

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

И.М. Барсукова

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Рассмотрены вопросы организации оказания скорой медицинской помощи детскому населению Российской Федерации. Они связаны с демографической ситуацией в стране – ростом детского населения, снижением показателей младенческой и материнской смертности. На фоне общих проблем системы оказания скорой медицинской помощи в стране, ее педиатрическое звено, выглядит достаточно благополучным. Охрана материнства и детства была и остаётся приоритетным направлением государственной политики нашей страны.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, скорая медицинская помощь детям, организация скорой медицинской помощи.

Актуальность

Реализация мероприятий в рамках национальных проектов в сфере здравоохранения, Концепции демографической политики до 2025 года, привела к позитивным изменениям демографической ситуации в Российской Федерации. Сократились темпы уменьшения численности детского населения страны, продолжительность жизни впервые в нашей истории превысила 72 года. Смертность снизилась от всех основных причин и во всех возрастных группах: детей – на 12,4%, трудоспособного населения – на 3,3%, лиц старше трудоспособного возраста – на 0,8%. Безусловный вклад в увеличение продолжительности жизни внесло снижение младенческой смертности, которая сократилась в 2015 году на 12,2%, составив 6,5 случаев на 1000 родившихся живыми. Значительно снизилась и материнская смертность – на 6,5% за 2015 год, достигнув 10,1 на 100 тыс. родившихся живыми. Сегодня уровни младенческой и материнской смертности являются наименьшими в истории нашей страны [1]. При этом сохраняется дисбаланс системы оказания медицинской помощи в регионах: чрезмерно высокий уровень госпитализации и высокие объемы скорой медицинской помощи на фоне недостаточной работы первичного звена. Ежегодно госпитализируется более 6 000 тыс. детей, а вопросы обеспечения доступности и качества медицинской помощи детям во многих регионах Российской Федерации (далее – РФ) до настоящего времени остается не решенными [2].

В этой ситуации скорая медицинская помощь (далее – СМП) является важным звеном оказания медицинской помощи детскому насе-

лению страны. Статистические данные наглядно свидетельствуют о различиях в организации СМП детям в регионах Российской Федерации, что, несомненно, связано с их демографическими, географическими и климатическими особенностями, уровнем и структурой заболеваемости населения, транспортной доступностью медицинских организаций, а также особенностями организации медицинской помощи детям, доступностью и качеством педиатрической помощи. Среди нерешенных проблем системы оказания СМП следует отметить дефицит кадров, ветхость автопарка машин СМП, несоответствие современным требованиям автоматизации и информатизации станций и отделений СМП, проблемы финансово-экономического обеспечения, децентрализация систем управления и контроля на разных уровнях.

Целью исследования было изучение системы оказания СМП детскому населению страны, анализ проблем и основных тенденций ее развития. Использованы методы статистический, аналитический, контент-анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Она оказывается вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного меди-

цинского наблюдения и лечения) и стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) в формах: экстренной (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента) и неотложной (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента) медицинской помощи [3, 4].

При поступлении вызова в экстренной форме на вызов направляется ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада СМП или специализированная выездная бригада СМП. Поводами для вызова в данном случае являются: нарушения сознания, дыхания, системы кровообращения; психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц; болевой синдром; травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровождающиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов); термические и химические ожоги; кровотечения любой этиологии; роды, угроза прерывания беременности. В случае поступления вызова в неотложной форме на вызов направляется ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада СМП при отсутствии вызовов СМП в экстренной форме. Поводами для вызова СМП в этой ситуации являются: внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, требующие срочного медицинского вмешательства, без явных признаков угрозы жизни; констатация смерти (за исключением часов работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях) [3].

Выездная бригада скорой медицинской помощи – это структурно-функциональная единица станции (подстанции, отделения) СМП, организованная в соответствии со штатными нормативами для обеспечения работы в одну смену (6 часов).

