

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

ВВЕДЕНСКИЙ ГЕОРГИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ**

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Плавунов Николай Филиппович

Москва, 2025 год

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
ГЛАВА 1 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.....	19
1.1. Становление и этапы развития скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи как самостоятельного направления в медицине	19
1.2. Формирование и развитие мегаполисов с позиции управления оказания скорой медицинской помощи (контент-анализ).....	30
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	40
2.1. Характеристика базы исследования.....	40
2.2. Методы и этапы исследования	42
2.3. Методы расчёта показателей для анализа работы скорой медицинской помощи	45
2.4. Проведение социологического исследования	48
2.5. Методы статистической обработки информации	54
ГЛАВА 3 КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ.....	55
3.1. Анализ показателей работы выездных бригад скорой медицинской помощи г. Москвы за 2014–2024 годы.	55
3.2. Система управления маршрутизацией пациентов, нуждающихся по экстренным и неотложным показаниям в медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях в мегаполисе	75
3.3. Внедрения, направленные на совершенствование маршрутизации пациентов и оптимизацию работы ССиНМП им. А.С. Пучкова.....	84

ГЛАВА 4 НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	87
4.1. Удовлетворённость работой медицинского персонала Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова.....	87
4.2. Факторы и условия, усложняющие работу медицинского персонала скорой медицинской помощи. Риски профессиональной деятельности	94
4.3. Условия труда и быта; ресурсы для улучшения условий работы.....	102
4.4. Ресурсное обеспечение профессиональной деятельности.	106
4.5. Анализ предложений респондентов по улучшению условий работы и мотивации к ней.....	111
4.6. Совершенствование профессиональной подготовки и обучения медицинского персонала скорой медицинской помощи	117
4.7. Инновационная деятельность.....	121
4.8. Внедрение результатов социологического исследования, направленные на совершенствование кадровой политики и оптимизации работы выездного персонала ССиНМП им. А.С. Пучкова	128
ГЛАВА 5	134
НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕЕ РАЗВИТИЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	134
5.1. Совершенствование понятийного аппарата при оказании скорой медицинской помощи, а также правовой защиты лиц, оказывающих экстренную медицинскую помощь.....	134
5.2. Совершенствование нормативно-правового обеспечения Службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи	140

5.3 Нормативно-правовое регулирование вопросов обеспечения качества и доступности скорой, в том числе скорой специализированной и неотложной медицинской помощи.....	153
5.4 Предложения по оптимизации нормативно-правового регулирования вопросов оказания скорой медицинской помощи.....	158
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	161
ВЫВОДЫ	171
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	175
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Нормативно-правовые акты Департамента здравоохранения г. Москвы, определяющие деятельность службы скорой медицинской помощи и маршрутизацию пациентов различного профиля	207
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 Анкеты для проведения социологического исследования	214
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 Акты о внедрении результатов исследования.....	225
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Предложения по совершенствованию нормативно-правовых документов, регулирующих деятельность скорой медицинской помощи	233

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

95%ДИ – 95% доверительный интервал

aOR – скорректированное отношение шансов

COVID-19 – заболевание, вызванное SARS CoV2

OR – отношение шансов

АНДСУ – автоматизированная навигационно-диспетчерская система управления

АРП – анестезиолого-реанимационная помощь

АСУ – автоматизированная система управления

ВАО – восточный административный округ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГИБДД – Государственная инспекция безопасности дорожного движения

ГКБ – городская клиническая больница

ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы

ДМС – добровольное медицинское страхование

ДТП – дорожно-транспортное происшествие

ЕГДЦ – единый городской диспетчерский центр скорой и неотложной медицинской помощи

ЗАО – западный административный округ

ЗелАО – зеленоградский административный округ

ИИ – искусственный интеллект

КАСУ – комплексная автоматизированная система управления

КПЭ – ключевые показатели эффективности

МП – медицинская помощь

МЧС – Министерство чрезвычайных ситуаций

НМП – неотложная медицинская помощь

НИИ СП им Н.В. Склифосовского – Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

ОМС – обязательное медицинское страхование

ООН – организация объединённых наций

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПП – первая помощь

САО – северный административный округ

СВАО – северо-восточный административный округ

СЗАО – северо-западный административный округ

СМП – скорая медицинская помощь

ССиНМП им. А.С. Пучкова – Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова

США – Соединённые Штаты Америки

ТиНАО – Троицкий и Новомосковский административный округ

ФЗ – Федеральный закон

ЦАО – центральный административный округ

ЭМП – экстренная медицинская помощь

ЮАО – южный административный округ

ЮВАО – юго-восточный административный округ

ЮЗАО – юго-западный административный округ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Обеспечение качества и доступности экстренной медицинской помощи населению, базовой составляющей которой является скорая медицинская помощь, определены во всех государственных документах, определяющих оценку и развитие всей системы здравоохранения. В контексте реализации положений Указов Президента России «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» от 06.06.2019 г. №254 (в редакции от 27.03.2023 г.) и «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» от 07.05.2024 г. №309, национальных проектов «Здравоохранение», «Продолжительная и активная жизнь», «Кадры» - оказание скорой медицинской помощи (далее – СМП) населению Российской Федерации квалифицированными специалистами имеет особую актуальность, так как угроза жизни и здоровью человека всегда требует срочного реагирования и предельно точного алгоритма профессиональных действий.

Немедленное и четкое реагирование со стороны соответствующих организаций, служб, ведомств в экстренных случаях определяет специфику организации скорой и неотложной помощи, актуализирует и отличает ее от других видов оказания медицинской помощи (F.Adnet, F. Lapostolle, 2004; Шабунин Е.С., Кутач В.В., 2019; ВОЗ, 2022; WSO 2022; Плаунов Н.Ф., 2024).

Служба СМП – многоуровневая медико-социальная система, деятельность которой отличается профессиональной сложностью, высокой оперативностью принятия решений, наличием больших массивов информации, необходимостью их оперативного мониторинга в сочетании с негативным воздействием средовых факторов (загруженность дорог, плотная застройка) (P. Anderson, R. Petrino, P. Halpern, J. Tintinalli, 2006; Ваньков Д.В., 2024; Муравьева А.А., 2025).

Возрастающая роль службы СМП в системе охраны здоровья обусловлена новыми вызовами здоровья населения, возросшими темпами его старения,

распространенностью хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, хронические болезни органов дыхания, неврологические заболевания), отягощенных мультипатологией, травм, осложнений с угрозой для жизни пациентов (Элькис И.Ш., 1997; Бегичева С.В., 2022; Коломиец Е.А., 2022, Суханова В.А., 2024; Багненко С.Ф., 2024).

СМП – самый востребованный вид экстренной медицинской помощи – ежегодно каждый третий житель обращается в службу СМП, каждый десятый госпитализируется по экстренным показаниям (Ваньков Д.В., 2024).

Высокий уровень летальности на догоспитальном этапе при внезапных заболеваниях и состояниях с угрозой для жизни доказывает, что проблемы доступности и качества СМП сохраняют высокую актуальность и необходимость постоянного поиска наилучших управленческих организационных решений и практик организации экстренной медицинской помощи (FB Rogers, KJ Rittenhouse, BW Gross, 2015; P. Amin, A. Fox-Robichaud, J.V. Divatia, P. Pelosi, 2016; J.V. Diaz, E.D. Riviello, A. Papali, N.K.J. Adhikari, 2019; Барсукова И.М., 2019; Багненко С.Ф., 2024; Плавунов Н.Ф., 2024; Муравьева А.А., 2025).

Системообразующим фактором доступности и качества СМП является кадровое обеспечение профессионально подготовленным персоналом.

Государственная кадровая политика в отрасли здравоохранения значительно активизировалась вследствие нарастающего дефицита медицинских работников и прежде всего врачей в первичном секторе здравоохранения и службе СМП, его неравномерность распределения между амбулаторными и стационарными секторами, городом и селом (Болобонкина Т.А., 2023; Михайлова Ю.В., 2023).

В системе СМП дефицит врачебного персонала явился обоснованием для укомплектования бригад СМП фельдшерами, что в значительной мере сохранило обеспеченность врачами специализированных бригад скорой медицинской помощи.

Реализация комплексных мероприятий, направленных на сохранение и развитие кадрового потенциала, повышение их профессиональной

подготовленности в системе управления организацией оказания СМП, являются фундаментальным и определяющим эффективность работы служб, оказывающих СМП, а именно качество и доступность оказываемой экстренной помощи (M.E. Kleinman, E.E. Brennan, Z.D. Goldberger, R. Swor, 2015; A. Papali, M.J. Schultz, M.W. Dünser, 2018; Москвина С.С., Теплов В.М., 2024).

В настоящее время для сохранения и развития кадрового потенциала и устранения дисбаланса в системе здравоохранения, необходимо решить комплекс задач, определяющих уровень укомплектованности кадровыми ресурсами:

- Оптимизация и перестройка системы образования, включая организацию совершенствования непрерывного профессионального образования квалифицированных кадров с использованием инновационных цифровых образовательных программ и технологий.

- Принятие комплекса мер социальной поддержки медицинских работников в службе СМП, обеспечение ее соблюдения, создание достойных условий и безопасности профессиональной деятельности персонала и достойной оплаты труда, т.к. их достаточность и квалификация в значительной мере определяют исход критических состояний пациента и сохранения жизни.

В настоящее время в повышении результативности работы службы СМП важную роль играют автоматизированные системы управления информацией оперативного принятия решений на всех этапах оказания СМП.

Необходимость развития цифровых технологий в медицине связана со многими факторами: обработка и хранение большого объема информации о пациентах, быстрого доступа медицинских работников к информации о пациенте и так далее (V. Pittet, B. Burnand, B. Yersin, P.N. Carron, 2014; C.M. Lilly, J.M. McLaughlin, H. Zhao, S.P. Baker, 2014; Теплов В.М., 2022; Нечунаев А.П., 2024; Плавунцов Н.В., Введенский Г.А., Черняков Е.В., 2024). Исследователи считают, что в условиях оказания СМП временной фактор получения информации о пациенте в критическом состоянии с угрозой для жизни имеет исключительное значение:

- Внедрение электронной медицинской карты, которая в значительной степени облегчает доступ к информации о пациенте;
- Развитие удаленных медицинских консультаций, в т.ч. с применением видеосвязи;
- Получение экстренной поддержки при принятии лечебно-диагностических решений;
- Использование мобильных приложений, что позволяет загрузить личные медицинские данные пациента;
- Организация информационного взаимодействия как внутри системы СМП, так и с другими службами (МЧС, ГИБДД).

Развитие технологий искусственного интеллекта (ИИ) открывает большие возможности для совершенствования процессов управления организации СМП, а также в принятии более обоснованных решений по диагностике и лечению пациентов в экстренной ситуации (Плавунов Н.Ф., Введенский Г.А., 2024).

Значительную роль играют мобильные интегрированные программы, целью которых является перераспределение вызовов СМП по степени экстренности между скорой и неотложной службами, а также между экстренной медицинской службой и службами первичного сектора по профилактике осложнений хронических заболеваний у пациентов.

Информационные системы управления на платформе цифровизации, роботизированные системы, мобильные приложения как новые технологии служат инструментом в совершенствовании процессов управления, а значит в повышении результативности системы организации СМП и обоснованности характера вызова по срочности оказания медицинской помощи.

Внедрение в систему охраны здоровья высокотехнологичных эффективных методов лечения и реабилитации, сохраняющиеся дефекты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, диктует необходимость совершенствования оказания СМП: снижение времени от вызова СМП и первых клинических симптомов заболевания, оптимальной маршрутизации при доставке пациентов в профильные лечебные учреждения, адекватная лечебно-диагностическая помощь

специалистами бригад СМП пациентам, внедрение интервенционных вмешательств, предупреждение осложнений и прочих жизнеугрожающих состояний, что определяет потенциально предотвратимую смертность.

Степень разработанности темы исследования

Тема совершенствования оказания скорой медицинской помощи с использованием социологического метода, в том числе – в условиях города, рассматривалась рядом авторов. Е.Н. Ткаченко предлагает идентифицировать проблемы оказания скорой медицинской помощи с использованием социологического метода в условиях малого города, однако анкетирование сотрудников, оказывающих скорую медицинскую помощь, проводилось преимущественно с целью идентификации синдрома эмоционального выгорания. В.М. Теплов рассматривает функционирование системы оказания скорой медицинской помощи, в том числе – при чрезвычайных ситуациях. Ряд работ рассматривает вопросы оказания скорой медицинской помощи при болезнях системы кровообращения; при этом в работе А.А. Муравьевой используемый социологический метод приблизился к способам идентификации персоналом, оказывающим скорую медицинскую помощь проблем и путей их решения, однако он был использован для изучения проблемы эмоционального выгорания. Д.В. Ваньков рассматривает модель организации оказания экстренной медицинской помощи в Вологодской области с акцентом на труднодоступные и удалённые районы.

В диссертационном исследовании, выполненном А.М. Фатыховым предложена функционально-организационная модель управления службой СМП в городе Казани, фактически являющимся мегаполисом (хотя и значительно меньших размеров). Он также использовал для выявления проблем социологический метод, однако для идентификации проблем опрашивал не специалистов, оказывающих скорую медицинскую помощь, а население. При этом не были отражены вопросы неравномерности оказания скорой медицинской помощи по времени суток и профилю, вопросы перегрузки принимающего стационара.

В нашей работе мы сосредоточились на специфике оказания скорой медицинской помощи в крупнейшем мегаполисе России, а также использование социологического метода для выявления рисков, возникающих в СМП и путях их решения, а также на автоматизации работы организационных процессов в оказании скорой медицинской помощи с использованием современных информационных технологий, учитывающей множество факторов, отражающих неравномерность потребности оказания СМП в зависимости от циклических недельных и суточных периодах.

Цель исследования: Научно обосновать и разработать организационные мероприятия по совершенствованию управления и организации скорой медицинской помощи в мегаполисе.

Задачи исследования:

1. Провести комплексный анализ управления и организации скорой медицинской помощи в г. Москве.
2. Изучить мнение руководителей структурных подразделений и медицинского персонала службы скорой медицинской помощи об управлении, организации и направлениях его совершенствования.
3. Провести анализ направления развития нормативно-правового обеспечения функционирования службы скорой медицинской помощи.
4. Научно обосновать, разработать и внедрить предложения по совершенствованию управления и организации скорой медицинской помощи в мегаполисе.

Научная новизна

Получены новые данные по объему, структуре обращений жителей мегаполиса (на примере г. Москвы), характеристика возрастного-полового состава пациентов и их распределение по клиническим профилям.

Установлены сложности маршрутизации пациентов при их медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях; научно обоснованы мероприятия для их решения.

