

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ

ПРИОРИТЕТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ 2-Х ЭТАПНОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Блохин А.Б., Фиалко В.А., Ваисов Ф.Д., Бушуев А.В.

*ГБОУ ДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения»,
МБУ «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф.Капиноса»
г. Екатеринбург*

К настоящему моменту завершился более чем десятилетний период реформирования службы СМП РФ (т.н. 3-й Ренессанс)[4] на основании Приказа МЗ РФ «О совершенствовании скорой медицинской помощи населению РФ» № 100 от 26.03.1999г. Таким образом, служба СМП РФ на пороге очередного (4-го) «Ренессанса». Об этом свидетельствуют «План модернизации» существующей модели службы СМП на ближайшие 10 лет (Приказ МЗ и СО РФ № 5586н от 02.08.2013), представленный на сайте: Екатеринбург Он Лайн E1.05.03.10. 21:34 In fm. Ru МЗ РФ Т. Голиковой и главным внештатным специалистом по СМП РФ С.Ф. Багненко[5], Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323 ФЗ [3].

С выходом Приказа МЗ РФ от 20 июня 2013 года №388н, - утвержден «Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи». Особенностью данной модернизации является одновременное реформирование всех звеньев 2-х этапной системы медицинской помощи: станций СМП, больниц, учреждений амбулаторно-поликлинического звена – впервые в Российской практике[6, 7, 8, 9, 15].

За прошедший период определились следующие причины, влияющие на уровень эффективности службы СМП, которые можно подразделить на три группы[14, 17, 18]:

1. причины объективного характера, обусловленные географическими, экономическими и демографическими процессами (33,0 %);

2. причины субъективного характера, зависящие от действий организаторов здравоохранения различного уровня (39,0 %):

- нерациональное использование имеющихся ресурсов;
- несовершенство организационно-методической работы: прежде всего – анализа и контроля качества оказания СМП.
- консерватизм, как в использовании прежнего прогрессивного опыта, так и новых организационных технологий (отечественных и зарубежных авторов).

3. Причины смешанного характера (28,0 %).

К основным проблемам современного этапа развития системы СМП по-прежнему относятся [17]:

1. унификация моделей организации и оснащения станции СМП;

2. рост обращаемости населения на СМП с увеличением доли несвойственной для данной службы нагрузки до 20,0-40,0 % (т.н. «непрофильные» вызовы к больным с нежизнеопасными заболеваниями) в связи с неудовлетворительной организацией работы поликлиник с группой хронических больных, а также отсутствием продленного приема температурающих пациентов в вечерние часы [9, 13, 22];

3. отсутствие четко сформулированного порядка (механизма и форм) взаимодействия 2-х служб первичного звена Здравоохранения - станций СМП и поликлиник;

4. возрастание доли госпитализированных пациентов по неотложным показаниям и увеличение больничной летальности;

5. неудовлетворительный уровень взаимодействия СМП с госпитальной базой и, прежде всего, с поликлиниками;

6. отсутствие единой системы мониторинга и управления СМП;

7. неэффективное использование дорогостоящих ресурсов;

8. дефицит укомплектования бригад СМП фельдшерами, особенно (врачами);

9. разработка единых унифицированных стандартов, протоколов оказания СМП, учитывающих ее этапы на основе алгоритмизации действий врача (фельдшера);

10. неэффективная система тарификации и оплаты труда медицинских работников СМП, в том числе и на госпитальном этапе;

11. несовершенство терминологической базы и отсутствие унифицированного словаря терминов СМП;

12. несовершенная система последипломной и, особенно, преддипломной подготовки специалистов СМП;

13. управление качеством ЭМП и разработка комплексной системы информационной поддержки и контроля качества принимаемых решений врачом СМП (организация отдела управления качеством оказания ЭМП).

Из указанных проблем удалось решить: 1, 9, 11 и, частично 8, 12, 13.

Так, например, с 2006 года наблюдается у нас стабилизация в укомплектованности врачами ВБ и увеличение притока фельдшеров (120 человек), что не в последнюю очередь связано с реализацией национального проекта «Здоровье» (М., 2006).