В свете передачи полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья органам государственной власти субъектов РФ система оказания СМП в субъектах РФ полностью определяется органами государственной власти субъекта РФ (ст. 15, 16 ФЗ № 323). К полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения, относятся, в том числе, установление общих требований

к структуре и штатному расписанию медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения (п. 7 ч. 2 ст. 14 ФЗ № 323) [4]. Таким образом, субъекты РФ сами решают сколько и каких бригад СМП им нужно, а представленные цифры медицинской статистики отражают потребность регионов в тех или иных видах выездных бригад СМП, а также возможность их формирования (кадровую, материально-техническую и финансово-экономическую) на своей территории.

Попытку оптимизировать структуру бригад СМП предпринял Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», вступивший в силу с 01.01.2014 (с изменениями от 01.06.2016 года). Согласно приказа, количество и профиль выездных бригад СМП устанавливаются с целью круглосуточного обеспечения населения скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощью, с учетом численности, плотности и возрастной структуры населения территории обслуживания, средней нагрузки на одну выездную бригаду СМП в сутки, климатических и географических особенностей территории обслуживания, особенностей застройки, насыщенности территории обслуживания промышленными предприятиями, состояния транспортных магистралей, интенсивности движения и иных факторов, а также значений критериев доступности медицинской помощи, установленных территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Он ввел новую классификацию бригад СМП. Выездные бригады СМП по своему составу подразделяются на врачебные и фельдшерские, по профилю – на общепрофильные и специализированные. Среди специализированных выездных бригад СМП выделяют бригады: а) анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрические; б) педиатрические; в) психиатрические; г) экстренные консультативные; д) авиамедицинские [3]. Внесенные изменения привели к серьезной структурной перестройке системы оказания СМП: изменились и количественные показатели, и профильный состав бригад СМП.

Расчет количества бригад производят в соответствии с численностью обслуживаемого населения. Медицинские организации СМП в 2015 г. обслуживали 149,5 млн прикрепленного населения, что более чем на 7,4 млн (5,0%) выше, чем в 2010 г. (табл. 1).

Характеристика населения, обслуживаемого медицинскими организациями СМП, 2010-2015 гг.

Год	Показатели	Численность обслуживаемого населения		
		Всего	в том числе сельского	в том числе детского (0-17 лет)
2010	Абс. знач.	141 944 509	38 209 195	25 980 575
	%		26,9	18,3
2011	Абс. знач.	141 913 809	38 210 195	25 980 580
	%		26,9	18,3
2012	Абс. знач.	143056383	37310305	26512445
	%		26,1	18,5
2013	Абс. знач.	143347059	37228807	26914299
	%		26,0	18,8
2014	Абс. знач.	146231472	38143785	28051944
	%		26,1	19,2
2015	Абс. знач.	149361882	38018066	28887639
	%		25,5	19,3
Динамика показателей 2010-2015 гг.	Абс. знач.	7 417 373	-191 129	2 907 064
	%	5,0	-1,4	1,0

Детское население составляет 19,3% (28,9 млн) в общей структуре населения, наблюдается его рост на 2,9 млн (11,2%) за 2010-2015 гг.

Транспорт СМП – ключевая составляющая системы оказания СМП, определяющая оперативность и качество ее работы [5]. Автомобили скорой медицинской помощи (далее АСМП) – автотранспортные средства, специально оборудованные и оснащенные медицинскими изделиями, предназначенные для перевозки больных и пострадавших в сопровождении медицинского персонала, оказания СМП на догоспитальном этапе в салоне АСМП и на месте происшествия. По назначению, с учетом конструктивного исполнения салона и его оснащения, автомобили СМП разделяются по типам (классам): 1) тип А (транспортный) – автомобиль СМП, предназначенный для перевозки больных (пострадавших), не нуждающихся в экстренной медицинской помощи, используется для перевозки больных фельдшерскими бригадами; 2) тип В – автомобиль СМП, предназначенный для перевозки больных и пострадавших, мониторинга и оказания экстренной медицинской помощи, является основным и используется для работы общепрофильных врачебных и фельдшерских бригад; 3) тип С (реанимобиль) – автомобиль СМП, предназначенный для реанимации, интенсивной терапии, мониторинга и перевозки больных и пострадавших, используется для работы специализированных бригад СМП (по

профилю «анестезиология и реанимация»). АСМП соответствуют отраслевым стандартам и ГОСТам, имеют специальные установленные ГОСТом опознавательные знаки и окраску, системы позиционирования на местности и картографического сопровождения с отображением информации о местоположении транспорта на рабочем месте фельдшера (медицинской сестры) по приему вызовов СМП и передачи их выездной бригаде СМП.