По результатам социологического исследования медицинских работников и их руководителей создана доказательная база для совершенствования кадровой политики в службе СМП. Установлены факторы риска усложняющие работу медицинского персонала и обоснованы пути их минимизации.

Созданы научные предпосылки для обоснования необходимости внедрения индивидуальных графиков работы сотрудников службы скорой медицинской помощи.

Научно обоснованы предложения по дополнению и изменению нормативно-правовых документов, регламентирующих функции службы СМП в современных условиях, внедрения информационных технологий, в т.ч с использованием ИИ.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Разработан и внедрен в практику работы ССиНМП им. А.С. Пучкова модуль в КАСУ «Контроль потока пациентов», решающий задачу по равномерному распределению потока пациентов с учетом профиля патологии и тяжести состояния пациента, наличия вспомогательных профилей в стационарной медицинской организации, мощности медицинских организаций, оказывающие помощь в стационарных условиях, и установленного им объема оказания медицинской помощи, а также дополнительных факторов (проведение карантинных мероприятий, аварий и т.п.) с эффективностью 95,4%.

Разработаны направления, позволяющие снизить основные управленческие риски функционирования системы скорой медицинской помощи.

Методология и методы исследования.

В диссертационном исследовании на основе результатов изучения научных публикаций отечественных и зарубежных авторов определены цель, задачи, этапы работы, источники и объем медико-статистической, социологической информации, проведен расчет показателей, выполнена статистическая обработка данных.

В диссертационной работе были использованы следующие методы исследования: статистический, аналитический, описательный, социологический, экспертный, метод математического моделирования.

В соответствии с задачами диссертационного исследования, статистическую обработку информации проводили с использованием ГОСТ Р50779.10–2000.

Рассчитывали экстенсивные и интенсивные показатели; использовали методы анализа динамических рядов. Для показателей, распределение которых отличается от нормального, а также для социологических оценок, выраженных в баллах, использовали непараметрические методы: расчёт медианы и квартилей, сравнение с использованием тестов: Краскелла-Уоллиса и Мана-Уитни. Для качественных показателей, выраженных в долях (в %), рассчитывали 95% доверительные интервалы (по методу Фишера), логистический регрессионный анализ, статистическую значимость различий – вероятность статистической ошибки первого рода (p).

Методологическая и теоретическая основа исследования базируется на принципах системного подхода, поскольку служба организации оказания СМП является подсистемой здравоохранения и в то же время эта служба является самостоятельной системой со всеми присущими ей признаками: самостоятельной структурой, созданной под конкретную цель – оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; ресурсное, в том числе кадровое, обеспечение, взаимодействие с внешней средой. Проводился анализ трёх групп источников: 1) результатов статистического наблюдения (как федерального, так и осуществляемого с использованием выгрузки из специализированной медицинской информационной системы); 2) социологического исследования персонала скорой медицинской помощи г. Москвы; 3) документов, регламентирующих работу скорой медицинской помощи на современном этапе. По результатам анализа указанных источников выявлены проблемы, нуждающиеся в решении, разработаны и внедрены пути их решения с апробацией результата.

Положения, выносимые на защиту:

1. Скорая медицинская помощь в городе Москве сохраняет высокую востребованность жителей мегаполиса. Маршрутизация пациентов при экстренной госпитализации требует автоматизированного управления с учетом неравномерного потока пациентов по различным профилям в разрезе дней недели, соответствия нагрузки принимаемой медицинской организации и ее коечной мощности, наличия аварийных, карантинных и иных ситуаций, влияющих на возможность приема пациентов от бригад СМП.

2. Социологическое исследование среди врачей, средних медицинских работников ССиНМП им. А.С. Пучкова и их руководителей явилось доказательной базой по выявлению рисков функционирования службы СМП в мегаполисе, пути их минимизации и направления развития, включая совершенствование кадровой политики.

3. Нормативно-правовую базу СМП необходимо совершенствовать в сферах: терминологии, защиты медработников, юридической защиты лиц, оказывающих первую помощь, регулирования службы с учётом цифровизации и развития искусственного интеллекта, а также актуализации распределения полномочий между федеральным и региональным уровнями.

Внедрение результатов исследования

Материалы диссертационного исследования используются в практической деятельности ССиНМП им А.С. Пучкова (оптимизация направления пациентов – модуль «Контроль потока пациентов» в комплексной автоматизированной системе управления (КАСУ); практическое руководство для врачей и фельдшеров «Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи»; программа для ЭВМ «Первые кто рядом» (свидетельство о государственной регистрации № 2024616731); патент на изобретение РФ № 2732704 «Медицинский комплекс для оперативной медицинской помощи пациенту, находящемуся вне зоны медицинской организации», а также при реализации мероприятий направленных на улучшение социальных гарантий и условий труда сотрудников

ССиНМП им. А.С. Пучкова. По результатам диссертационной работы получено 5 актов о внедрении результатов исследования.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов обеспечивалась анализом данных федерального статистического наблюдения за период 2014–2024, генеральной совокупности данных по СМП г. Москвы и высокой репрезентативностью социологического исследования (точность > 99%, погрешность < 1%). Использованы методы статистического анализа в соответствии с ГОСТ Р 50779.10–2000. Результаты исследования апробировались в ходе обсуждений на экспертных группах, докладов на научных форумах и путём публикаций в рецензируемых изданиях перечня ВАК.

Результаты исследования доложены на: XVIII Всероссийском Конгрессе с международным участием «Скорая медицинская помощь – 2019» (г. Санкт-Петербург, 31.05.2019), Актуальные вопросы организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (г. Москва, 30.10.2019 – 01.11.2019), III межрегиональной научно-практической конференции Центрального региона России с международным участием «Актуальные вопросы внедрения инновационных технологий в практику скорой медицинской помощи» (г. Чебоксары, 28.02.2020), XXI Всероссийский конгресс с международным участием «Скорая медицинская помощь – 2022» (г. Санкт-Петербург, 10.06.2022), Актуальные вопросы организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (г. Москва, 10.11.2022, 11.11.2022), Московском урбаническом форуме (г. Москва, 10.08.2023), форуме с международным участием «Скорая медицинская помощь: современные стратегии и инновации» (г. Москва, 29.11.2024), VI научно-практической конференции Центрального региона России «Актуальные вопросы внедрения инновационных технологий в практику СМП» (г. Тверь, 27.03.2025), I Республиканском Съезде работников скорой помощи с международным участием «Актуальные проблемы организации СМП» (г. Ташкент, 16.05.2025).

Публикации

По теме диссертации опубликована 21 печатная работа, из них за последние 5 лет опубликовано 6 статей, в том числе в журналах, входящих в базу цитирования RSCI – 2, в журнале, входящем в Перечень ВАК (К2) – 1, получено 1 свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно были сформулированы цель исследования и перечень задач для ее достижения, составлена программа исследования (100%), выбраны методы его проведения (95%), проанализирована научная литература по теме исследования (100%), обработаны данные статистического наблюдения (95%), сформулированы выводы (100%) и разработаны рекомендации для внедрения в практику (95%), а также проведено внедрение результатов исследования в работу ССиНМП им. А.С. Пучкова (90%).

Связь работы с Государственным заданием и научно-исследовательскими работами

Работа связана с Государственным заданием «Разработка методологических подходов прогностической оценки влияния хронических неинфекционных заболеваний, поведенческих и метаболических факторов риска на ожидаемую продолжительность жизни в России» на 2023 год, 2024 и 2025 год (ФГБУ «ЦНИИОИЗ»), а также с национальным проектом «Продолжительная и активная жизнь», в частности в рамках федерального проекта «Совершенствование экстренной медицинской помощи».

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование соответствует области научных интересов специальности 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, а именно п. 12, 13, 16, 17 паспорта специальности.

Объём и структура работы. Материалы диссертации изложены на 240 страницах машинописного текста, отражены в 20 таблицах, 35 рисунках и 1 схеме. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и

методы исследования», 3 главы собственных исследований, заключения, выводы, практических рекомендаций, 4 приложений. Список использованной литературы включает 198 источников: 138 отечественных и 60 иностранных.

ГЛАВА 1

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ
ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ**1.1. Становление и этапы развития скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи как самостоятельного направления в медицине**

Жизнь и здоровье человека представляет собой фундаментальные ценности, которые признаются и охраняются Конституцией Российской Федерации. Реализация конституционных гарантий на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, неразрывно связана с совершенствованием национальной системы здравоохранения [31].

Охрана здоровья населения в Российской Федерации является стратегическим направлением обеспечения национальной безопасности страны, реализуется на формировании экономических, правовых, социальных и организационных условиях функционирования системы здравоохранения, включающей качество и доступность медицинской помощи, всех видов медицинской помощи и определены в системе нормативно-правовых документов. [3, 4, 6, 24, 26, 40]

В указе Президента РФ от 7 мая 2024 г. №309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2023 года и на перспективу до 2036 года» предписано к 2023 году увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 78 лет и до 81 года к 2036 году [80].

Скорая медицинская помощь терминологически используется для обозначения среды, границы которой определены оказанием медицинской помощи, направленной на предотвращение негативных последствий при кризисных состояниях здоровья и чрезвычайных ситуациях, повлекших последствия для пострадавшего путем экстренных медицинских вмешательств. [3, 7, 9, 12]

Система скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, как составляющая экстренной медицинской помощи, играет ключевую роль в эффективном функционировании здравоохранения каждого государства, предоставляя качественную медицинскую помощь пациентам в критических ситуациях, представляющих опасность их жизни и здоровью. От эффективности, результативности и скоординированности функционирования Службы напрямую зависят уровни смертности и инвалидности, а также общее благополучие среди населения [8, 10, 15, 29].

В соответствии с целью диссертационного исследования важное значение имеют законодательно закрепленные понятия здоровья и система охраны здоровья; мониторинг и реагирование на опасности для здоровья при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения [27]; обеспечение сферы охраны здоровья квалифицированными кадрами [38, 39]; обеспечение финансирования в сфере охраны здоровья за счет государства и частных источников; информационно-разъяснительная деятельность; регламентация обработки персональных данных (Федеральный закон от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных») [134]; регламентирование телемедицинских услуг и технологий, обеспечивающих взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами или их законными представителями (Федеральный закон от 29.07.2017 №242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья») [134]; регулирование информационного обеспечения в сфере здравоохранения, в т.ч. формирование единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Эволюция оказания медицинской помощи в критических ситуациях прошла долгий и сложный путь, от эпизодических и разрозненных попыток до организованной и научно обоснованной, высокотехнологичной системы. Становление СМП как самостоятельного научного направления в медицине – это закономерный этап развития, обусловленный растущей потребностью в

эффективных методах спасения жизни и сохранения здоровья в условиях острой угрозы. [18, 20, 21, 23, 159]

Первые зачатки экстренной медицинской помощи можно обнаружить в глубокой древности, когда люди пытались помочь пострадавшим от травм, ран и внезапных заболеваний. Однако эти попытки носили эмпирический характер и основывались на народных средствах и традиционных знаниях [124].

Средневековье и эпоха Возрождения ознаменовались развитием хирургии и анатомии, что создало предпосылки для более квалифицированной помощи при травмах и ранениях. Появление первых госпиталей и лазаретов, особенно при военных кампаниях, способствовало накоплению опыта и разработке простейших методов лечения. Однако отсутствие анестезии, антисептики и эффективных методов гемостаза делало хирургические вмешательства крайне рискованными. [23]

Значительный прогресс в развитии СМП произошел в XIX веке, благодаря достижениям в области физиологии, микробиологии и анестезиологии. Открытие наркоза и антисептиков произвело революцию в хирургии, позволяя проводить более сложные и длительные операции [20,32, 33].

XX век стал периодом бурного развития экстренной медицинской помощи как самостоятельного научного направления, откликаясь на растущую потребность общества в быстрой и эффективной медицинской помощи при внезапных заболеваниях и травмах. Начало столетия ознаменовалось формированием первых организованных систем оказания помощи на улицах и в общественных местах, что было обусловлено индустриализацией, ростом городов и, как следствие, увеличением числа несчастных случаев, ростом травматизма и заболеваемости. [36] Урбанизация, развитие промышленности и транспорта привели к увеличению числа травм, отравлений и других несчастных случаев. Возросла также заболеваемость сердечно-сосудистыми и другими опасными осложнениями для жизни заболеваниями.

Вторая половина XX века ознаменовалась дальнейшей специализацией и дифференциацией экстренной медицинской помощи. Появились

специализированные бригады скорой помощи, ориентированные на оказание помощи при различных типах заболеваний и травм, таких как кардиологические, неврологические и травматологические. Внедрялись новые методы диагностики и лечения, разрабатывались современные лекарственные препараты. Развитие транспортных технологий, в частности, появление вертолетов, позволило значительно расширить географию оказания экстренной медицинской помощи, особенно в отдаленных и труднодоступных районах. Авиационная медицина стала неотъемлемой частью системы экстренного реагирования, обеспечивая быструю эвакуацию тяжелобольных и пострадавших в специализированные медицинские центры [13, 18, 24, 27, 29].

Становление скорой медицинской помощи в г. Москве берет начало с создания Странноприимного дома графа Шереметьева в 1810 году, когда была открыта первая больница, в которой медицинскую помощь могли получить любые пациенты на безвозмездной основе, независимо от их статуса и финансового состояния (сегодня – НИИ СМ им. Н.В. Склифосовского). На сегодняшний день НИИ скорой помощи м. Н.В. Склифосовского является одним из крупнейших многопрофильных научно-практических центров, который занимается вопросами скорой медицинской помощи, неотложной хирургии, реанимации, кардиологии и другое [126].

Также основополагающим событием в развитии СМП как научного направления было создание Ленинградского научно-практического института скорой помощи в 1932 году Приказом №18 Ленинградского городского отдела здравоохранения на базе больницы Е.П. Первухина (НИИ СП им. И.И. Джанелидзе) [25]. На сегодняшний день НИИ СП им. И.И. Джанелидзе является главным научным центром в области скорой медицинской помощи в России, разрабатывающим и внедряющим передовые методы диагностики и лечения неотложных состояний. Его история – это наглядный пример развития экстренной медицины, отмеченный множеством научных открытий и практических достижений, внесших неоценимый вклад в спасение жизней людей [28].

В конце XX века скорая медицинская помощь, как базовая составляющая ЭМП, приобрела черты современной, высокотехнологичной отрасли медицины и самостоятельного научного направления. Появление новых диагностических и лечебных методов, таких как электрокардиография, дефибрилляция, искусственная вентиляция легких, позволило значительно улучшить результаты оказания помощи при критических состояниях. Внедрялись компьютерные системы управления вызовами, разрабатывались новые протоколы оказания помощи, проводились масштабные научные исследования в области патофизиологии критических состояний, разрабатывались новые методы диагностики и лечения, оценки эффективности различных организационных моделей ЭМП [7, 14, 116, 119, 141].