Решение этих проблем (в т.ч. при участии авторов из г. Екатеринбурга) нашло отражение в периодической и монографической литературе, документах форумов врачей СМП РФ (2006, 2008 г.г.), II-го всероссийского съезда врачей СМП (2007 г.) и в Программе повышения эффективности службы СМП Свердловской области на 2004-2008 годы.

Целью настоящей работы является проведение анализа влияния приоритетных технологий организационно-методического характера на повышение эффективности функционирования службы СМП и ее взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями в крупном промышленном городе. Что в связи с дефицитом материалов по данной теме и в контексте Приказа МЗ РФ №388н от 20 июня 2013 г. – является

вдвойне актуальным. Изучены количественные и качественные показатели работы службы СМП (в сравнительном аспекте) за 9 лет (2004-2008, 2009-2012 гг.) - по данным отдела статистики МБУ ССМП г. Екатеринбурга. Полученные результаты сопоставлялись с данными крупномасштабного исследования функционирования службы СМП Свердловской области (2005 г.).

При проведении многофакторного статистического анализа был использован принцип типологии (ранжирования) демографических и других процессов и показателей работы СМП [19] в динамике за 2004-2008 и 2009-2012 годы.

Данные характеризующие деятельность МБУ ССМП г. Екатеринбурга представлены в таблицах № 1и 2, а также в тексте исследования.

Оценка каждого из показателей проводилась по отклонениям его величины от нормативов и стандартов МЗ РФ и (или) среднестатистического показателя для МБУ ССМП г. Екатеринбурга.

Таблица 1

Динамика основных количественных и качественных показателей деятельности станции скорой медицинской помощи г. Екатеринбурга за 2004-2008 годы.

№ п/п	Показатели	2004	2005	2006	2007	2008	По России
1.*	Обращаемость общая на 1000 жителей (с перевозкой)	293	297	317	324	326	318
2.	Кол-во выполненных вызовов (на 1000 обращений)	251	254	259	260	256	320-390
3.*	Из них: - повторных (%)	2,1	2,3	2,3	2,9	2,7	3,9-2,4
4.*	- непрофильных (%)	25,0				28,0	20,0-60,0

№ п/п	Показатели	2004	2005	2006	2007	2008	По России
5.	Отказано в вызове СМП (%)	15,0	15,5	16,5	19,9	22,9	-
6.	Кол-во бригад на линии (в суточном исчислении), из них: СБ	85,5 20	85,5 20	85,5 20	85,5 20	86,5 20	76,-88,0 21-24
7.	Среднесуточная нагрузка на бригаду (кол-во вызовов)	14,0	14,5	14,8	15,0	15,0	15,2
8	Коэффициент занятости (%)	56,1				60,0	-
8.	Среднее время ожидания бригады в адресе (%)	17,8'	18,3'	18,4'	22,9'	23,0'	-
9.	Среднее время доезда (мин.)	12,3'	12,7'	12,8'	12,6'	13,2'	14,5'-18,5'
10.	Среднее время затраченное на 1 вызов (с госпитализацией)	36,6'	36,8'	38,9'	41,0'	41,0'	38,0'-60 ¹
11.	Профильность посылы спецбригад (%)	85,0	85,0	85,0	85,0	85,0	75,6-81,4
12.	Догоспитальная летальность. из них:	4400	4516	4277	3912	3917	3341
	- в присутствии бригады (%)	0,8 8,2	0,8 8,2	0,8 7,7	0,8 8,3	0,8 7,3	0,8 6,5
	- до приезда бригады (%)	91,8	91,8	92,3	91,7	92,7	93,5
13. *	Досуточная летальность (в %)	0,6	-	-	-	0,6	0-0,9
14.	Расхождение диагнозов в группе госпитализированных больных (%)	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	3,2-7,5
15. *	Доставлено в стационары (к кол- ву вызовов без «П») (%)	123530 31,8	116670 33,9	119235 34,4	127800 36,6	127621 37,4	20,0-40,0
16. *	Отказано в госпитализации (%)	44,0	44,3	39,0	35,6	38,5	21,8-38,9
17. *	Передано активных вызовов в Поликлиники (%)	66140 19,4	73468 21,5	76726 22,1	78739 21,9	73806 21,1	-
18.	Кол-во ЭКГ, переданных ВБ в ДКП	-	376	2218	2808	3925	-

Таблица 2

Динамика основных количественных и качественных показателей деятельности станции скорой медицинской помощи г. Екатеринбурга за 2009-2012 годы.