Сегодня автопарк СМП в Российской Федерации насчитывает более 20,2 тыс. АСМП. Из общего числа автомобилей СМП в структуре АСМП 2015 г. 33,1% занимают автомобили класса А (6691 ед.), 60,6% – автомобили класса В (12253 ед.) и 6,3% – автомобили класса С (1274 ед.). Оценка динамики структуры автопарка СМП по РФ за 2010-2015 гг. показывает рост общей численности автопарка на 4,4%, а также повышение классности используемых транспортных средств: число АСМП класса А (транспортных) сократилось на 18,8% (1547 ед.), В (общепрофильных) – увеличилось на 21,5% (2166 ед.), С (реанимобилей) – возросло на 23,2% (240 ед.). По состоянию на 2015 год из общего числа автотранспорта, располагаемого службой СМП, 46,5% АСМП (9426 ед.) имели возраст старше 5 лет, срок эксплуатации до 3 лет был у 32,2% АСМП (6515 ед.), от 3 до 5 лет – у 21,3% АСМП (4319 ед.). Несмотря на усилия по обновлению автопарка СМП, предпринятые, в

том числе, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения и модернизации здравоохранения, негативная тенденция сохранялась на протяжении 2010-2015 гг. При увеличении доли новых автомобилей (до 3-х лет) с 17,0% в 2010 г. до 32,2% в 2015 г. (на 3162 ед., 15,2%), доля АСМП со сроком эксплуатации свыше 5 лет возросла с 23,0% до 46,5% (на 4886 ед.; 23,5%). Таким образом, темпы обновления автопарка машин СМП в настоящее время уступают темпам его старения.

Особое место в автопарке СМП занимают реанимобили для новорожденных и детей раннего возраста. Их число увеличилось в 2015 г. До 62 ед. и составляет 0,3% общего парка АСМП. По срокам эксплуатации преобладают новые автомобили (число АСМП моложе 5 лет (67,7%) в 1,9 раза превышает количество АСМП старше этого срока эксплуатации ($p < 0,01$)). В связи с

особенностями организации педиатрической помощи в регионах распределены эти реанимобили по федеральным округам (ФО) крайне неравномерно: максимальная их доля в Приволжском, Центральном, Северо-Кавказском и Южном ФО, минимальное – в Северо-Западном ФО. Анализ по субъектам РФ выявил наибольшее количество таких автомобилей в Волгоградской области, Республике Татарстан, Чеченской Республике; при этом 60,2% субъектов РФ таких реанимобилей не имеют.

Скорая медицинская помощь детскому населению оказывается общепрофильными (врачебными, фельдшерскими) и специализированными (педиатрическими, анестезиологии-реанимации) бригадами. Бригады для оказания медицинской помощи детскому населению представлены в табл. 2 [3].

Таблица 2

Характеристика бригад СМП для оказания медицинской помощи детскому населению

Профиль выездных бригад СМП	Состав бригады	Класс АСМП
Врачебная общепрофильная	врач СМП + фельдшер СМП или мед. сестра (медбрат) + водитель	В
Фельдшерская общепрофильная	фельдшер СМП + фельдшер СМП или мед. сестра (медбрат) + водитель	В
Специализированная педиатрическая	врач-педиатр + фельдшер СМП или мед. сестра (медбрат) + водитель	В
Специализированная анестезиологии-реанимации педиатрическая	врач-анестезиолог-реаниматолог + 2 мед. сестеры-анестезистки + водитель	С