Таким образом, XX век стал периодом трансформации экстренной медицинской помощи из разрозненных инициатив в стройную, научно обоснованную систему, способную эффективно реагировать на вызовы современного общества [21, 40]. Заложенные в этот период принципы и подходы продолжают определять развитие экстренной медицинской помощи и в XXI веке [7, 58, 80, 122, 168].

Организация СМП в зарубежных странах значительно варьируется в зависимости от социально-экономических, географических и культурных особенностей. Рассмотрим некоторые модели организации ЭМП в развитых странах [142, 147, 154, 191]:

- США: существует децентрализованная система ЭМП, в которой участвуют как государственные, так и частные службы. Ключевую роль играют парамедики (paramedics), обладающие широкими полномочиями по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе. Широко используется санитарная авиация.
- Германия: система ЭМП характеризуется высокой степенью координации между различными службами, включая пожарные службы, полицию и добровольные организации. Важную роль играют врачи скорой медицинской помощи (Notarzt), которые выезжают на наиболее сложные вызовы.

- Великобритания: система ЭМП является частью Национальной службы здравоохранения (NHS). Оказание ЭМП осуществляется фельдшерами и парамедиками, работающими в тесной координации с врачами. Активно используются телефонные консультации и телемедицина.

- Франция: существует государственная система ЭМП, организованная вокруг SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). SAMU координирует работу бригад СМП, врачей-специалистов и стационаров, обеспечивая комплексный подход к оказанию ЭМП.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, отдельно выделена в один из четырех значимых видов медицинской помощи.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь в Российской Федерации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями) и приказом Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016г. № 33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013г. № 388н» [46], которыми предусмотрено оказание помощи в экстренной форме (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента) и неотложной форме (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента).

Цель государственной политики в области здравоохранения состоит в улучшении состояния здоровья населения через обеспечение доступности качественной медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий. Одним из основных важных направлений развития

здравоохранения в настоящее время является совершенствование системы скорой медицинской помощи [4, 7, 8, 17, 30, 37, 39, 71, 116, 119, 130, 131, 138].

Развитие здравоохранения, основанное на принципах медико-экономической эффективности, характеризуется повышением требований к качеству и срокам оказания скорой медицинской помощи на этапах ее реализации, внедрением высокотехнологичных методов диагностики, сокращением сроков начала этиопатогенетического лечения и требует пересмотра системы оказания скорой медицинской помощи как отдельного вида медицинской помощи [15, 57, 61, 117, 120, 122].

Многими исследователями скорая медицинская помощь рассматривается как фактор национальной безопасности [19, 37, 40, 128, 140]. Особая ее роль обусловлена следующим:

- Высокой потребностью населения в оказании скорой медицинской помощи;
- Высоким уровнем госпитализаций по экстренным показаниям;
- Высоким уровнем летальных исходов на догоспитальном этапе;
- Неотложные патологические состояния, травмы и отравления занимают первое место среди причин смерти лиц трудоспособного возраста.

Как объект диссертационного исследования ССиНМП является важнейшей частью национальной системы здравоохранения, которая, оказывая медицинскую помощь в экстренных условиях, сама находится под влиянием множества средовых факторов, формирующих вызовы в системе здравоохранения.

Демографические вызовы. Демографические вызовы обусловлены вступлением России во второй эпидемиологический переход, который характеризуется изменением структуры смертности за счет социально значимых сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Российская Федерация вошла в период роста численности пожилых людей, что определяет у этой группы развитие хронических неинфекционных заболеваний и мультипатологий [150, 151]. Демографический фактор формирует

долгосрочный тренд роста потребности в экстренной медицинской помощи [117, 126, 132, 135, 163, 176].

Кроме того, исследователи демографических процессов и общественного здоровья указывают на сохранение негативных последствий пандемии COVID-19, что также впоследствии может повлиять на потребность в оказании СМП [118, 119, 132, 181, 196].

Экономические вызовы. С позиции организации оказания СМП населению экономические вызовы связаны с одним из важнейших условий обеспечения доступности и качества СМП – оснащенность службы СМП, включающая: количество бригад СМП и подстанций, наличие автоматизированных цифровых систем, количество вертолетов и вертолетных площадок, наличие врачей в бригаде СМП, оснащенность автомобилями, диагностическим и лечебным оборудованием для оказания реанимационных действий при медицинской эвакуации пациентов в медицинские организации, оказывающие МП в стационарных условиях, количество медицинских организаций, оказывающих экстренную помощь.

По результатам исследования научных публикаций определены проблемы и пути решения экономических вызовов [6, 11, 16, 26, 38, 39, 58, 93, 112, 135, 138]:

- Недостаточное финансирование: Ограниченное финансирование приводит к нехватке оборудования и медикаментов, а также к недостаточной или низкой оплате труда медицинских работников.
- Нехватка квалифицированных медицинских кадров. Существует дефицит врачей и фельдшеров СМП, особенно в сельской местности.
- Устаревшее оборудование. Значительная часть оборудования, используемого в бригадах СМП, устарела и требует замены.
- Несовершенство нормативно-правовой базы. Требуется дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность службы СМП.
- Неравномерное распределение ресурсов. В ряде регионов наблюдается дефицит станций СМП, бригад СМП и медицинского персонала.

- Проблемы взаимодействия с другими службами экстренного реагирования. Необходимо улучшение координации действий службы СМП со Службой медицины катастроф, пожарной охраной, полицией, МЧС и другими службами.

- Злоупотребления в вызовах СМП. Необходимо проведение разъяснительной работы с населением о правилах вызова СМП и ответственности за ложные вызовы.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь является составляющей экстренной медицинской помощи и в то же время объединяет самостоятельные этапы оказания медицинской помощи:

- **Первая помощь при критических состояниях здоровья с угрозой для жизни до прибытия профессиональных медицинских бригад.** Важным аспектом является предоставление инструкций вызывающему о том, как оказать первую помощь до прибытия бригады, например, остановить кровотечение или обеспечить проходимость дыхательных путей [39, 123, 147, 165, 167, 172, 182, 192].

- **Прибытие бригады и оценка состояния пациента.** По прибытии на место происшествия бригада СМП проводит первичный осмотр и оценку состояния пациента, оцениваются жизненно важные функции: дыхание, кровообращение, уровень сознания. Проводится сбор анамнеза, выясняются обстоятельства произошедшего. На основании полученных данных принимается решение о дальнейших действиях [1, 2, 174, 177, 186].

- **Оказание экстренной медицинской помощи.** Этот этап включает в себя комплекс мероприятий, направленных на стабилизацию состояния пациента и предотвращение дальнейшего ухудшения [37, 114, 179, 188].

- **Медицинская эвакуация в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях** [1, 41, 51, 173, 176, 177, 178]. После стабилизации состояния пациента осуществляется его медицинская эвакуация в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях. Во время медицинской

эвакуации продолжается мониторинг жизненно важных функций и при необходимости проводятся реанимационные мероприятия. Важно выбрать оптимальный маршрут и обеспечить плавную и безопасную эвакуацию.

В настоящее время исследователями [5, 8, 10, 17, 27, 35, 39, 57, 65, 108, 125] обозначены следующие ключевые принципы организационного процесса оказания помощи на догоспитальном этапе:

- **Оперативность.** Время играет критически важную роль, особенно при острых состояниях, таких как инфаркт миокарда или инсульт.
- **Профессионализм.** Медицинские работники СМП должны обладать высоким уровнем квалификации и постоянно совершенствовать свои знания и навыки. Важно знание современных протоколов оказания экстренной медицинской помощи и умение применять их на практике.
- **Эффективность.** Все действия медицинских работников должны быть направлены на достижение максимального эффекта при минимальных затратах времени и ресурсов. Важно правильно расставлять приоритеты и принимать взвешенные решения.
- **Безопасность.** Обеспечение безопасности пациента и медицинских работников является приоритетной задачей. Необходимо соблюдать все необходимые меры при проведении манипуляций и медицинской эвакуации пациента.
- **Преемственность.** Важно обеспечить преемственность между догоспитальным и госпитальным этапами оказания медицинской помощи. Необходимо передать медицинским работникам стационара полную и точную информацию о состоянии пациента, проведенных мероприятиях и полученных результатах.

Каждый этап является составляющей организации процесса оказания СМП и имеет большое самостоятельное значение для благоприятного исхода кризисного состояния пациента и профилактики летальных исходов.

Цифровые технологии как фактор повышения эффективности службы СМП.

Использование цифровых технологий в системе здравоохранения является инструментом повышения эффективности процессов управления и организации и как следствие улучшения качества медицинской помощи [14, 27, 30, 116, 125, 141, 172, 183, 185].

Развитие информационных технологий на платформе цифровизации в здравоохранении, в том числе в службы СМП, получило развитие в последние 15 лет и оказало системное влияние на интенсификацию в организации оказания экстренной медицинской помощи по следующим направлениям:

- сокращение времени обработки большого массива данных;
- сокращение времени от обращения в службу СМП до приезда бригады СМП, оказания необходимой медицинской помощи;
- управление процессами маршрутизации при медицинской эвакуации пациентов в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;
- управление процессами госпитализации пациентов в профильные медицинские организации;
- сокращение времени по обеспечению взаимодействия Служб СМП и Службы медицинских катастроф, обеспечение мультидисциплинарного взаимодействия в системе здравоохранения;
- усиление интеграционных связей между различными секторами здравоохранения;
- переход ведения медицинской документации на электронный документооборот в части электронных медицинских карт;
- обеспечение мониторинга состояния пациентов на всех этапах оказания СМП с использованием телемедицинских технологий, обеспечивающих поддержку принятия решений, что особенно важно для среднего медицинского персонала и обеспечение новыми возможностями коммуникации врач-пациент;

- развитие медицинского образования, базирующегося на компьютерных технологиях.

Дальнейшее развитие Службы СМП в России неразрывно связано с преодолением существующих вызовов, применением передовых высокотехнологических решений и организационных подходов, повышением профессионального уровня медицинских работников и оптимизацией координации с различными экстренными службами. Ключевым вектором прогресса выступает расширение санитарной авиации, обеспечивающей оперативное оказание медицинской помощи в удаленных и труднодоступных регионах страны.

В перспективе развития скорой медицинской помощи внедрение современных информационных технологий и различных автоматизированных систем позволит повысить оперативность и эффективность оказания помощи на догоспитальном этапе [140, 176, 177, 185, 190, 156, 193].

Развитие и совершенствование системы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе является важной задачей, направленной на сохранение здоровья и жизни населения.

1.2. Формирование и развитие мегаполисов с позиции управления оказания скорой медицинской помощи (контент-анализ)

По определению Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединённых Наций (ДЭСВ ООН), опубликованному в докладе «Перспективы мировой урбанизации» за 2018 год, мегаполис — это городская агломерация с населением более 10 миллионов человек.

Термин «мегаполис» обладает богатой и сложной историей, отражающей эволюцию городов и изменение представлений о них. Изначально понятие, предложенное шотландским биологом и социологом Патриком Геддесом, стоявшим у истоков градостроительства как науки в начале XX века, обозначало срастание нескольких крупных городов в единую, разрастающуюся урбанизированную зону. В своей книге «Cities in Evolution» (1915) он описал мегаполис как городскую форму, возникающую в результате слияния нескольких

близлежащих городов, образующих единый, непрерывный урбанизированный регион. П. Геддес рассматривал мегаполис как закономерный этап развития городов, обусловленный индустриализацией и развитием транспортных сетей [141]. В дальнейшем определение «мегаполиса» стало более гибким и подверженным различным интерпретациям, в зависимости от контекста и критериев, используемых для его идентификации.

С течением времени определение «мегаполиса» ещё более претерпело существенные изменения - изначальный акцент на географическое слияние городов дополнился экономическими, социальными и политическими критериями.

В дальнейшем этот термин был дополнен социологом и урбанистом Дженис Перлман для обозначения и характеристики очень крупных городских агломераций [139]. Перлман подчеркивает, что мегаполисы – это не однородные образования, а состоящие из множества микрорайонов, каждый из которых имеет свою историю, культуру и социальную структуру. Так, в одном районе могут жить богатые бизнесмены, а в другом – мигранты и представители рабочего класса. Это разнообразие создает уникальную атмосферу мегаполиса, но также порождает социальное напряжение и неравенство.

Проблема формирования и развития мегаполисов системно изучена, советским и российским географом-урбанистом Г.М. Лаппо, который рассматривал мегаполис не просто как скопление зданий и улиц, а как сложную пространственную форму организации общества, интегрирующую различные виды деятельности и населения на обширной территории. Он подчеркивал, что мегаполис – это не статичное образование, а постоянно развивающаяся система, подверженная влиянию множества факторов: экономических, политических, социальных и технологических. По его мнению, именно пространственная организация мегаполиса определяет его функциональную роль и влияние на окружающую среду [34].

Важно отметить, что исследователь подчеркивал, что конкурентоспособность страны во многом зависит от конкурентоспособности ее

мегаполисов. В свою очередь, развитие мегаполисов требует целенаправленной государственной политики, направленной на создание благоприятных условий для экономического роста, развития социальной и медицинской инфраструктуры и улучшения качества жизни населения.

В большой Российской энциклопедии дается понятие «Мегапóлис (от мега... и греч. πόλις – город) большой город (как правило, город-«миллионер») или городская агломерация (город-центр (ядро) или несколько городов-ядер с плотно примыкающими населёнными пунктами, находящимися в зоне его/их влияния (пригородная зона). Эта форма городского расселения представляет собой компактную группу территориально сближенных и экономически взаимосвязанных населённых мест (преимущественно городских), объединённых устойчивыми связями (трудовыми, культурно-бытовыми, производственными, рекреационными), общей социальной и технической инфраструктурой)» [12].

Общее количество мегаполисов в мире варьируется в зависимости от разных источников: по данным ООН (в 2018 году), в мире их было 33, на 2024 год – 35 и 44 по данным Demographia (в 2023 году) [156, 161].

Около половины этих городских агломераций находятся в Китае и Индии. Также мегаполисы присутствуют в Бразилии, Японии, Пакистане, Соединенных Штатах, Нигерии, Египте, Южной Африке, Демократической Республике Конго, России, Франции, Соединенном Королевстве, Турции, Бразилии, Мексике, Колумбии, Перу и Аргентине.

В настоящее время исследователи данной проблемы принимают во внимание демографию, плотность населения, экономический прогресс, развитость коммуникаций, международные отношения и политическую силу как основные факторы идентификации мегаполиса. Понятие мегаполиса стало более комплексным и фундаментальным, значимым в развитии мировой экономики и общественной деятельности.

До настоящего времени в строгом определении и характеристике мегаполиса нет строгих критериев для его обозначения (по количеству жителей,

структуре и площади территории), скорее, понятие мегаполиса соответствует представлению о современном крупном городе как об огромном скоплении людей, зданий, видов транспорта и т.п. В научной сфере как аналог мегаполиса также используются термины «мегасити» и «метрополис».