№ п/п	Показатели	2009	2010	2011	2012	По России
1.*	Обращаемость общая на 1000 жителей (с перевозкой)	345	347	354	362	318
2.	Кол-во выполненных вызовов (на 1000 обращений)	260	259	270	281	320-390
3*	Из них: - повторных (%)	2,7	3,6	3,6	4,0	3,9-2,4
4.*	- непрофильных (%)	28,9	29,1	29,9	30,2	20,0-60,0
5.	Отказано в вызове СМП (%)	10,8	16,5	15,1	11,9	-
6.	Кол-во бригад на линии (в суточном исчислении). из них: СБ	85,5 20	85,5 20	95,5 20	98,5 21 (23)*	76,-88,0 21-24
7.	Среднесуточная нагрузка на бригаду (кол-во вызовов)	12,1	12,1	12,8	13,5	15,2
8	Коэффициент занятости (%)	61	62	63	67	-
8.	Среднее время ожидания бригады в адресе (%)	23,9	26,1	23,2	24,1	-
9.	Среднее время доезда (мин.)	14,9	15,8	16,5	16,8	14,5'-18,5'
10.	Среднее время затраченное на 1 вызов (с госпитализацией)	55,8	58,9	64,1	62,9	38,0'-60'
11.	Профильность посылки спецбригад (%)	85,0	84,0	85,0	85,0	75,6 -81,4
12.	Догоспитальная летальность. из них: - в присутствии бригады (%) - до приезда бригады (%)	3983 1,12 8,0 92	3942 1,1 9,4 90,6	3987 1,0 10,8 89,2	4959 1,2 7,1 92,9	3341 6,5 93,5
13.*	Досуточная летальность (в %)	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных	0-0,9

№ п/п	Показатели	2009	2010	2011	2012	По России
14.	Расхождение диагнозов в группе госпитализированных больных (%)	2,4	2,4	3,1	2,9	3,2-7,5
15.	Доставлено в стационары (к кол-ву вызовов без «П») (%)	133740 37.7	148669 41.8	160925 42.9	175194 44.0	20.0-40.0
16. *	Отказано в госпитализации по хирургическому профилю (%)	34	36.7	37.3	37.0	21.8-38.9
	Терапевтическому профилю (%)	17	17,6	27,0	19,4	
17.	Передано активных вызовов в Поликлиники (%)	85591 23.8	81042 22.8	88996 23.7	92386 23.3	-
18.	Кол-во ЭКГ, переданных ВБ в ДКП	4790	6863	9823	9708	-

* - интегральные показатели – содержат важную информацию, характеризующую не только уровень работы станции СМП, но и уровень организации здравоохранения в данном районе.

Структура организации службы СМП в г. Екатеринбурге (численность населения 1 412,0 тыс. чел.):

«Станция скорой медицинской помощи» имеет 11 подстанций, расположенных в 7 районах города, взаимодействующих с поликлиниками по районно-зональному принципу [12, 13]. На подстанциях базируется 113,5 выездных бригад в суточном исчислении (в 2004 г. – 85,5 ВБ). Из них 55,5 (64,1 %) (в 2004 г. – 54,5) врачебные выездные бригады (ВВБ). Удельный вес специализированных бригад (СБ) – 23,2%, фельдшерских бригад (ФВБ) – 26,5 % (12,7 %). С 2006 года наблюдается стабилизация в укомплектованности врачами ВБ и увеличение притока фельдшеров (120 человек). В 2008 году в составе специализированной службы организована гемотрансфузиологическая бригада.

Таким образом, в Екатеринбурге в настоящее время действует 2-х этапная 3-х уровневая система оказания взаимопреemptивной медицинской помощи больным с ургентной патологией:

- госпитальный этап – многопрофильные больницы и специализированные центры;

- догоспитальный этап – станции СМП (3-х уровневая модель организации и оснащения выездных бригад) [7, 12].

Радиус обслуживания 5-15 км. Управление потоками госпитализации осуществляет бюро госпитализации МУ ССМП (ADIS). С 2012 года все бригады оснащены системой ГЛОНАСС.