Особенностью бригад СМП для оказания помощи детскому населению является не только подготовка кадров, но и оснащение бригад СМП. Помимо стандартного оснащения для оказания СМП в комплектах разных бригад присутствует оборудование и оснащение, предназначенное исключительно для пациентов детского возраста. Набор оборудования усложняется по мере роста класса автомобиля. В стандарт оснащения автомобиля СМП класса «А» (транспортного) входят автоматический наружный дефибриллятор с детскими электродами, пульсоксиметр портативный транспортный с детскими датчиками, комплект из трех шин-воротников разного размера для детей либо две шины регулируемого размера для детей, комплект повязок разгружающих для верхней конечности для детей. В автомобиле класса «В» для фельдшерской и врачебной общепрофильных выездных бригад СМП и специализированной педиатрической выездной бригады СМП появляются

дефибриллятор с автоматическим (для общепрофильной фельдшерской выездной бригады СМП) и/или мануальным и синхронизированным (для общепрофильной врачебной выездной бригады СМП и специализированной педиатрической выездной бригады СМП) режимами с детскими электродами; аппарат портативный управляемой и вспомогательной ИВЛ с режимами искусственной и вспомогательной вентиляции легких для детей от 1 года; детский комплект системы для ингаляции кислорода (маска и трубка); набор дыхательных контуров; комплект фильтров для дыхательного контура однократного применения (детские и взрослые). Оснащение автомобиля СМП класса "С" для специализированной выездной бригады СМП анестезиологии-реанимации педиатрической, помимо прочего, включает дефибриллятор-монитор с детскими электродами, портативный транспортный инкубатор для новорожденных, обогреватель детский неонатальный, монитор

пациента неонатальный, аппарат ИВЛ для новорожденных, набор реанимационный неонатальный для оказания СМП [3].

По данным федеральной статистической отчетности за 2015 г. (форма № 30) в стране насчитывалось 41245 выездных бригад (смен) СМП (табл. 1), наибольшую долю (66,5%, 27424 ед.) составляли фельдшерские бригады, врачебные общепрофильные бригады – на втором

месте по численности (24,6%, 10142 ед.), все остальные бригады были представлены в значительно меньшем количестве – 8,9% от общего числа. Среди них особого внимания заслуживают бригады интенсивной терапии (БИТ) (649 ед. – 1,6%), психиатрические (619 ед. – 1,5%), реанимационные (1039 ед. – 2,5%), педиатрические (1004 ед. – 2,4%). Динамика числа бригад за 2010-2015 гг. представлена в табл. 3.

Таблица 3

Динамика числа и состава бригад (смен) СМП, 2010-2015 гг.

Профиль бригад	Число бригад (смен) СМП (абс. знач.)		Прирост (убыль) числа бригад (смен) СМП		Удельный вес бригад (смен) СМП, %	
	2010	2015	абс. знач.	%	2010	2015
Врачебные общепрофильные	11269	10142	-1127	-10,0	24,6	24,6
из них: для детского населения	1118	952	-166	-14,8	2,4	2,3
Фельдшерские	29321	27424	-1897	-6,5	63,9	66,5
Интенсивной терапии (БИТ)	1503	649	-854	-56,8	3,3	1,6
Психиатрические	691	619	-72	-10,4	1,5	1,5
Другие специализированные, всего	3091	2411	-680	-22,0	6,7	5,8
в том числе:						
Кардиологические	694	200	-494	-71,2	1,5	0,5
Неврологические	244	64	-180	-73,8	0,5	0,2
Нейрохирургические	16	8	-8	-50,0	0,03	0,02
Акушерско-гинекологические	59	30	-29	-49,2	0,1	0,1
Хирургическо-травматологич.	82	25	-57	-69,5	0,2	0,1
Токсикологические	22	4	-18	-81,8	0,05	0,01
Реанимационные	928	1039	111	12,0	2,0	2,5
Педиатрические	907	1004	97	10,7	2,0	2,4
Прочие	139	37	-102	-73,4	0,3	0,1
Итого, врачебных бригад (смен) СМП	16554	13821	-2733	-16,5	36,1	33,5
Итого, врачебных и фельдшерских бригад (смен) СМП	45875	41254	-4621	-10,1	100,0	100,0

Период 2010-2015 гг. характеризуется снижением общего количества бригад (смен) на 10,1% (4621 бригад (смен)): с 45875 до 41254 ед. (табл. 1). При этом отмечался рост специализированных педиатрических бригад (смен) на 10,7% (97 ед.) и увеличение их доли в общей структуре с 2,0% до 2,4% при снижении количества общепрофильных бригад, оказывающих помощь детскому населению. Специализированные педиатрические бригады СМП зарегистрированы в половине субъектов РФ. Лидерами по их количеству являются Москва, Свердловская,

Нижегородская, Иркутская, Волгоградская, Московская области, Приморский край.