В российском правовом поле и научных исследованиях по данной проблеме основным фактором для классификации населенных пунктов выступает количество жителей. К категории крупных городов в настоящее время причисляют поселения, отличающиеся сравнительно высокой плотностью и численностью постоянно проживающего населения. В случае, когда число жителей превышает 1 млн человек, такие города получают статус мегаполисов.

В настоящее время сформировалась понятийная база критерии идентификации мегаполиса:

Численность населения: большинство определений мегаполиса подразумевают наличие как минимум нескольких миллионов жителей (от 1 до 10 млн).

Плотность населения: высокая плотность населения является важной характеристикой мегаполиса, отражающей интенсивность использования территории и концентрацию активности.

Экономическое значение: мегаполисы являются центрами экономической активности, генерирующими значительную часть ВВП страны или региона.

Развитая инфраструктура: мегаполисы обладают развитой транспортной, энергетической и коммуникационной инфраструктурой, обеспечивающей их функционирование и связь с внешним миром.

Глобальные связи: мегаполисы являются важными узлами в глобальных экономических, политических, социальных сетях, в том числе в области здравоохранения, взаимодействуя с другими городами по всему миру.

На основании исследования, проведенного профессором политических наук Федякиным И.В., глубокий анализ современных мегаполисов, рассматриваемых как объекты и субъекты исследовательского процесса, дает основания полагать, что развитие историко-географических типов городов как ключевых

политических и экономических узлов привело к формированию комплексных городских структур, трансформировавшихся в мегаполисы – масштабные концентрации ключевых административных, политических, финансовых, экономических, социальных и медицинских функций. Создание и прогресс мегаполисов являются важнейшей задачей современной государственной политики, имеющей как внутренние, так и международные аспекты [134]. Актуальность данного вопроса связана с необходимостью решения проблем мегаполисов, общих для современных государств.

Сложность и многоаспектность проблемы формирования и реализации политики развития мегаполисов в современных реалиях диктует необходимость оценки эффективности конкретных примеров развития мегаполисов, влиянии критериев и принципов успешности.

Жизнь в мегаполисе, несмотря на все преимущества, сопряжена с рядом факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье. Высокий уровень загрязнения воздуха, шум, стресс, сидячий образ жизни и не всегда здоровое питание – все это увеличивает риск развития хронических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, ожирение и респираторные заболевания. Кроме того, высокая плотность населения способствует быстрому распространению инфекционных заболеваний, требуя оперативного реагирования и эффективных мер профилактики.

Ключевое преимущество крупных городов – высокий уровень финансирования, что дает возможность применять передовые медицинские разработки. Именно поэтому в мегаполисах сосредоточены передовые знания, профессиональные навыки и ресурсы, стимулирующие развитие здравоохранения.

Для улучшения городской системы здравоохранения необходимо не только внедрять инновации, но и проводить реорганизацию и оптимизацию рабочих процессов. Для крупных городов становится все более значимым переход к профилактической и прогностической медицине, нацеленной на предупреждение болезней и поддержание здоровья населения.

В условиях функционирования служб СМП в мегаполисе, где время – самый ценный ресурс, на первый план выходит использование передовых технологий. Телемедицина, дистанционный мониторинг состояния здоровья, электронные медицинские карты, автоматизированные системы управления (АСУ) – все это позволяет оптимизировать процесс оказания скорой медицинской помощи, сделать ее более доступной и эффективной. Искусственный интеллект все чаще используется для диагностики заболеваний, анализа большого массива медицинских данных и разработки новых методов лечения при разработке АСУ в отрасли здравоохранения.

Обеспечение качества и доступности экстренной, в т.ч. первой, скорой, скорой специализированной медицинской помощи для всех жителей мегаполиса – сложная логистическая задача [166, 168, 169]. Необходима развитая сеть медицинских организаций, включая поликлиники, больницы, специализированные центры, стационары скорой медицинской помощи и службы МЧС, участвующие в оказании экстренной помощи. Важную роль играет грамотное распределение ресурсов, в т.ч. кадровых, оптимизация маршрутов бригад СМП и использование современных средств связи для координации действий различных служб и ведомств. Необходимо учитывать особенности различных районов города, транспортную доступность и потребности различных групп населения [169, 170, 171].

Рассматривая характеристику и развитие мегаполисов с позиции организации оказания экстренной медицинской помощи следует рассмотреть результаты проведенного многоаспектного исследования по анализу и оценке эффективности оказания скорой медицинской помощи в Москве в сопоставлении с другими мегаполисами мира [41].

В целях сравнения организации скорой медицинской помощи были отобраны 14 городов мира, наиболее сопоставимых с Москвой (площадь не менее 500 кв. км., население более 2-х млн. чел., наличие статистики, самые крупные мегаполисы в своих странах): Париж, Шанхай, Дели, Берлин, Гонконг, Нью-Йорк, Токио, Сингапур, Лондон, Сеул, Рим, Мехико, Сан-Паулу и Йоханнесбург.

Необходимо отметить в позитивном плане, что Москва отличается от других сравниваемых городов-мегаполисов ведением обширной статистики (утверждены формы федерального статистического наблюдения) по вопросам, характеризующим в динамике эффективность работы СМП, что позволяет сформировать информационную базу для выбора направлений совершенствования развития службы СМП.

Оценка проводилась по общему индексу, который складывался из индекса скорости, индекса оснащённости и индекса удовлетворённости пациента.

Индекс скорости работы скорой помощи объединяет 6 показателей:

- время соединения с оператором;
- среднее время регистрации обращения в единый диспетчерский центр;
- время от обращения до выезда скорой помощи;
- среднее время прибытия к пациенту;
- среднее время доставки больного в экстренном состоянии;
- доля ложных вызовов.

Все показатели по оценке скорости работы СМП имели количественное отображение только в г. Москве и Нью-Йорке.

По среднему времени прибытия к пациенту данные получены всем мегаполисам и составляют 20 минут и более в Мехико и Дели. Наименьшее в Лондоне (6 мин. 29 сек.), Токио (7 мин. 30 сек.), Сингапуре (8 мин.) и Сеуле (8 мин. 18 сек.). В Москве этот показатель составил 10 мин. 18 сек. (8-е место), при выезде на ДТП бригада приезжает в среднем за 7 мин. 42 сек. По общему индексу скорости Москва с индексом 6,8 заняла 6-е место (первое место у Сеула (8,0), Токио (7,5) и Сингапур (7,2)), однако по времени от обращения до выезда бригады – первое место с результатом 2 мин. 30 сек.

Как показал дальнейший анализ, индекс скорости совершенно не зависел от индекса оснащённости, который включал в качестве расчётной базы:

- количество бригад СМП на 100 тыс. населения;
- количество вертолётных площадок на 100 тыс. населения;
- количество вертолётных площадок на 1000 кв. км.;

- количество подстанций СМП на 1000 кв. км.;
- количество больниц на 1000 кв. км.;
- наличие специализации у бригад;
- наличие врача в бригаде;
- наличие автоматизированного устройства;
- наличие теле-ЭКГ.

По уровню оснащённости служба СМП г. Москвы заняла третье место среди рассматриваемых мегаполисов с индексом 8,0, немного пропустив вперёд Йоханнесбург (8,1) и Берлин (8,8), и значительно опережая идущие следом Нью-Йорк (6,5) и Париж (5,9). Замыкают этот список Сингапур (2,2), Сан-Паулу (2,0) и Сеул (1,7).

По уровню удовлетворённости Москва также оказалась в числе лидеров с показателем 95%, пропустив вперёд только Париж (96%).

В целом по обобщённому Общему индексу Москва оказалась на втором месте со значением 7,64. Лидером исследования с индексом 8,25 стал Берлин, а замкнул тройку призёров Нью-Йорк (7,60). Худшими в общем зачёте оказались Дели (3,07), Сан-Паулу (2,99) и Рим (2,00).

Проведённый анализ позволил выделить лучшие практики в службах СМП мегаполисов мира. В Австралии при оценке КПЭ введены такие индикаторы, как задержка скорой помощи от норматива, обратная связь с пациентами, готовность к внештатным ситуациям, рейтинг доверия горожан, рейтинг удовлетворённости работников СМП. В США принят критерий выживаемости пациента, дискомфорт пациента, эффективное управление расходами, создана комиссия по аккредитации служб СМП.

Результаты проведённого сравнительного анализа организации СМП позволяет разработать рекомендации по системным изменениям; кадровой политике, в т.ч. по совершенствованию системы оплаты труда медицинским работникам службы СМП; оснащённости службы, в т.ч. оснащение машин современными технологиями, усовершенствование парка машин.

Резюме

Организация СМП является сложной и многогранной задачей, требующей комплексного подхода и постоянного совершенствования. Важно учитывать опыт других стран, адаптируя его к местным условиям и потребностям. Совершенствование системы СМП является приоритетной задачей для обеспечения здоровья и благополучия населения. Дальнейшие исследования и анализ лучших практик в области организации СМП будут способствовать повышению ее эффективности и улучшению качества оказания медицинской помощи. Особое внимание исследователи уделяют развитию телемедицины, внедрению современных информационных технологий и повышению квалификации медицинского персонала. Только комплексный подход позволит создать современную и эффективную систему СМП, способную оперативно и качественно оказывать помощь пациентам в критическом состоянии.

Эффективная организация и профессиональное оказание помощи на этом этапе позволяют значительно снизить смертность и инвалидизацию пациентов с острыми заболеваниями и травмами, а также улучшить общее качество жизни пострадавших.

Мегаполис – это не просто скопление зданий и дорог, а также большая численность населения, это сложнейший живой организм, пульсирующий в ритме миллионов жизней. И сердце этого организма – система здравоохранения, вынужденная отвечать на вызовы беспрецедентной концентрации населения, экологических проблем и стремительного темпа жизни. Медицина в мегаполисах – это переплетение передовых технологий, высокой квалификации специалистов и сложных логистических решений, направленных на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи каждому жителю.

Развитие медицины в мегаполисах неизбежно повлечет за собой усиление акцента на профилактику заболеваний. Города становятся центрами распространения информации о здоровом образе жизни, правильном питании и важности физической активности. Образовательные программы, направленные на повышение осведомленности населения о факторах риска и методах

профилактики, будут играть все более важную роль и являться существенным фактором снижения потребности в экстренной медицинской помощи.

Одним из ключевых направлений развития мегаполисов станет совершенствование системы здравоохранения включая экстренную медицинскую помощь. Оперативность реагирования на вызовы, оснащение бригад скорой медицинской помощи современным оборудованием, своевременная доставка пациентов в стационарные медицинские организации и использование передовых технологий для диагностики и лечения на месте происшествия – все это позволит спасать жизни и минимизировать последствия травм и заболеваний. Создание единых диспетчерских центров и внедрение систем геолокации помогут оптимизировать работу скорой помощи и обеспечить своевременную доставку пациентов в стационары.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базы исследования

В городе Москве оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе осуществляется Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения Москвы (далее - ССиНМП им. А.С. Пучкова), которая является самостоятельной медицинской организацией и находится в подчинении Департамента здравоохранения города Москвы, и являлась базой для проведения исследования.

ССиНМП им. А.С. Пучкова оказывает скорую медицинскую помощь как заболевшим и пострадавшим, находящимся вне медицинской организации, так и в пути следования в медицинскую организацию в случае необходимости эвакуации пациента или его перевода, а также экстренную консультативную помощь населению при обращении по телефону и пациентам в стационарах, не имеющим профильных специалистов, путем направления в этот стационар экстренной специализированной (консультативной) бригады соответствующего профиля.

Деятельность скорой медицинской помощи определена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [71, 93].

ССиНМП им. А.С. Пучкова включает 63 подстанции и 32 поста, равномерно распределенных на территории города.

Организация работы ССиНМП им. А.С. Пучкова основана на принципах централизованного приема и сортировки вызовов и управления бригадами скорой медицинской помощи.

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 8 ноября 2016 г. № 907 с 2017 года в целях дальнейшего совершенствования, повышения доступности и улучшения качества оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению города в структуре оперативного отдела ССиНМП им. А.С. Пучкова организован единый городской диспетчерский центр скорой и неотложной медицинской помощи (ЕГДЦ). ЕГДЦ осуществляет централизованно круглосуточный прием, сортировку вызовов и передачу их на исполнение выездным бригадам СМП, выездными бригадами отделений неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению, а также мониторинг их работы. Все поступающие непосредственно в единый городской диспетчерский центр обращения подлежат обязательной регистрации в автоматизированном режиме [68].

Станция работает в режиме постоянной мобильной готовности оказывать скорую медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, различных происшествиях и заболеваниях. На период внештатных ситуаций на ССиНМП им. А.С. Пучкова осуществляется формирование отряда бригад СМП как бригад первого эшелона, оказывающих экстренную медицинскую помощь.

Объект исследования: медицинские организации, оказывающие скорую, скорую специализированную и неотложную медицинскую помощь населению города Москвы. Медицинский персонал. Предмет исследования: организация оказания скорой, скорой специализированной медицинской помощи населению города Москвы. Единица наблюдения: медицинская организация, оказывающая скорую, скорую специализированную медицинскую помощь населению города Москвы; врач выездной бригады СМП; фельдшер (медицинская сестра) выездной бригады СМП; руководители подразделений (подстанций и постов) СМП. Инструменты сбора данных: база данных скорой медицинской помощи, медицинская документация, анкеты, статистические данные, характеризующие причину и структуру вызовов СМП, в том числе в разрезе клинических форм патологических состояний.

Источники информации:

1. Формы Федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» по г. Москве за 2014–2024 гг. (11 документов);
2. Информация о выполненных вызовах из КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова за 2014–2024 гг. (43236493 записей)
3. Результаты социологического исследования 1257 сотрудников СМП, в том числе – 78 руководителей, 217 врачей выездных бригад, 962 фельдшеров и медицинских сестер СМП.
4. Нормативно-правовые документы: федеральные законы (7), приказы и письма Министерства здравоохранения РФ (25), приказы Министерства труда РФ (6), указы Президента, постановления Правительства (4), письма и приказы ДЗМ г. Москвы (19), прочие нормативно-правовые акты (12)

2.2. Методы и этапы исследования

Программа диссертационного исследования, системы сбора, анализа и обработки информации (дизайн исследования) представлены на схеме 1.