В 2002 году созданная кафедра Токсикологии и скорой медицинской помощи реорганизована в 2009 году в кафедру «Скорой медицинской помощи ФПК и ПП» (зав. кафедрой проф. д.м.н. Л.А. Соколова). Таким образом, МБУ ССМП является клинической базой УГМУ.

В целях совершенствования знаний будущих врачей осуществляются мероприятия додипломной подготовки на цикле для студентов 5-го курса лечебного факультета (организован впервые в 1978г.)[11], и последипломного образования по специальности «врач СМП» (интернатура – 1982г.)[9].

В 2005 году на центральной подстанции МУ ССМП организован круглосуточный дистанционно-консультативный пост (ДКП). Врачи кардиологи осуществляют консультативную помощь, главным образом, фельдшерским бригадам в расшифровке ЭКГ, переданной с места вызова при помощи карманного кардиографа с дистанционным устройством. Кроме того, консультации предназначены и для врачей поликлиник, общеврачебных практик, а также для 20 – станций СМП и ЦРБ Свердловской области. Объем работы ДКП за анализируемый период за 2008-2012гг. вырос на 40,4% (таблица 2).

Госпитальная база 2-х этапной системы СМП представлена 12 многопрофильными стационарами (из них 5 детских, 7 – для взрослых больных). От 72% до 100% больных с тяжелой ургентной патологией, нуждающихся в квалифицированной неотложной медицинской помощи, сконцентрировано в 17 центрах (из них 5 детских) специализированной ЭМП.

Оказание ЭМП при авариях и катастрофах с большим количеством жертв осуществляет территориальный центр медицины катастроф (ТЦМК) с привлечением для этой цели специально подготовленных формирований немедицинского характера.

Из 26 показателей, взятых для анализа, характеризующих работу СМП за 2009-2012 гг. (в сравнении с периодом 2004-2008гг.) в 50 % изменений не произошло, и положение стабилизировалось, выявлена тенденция к положительной динамике – в 23,0 % (25,0%) и к отрицательной – в 27,0 % (25,0%).

Объемы СМП, определенные госзаказом, выполнены по г. Екатеринбург на 13,8 % (2006-106,5%). Обращаемость населения на ССМП в 2012 г. составила: 362,0 (в 2008 г. – 326,0) на 1000 населения, а количество выполненных вызовов (в % к количеству обращений) – почти не изменилось. Отмечается уменьшение числа перевозок санитарным транспортом и увеличение количества отказов в вызове СМП на этапе диспетчерской службы (главным образом, в связи с необоснованным обращением пациентов) – 16,9 % (в 2008– 9,2 %).

Структура обращаемости неоднородна. По-прежнему в ее структуре стабильным остается соотношение выездов на внезапные заболевания – 72,9 % (71,6). несчастные случаи – 9,7 % (9,4 %); перевозки – 8,7 % (10,7 %); вызовы на квартиры – 88,2 % (89,4 %) и улицы – 5,6 % (4,2 %); к детям – 12,3 % (11,6 %). Среди нозологических форм неизменно наиболее высокий удельный вес занимают вызовы к больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями 19,9 % (19,3 %), острой неврологической патологией 13,8 % (14,4 %), травмами 14,3 % (14,4 %), острыми хирургическими заболеваниями органов живота 10,1 % (9,0 %), отравлениями 6,2 % (5,0 %).

Объем госпитализации больных в неотложном порядке из всего количества вызовов составляет - 44,0 % (2009-37,7 %). Отказы в госпитализации – 34,5 % (2008- 37,0 %).

Примечание. Не исключено, что одной из причин роста объема госпитализации является увеличение количества фельдшерских бригад, допускающих гипердиагностику и стремление к госпитализации в сомнительных случаях.

Показатели летальности (в динамике в сравнении с 2009 годом):

- общая летальность – 1,2 % (в 2009 г. – 1,12 %);
- своевременность выезда на летальные случаи – 91,4 % (93,5 %); доля спецбригад в вызовах на летальные случаи – 63,0 % (69,0 %); досуточная летальность – 0,6 % (0,6 %).

СМП оказана (в расчете на 1000 случаев) в среднем 256 больным (в 2009 г. – 251).