Динамика видов бригад связана с изменениями законодательной базы и кадрового состава персонала СМП.

Видам и количеству имеющихся бригад СМП соответствуют и объемы медицинской помощи, оказываемой этими бригадами. Отмечено уменьшение числа выездов бригад СМП на 3,8% (с 47,5 млн в 2010 г. до 45,9 млн в 2015 г.), в том числе, за счет сокращения случаев непрофильного и нецелевого использования бригад.

В 17,7% случаев СМП в 2015 году оказана детскому населению страны и в 82,3% – взрослым пациентам. Причем, значительным потребителем медицинских услуг СМП являются лица пенсионного возраста (42,1%). Количество взрослых пациентов СМП (37,8 млн) в 4,7 раза превышает пациентов детского возраста (8,1 млн) ($p < 0,01$), что важно учитывать при формировании структуры бригад по профилям обслуживания.

Следует отметить увеличение доли детей в структуре пациентов, нуждающихся в оказании СМП (на 1,7% с 2010 г.), что связано, в том числе, и с особенностями демографической ситуации в нашей стране. Это соотносится с данными о росте численности прикрепленного детского населения на 11,2% (2,9 млн) с 2010 г.

93,0% вызовов СМП обслуживают общепрофильные (фельдшерские и врачебные) бригады (69,6% и 23,4%, соответственно). Представленная статистика соответствует расчетным данным среднесуточной нагрузки на 1 бригаду

СМП. В результате, при среднесуточной нагрузке 12,8 выездов в сутки (с учетом безрезультатных выездов) и 12,2 выездов в сутки с оказанием медицинской помощи наиболее загруженными, и, соответственно, востребованными являются (в порядке убывания) педиатрические, фельдшерские, врачебные общепрофильные, кардиологические бригады и БИТ.

Обращает на себя внимание высокая нагрузка на педиатрические бригады: как на общепрофильные (17,8 выездов в сутки), так и на специализированные (12,3 выездов в сутки).

Структура обращаемости за СМП в 2015 году представлена в таблице 4. По сравнению с 2010 годом в 2015 году отмечается увеличение числа обращений по поводу родов и патологии беременности (на 66,9% – 236,6 тыс. случаев, $p < 0,01$), что связано с демографическими изменениями в обществе. Значительным является также снижение числа перевозок (на 28,3% – 1,3 млн случаев, $p < 0,01$).

Таблица 4

Структура обращаемости за скорой медицинской помощью, 2015

Поводы		Всего	Несчастные случаи	Внезапные заболевания и состояния	Роды и патология беремен.	Перевозка	Прочие случаи оказания СМП
Всего вызовов СМП	Абс. знач. %	45656982	4140212 9,07	33298811 72,93	589653 1,29	3295524 7,22	4332782 9,49
в том числе, к детям	Абс. знач. %	8115901	782642 9,64	6365212 78,43	7119 0,09	410771 5,06	550157 5,06
в том числе, к взрослым	Абс. знач. %	37541081	3357570 8,94	26933599 71,74	582534 1,55	2884753 7,68	3782625 10,08

Высокие затраты на стационарную медицинскую помощь неизбежно повышают значимость вопросов эффективного использования коечного фонда и затрагивают проблемы роста уровня госпитализации. Более 10 млн пациентов ежегодно доставляются в стационары силами бригад СМП, в 2015 г. их было 10,7 млн человек (23,4%). Таким образом, госпитализируется практически каждый пятый, обратившийся за скорой медицинской помощью. Среди детей этот показатель выше и составляет в 26-27% (около 2 млн детей), у взрослых – 21-23% (свыше 8 млн в год). Среди пациентов, проживающих в сельской местности, он ниже и составляет 14-15% (1,4 млн).