Цель: научно обосновать и разработать организационные мероприятия по совершенствованию управления и организации скорой медицинской помощи в мегаполисе.		
Задачи	Материалы	Методы
1. Провести комплексный анализ управления и организации скорой медицинской помощи в г. Москве.	Сведения из формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» по г. Москве за 2014–2024 гг. (11 документов), информация о выполненных вызовах из КАСУ ССиНМП им.А.С. Пучкова за 2014–2024 гг. (43236493 записей)	Комплекс статистических методов: расчёт экстенсивных, интенсивных показателей, показателей соотношения, анализ динамических рядов
2. Изучить мнение руководителей структурных подразделений и медицинского персонала службы скорой медицинской помощи об управлении, организации и направлениях его совершенствования.	1257 анкет (в т.ч. 78 руководителей подразделений и 1179 врачей и фельдшеров выездных бригад СМП)	Комплекс социологических (анкетирование) и статистических методов
3. Провести анализ направления развития нормативно-правового	Федеральные законы (7), приказы и письма Министерства	Информационно-аналитический, контент-анализ

обеспечения функционирования службы скорой медицинской помощи.	здравоохранения РФ (25), приказы Министерства труда РФ (6), указы Президента и постановления Правительства (4), письма и приказы Департамента здравоохранения г. Москвы (19), прочие нормативно-правовые акты (12)	
4. Научно обосновать, разработать и внедрить предложения по совершенствованию управления и организации скорой медицинской помощи в мегаполисе.	Результаты, полученные в ходе решения предыдущих задач	Анализ, абстрагирование, синтез, организационное моделирование

Схема 1. Программа исследования.

Достижение цели и поставленных задач осуществлялись с использованием методик и методов, позволяющих провести комплексный анализ и оценку организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи жителям города Москвы: дать характеристику объемов, видов и структуры вызовов бригад СМП с учетом специфики города Москвы как столичного мегаполиса с растущей численностью населения и составляющего 13,3 млн. человек на начало 2025 года; обосновать научную базу совершенствования организационных механизмов управления Службой СМП с использованием информационных технологий, обосновать направления развития службы СМП с учетом роста населения и новых административных территорий.

Методологическая и теоретическая основа исследования базируется на принципах системного подхода, поскольку служба организации оказания СМП является подсистемой здравоохранения и в то же время эта служба является самостоятельной системой со всеми присущими ей признаками: самостоятельной структурой, созданной под конкретную цель – оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; ресурсное, в том числе кадровое, обеспечение, взаимодействие с внешней средой.

Важными аспектами исследования также явились: анализ публикаций отечественных и зарубежных исследователей (за 10 лет), изучение методологии анализа и оценки функционирования медицинских организаций, оказывающих

СМП населению; изучение практического опыта управления службы СМП; использование законодательных, нормативных документов, в т.ч. методических рекомендаций и алгоритмов оказания СМП, утвержденных приказами департаментом здравоохранения г. Москвы.

Работа выполнялась в несколько этапов, каждый из которых базировался на решении конкретной задачи, с использованием методов получения и анализа информации.

На первом этапе проведения диссертационного исследования были разработаны: программа исследования, информационная база, проведен информационно-патентный поиск по проблеме организации оказания СМП за 20 лет, что позволило определить актуальность проблемы и методические подходы к решению обозначенных для исследования задач. Кроме того, были определены объект и предмет исследования, единицы наблюдения, отработаны методы сбора, анализа и оценки информации. Проведен анализ публикаций по формированию и развитию мегаполисов в мире и России, их специфики с позиции организации и управления системами здравоохранения, в т.ч. организация оказания СМП.

На втором этапе проведен комплексный анализ организации оказания СМП в г. Москве за 10 лет (2014–2024 гг.). Изучены объем, поводы, структура обращений населения в службу ССиНМП им. А.С. Пучкова г. Москвы.

Проведен анализ основных параметров, характеристик доступности и качества СМП в г. Москве; изучены вопросы управления маршрутизацией пациентов, нуждающихся по экстренным показаниям в медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, что позволило обосновать и разработать предложения и механизмы по внедрению информационных технологий для оптимизации сроков доставки пациентов в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях г. Москвы.

Третий этап был посвящен анализу и оценке результатов социологического исследования по организации оказания СМП и управлению службы СМП руководителями ССиНМП им. А.С. Пучкова (руководители подстанций СМП и

постов СМП – сплошное исследование) и медицинских работников – врачей и фельдшеров, медицинских сестер выездных бригад СМП). База исследования составила 1257 анкет-ответов.

На четвертом этапе исследования проведен анализ законодательных нормативно-правовых документов, регламентирующих организацию оказания экстренной, неотложной, скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи населению страны, включая законы Российской Федерации, указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации, приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации, федерального фонда ОМС, директивные документы Департамента здравоохранения г. Москвы, стандарты, алгоритмы и методические рекомендации по различным аспектам организации службы СМП в мегаполисе.

На пятом этапе был проведен анализ полученных результатов с последующим синтезом, формированием выводов и рекомендаций для внедрения в практику работы ССиНМП им А.С. Пучкова по совершенствованию управления и организации оказания СМП, разработке предложений по совершенствованию нормативно-правового регулирования, функционирования и развития службы СМП в новых условиях использования автоматизированного управления организационных процессов в работе выездных бригад, в т.ч. по экстренной госпитализации пациентов.

2.3. Методы расчёта показателей для анализа работы скорой медицинской помощи

В работе были проанализированы формы федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» за 2014-2024 гг.

Число выполненных вызовов бригадами скорой медицинской помощи анализировали по данным ф. № 30, т. 2120, с.1, гр.3

Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выполнении вызовов скорой медицинской помощи, анализировали по данным ф. № 30, т. 2120, с. 2, гр. 3

Число безрезультатных вызовов скорой медицинской помощи анализировали по данным ф. № 30, т. 2350, с. 3, гр. 3

Число вызовов скорой медицинской помощи по времени доезда до места вызова скорой медицинской помощи и времени, затраченному на выполнение одного вызова скорой медицинской помощи, единица ф. № 30, т. 2300, с.1, гр.3

Доля безрезультатных выездов рассчитывалась как процентное отношение числа безрезультатных выездов (ф. № 30, т. 2350, с. 3, гр. 3) к общему числу вызовов, выполненных бригадой скорой медицинской помощи (ф. № 30, т. 2120, с.1, гр.3).

Расчёт структуры выполненных вызовов проводили путём расчёта экстенсивных показателей, выраженных в процентах, по данным ф. № 30, т. 2120, с.1, гр. 4:6 по отношению к данным в гр. 3.

Расчёт возрастной структуры лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, проводился путём расчёта экстенсивных показателей, выраженных в процентах, по данным ф. № 30, т. 2120, с. 1.1, 1.2, гр. 3 по отношению к с.1. Численность взрослых трудоспособного возраста получали как разницу значений между строкой и строками 1.1, 1.2.

Сопоставление числа вызовов к пациентам, пострадавшим в ДТП, и самих пациентов, пострадавших в ДТП, проводили по данным ф. № 30, т. 2350, с. 5, 6, гр. 3.

Расчёт числа лиц, госпитализированных / доставленных бригадами скорой медицинской помощи (в том числе – интенсивный показатель, рассчитанный на 1000 населения), проводился по данным ф. № 30, т. 2120, с. 10.

Показатели работы скорой медицинской помощи по оказанию медицинской помощи пациентам с острым и повторным инфарктом миокарда, с острыми цереброваскулярными болезнями проводился по данным ф. № 30, т. 2350; в том числе: 1) доля пациентов, доставленных в региональные сосудистые центры, рассчитывалась как процентное отношение числа таких лиц (с. 1.3, гр.3) к общему числу пациентов с острым инфарктом миокарда (с.1, гр. 3); 2) доля пациентов, доставленных в региональные сосудистые центры и первичные сосудистые

отделения с места вызова скорой медицинской помощи рассчитывалась как процентное отношение числа пациентов, доставленных в региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения с места вызова скорой медицинской помощи (с. 2.2, гр. 3) к числу пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями (с. 2, гр. 3).

В отличие от формы федерального статистического наблюдения № 30, для анализа статистической информации из базы данных КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова были взяты вызовы выполненные в рамках программы обязательного медицинского страхования (без учета вызовов психиатрических бригад и бригад по эвакуации больных на процедуры гемодиализа и после нее; работ выделенных в государственное задание организации).

Почасовое распределение поступающих вызовов анализировали по данным, полученным из КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова, и выражали в процентах по часовым периодам от общего числа вызовов, полученных в течение суток.

Распределение вызовов бригад СМП по месту обращения рассчитывали по данным, полученным из КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова, и выражали в процентах от общего числа мест вызовов.

Распределение вызовов по округам Города Москвы, возрасту и полу также получали из базы данных из КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова.

Расчёт интенсивного показателя числа вызовов по возрастным группам проводили по данным КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова, как отношение числа вызовов в соответствующей возрастно-половой группе к численности прикрепленного населения соответствующего возраста и пола умноженное на 1000.

Сведения о доле лиц с подозрением на наличие алкогольного опьянения при выполнении вызовов бригадой СМП также получали из базы данных КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова

Распределение пациентов по классам болезней и иным причинам обращения рассчитывали по данным, содержащимся в базе КАСУ ССиНМП

им. А.С. Пучкова, как процентное отношение числа заболеваний и состояний соответствующего класса к общему числу заболеваний и состояний.

2.4. Проведение социологического исследования

В соответствии с задачами диссертационного исследования для комплексной оценки деятельности ССиНМП им. А.С. Пучкова проведен анкетированный опрос.

Социологический опрос методом анонимного анкетирования проведен в группах:

- руководителей (заместители главного врача, в том числе с местом работы в региональных объединениях (в Москве 63 подстанции скорой медицинской помощи сгруппированы по окружному принципу в 10 региональных объединений, каждое из которых возглавляет заместитель главного врача по региональному объединению, который одновременно является руководителем одной из подстанций регионального объединения), заведующие подстанциями, руководители отделов, исполняющие обязанности руководителей) СМП города Москвы (далее – руководители). В исследовании приняли участие все руководители службы СМП города Москвы;

- медицинских работников выездных бригад скорой помощи (врачи, фельдшеры, медицинские сестры).

Проведение подобного опроса представляет собой важное исследование, нацеленное на изучение ряда ключевых аспектов, связанных с функционированием СМП в мегаполисе, обусловлено необходимостью анализа текущего состояния службы СМП и ее кадров, а также определения возможностей для ее совершенствования в условиях динамично меняющейся системы здравоохранения в целом.

Анкетированный опрос проведен по разработанным анкетам с учетом правил композиционного построения. Анкета опроса руководителей имеет 28 вопросов, анкета опроса медицинского персонала выездных бригад СМП состоит из 26 вопросов и содержат как общую информацию о респонденте (пол, возраст,

образование, стаж работы в СМП, должность), так и специальные вопросы, в частности:

- положительные и негативные факторы восприятия работы;
- мнение о рисках работы в службе СМП и способы облегчения профессиональной деятельности;
- оценка уровня удовлетворенности работой и социальными условиями в целом для сотрудников службы СМП.

Смысловые блоки анкет включали:

- вопросы, отражающие характеристику опрошенных;
- вопросы по получению фактических сведений о качестве управления и организации процессов в службе СМП;
- вопросы, направленные на определение мнений, установок по различным аспектам функционирования ССиНМП им. А.С. Пучкова и службы СМП в целом; личных установок позитивных сторон профессиональной деятельности в службе СМП и факторов, осложняющих работу и профессиональное самочувствие;
- вопросы по установлению респондентами направлений развития СМП в г. Москве и совершенствованию кадровой политики.

Для разработки предложений по совершенствованию управления и организации оказания СМП в г. Москве и направлений развития службы были разработаны целевые вопросы в анкетах. Результаты анкетного опроса были систематизированы (позитивные и негативные аспекты работы руководителей и медицинского персонала выездных бригад СМП) с учетом действующих организационных принципов централизованного управления с учетом действующих нормативно-правовых документов.

В исследовании приняли участие 1257 респондентов. Из них 78 человек – руководители ССиНМП им. А.С. Пучкова, 217 – врачебный персонал выездных бригад скорой и неотложной помощи, 962 – средний медицинский персонал выездных бригад.

Достоверность выборки определена классическим способом. На момент проведения социологического опроса выездной персонал составлял порядка 7000 сотрудников, расчет проводился с доверительной вероятностью 95% и погрешностью 3%. По расчету требуется выборка ≈ 926 человек, в нашем исследовании опрошено 1179 выездного персонала и 100% руководящего состава, что делает выборку репрезентативной.

Большая часть опрошенных составила женщины (52,5%), что в целом соответствует структуре населения в Москве. При этом среди руководителей доля мужчин составила 70,5%, что значительно выше доли мужчин в структуре населения, но в целом отражает структуру руководящих лиц в здравоохранении.

Большая часть опрошенных из числа среднего медицинского персонала находится в возрасте до 40 лет, у врачей этот показатель плавно смещается в сторону 31–50 лет, возраст руководящего состава в большей части представлен респондентами от 41 до 50 лет, что является оптимальным возрастом для руководителей. Из этого следует, что чем выше квалификация и профессиональное положение, тем выше средний возраст опрошенных.

Распределение по стажу работы в системе СМП Москвы, как и по возрасту опрашиваемых, имеет сходные профили. Максимальное число врачей и средних медицинских работников имеют стаж менее 10 лет (45,6 и 43,7% из 217 и 961 соответственно), в дальнейшем эти доли равномерно снижаются, причём у врачей быстрее. Это говорит о более консервативном отношении к работе среднего медицинского персонала. Совсем иная картина у руководящего состава. Только 13,2% из 76 руководителей, давших ответ на этот вопрос, имеют стаж менее 10 лет. Максимальные доли приходятся на 11–20 и 21–30 лет (39,5 и 34,2% из 76 опрошенных руководителей соответственно). Это позволяет сделать вывод, что полученная оценка по всем пунктам анкеты у руководителей базируется на большом стаже и значительном опыте работы в СМП и представляет собой взвешенное и обоснованное мнение, которое важно учитывать при проведении организационных мероприятий по улучшению работы СМП Москвы.

При анализе ряда вопросов, в частности зависимостях от общего стажа работы или стажа в текущей должности, проводились исключения – рассматривались только анкеты, содержащие ответ на данный вопрос. Таким образом, в ряде вопросов выборка составила 1254/1245 человек (76/67 руководителей, 217 врачей и 961 средний медицинский работник выездной бригады).

По ряду вопросов опрос проводился только среди руководителей (как Вы оцениваете эффективность профессиональной подготовки среднего медицинского персонала, находящегося в Вашем подчинении, эффективность профессиональной подготовки врачебного медицинского персонала, находящегося в Вашем подчинении, важность/возможность творческого и профессионального развития. По некоторым вопросам опрос проводился только среди работников выездных бригад - какие программы вы считаете наиболее актуальными и востребованными к обучению, готовы ли увеличивать объем работы более чем на 1 ставку, что могло бы стимулировать Вас принять решение увеличить (сохранить увеличенный объем работы) объем работы, готовы ли работать с увеличенной нагрузкой в бригадах с одним медицинским работником в настоящих условиях, что могло бы стимулировать Вас принять решение о работе в бригадах с одним медицинским работником и т.д. В таких случаях относительные показатели рассчитывались исходя из соответствующих выборок (78/67 руководителей и 1179/1178 работников выездных бригад).