Поскольку уровень функционирования службы СМП почти в 40,0 % обусловлен причинами организационного плана, то и решающая роль в оптимизации ЭМП должна принадлежать организационно-методическим мероприятиям[19].

Этим целям служат следующие приоритетные формы и методы, обеспечивающие эффективность функционирования СМП (разработанные и утвержденные как на общероссийском, так и региональном уровнях) – по разделам службы СМП (таблица 3) [22, 24].

Представленные методы апробированы и нашли практическое применение в учреждениях догоспитального этапа г.Екатеринбурга и Свердловской области, а также в других городах РФ и не противоречат положениям нового Приказа МЗ РФ от 20 июня 2013 №388н. [7, 8, 9, 12].

**Характеристика приоритетных методов и форм совершенствования
качества оказания ЭМП в МУ ССМП г. Екатеринбурга**

№ п/п	Определение метода	Индексация степени влиятельности метода (в убывающем порядке)		
		I	II	III
1.	Организация рациональной работы службы. Разработка наиболее эффективной модели службы СМП, ориентированной преимущественно на врачебный уровень укомплектования и объема оказания ЭМП, как в крупном (среднем) промышленном городе и так в сельской местности[6, 12, 18].	+		
2.	Совершенствование процессов оперативного управления ресурсами и информацией СМП на основе компьютеризации рабочих мест в диспетчерской, алгоритмизации опроса вызывающих и анализа информации[25].	+		
3.	Совершенствование управления потоками госпитализации ургентных больных всех профилей на СМП г.Екатеринбурга – организовано бюро госпитализации[26].	+		
4.	Взаимодействие СМП с амбулаторно-поликлинической службой: - определение методов и форм порядка взаимодействия 2-х служб догоспитального этапа, в т.ч. перечня «непрофильных вызовов» (районно-зональный принцип – на уровне подстанции СМП, районной поликлиники); - уточнение показаний к назначению активных вызовов участковым врачам[13].		+	

№ п/п	Определение метода	Индексация степени влиятельности метода (в убывающем порядке)		
		I	II	III
5.	<p>- Оптимизация лечебно-диагностической деятельности выездных бригад.</p> <p>С целью прогнозирования, предупреждения и минимизации диагностических и тактических ошибок – разработаны:</p> <p>- методика поисковой работы;</p> <p>- «универсальные алгоритмы» принятия медицинских решений при осуществлении лечебно-диагностического процесса выездными бригадами СМП[9].</p>	+		
6.	<p>Комплексная система (ИПР) Информационной поддержки решений врача (фельдшера) ВБ, врача-эксперта (основанием для которой, является методологическая оснастка медперсонала в виде Стандартов и других документов, регламентирующих работу СМП[9, 21, 22].</p>	+		
7.	<p>Додипломная подготовка будущих врачей на цикле СМП для студентов V курса лечебного факультета УГМА (совместно с В.И . Белокриницким) [11].</p>		+	
8.	<p>Последипломная подготовка в интернатуре СМП[9].</p>		+	
9.	<p>Управление качеством оказания ЭМП выездными бригадами. Основополагающими методами управления качеством ЭМП являются методика экспертной оценки (медицинских ошибок врачей и фельдшеров) [20].</p>			+
10.	<p>Этико-деонтологические и правовые проблемы в работе медперсонала</p> <p>С целью минимизации этико-деонтологических ошибок в работе медперсонала СМП, объективизации и унификации экспертной оценки ошибок – разработаны принципы моделирования критерии и методика экспертной оценки этико-деонтологических и юридических ошибок[10, 16, 20].</p>		+	

№ п/п	Определение метода	Индексация степени влиятельности метода (в убывающем порядке)		
		I	II	III
11.	Пути реализации прав пациента при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе[16].		+	

Из таблицы видно, что к наиболее значимым по степени результативности из 16 представленных методов, следует отнести 10 методов I степени, 4 метода II степени, 2 метода III степени. Методические подходы доказали свою жизнеспособность при многократных апробациях не только в г.Екатеринбурге и Свердловской области но и в других регионах РФ (более 20 городов).

Выводы: 1. Полученная информация свидетельствует об эффективности, выбранных базисных форм и методов, направленных на повышение результативности работы службы СМП в городе Екатеринбурге в условиях ограниченного финансирования, без дополнительных затрат.