По данным отраслевой и федеральной статистической отчетности за 2010-2015 гг. (форма № 40, форма № 30) ежегодно регистрируются 5,5-6,2 тыс. случаев смерти в автомобиле СМП. Удельный вес детей с летальным исходом в возрасте от 0 до 17 лет составил 1,4% (90 пациентов), среди которых 0,3% (18 пациентов) – дети в возрасте до 1 года. Основную долю обращений составляют внезапные заболевания и состояния (77,9%), в 4,1 раза реже – несчастные случаи (18,9%) ($p < 0,01$). Летальность в присутствии бригады СМП – один из важных показателей эффективности проведения реанимационных мероприятий, результативности работы бригад

СМП в целом. В 2010-2015 гг. отмечен рост числа умерших в автомобиле СМП на 15,1%. В значительной степени он был обусловлен ростом летальности среди пациентов пенсионного возраста при снижении показателя среди детей (на 21,1%).

Показатели оперативности работы бригад СМП в субъектах РФ, федеральных округах РФ и Российской Федерации в целом отражают различные условия функционирования медицинских организаций СМП на территории страны. Стандартные, учитываемые статистически интервалы времени доезда бригад СМП до пациентов по РФ в 2015 г. следующие: в интервале доезда «до 20 мин» – 86,9% вызовов, «21-40 мин» – 9,4% вызовов, «41-60 мин» – 2,3% вызовов, доезд «более 60 мин» – у 1,3% вызовов. Динамика показателей оперативности работы бригад СМП за 2010-2015 гг. положительная: она свидетельствует о повышении доли вызовов со временем доезда «до 20 мин» на 4,5% при снижении доли всех других интервалов доезда.

Время работы выездной бригады СМП на вызове не является целевым показателем, но, тем не менее, представляет определенный интерес при оценке деятельности службы: подавляющее большинство (40,5%) ($p < 0,01$) вызовов по продолжительности работы на выезде занимают «21-40 мин» на 1 вызов, 28,9% вызовов обслуживаются за «41-60 мин», 20,4% требуют «более 60 мин» и 10,3% – «до 20 мин».

По представленным данным на фоне общих проблем деятельности системы оказания СМП в стране педиатрическое звено СМП выглядит достаточно благополучным. И это не случайно. Охрана материнства и детства была и остаётся приоритетным направлением государственной политики нашей страны. За период с 2012 года младенческая смертность снизилась на 31,4%, смертность детей до пяти лет – на 24,5%, а детей до 17 лет включительно – на 24,0%. Число регионов с показателем младенческой смертности ниже 6 за период 2012-2016 гг. увеличилось в 6,1 раза (с 7 до 43), а число неблагополучных регионов (с показателем выше 10) снизилось в 3,8 раза (с 19 до 5). Более половины регионов имеют значение этого показателя меньше, чем в среднем по стране. В то же время ещё сохраняется неравномерность в снижении указанных показателей в различных частях нашей страны [6, 7].

Выводы

1. Детское население составляет 19,3% (28,9 млн) в общей структуре населения, обслуживаемого системой оказания СМП, наблюдается его рост на 2,9 млн (11,2%) за 2010-2015 гг.

2. Отмечается высокий уровень обращаемости в службу СМП: 8,1 млн пациентов детского возраста в год (17,7% от общего объема, 2015). Следует отметить увеличение доли детей в структуре пациентов, нуждающихся в СМП (на 1,7% с 2010 г.), что связано, в том числе, и с особенностями демографической ситуации в стране.

3. В структуре вызовов СМП к пациентам детского возраста 78,4% составляют внезапные заболевания и состояния, 9,6% – несчастные случаи, 5,1% – перевозки, 0,09% – роды и патология беременности, 5,1% – прочие поводы.

