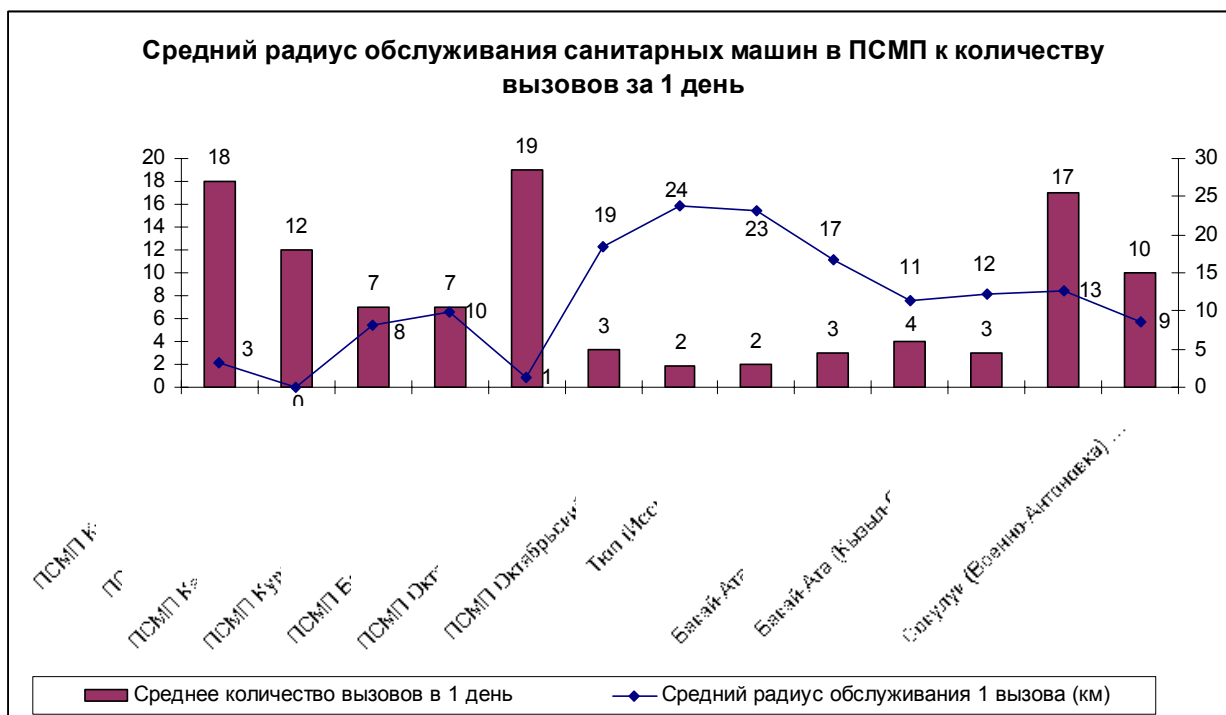
Так, в ПСМП с. Бек-Абад средний радиус обслуживания составил 1км при 19 вызовах, в ПСМП г. Кара-Суу - 3км при 18 вызовах.

В 9 ПСМП средний радиус обслуживания одного вызова варьирует от 8 до 24км, а количество вызовов составило от 2 до 19 в день.

В ПСМП с.Сокулук, на две санитарные машины пришлось 17 вызовов при среднем радиусе 13км, в ПСМП с.Военно-Антоновка при количестве 10 вызовов радиус их обслуживания составил 9км на один вызов.

Представленная картина наглядно показана на диаграмме 16 .

Диаграмма 16.