2. Большинство из них являются приоритетным авторскими разработками, которые, в известной степени, восполняют существующие пробелы в разделе «тактической медицины».

3. Убедительным подтверждением сказанного является тот факт, что представленные материалы нашли отражение в 3-х руководствах по СМП Всероссийского уровня, утвержденных МЗ РФ, в документах 2-х Всероссийских съездов (2002, 2007гг.) и 7 конференций по проблемам СМП (Омск 2000, Екатеринбург 2000, 2003, 2008, 2010, Москва 2007, Санкт-Петербург 2002 и др.), и получили высокую оценку специалистов головных медицинских учреждений: НИИ СМП им. Н.В.Склифосовского (Москва), НИИ СМП им. И.И. Джанелидзе (СПб), НПЦ ЭМП (Москва).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА

ПРИКАЗЫ:

1. МЗ РФ № 100 от 26.03.1999 г. "О совершенствовании и организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации";
2. МЗ РФ № 179 от 01.11.2004 г. "Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи".
3. Постановление Правительства РФ «О реализации национального проекта «Здоровье», М., 2006 г.
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323 - ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Он Лайн E1.05.03.10г. 21:34 In Fm.ru – План модернизации службы СМП РФ на ближайшее 10 лет.
6. Руководство для врачей скорой медицинской помощи (3-е издание) /под ред. В.А.Михайловича, А.Г.Мирошниченко// - СПб, СПб МАПО, 2001. (Глава I. Организация службы СМП. А.Г. Мирошниченко, В.А. Фиалко) - 704 с.
7. Руководство по скорой медицинской помощи (с приложением на компакт-диске). Рекомендовано Минздравсоцразвития РФ для врачей, фельдшеров, оказывающих первичную медико-социальную помощь / О.С. Асманова, А.А. Бойков, В.Ф. Озеров, В.В. Стожаров, В.А. Фиалко, А.З. Ханин// (глава I) Главные редакторы: член. корр. РАМН С.Ф. Багненко, проф. А.Л. Верткин, проф. А.Г. Мирошниченко, проф. М.Ш. Хубутя. -М., изд. группа «ГЭОТАР-Медиа»; Ассоциация медицинского общества по качеству. 2007. - 783 с.
8. Верткин А.Л. Национальное руководство по скорой помощи /А.Л. Верткин. – М., 2012. – 816 с.
9. Фиалко В.А. Тактическая медицина. 55-летний опыт изучения и практического решения проблем ургентной медицины догоспитального этапа (1956-2011 г.г.) / В.А. Фиалко // - Екатеринбург, 2011. - 316 с.

10. Белокриницкий В.И. Беседы о деонтологии (4-е издание) /В.И. Белокриницкий// - Екатеринбург. 2011. - 90 с.
11. Значение цикла «СМП» в подготовке врача скорой помощи / В.И. Белокриницкий, А.Н. Андреев, В.Г. Сенцов, В.А. Фиалко // Врач скорой помощи, № 9, 2009. - С. 31-32.
12. Анализ эффективности организации работы службы скорой медицинской помощи в Свердловской области и в г.Екатеринбурге / А.Б. Блохин, В.А. Фиалко, В.П. Попов, М.А. Кириченко, В.Е. Ползик // Сб. научных работ организаторов и экономистов здравоохранения НПЦ УЭМ СЭП. - Екатеринбург, 2005. -266.
13. Фиалко В.А. О трудностях и ошибки в реорганизации 2-х служб догоспитального этапа: станции скорой медицинской помощи и поликлинической службы «неотложная медицинская помощь» / В.А. Фиалко, М.А. Кириченко, А.В. Бушуев // Скорая медицинская помощь, № 1, 2006. - С. 20-21.
14. Фиалко В.А. Догоспитальный и госпитальный этапы экстренной мед. помощи: Преодоление «доминантного синдрома» (к истории вопроса)// Приемственность в оказании экстренной медицинской помощи на до- и госпитальном этапах: Сб. матер. Научно-пр. конфер./ГУЗ, МУ «ССМП», - Екатеринбург, 2002. – С. 5-9.
15. Фиалко В.А. Модернизация службы скорой медицинской помощи РФ: спорные вопросы (обзор) / В.А. Фиалко. // Врач скорой помощи. 2010. № 7. - С. 10-17.
16. Фиалко В.А. Основные принципы и правила, обеспечивающие соблюдение прав пациентов при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе /В.А. Фиалко, М.А. Кириченко, А.В. Бушуев// Методические рекомендации. - Екатеринбург, 2006. -50 с.
17. Материалы I Всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи, 31 октября -3 ноября. – М., «МЕДИЭКСПО». 2005. – 122 с.