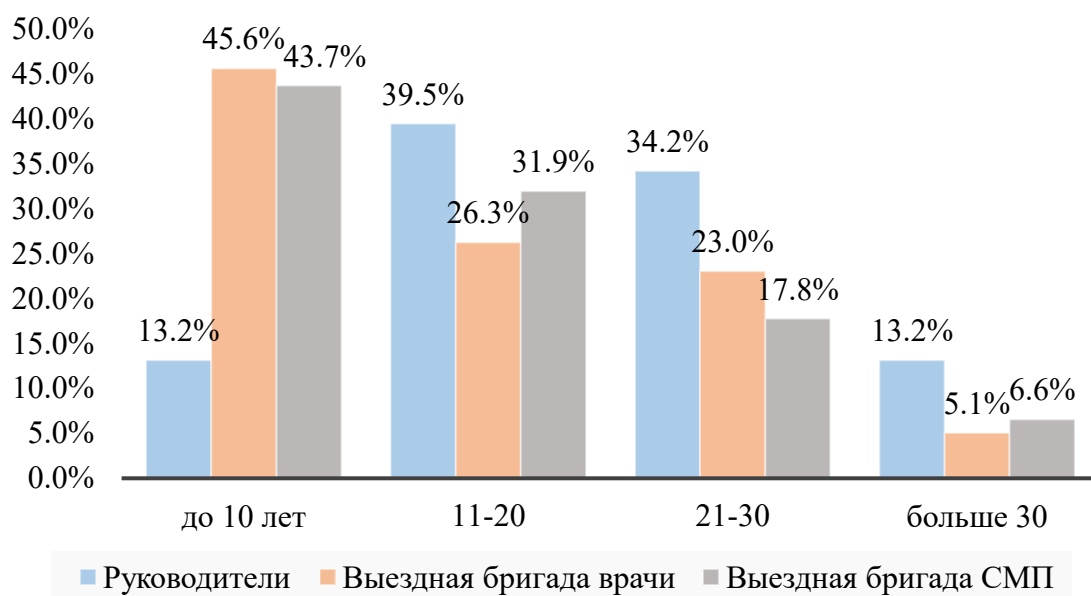


Рисунок 2.1. Распределение респондентов по общему стажу работы на станции скорой и неотложной медицинской им. А.С. Пучкова (в %)

Распределение респондентов по общему стажу в службе СМП представлено на рисунке 2.1.

Большая часть принявших в опросе руководителей службы СМП Москвы занимают должность заведующего подстанцией (51 человек из 78 опрошенных руководителей, или 65,4%) (рис. 2.2). Это означает, что мнение руководителей, как правило, основано на опыте практической работы, хотя значимая часть опрошенных занимает более ответственные посты и имеет представление о функционировании всей службы СМП на общегородском уровне.

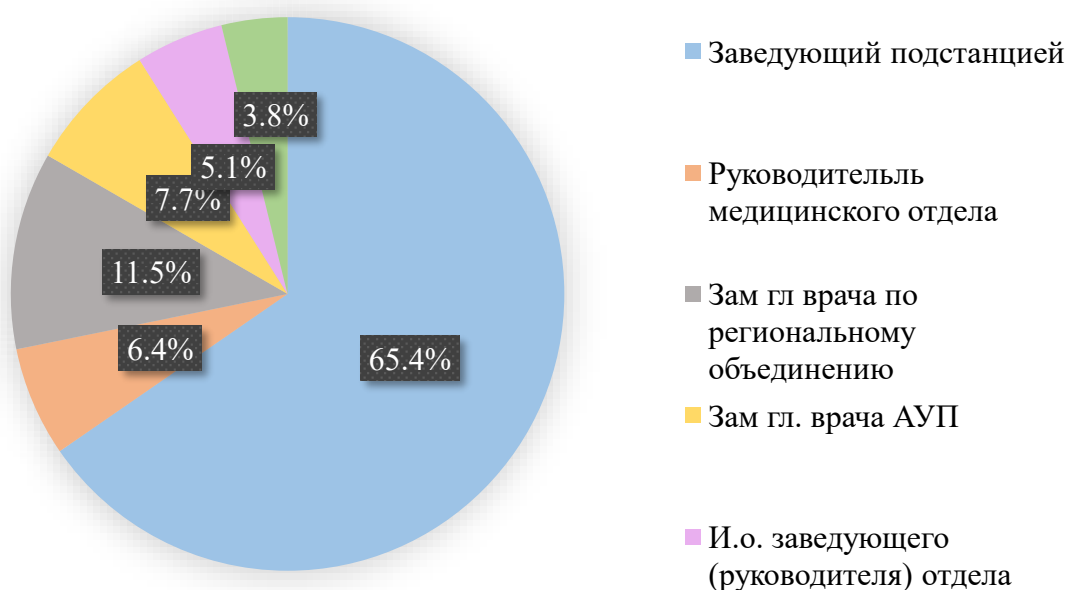


Рисунок 2.2. Распределение руководителей по текущим должностям на станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (в % к итогу)

Медианный стаж работы руководителей на текущей должности составил 5 лет; 95% ДИ 4-7. Почти половина опрошенных (47,4%, или 37 из 78 руководителей) находится в ней пять и менее лет (из них 23 – менее трёх лет), то есть являются относительно «молодыми руководителями».

Общая численность медицинских работников подстанций в 2023 году, курируемого направления респондентов, составила 10 165 человек. Больше всего респондентов (33 из 78 руководителей, или 42,3% ответивших) руководят коллективами от 100 до 200 человек. В среднем в подчинении одного руководителя находятся 469 сотрудников, что свидетельствует о достаточно большом охвате исследования и руководящем уровне респондентов.

Анализ распределения по должностям 1179 медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи показал, что большую часть опрошенных составляют фельдшеры – 936, или 79,4% от работников выездных бригад, или 74,5% от всех опрошенных. Врачи (217 человек) в совокупности составили всего 18,4 и 17,3% соответственно. Исходя из неравномерности такого распределения, по всем значимым вопросам был проведен сравнительный анализ в относительных величинах среди руководителей, врачей выездных бригад и средних медицинских работников (Рисунок 2.3).

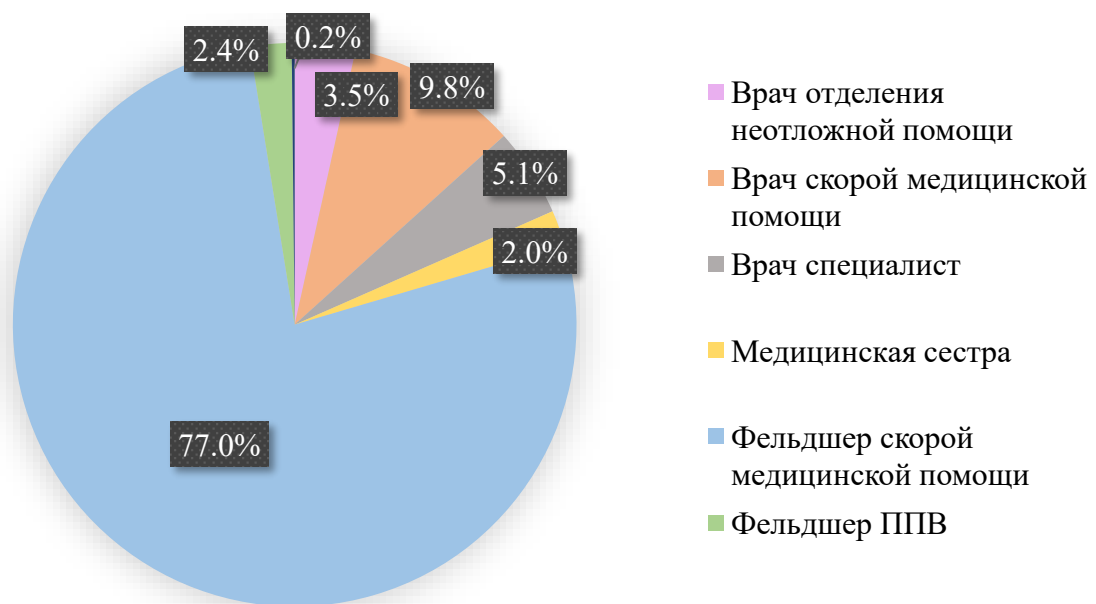


Рисунок 2.3. Распределение медицинского персонала выездных бригад скорой медицинской помощи по текущим должностям (в % к итогу)

В отдельных случаях ответы были пропущены; в этом случае расчёт проводили по отношению к общему числу полных ответов, а размер выборки указывался дополнительно.

2.5. Методы статистической обработки информации

В соответствии с задачами диссертационного исследования, статистическую обработку информации проводили в соответствии с ГОСТ Р50779.10–2000.

Рассчитывали экстенсивные и интенсивные показатели; использовали методы анализа динамических рядов. Для показателей, распределение которых отличается от нормального, а также для социологических оценок, выраженных в баллах, использовали непараметрические методы: расчёт медианы и квартилей, сравнение с использованием тестов: Краскелла-Уоллиса и Мана-Уитни. Для качественных показателей, выраженных в долях (в %), рассчитывали 95% доверительные интервалы (по методу Фишера), логистический регрессионный анализ, статистическую значимость различий – вероятность статистической ошибки первого рода (p).

Расчёт статистических показателей проводили с использованием свободного ПО - R version 4.3.1 (2023-06-16 ucrt) -- «Beagle Scouts»; Copyright (C) 2023 The R Foundation for Statistical Computing Platform: x86_64-w64-mingw32/x64 (64-bit), интегрированного вместе со средой R-Studio 2025.05.0 Build 496 «Mariposa Orchid» Release (f0b76cc0, 2025-05-04) for Windows.

ГЛАВА 3

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

3.1. Анализ показателей работы выездных бригад скорой медицинской помощи г. Москвы за 2014–2024 годы.

Число выполненных вызовов бригадами скорой медицинской помощи в городе Москве в динамике за 2014–2024 гг. представлено в таблице 3.1. В целом количество вызовов остается достаточно стабильным на протяжении длительного времени (+5%), однако значительный прирост вызовов установлен в период пандемии COVID-19 (2020 год +8,1%, 2021 год +13,4%) с последующим их снижением в 2023–2024 годах.

В 2023–2024 годах в Москве продолжалась масштабная программа модернизации амбулаторно-поликлинической сети, основными направлениями которой были цифровизация, движение на улучшение качества и доступности медицинской помощи для жителей Москвы, внедрение цифровых технологий в управление службой СМП, что обеспечило перемещение непрофильных для скорой медицинской помощи вызовов в амбулаторно поликлиническую службу, в связи с чем количество вызовов СМП несколько снизилось.

Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выполнении вызовов скорой медицинской помощи в городе Москве в динамике за 2014 – 2024 гг. представлено в Таблице 3.2. Их количество также как и вызовов, выполненных бригадами СМП, остается стабильным, кроме повышения в период пандемии COVID-19 в 2020–2021 гг.

Таблица 3.1

Число выполненных вызовов бригадами скорой медицинской помощи в г. Москве в динамике за 2014–2024 гг. (абс. и на 1000 населения)
(по данным формы федерального статистического наблюдения № 30)

Показатели	Годы										
	2014 *	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Выполнено вызовов скорой медицинской помощи, всего	3637498	3947107	3990967	3885872	4026520	4082551	4176363	4381990	3876012	3738402	3493211
из них: безрезультатных	3637498	3718107	3804493	3753983	3888406	3940225	4021170	4225598	3735055	3595761	3342972
на 1000 населения	299,3	303,2	307,9	301,7	309,6	311,6	317,5	329,2	286,0	273,9	253,0
показатель наглядности (в % к 2014 г.)	100	101,3	102,9	100,8	103,4	104,1	106,1	110,0	95,6	91,5	84,5

* в 2014 году формы федерального статистического наблюдения № 30 заполнялись без учета безрезультатных вызовов.

Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выполнении вызовов скорой медицинской помощи в г. Москве в динамике за 2014–2024 гг. представлено в Таблице 3.2

Таблица 3.2

Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выполнении вызовов скорой медицинской помощи в г. Москве в динамике за 2014–2024 гг.
(по данным формы федерального статистического наблюдения № 30)

Показатели	Годы										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выполнении вызовов скорой медицинской помощи, чел	3588377	3718107	3804493	3753983	3888406	3940225	4021170	4225598	3735055	3595761	3342972
показатель наглядности (в % к 2014 г.)	100	103	106	104	108	109	112	117	104	100	93

Разница между числом выполненных вызовов бригадами СМП и числом лиц, которым оказана скорая медицинская помощь связана с безрезультатными выездами – это случаи, когда больного не оказалось на месте, вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), не найден адрес, указанный при вызове, пациент оказался практически здоровым и не нуждался в помощи, больной умер до приезда бригады скорой медицинской помощи, больной увезён до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной отказался от помощи (осмотра), вызов отменён [111], за исключением 2014 года, когда методика внесения данных в форму федерального статистического наблюдения № 30 отличалась. При этом в 2014 году в структуру ССиНМП им. А.С. Пучкова входил отдел учета, анализа смертности и транспортировки тел умерших. Отдел вел круглосуточный прием и регистрацию констатацию смерти граждан от бригад скорой медицинской помощи, городских и ведомственных медицинских организаций. Производил констатацию смерти в часы и дни, когда не работали поликлиники. Организовал и осуществлял перевозку умерших и погибших граждан специализированным санитарным транспортом в морги и хранилище Москвы [137]. Разница между числом выполненных вызовов бригадами СМП и числом лиц, которым оказана скорая медицинская помощь в 2014 году была связана именно с деятельностью указанного отдела.

Таблица 3.3.

Число безрезультатных выездов скорой медицинской помощи в г. Москве за 2014–2023 гг. (по данным формы федерального статистического наблюдения № 30)

Годы	Число безрезультатных выездов скорой медицинской помощи	
	абс.	в % к числу выполненных выездов
2014	227 166	5,9
2015	229 000	5,8
2016	186 474	4,7
2017	131 889	3,4
2018	138 114	3,4
2019	142 326	3,5
2020	155 193	3,7
2021	156 392	3,6
2022	140 957	3,6
2023	142 641	3,8
2024	150 239	4,3

Необходимо отметить снижение безрезультатных вызовов в городе Москве, так за период изучения доля указанной категории вызовов бригад СМП в структуре выполненных выездов уменьшилась с 5,9 до 4,3% (Таблица 3.3).