4. Скорая медицинская помощь детям оказывается общепрофильными (врачебными, фельдшерскими) и специализированными (педиатрическими, анестезиологии-реанимации) бригадами. Специализированных педиатрических бригад (смен) СМП в 2015 г. насчитывалось 1004 ед. (2,4% в общей структуре), они зарегистрированы в половине субъектов РФ.

5. В период 2010-2015 гг. на фоне снижения общего количества бригад (смен) на 10,1% отмечался рост специализированных педиатрических бригад (смен) на 10,7% (97 ед.) и увеличение их доли в общей структуре с 2,0% до 2,4%, при снижении количества общепрофильных бригад, оказывающих помощь детскому населению.

6. Обращает на себя внимание высокая среднесуточная нагрузка на педиатрические бригады: как на общепрофильные (17,8 выездов в сутки), так и на специализированные (12,3 выездов в сутки).

7. В статистике СМП показатель госпитализации детей выше, чем у взрослого населения, и составляет 26-27% (около 2 млн детей в год) (у взрослых – 21-23%, свыше 8 млн в год). При этом необходимо изменить подходы к госпитализации детей: она должна быть обоснована, стационарное звено и служба скорой медицинской помощи не могут замещать собой пробелы амбулаторно-поликлинического обеспечения населения.

8. Отмечается рост оперативности работы бригад СМП (повышении доли вызовов со временем доезда «до 20 мин» на 4,5%).

9. На фоне общих проблем деятельности системы оказания СМП в стране педиатрическое звено СМП выглядит вполне благополучным. Охрана материнства и детства была и остаётся приоритетным направлением государственной политики нашей страны.

В рамках региональных программ модернизации здравоохранения предусмотрен целый комплекс мер, направленных на повышение доступности специализированных видов медицинской помощи детям [2]. Одной из цен-

тральных задач, направленных на улучшение состояния здоровья, снижение смертности и инвалидности детей, является доступность и качество скорой медицинской помощи [7].

Литература

1. Выступление Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой на «Правительственном часе» в Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/12/23/3357-vystuplenie-ministra-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-veroniki-skvortsovoy-na-pravitelstvennom-chase-v-sovete-federatsii-federalnogo-sobraniya-rossiyskoy-federatsii>.
2. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р "Об утверждении государственной программы "Развитие здравоохранения в Российской Федерации".
3. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н "Об утверждении Порядка оказания ско-

рой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи".

4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5. Барсукова, И.М. Автопарк скорой медицинской помощи в Российской Федерации /И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, О.Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 4. – С. 20-28.

6. Министр Вероника Скворцова приняла участие в селекторном совещании по вопросу охраны здоровья матери и ребёнка в Российской Федерации. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/12/12/3329-ministr-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-selektornom-soveshchanii-po-voprosu-ohrany-zdorovya-materi-i-rebyonka-v-rossiyskoy-federatsii>.

7. Барсукова, И.М. Скорая медицинская помощь детскому населению Российской Федерации / И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, О.Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. – 2014. – № 1. – С. 13-19.

И.М. Барсукова

Тел.: (812) 384-46-98, 8-921-747-97-33

E-mail: bim-64@mail.ru

И.М. Барсукова. Педиатрические аспекты оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 102-109.

PEDIATRIC ASPECTS OF RENDERING THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE IN THE RUSSIAN FEDERATION

I.M. Barsukova

The St.-Petersburg scientific research institute of first aid of I.I. Dzhanlidze,
Northwest state medical university of I.I. Mechnikov, St.-Petersburg, Russia

Questions of the organization of rendering an emergency medical service to the children's population of the Russian Federation are considered. They are connected with a demographic situation in the country – growth of the children's population, decrease in indicators of infantile and maternal mortality. Against common problems of system of rendering an emergency medical service in the country its pediatric link looks rather safe. Protection of motherhood and the childhood was and remains the priority direction of a state policy of our country.

Keywords: emergency medical service, emergency medical service to children, emergency medical service organization.

Authors

I.M. Barsukova

Tel.: (812) 384-46-98, 8-921-747-97-33

E-mail: bim-64@mail.ru

I.M. Barsukova. Pediatric aspects of rendering the emergency medical service in the Russian Federation // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 3. – P. 102-109.