18. «Актуальные вопросы организации здравоохранения»/ Доклад зам. министра МЗ и СР РФ Р.А. Хальфина на II Всероссийском съезде врачей СМП. М., 31.10. – 02.11. 2007.
19. Вторушин Д.В. О влиянии приоритетного национального проекта «Здоровье» на ресурсы и деятельность региональной службы СМП / Д.В. Вторушин, С.А. Никифоров, В.А. Фиалко // Скорая медицинская помощь, № 2, 2009. - С. 35-38.
20. Анализ и экспертная оценка медицинских ошибок на догоспитальном этапе / В.А. Фиалко, И.Б. Пушкарев, А.В. Бушуев, Ф.Д. Ваисов // Методические рекомендации. - Екатеринбург, 2012. - 46 с.
21. Фиалко В.А. Словарь терминов службы скорой медицинской помощи (догоспитальный этап). Издание 2-е, переработанное. - Екатеринбург, УРГУ, 2005. - 25 с.
22. Влияние приоритетных технологий организационно-методического характера на повышение эффективности работы 2-х этапной системы оказания скорой медицинской помощи /А.Б. Блохин, В.А. Фиалко, Ф.Д. Ваисов, А.В. Бушуев. // В сборнике «Специализированная скорая медицинская помощь: интеграция науки, практики и образования». - Екатеринбург, 2010. - С. 6-12.
23. Организация службы СМП в крупном городе в условиях разделения скорой и неотложной медицинской помощи. Под ред. А.А. Бойкова и А.З. Ханина. СПб, 2006. 196 с.
24. Фиалко В.А. Некоторые вопросы организации службы СМП в современных условиях. Базовые принципы и направления деятельности службы СМП с учетом специфики догоспитального этапа. (вариант Доктрины СМП)./ Тактическая медицина. Издание 2-е, Екатеринбург, 2011. – С. 113.
25. Совершенствование процессов оперативного управления ресурсами и информацией СМП (основные итоги 6 летнего опыта эксплуатации системы «Автоматизированная диспетчерская» – “ADIS”). / И.Б.

Улыбин, М.А. Кириченко, И.В. Лишний, В.В. Зинин.// Сб. материалов к юбилейной научно-практической конференции «посвященной 75 летию Екатеринбургской СМП. Екатеринбург. 1998. – С. 274.

26. Розенберг О.М. Управление госпитализацией больных с urgentной патологией в крупном промышленном центре./О.М. Розенберг// Сб. материалов к юбилейной научно-практической конференции «посвященной 75 летию Екатеринбургской СМП. Екатеринбург. 1998. – С. 50-53.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ СМП. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДОЛОГИЯ

*Пушкарев И.Б., Фиалко В.А., Бушуев А.В., Ваисов Ф.Д.
МБУ «ССМП», г. Екатеринбург*

На современном завершающем этапе реформирования службы скорой медицинской помощи РФ, и в связи с предстоящей масштабной модернизацией существующей 2-х этапной системы скорой медицинской помощи в условиях перехода к страховой медицине[1, 2, 3, 4, 5] повысилось внимание организаторов здравоохранения, в частности, специалистов службы СМП, к эффективности её функционирования, определяющим критерием которой является качество. Важная роль в данном разделе организации здравоохранения – принадлежит управлению качеством медицинской помощи на базе совершенствования экспертной оценки лечебно-диагностической деятельности врачей и фельдшеров СМП (внутриведомственный контроль). Однако, до сих пор в специальной литературе проблемы экспертной оценки медицинских ошибок и их предупреждения на догоспитальном этапе освещены недостаточно.

В данной работе представлены материалы, обобщающие многолетний опыт авторов в решении организационных и