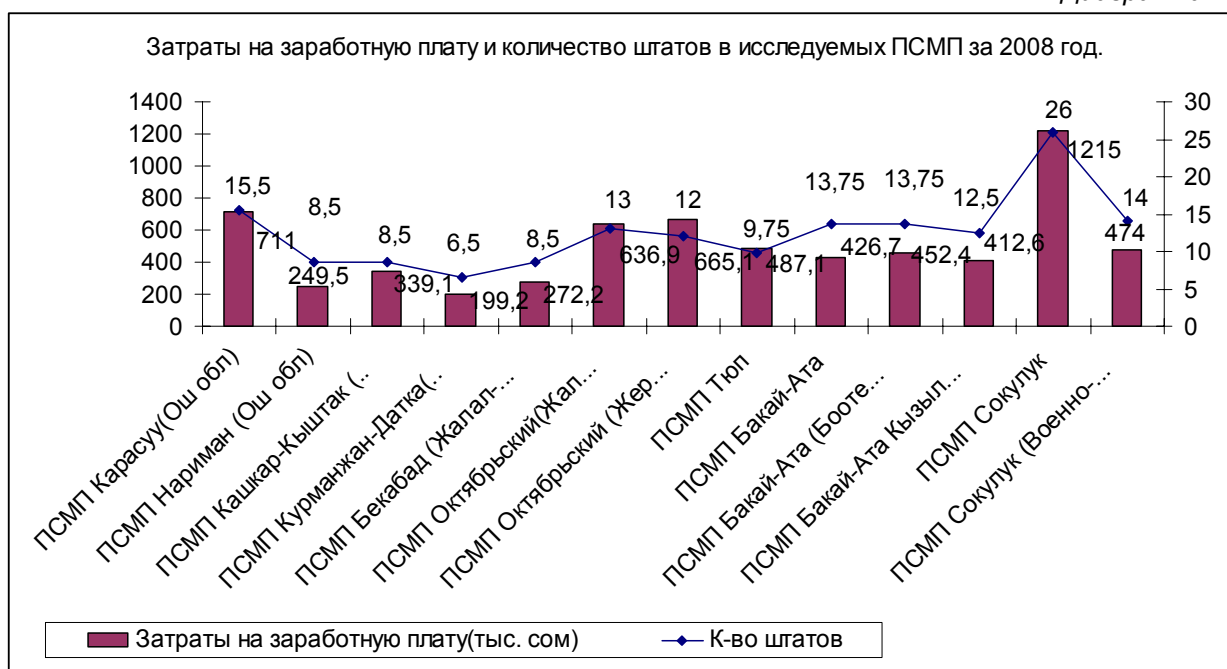


Сделанный расчет выявил прямую связь между длиной производимого пробега и количеством обслуженных вызовов: чем меньше расстояние между ПСМП и больным, тем большее количество вызовов обслуживается, и наоборот, чем больше расстояние до больного, тем меньше пациентов смогут дожидаться медицинской помощи.

Затраты на заработную плату в исследованных ПСМП различны и варьируются от 199,2 тыс. сомов в ПСМП с. Курманжан-Датка до 1215,0 тыс. сомов в ПСМП с. Сокулук. Все ПСМП укомплектованы линейными бригадами скорой медицинской помощи. Так в ПСМП с. Сокулук работают 8 линейных бригад, остальные ПСМП имеют по 4 линейные бригады.

Объем затрат на заработную плату в каждом из ПСМП различен. Штатные единицы варьируются от 6,5 в ПСМП с. Курманжан-Датка до 15,5 в ПСМП г. Кара-Суу.

Соотношение затрат на заработную плату к штатным единицам за 2008 год представлено на диаграмме 17.



Соответственно делается вывод: чем больше имеется средств на заработную плату, тем большим количеством штатов ПСМП обеспечен, а это в свою очередь, влияет на качество и объем предоставления услуг.

Водители и механики ПСМП о службе СМП

«Необходимо увеличить заработную плату водителям, так как в одном ГСВ с санитарным автотранспортом 3 месяца машина простояла, поскольку никто не хотел устроиться на работу водителем из-за низкой заработной платы».

В 2008 году норматив финансирования на 1 линейную бригаду СМП составлял 140,0 тыс. сомов (Приказ МЗ КР от 20 мая 2008 года № 225).

Проведенный экономический анализ деятельности ПСМП показал, что фактические расходы на 1 линейную бригаду СМП в ПСМП с. Нариман, ПСМП с. Курманжан-Датка и с. Бек-Абад производились в пределах норматива финансирования.