Оперативность прибытия бригад СМП на место вызова является ключевым показателем эффективности работы службы СМП, имеющим высокую социальную значимость и соответствующее общественное ожидание. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» [93], время доезда бригады СМП на экстренный вызов не должно превышать 20 минут, однако территориальная программа обязательного медицинского страхования (ОМС) допускает корректировку данного норматива. В Москве показатель доезда на экстренные вызовы стабилен и достигает нормативных значений на протяжении многих лет. Дополнительные данные о временных параметрах работы СМП при выполнении всех вызовов (экстренная и неотложная форма) с динамикой за 2014–2024 годы, представлены в Таблице 3.4. где отмечается стабильность указанного показателя на уровне 90%.

Таблица 3.4.

Число вызовов скорой медицинской помощи по времени доезда до места вызова скорой медицинской помощи и времени, затраченному на выполнение одного вызова скорой медицинской помощи в динамике за 2014–2024 гг.
(по данным формы федерального статистического наблюдения № 30)

год	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Выполнено вызовов скорой медицинской помощи, всего	3637498	3947107	3990967	3885872	4026520	4082551	4176363	4381990	3876012	3738402	3493211
из них до 20 минут	3354180	3452339	3617396	3662503	3814036	3868012	3747972	3638239	3481984	3383611	3135201
% от всех выездов	92.2 %	87.5 %	90.6 %	94.3 %	94.7 %	94.7 %	89.7 %	83.0 %	89.8 %	90.5 %	89.8 %

Структура выполненных вызовов бригадами скорой медицинской помощи г. Москвы по поводам за 2014–2024 годы (по данным формы федерального статистического наблюдения № 30) представлена в Таблице 3.5.

Отмечается небольшой прирост в 2024 году вызовов СМП по поводу травм на 10,9% к 2014 году, при снижении их количества в период 2019–2020 гг. Количество вызовов по поводу внезапных заболеваний и состояний уменьшилось в 2024 году -10,4% в сравнении с 2014 годом. Вызов по поводу родов и патологии беременности остаются на стабильном уровне и составляют в среднем 2,8% от всех вызовов.

Распределение лиц по возрасту, которым оказана скорая медицинская помощь при выездах за 2014–2024 годы представлена в Таблице 3.6. Отмечается, что доля вызовов к детям (возраст 0-17) остается стабильной 14,0% в 2014 до 13,9% в 2024 (-0,1%), при этом в период эпидемии коронавируса эта доля значительно снижалась до 10,1% в 2020 году (-3,9% к 2014 году; -4,8% к 2019 году) и 12,4% в 2021 году (-1,6% к 2014 году; -2,5% к 2019 году), что коррелирует с мнением врачей, что дети переносят COVID-19 легче взрослых, болезнь у них протекает с более мягкими симптомами и даёт меньше осложнений в связи с чем и потребность в обращении в службу скорой медицинской помощи меньше.

Доля вызовов к взрослым пациентам трудоспособного возраста и группе пациентов старше трудоспособного возраста остается стабильной 40,6% в 2014 до 39,8% в 2024 (-0,8%) и 45,4% в 2014 до 46,2% в 2024 (-0,8%) соответственно. В период пандемии COVID-19 в группе взрослых пациентов трудоспособного возраста эта доля возрастала до 50,8% в 2020 году (+10,2% к 2014 году; +2,3% к 2019 году) и до 50,0% в 2021 году (+9,4% к 2014 году; +1,5% к 2019 году). В группе пациентов старше трудоспособного возраста доля снижалась в сравнении с 2014 годом, но повышалась в сравнении с 2019 годом до 39,1% в 2020 году -6,3% к 2014 году; +2,4% к 2019 году) и до 37,6% в 2021 году (-7,8% к 2014 году; +0,9% к 2019 году).

При анализе числа вызовов скорой медицинской помощи к пациентам, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (Таблица 3.7) отмечается их значимое снижение в 2020 году – 18 203 (период пандемии COVID-19 и ограничительных мероприятий, а с 30.03.2020 по 09.06.2020 период самоизоляции) на 17,9% в сравнении с 2019 годом и на 37,5 в сравнении с 2014 годом. Аналогичная ситуация и при анализе числа пациентов, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях в 2020 году – 11 757 на 20,5% в сравнении с 2019 годом и на 37,4 в сравнении с 2014 годом, что согласуется с наблюдениями других авторов [129].

Также отмечено, что при росте числа вызовов СМП на вызовы ДТП в 2024 году – 26 746 в сравнении с 2023–23 503 (+13,8%) количество пострадавших остается на одинаковом уровне 2023–13 013, 2024–13 446. Так же в целом на протяжении всего периода наблюдения отмечается как снижение числа лиц пострадавших в ДТП с 18 796 в 2014 до 13 446 в 2024 (-28,5%), так и снижение доли числа лиц пострадавших к числу вызовов на ДТП с 65,5% в 2014 до 50,3% в 2024 (-22,0%). Представленные изменения, по нашему мнению, непосредственно связаны с проводимыми в последние годы в Москве масштабными мероприятиями направленными на комплексное решение проблем снижения числа ДТП и числа пострадавших в них таких, как улучшение транспортной инфраструктуры, ремонтом и строительством дорог, организацией безопасных пешеходных зон, развитие сети велодорожек, аудитом дорожных знаков и дорожной разметки, усиление контроля за соблюдением дорожной безопасности, в том числе видеофиксация нарушений, внедрением и использованием интеллектуальных транспортных систем, развитием общественного транспорта с организацией приоритетных полос для общественного транспорта.

Таблица 3.5

Структура выполненных вызовов бригадами скорой медицинской помощи к населению Москвы по поводам за 2014–2024 годы (по данным формы федерального статистического наблюдения № 30).

Показатели	Годы										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Выполнено вызовов скорой медицинской помощи (без безрезультативных), ед.	3637498	3718107	3804493	3753983	3888406	3940225	4021170	4225598	3735055	3595761	3342972
из них по поводу:											
травм, отравлений	349 907	395 238	361 635	335 700	383 172	315 767	324 404	396 819	401 714	402 763	388 069
в % к выполненным вызовам скорой мед. помощью, всего	9,6	10,6	9,5	8,9	9,9	8,0	8,1	9,4	10,8	11,2	11,6
внезапных заболеваний и состояний	2461162	2620876	2642389	2632262	2725049	2843936	2919948	3097885	2614437	2455504	2206065
в % к выполненным вызовам скорой мед. помощью, всего	67,7	70,5	69,5	70,1	70,1	72,2	72,6	73,3	70,0	68,3	66,0
родов и патологии беременности	30 662	128 014	130 837	115 077	112 224	104 038	105 228	113 646	113 231	103 218	93 012
в % к выполненным вызовам скорой мед. помощью, всего	0,8	3,4	3,4	3,1	2,9	2,6	2,6	2,7	3,0	2,9	2,8

Таблица 3.6

Распределение числа лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выездах по возрасту в г. Москве за 2014–2024 годы (по данным формы федерального статистического наблюдения № 30).

Показатели	Годы										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выполнении вызовов СМП, чел	3588377	3718107	3804493	3753983	3888406	3940225	4021170	4225598	3735055	3595761	3342972
показатель наглядности (в % к 2014 г.)	100,0	103,6	106,0	104,6	108,4	109,8	112,1	117,8	104,1	100,2	93,2
в том числе дети 0–17 лет	500 792	540 481	575 898	625 070	623 062	585 384	405 005	522 304	590 549	542 752	465 793
в % ко всему числу лиц, которым оказана скорая мед. помощь	14,0	14,5	15,1	16,7	16,0	14,8	10,1	12,4	15,8	15,1	13,9
взрослые трудоспособного возраста	1457198	1423907	1403143	1575405	1787477	1910323	2042938	2112780	1469674	1450347	1331436
в % ко всему числу лиц, которым оказана скорая мед. помощь	40,6	38,3	36,9	42,0	46,0	48,5	50,8	50,0	39,4	40,3	39,9
взрослые старше трудоспособного возраста	1630387	1753719	1825452	1553508	1477867	1444518	1573227	1590514	1674832	1602662	1545743
в % ко всему числу лиц, которым оказана скорая мед. помощь	45,4	47,2	48,0	41,3	38,0	36,7	39,1	37,6	44,8	44,6	46,2

Таблица 3.7

Число вызовов скорой медицинской помощи к пациентам, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в сравнении с числом пациентов, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях в г. Москве в динамике за 2014–2024 гг. (отношение в %) (по данным формы федерального статистического наблюдения № 30).

Показатели	Годы										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Число вызовов СМП к пациентам, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, абс.	29 130	25 766	21 693	20 532	21 415	22 185	18 203	21 493	21 136	23 503	26 746
Число пациентов, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, чел	18 796	16 369	13 807	13 321	14 003	14 791	11 757	13 209	12 425	13 013	13 446
в % числу вызовов СМП к пациентам, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях	64,5	63,5	63,6	64,9	65,4	66,7	64,6	61,5	58,8	55,4	50,3

По данным, полученным из КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова, была изучена характеристика вызовов скорой медицинской помощи в динамике поступления по часам в течение суток (Таблица 3.8). Анализируя и принимая во внимание эти данные, мы можем прогнозировать и обоснованно определять по часам необходимое количество бригад. В настоящий момент, норматив количества бригад СМП носит рекомендательный характер (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2018 г. № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения» [79] не подразумевает изменения количества бригад по часам, а их расчет основывается только на данных плотности населения в радиусе обслуживания, что по нашему мнению не достаточно.

С учетом проходящих в настоящее время обсуждений в профессиональном сообществе новой редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» в который планируется включить норматив обеспечения бригад как обязательный, указанный вопрос становится еще более актуальный.

Из представленных данных четко видна необходимость разного количества бригад в дневное и ночное время.

Визуализируя данные почасового поступления вызовов за 2019–2024 годы (рис. 3.1), можно отметить, что эти показатели стабильны на протяжении нескольких лет. Так же мы отмечаем, что среди суток имеются две зоны подъема уровня обращаемости в период с 9:00 до 13:00 и затем с 19:00 до 22:00, с последующим значительным снижением в период с 00:00 до 06:00.

Таблица 3.8.

Почасовое распределение поступающих вызовов в долях за 2019–2024 гг.
(база данных КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова), %.

часы	Годы						среднее
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
00	3,3	3,2	2,9	3,2	3,2	3,3	3,18
01	2,7	2,6	2,3	2,5	2,6	2,6	2,55
02	2,2	2,1	1,9	2,1	2,1	2,1	2,08
03	1,9	1,8	1,6	1,8	1,8	1,8	1,78
04	1,7	1,6	1,5	1,6	1,7	1,7	1,63
05	1,7	1,6	1,5	1,7	1,7	1,7	1,65
06	2	1,9	2	2	2	2	1,98
07	2,5	2,4	2,3	2,5	2,6	2,6	2,48
08	3,5	3,4	3,8	3,8	3,8	3,9	3,7
09	4,6	4,5	5,1	5	4,9	5	4,85
10	5,2	5,3	5,8	5,6	5,5	5,6	5,5
11	5,5	5,6	6,1	5,8	5,7	5,8	5,75
12	5,4	5,6	6	5,7	5,6	5,7	5,67
13	5,2	5,5	5,8	5,5	5,4	5,4	5,47
14	5,2	5,5	5,6	5,3	5,2	5,2	5,33
15	5,2	5,5	5,5	5,2	5,1	5,1	5,27
16	5,2	5,5	5,4	5,1	5,1	5	5,22
17	5,3	5,5	5,4	5,2	5,2	5,1	5,28
18	5,4	5,5	5,4	5,3	5,3	5,2	5,35
19	5,7	5,6	5,4	5,5	5,5	5,4	5,53
20	5,8	5,6	5,3	5,6	5,6	5,5	5,57
21	5,6	5,4	5,1	5,3	5,4	5,4	5,37
22	5	4,8	4,5	4,7	4,9	4,8	4,78
23	4,2	4	3,8	4	4,1	4,1	4,03

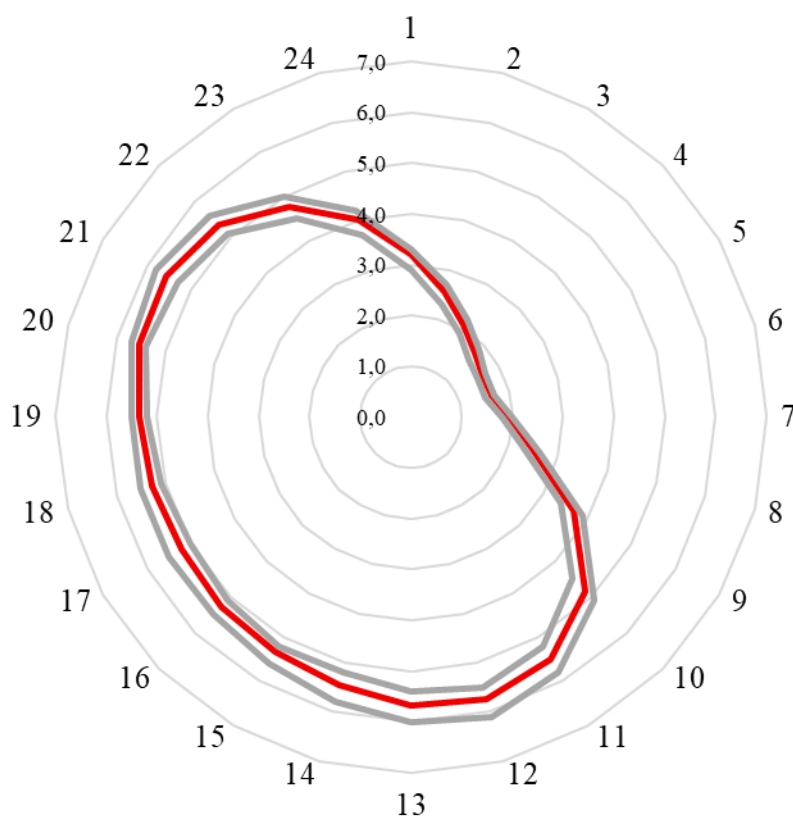


Рисунок 3.1. Почасовое распределение поступающих вызовов в долях (%) за 2019–2024 гг. Серыми линиями показаны минимальные и максимальные значения показателей в рассматриваемый период.

Распределение вызовов бригад СМП по месту обращения за 2019-2024гг. представлено в Таблице 3.9. Безусловным лидером места вызова бригады СМП является квартира – 73,7% среднее за период наблюдения, далее улица – 8,8%, медицинские учреждения – 7,5%, общественные места – 4,5%, рабочее место и образовательное учреждение по 2,3%, прочие места обращений, в том числе самообращение – 1,0%. Необходимо отметить, что в 2020 году в сравнении с 2019 годом в период эпидемии ковида отмечалось небольшое увеличение доли квартирных вызовов (+2,8%), увеличение вызовов в медицинские учреждения (+1,4%), что было связано с необходимостью большого числа эвакуаций пациентов с коронавирусной инфекцией и уменьшением количества вызовов на улицу (-1,4%), общественные места (- 1,4%), образовательные учреждения (-1,4%), рабочие места (- 0,7%).