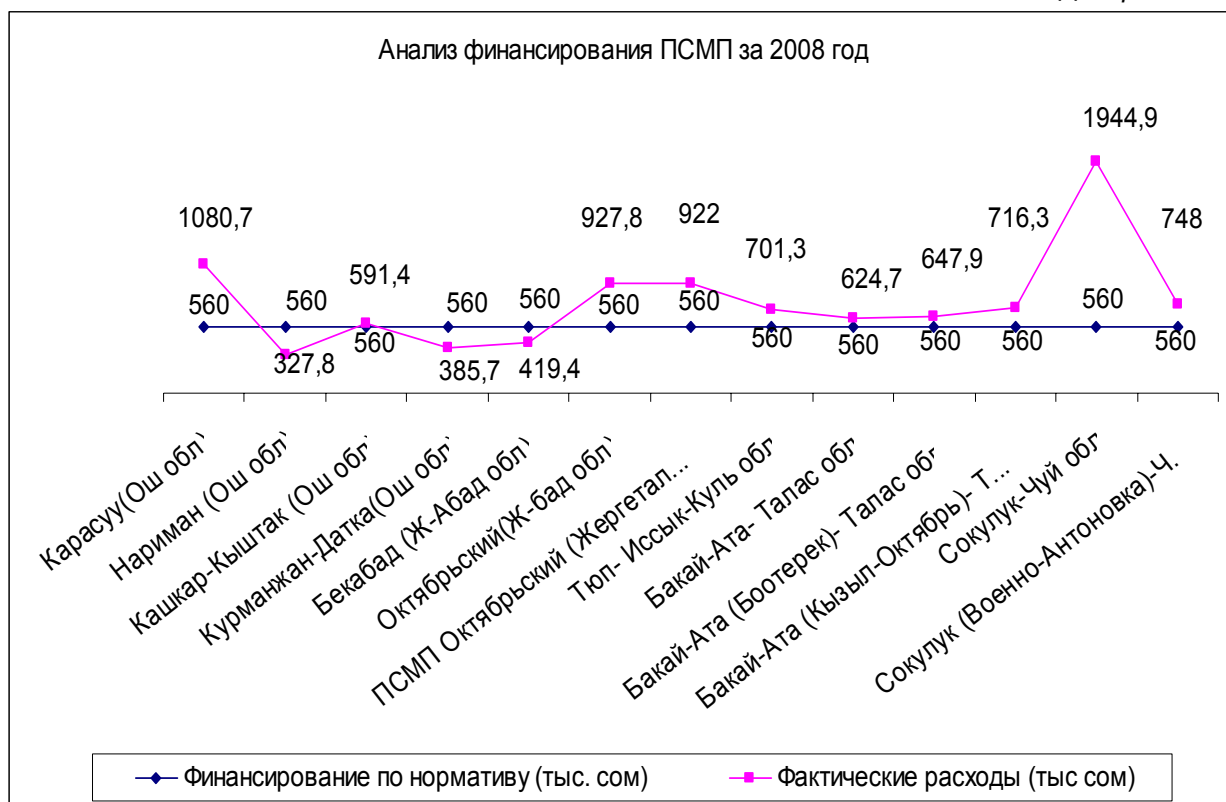
В данных ПСМП работают по 4 бригады СМП, и норматив финансирования за год в 2008 году составлял 560,0 тыс. сомов, а затраты на заработную плату составили от 327,8 тыс. сомов до 419,4 тыс. сомов соответственно. Но как было отмечено выше, в этих ПСМП отсутствуют расходы на содержание транспортных средств из-за отсутствия машины СМП. В этих ПСМП расходы на медикаменты отсутствуют вовсе или имеют маленькую долю.

В остальных ПСМП наблюдается превышение затрат на деятельность от норматива финансирования. Так в ПСМП Сокулукского ЦСМ работают 8 линейных бригад СМП и объем финансирования за год составил 1120,0 тыс. сомов, а фактические затраты составили 1944,9 тыс. сом.

В остальных ПСМП, которые имеют по 4 бригады скорой медицинской помощи, объем финансирования за год составил 560,0 тыс. сомов по каждому ПСМП, против произведенных расходов от 591,4 тыс. сомов до 1080,7 тыс. сомов.

Финансовое состояние исследуемых ПСМП представлено на диаграмме 18.

Диаграмма 18.



Исследование выявило, что фактические расходы в большинстве ПСМП превышали норматив финансирования, и делает предположительный вывод, что норматив финансирования на одну линейную бригаду скорой медицинской помощи не покрывает необходимые затраты для деятельности СМП.

Мнение руководителей ЦСМ

«Необходимо пересмотреть приказ МЗ КР от 28 января 2004 года №32 «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи/экстренной населению Кыргызской Республики в части нормативов финансирования на одну бригаду, так как существующий норматив не покрывает необходимые затраты для деятельности СМП».

6. ВЫВОДЫ

Исследование рациональности распределения и использования санитарного автотранспорта в региональных организациях здравоохранения Кыргызской Республики выявило недостаточную рациональность в распределении данного вида транспорта. Отсутствие системного планового подхода и критериев распределения при очень незначительном количестве поставляемых машин скорой помощи ведет к тому, что существуют районы, в которых мало, а то и вовсе нет транспорта, скорая медицинская помощь оказывается недоступной для жителей отдаленных регионов.

Кроме того, обнаружена неэффективность работы существующего санитарного автотранспорта, недостаточность выполнения главных функций: оказание квалифицированной медицинской помощи на месте и доставки экстренных больных в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Снижение эффективности работы ПСМП вызвана различными факторами, среди которых наиболее важные это: недостаточно прописанная нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность СМП, недостаточное финансирование, недостаточные нормы потребления ГСМ, слабая материально-техническая база, отсутствие межсекторального подхода в ремонте дорог, в правовой защите медицинских работников, а также недостаточно внятная политика и управление службой медицинской помощи.

1. Изучение нормативно-правовой документации выявило следующее:

1.1. Отсутствует определение в глоссарии Приказа МЗ №32 от 28.01.04 «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи/экстренной помощи населению Кыргызской Республики», какой вид автотранспорта следует относить к санитарному автотранспорту.

1.2. Там же нет определения понятия «бригада СМП».

1.3. В том же приказе имеется индикатор «доля вызовов выполненных позже 15 минут». Однако, очевидно, что данный индикатор не может быть применим для службы скорой медицинской помощи, обслуживающей население сельской местности, зачастую проживающей в населенных пунктах, находящихся в значительном удалении от районных центров.

1.4. Отсутствует положение о водителе СМП и его должностных обязанностях.

1.5. Нет дифференциации обслуживания городской и сельской местностей. Расчет 1 бригады на 12500 человек населения эффективен при высокой плотности проживания населения, и недостаточно эффективен в отдаленных регионах с низким числом жителей. Не разработаны индикаторы деятельности скорой медицинской помощи.

1.6. Отсутствует отчетная форма и положение о ГСВ с санитарным транспортом, не разработаны функции и задачи санитарного транспорта в ГСВ.

1.7. Отсутствуют критерии потребности и распределения санитарного транспорта по организации здравоохранения.

1.8. Отчетную форму «40-здрав» следует признать устаревшей, поскольку данная форма не отражает реальное количество работавших бригад в отделении/пункте СМП, отсутствуют данные об умерших пациентах до приезда и в присутствии бригады СМП.

1.9. В отчетной форме нет достоверной информации по санитарному транспорту, не стоящему на балансе подразделения СМП (если, например, имеется отдельная автобаза, то машины в отчете не указываются).

1.10. В приказе Министерства здравоохранения КР от 24 марта 2009 года № 673 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи/экстренной населению Кыргызской Республики за № 32 от 28 января 2004 года» прописано, что «отделения скорой и неотложной внебольничной помощи (ОСНМП/ОЭВМП) проводят медицинское освидетельствование на предмет установления состояния опьянения или фактов употребления психоактивных веществ», при этом данный приказ противоречит функциональным обязанностям службы СМП, регламентированный подпунктом 4.5 приказа Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32.

1.11. Норматив финансирования на 1 бригаду, утвержденный приказом МЗ №220 от 6.06.2007 «О финансировании организаций здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика» не покрывает необходимые затраты для деятельности СМП.

1.12. Выработка межсекторального подхода, в частности, подготовка совместного приказа с министерством транспорта и коммуникаций КР, с местными коммунальными службами и акиматами о ремонте дорог, подъездных путей, оснащении улиц табличками с названиями и номерными знаками на домах.

1.13. Совместно с Министерством юстиции следует отработать вопрос правовой защиты медицинского персонала во время выполнения вызовов от лиц, нанеших ущерб сотрудникам органов здравоохранения в виде грубости и рукоприкладства.

2. Следующий блок негативных факторов, снижающих эффективность работы региональных служб скорой медицинской помощи, относится к недостаточной материально-технической базе. Сюда следует включить следующее:

2.1. В региональных пунктах скорой медицинской помощи отсутствуют методические руководства, клинические протоколы, стандарты, справочники по оказанию неотложной медицинской помощи СМП.

2.2. Третья часть автомашин в региональных организациях здравоохранения требует списания.

2.3. Транспортные средства марки УАЗ, потребляющие большое количество ГСМ, составляют свыше 50% всего санитарного автопарка региональных организаций здравоохранения.

2.4. Больше половины санитарного транспорта не приспособлены для оказания неотложной медицинской помощи в салоне машины.

2.5. Ни в одной из региональных организаций здравоохранения, имеющих санитарный транспорт, не предусмотрено место для его ежедневного техосмотра и ремонта (яма и т.д.) и обработки (текущая и прочие виды дезинфекции). В большинстве подразделений скорой помощи отсутствуют закрытые боксы для стоянки санитарного транспорта, что вредит сохранности транспортного средства, и медицинской аппаратуры, находящейся в салоне.

2.6. Практически повсеместно отсутствует радиосвязь между диспетчерами и машинами. А в ряде пунктов нет и фиксированной телефонной связи.

- 2.7. Из 15 исследованных зданий ПСМП, только 1 здание соответствует нормативам, регламентированным приказом Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32.
- 2.8. Руководители организаций здравоохранения не задействованы в распределении автотранспорта, санитарный транспорт поступает с указанием свыше для конкретного населенного пункта, без учета потребностей.
- 2.9. Пункты СМП не охватывают прикрепленные районы обслуживания из-за дальности расстояния населенных пунктов, их нерационального расположения и нехватки ГСМ.
- 2.10. Материально-техническое оснащение для оказания качественной неотложной медицинской помощи всех исследованных ПСМП не соответствовало перечню материально-технического оснащения выездной бригады, утвержденному приказом Министерства здравоохранения КР от 28 января 2004 года № 32.
- 2.11. Санитарный транспорт в основном используется только для транспортировки больных или рожениц. Имеются также случаи нецелевого использования санитарного транспорта как со стороны руководства администрации района, так руководством ОЗ.
- 2.12. Только 8% госпитализированных экстренных больных доставляются в ТБ машиной СМП.
- 2.13. Во всех регионах, за исключением Сокулукского района, отмечается увеличение доли обращений амбулаторных больных на 1000 населения в ПСМП.
- 2.14. Не во всех ТБ приемные отделения расположены на 1 этаже и имеют удобные подъездные пути для санитарного транспорта.
- 2.15. Недостаточно высокое качество обучения специалистов службы СМП.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ

На основании анализа всех полученных данных предлагается:

Организовать рабочее совещание с участием всех заинтересованных лиц для создания рабочей группы с целью создания нормативно-правовой базы, и решения следующих вопросов:

1. пересмотра НПД, регулирующего службу СМП: разработка критериев распределения санитарного транспорта с учетом потребности ОЗ, пересмотр индикаторов деятельности СМП, нормативов финансирования служб СМП;
2. пересмотра отчетных форм работы подразделений скорой медицинской помощи;
3. разработки отчетной формы и положение о ГСВ с санитарным транспортом;
4. разработки положения о водителе СМП и его должностных обязанностях;
5. разработки методических руководств, клинических протоколов, справочников для службы скорой медицинской помощи;
6. изыскания возможностей для создания условий рационального использования и хранения санитарного автотранспорта;
7. ускорения процесса списания старых автомашин;
8. повышения числа специалистов СМП, прошедших обучение по специально разработанным программам оказания экстренной медицинской помощи в КГМИПиПК;
9. изыскания возможностей по обеспечению всех пунктов СМП стационарной телефонной связью и радиосвязью с машинами (при закупке радиосвязи необходимо учитывать радиус обслуживания отделения/пункта СМП для закупки раций адекватной мощности).