Таблица 3.9.

Распределение вызовов бригад СМП по месту обращения за 2019–2024 гг.
(база данных КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова).

Место вызова	2019	2020	2021	2022	2023	2024	В среднем
Квартира	72,7	75,5	74,2	74,5	73,3	71,7	73,7±0,6(1,4)
Улица	9,0	7,6	7,6	9,1	9,5	10,2	8,8±0,4(1,0)
Медицинские организации	6,9	8,7	10,2	6,4	6,2	6,4	7,5±0,7(1,6)
Общественное место, в том числе вокзал, аэропорт, метро	4,8	3,4	3,6	4,6	5,1	5,6	4,5±0,4(0,9)
Рабочее место	2,6	1,9	1,9	2,3	2,6	2,7	2,3±0,2 (0,4)
Образовательные учреждения	2,8	1,4	1,9	2,4	2,5	2,5	2,3±0,2(0,5)
Прочие, в том числе самообращения к бригаде СМП или на подстанции СМП	1,2	1,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0±0,1(0,3)

Распределение вызовов бригад СМП с расчетом на 1000 жителей за 2019-2024г.г по округам Москвы представлено в Таблице 3.10. Отмечаются округа с максимальным количеством вызовов на 1 000 населения ТиНАО – 296,4, ЦАО – 274,0 и САО – 227,3, а с минимальным СЗАО – 188,7, ЮАО и ЗАО – 194,9. В ТиНАО отмечается рост вызовов на 1000 населения с 209 по 2021, а затем снижение до 296,4 в 2024 году. Вероятнее всего столь разительные цифры по вызовам на 1000 населения скорее связано с методикой подсчета населения, которая только к 2024 году стабилизировалась и количество вызовов стали примерно таким, как и на основной территории города Москвы.

Отмечается стабильность в вызовах по половому признаку в целом и составляет 42,4–43% вызовы к мужчинам и 57,0–57,6% При анализе возрастно-полового состава пациентов в Таблице 3.11 отмечается значительная разница в количестве вызовов на 1000 населения. Так по мужскому населению минимальное количество вызовов приходится на детей 15–17 лет (в среднем за 6 лет – 163,7 на 1000), по женскому населению – на детей 11-14 лет (в среднем за 6 лет – 190,8 на 1000). Максимальное число вызовов СМП приходится на крайние возрастные группы: детей в возрасте до 1 года среди женщин и 1–2 года для мужчин, а также на взрослых 75 лет и старше.

Таблица 3.10.

Распределение вызовов бригад СМП по округам Москвы с расчетом на 1000 жителей за 2019-2024 гг.
(база данных КАСУ ССиНМП им.А.С. Пучкова).

Округ	года											
	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	абс	на 1000 чел.	абс	на 1000 чел.	абс	на 1000 чел.	абс	на 1000 чел.	абс	на 1000 чел.	абс	на 1000 чел.
ЦАО	247730	316,8	230444	294,0	250225	321,1	232356	298,2	226358	293,3	212158	274,0
САО	325408	274,5	347314	292,3	366527	309,0	320219	272,5	301225	249,2	277283	227,7
СВАО	361839	252,7	374700	261,1	397640	277,6	345853	242,3	324870	225,9	297710	204,5
ВАО	416771	273,6	431364	282,4	459117	301,2	393731	260,0	371587	246,1	338074	224,1
ЮВАО	384172	270,8	403334	281,3	420709	293,8	371127	259,0	351691	233,6	321359	212,0
ЮАО	438963	244,8	452188	251,7	480423	268,2	407433	229,7	383139	214,7	344667	194,9
ЮЗАО	378067	261,6	383613	264,9	402140	278,0	345951	239,7	325748	227,4	292387	203,7
ЗАО	345400	248,0	344335	246,5	368014	263,6	322563	233,1	302419	210,5	277715	194,9
СЗАО	232679	230,6	243101	240,0	259875	256,9	223908	221,9	210720	204,0	196176	188,7
Зел.АО	66844	271,1	74782	298,6	80058	320,0	69472	273,8	64775	246,8	58874	217,6
ТиНАО	185786	480,0	210995	521,0	281383	693,4	236998	534,8	233300	323,8	218674	296,4
нет информации об округе*	19459		13179		8257		7235		6888		6664	
г. Москва	3403119	269,8	3509349	276,8	3774367	298,2	3276847	259,3	3102720	236,8	2841741	216,1

* при вызовах, зарегистрированных по указанным ориентирам, без наличия адреса, автоматизированное распределение по округу не формируется

Таблица 3.11.

Распределение вызовов бригад СМП по возрастным группам с расчетом на 1000 жителей за 2019-2024гг.
(база данных КАСУ ССИНМП им.А.С. Пучкова).

Возрастные группы	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
<1 года	796,8	720,9	607,6	569,0	735,1	659,1	802,5	701,3	727,1	634,0	643,8	577,1
1–2 года	682,3	599,2	923,9	409,5	1269,2	544,0	618,5	539,3	511,6	449,7	456,3	406,7
3–6 лет	440,7	380,2	582,8	251,0	851,3	372,7	433,0	378,2	357,4	307,1	296,0	260,0
7–10 лет	288,2	247,7	392,5	166,3	505,2	219,4	274,7	237,2	256,7	224,8	214,4	184,8
11–14 лет	247,9	227,9	303,7	143,4	430,7	209,1	212,7	197,9	212,4	197,1	178,4	169,5
15–17 лет	205,6	245,4	142,4	173,6	195,2	225,1	173,8	214,5	178,9	215,0	86,2	105,0
18–29 лет	225,5	311,7	239,9	312,9	265,9	359,9	200,5	317,1	173,5	283,4	151,0	253,0
30–44 года	205,9	179,2	226,8	192,6	235,5	209,0	196,9	177,9	184,8	171,2	170,5	159,7
45–64 года	222,0	205,6	268,6	252,2	272,2	269,5	214,3	193,8	202,9	174,6	190,8	158,4
65–74 года	340,9	410,2	392,0	449,5	409,4	489,3	294,1	347,0	262,1	305,9	245,5	277,3
75 лет и старше	568,2	993,5	604,2	978,9	582,0	972,6	514,7	854,5	489,2	805,8	452,6	727,3

Вызовы СМП, на которых медицинские работники контактируют с пациентами или их родственниками, находящимися в алкогольном опьянении, особенно в случае агрессивного поведения последних могут быть чрезвычайно опасными

Пациенты в алкогольном опьянении могут применять физическое насилие, что может приводить к травмам медицинских работников, применять угрозы и запугивание, создавая стрессовую и напряженную атмосферу.

Алкогольное опьянение увеличивает вероятность проявления агрессии к окружающим. Алкоголь подавляет функции префронтальной коры головного мозга, которая отвечает за самоконтроль и принятие решений. Это может привести к импульсивному и неконтролируемому поведению пациента.

Вероятность встречи с описанными ситуациями напрямую связано с количеством вызовов к пациентам, у которых имеется алкогольное опьянение (Таблица 3.12).

Из представленных данных видно, что в целом в 2024 году количество лиц, у которых имеется подозрение в употреблении алкоголя, снизилось в сравнении с 2019 годом (-1,71%). Наибольшее число лиц в состоянии алкогольного опьянения традиционно вызывают бригаду СМП на улицу, и не смотря на то, что их количество ежегодно снижается с 56,69% в 2019 году до 36,9% в 2024 году (-19,77%) все равно каждый 3 пациент бригады СМП на улице находился в алкогольном опьянении.

Важно понимать эти риски, знать как и когда на них реагировать для обеспечения безопасности и поддержка психологического здоровья медицинских работников.

Таблица 3.12.

Доля лиц с подозрением на алкогольное опьянение при выполнении вызовов бригадой СМП за 2019–2024 гг. (база данных КАСУ ССиНМП им.А.С. Пучкова)

Место вызова	год					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Всего	7,61	6,28	5,77	6,87	6,70	5,90
Улица, общ место в том числе вокзал, метро, аэропорт	56,69	59,20	54,94	52,40	46,22	36,92
Квартира, общежитие, частный дом	3,54	3,01	2,61	3,03	3,05	2,69

Таблица 3.13.

Распределение вызовов скорой медицинской помощи по классам болезней, установленных бригадами скорой медицинской помощи за 2019–2024 гг.

(база данных КАСУ ССиНМП им. А.С. Пучкова) (в %)

Класс болезней	2019г.	2020г.	2021г.	2022г.	2023г.	2024г.
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4,70	3,47	3,97	5,43	6,27	6,88
Новообразования	1,51	1,55	1,38	1,66	1,79	1,71
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,80	0,76	0,67	0,75	0,73	0,75
Б-ни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,20	0,19	0,20	0,25	0,29	0,29
Болезни нервной системы	3,65	3,83	4,16	5,16	5,28	4,70
Болезни глаза и его придаточного аппарата	0,91	0,20	0,16	0,18	0,20	0,16
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,15	0,17	0,16	0,25	0,26	0,19
Б-ни системы кровообращения	26,43	23,45	20,31	22,19	24,28	24,93
Болезни органов дыхания	24,15	26,02	28,46	15,97	12,20	10,14
Болезни органов пищеварения	9,66	8,56	8,70	9,96	9,81	9,86
Болезни мочеполовой системы	4,49	4,31	4,13	4,91	5,04	4,67
Беременность, роды и послеродовой период	3,10	3,02	3,00	3,50	3,36	3,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,44	1,43	1,26	1,47	1,63	1,34
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3,14	4,31	3,44	4,22	4,67	4,27
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	0,07	0,06	0,05	0,06	0,07	0,07
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,40	0,29	0,26	0,26	0,22	0,20
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	4,88	5,91	5,70	7,16	7,73	8,41
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	9,86	9,67	10,97	12,81	13,61	13,11
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,47	2,00	2,29	2,11	1,77	1,29
Коды для особых целей (COVID-19)	0,00	0,79	0,71	1,68	0,80	0,33

Информация о диагнозах МКБ установленные бригадой СМП бригадой СМП за 2019-2024г.г представлена в Таблице 3.13.

Существенные сдвиги в структуре вызовов скорой медицинской помощи по классам болезней проходили в период пандемии COVID-19, которая заместила часть вызовов. Также в течение периода наблюдения отмечался рост доли травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин и, к сожалению, симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, что связано с ограничением диагностических возможностей при оказании СМП. Вдвое снизилась доля болезней органов дыхания.

За период изучения (2014–2024) произошли изменения в форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о деятельности медицинской организации». В 2014–2017 годах в этой форме заполнялись данные о числе госпитализированных пациентов, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в медицинские организации, с 2018 по 2023 годы указывается информация о числе лиц, доставленных бригадами СМП в больничные организации. В связи с этим, анализ проведён отдельно за два периода – 2014-2017гг. и 2018-2023гг.

За 2014–2017 годы частота госпитализации пациентов, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, в городе Москве уменьшилась с 105,8 до 95,4 на 1000 населения и составила 41,7% от общего числа госпитализированных в больничные организации города (в 2014 г. – 55,8%) (Таблица 3.14).

Таблица 3.14.

Число лиц, госпитализированных бригадами скорой медицинской помощи, в г. Москве в динамике за 2014–2017 гг.

Показатели	Годы			
	2014	2015	2016	2017
абсолютное число	1285998	1301253	1109247	1186769
показатель наглядности (в % к 2014 г.)	100,0	101,2	86,3	92,3
на 1000 населения	105,8	106,1	89,8	95,4

За 7 лет (2018–2024 годы) в городе Москве число доставленных бригадами скорой медицинской помощи в больничные организации уменьшилось с 106,0 до 70,1 на 1000 населения (на 37,0%) (таблица 3.15).

Таблица 3.15.

Число лиц, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, в больничные организации в г. Москве в динамике за 2018–2024 гг.

Показатели	Годы						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
абсолютное число	1339226	911071	1006460	1261593	1008550	882334	926393
показатель наглядности (в % к 2018 г.)	100,0	68,0	75,1	94,2	75,3	65,9	69,2
на 1000 населения	106,6	72,0	79,5	99,8	77,2	67,2	70,1

В 2024 году в городе Москве среди лиц, которым оказана медицинская помощь при выполнении выездов бригадами СМП, 1,10% (36902) составили пациенты с острыми цереброваскулярными болезнями, 0,44% (14828) – с острым и повторным инфарктом миокарда.

У 37 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда или у 0,25% от всех пациентов с данной нозологией и у 22 – с острыми цереброваскулярными болезнями или у 0,06% от всех пациентов с данной нозологией, смерть наступила в автомобиле СМП при выполнении медицинской эвакуации (в 2014 г. – 0,46% и 0,07% соответственно). В динамике отмечается снижение доли пациентов с острым инфарктом миокарда, у которых смерть наступила при выполнении медицинской эвакуации ($p=0,002$), в то время как у больных с ЦВБ проблема летального исхода во время проведения медицинской эвакуации всё ещё требует решения.

Анализ структуры выполненных вызовов бригадами СМП показал, что за изучаемый период установлено достоверное снижение числа пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, с увеличением доли пациентов, доставленных в специализированные стационары (Таблица 3.16).

Таблица 3.16.

Показатели работы скорой медицинской помощи в городе Москве по оказанию медицинской помощи пациентам с острым и повторным инфарктом миокарда, с острыми цереброваскулярными болезнями в динамике за 2014–2023 гг.

Показатели	Годы										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Число пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда	16422	13123	12712	12207	11981	12604	10998	11051	11053	16992	14828
из них: пациентов, нуждавшихся в проведении тромболизисов при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации при отсутствии медицинских противопоказаний к проведению тромболизисов					7	10	3	3	3	2	0
из них: проведено тромболизисов	515	70	16	26	7	10	3	3	3	2	0
пациентов, у которых смерть наступила в транспортном средстве при выполнении медицинской эвакуации с места вызова скорой медицинской помощи	76	49	46	41	39	33	35	31	35	34	37
пациентов, доставленных в региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения с места вызова скорой медицинской помощи			12473	11986	11242	11955	10303	10332	9960	14726	13224
в % от числа пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда			98,1	98,2	93,8	94,9	93,7	93,5	90,1	86,7	89,2
Число пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	81168	71726	69021	66326	62787	40276	38798	39615	37161	35647	36902
из них: пациентов, у которых смерть наступила в транспортном средстве при выполнении медицинской эвакуации с места вызова скорой медицинской помощи	55	44	38	33	31	20	16	15	15	19	22
пациентов, доставленных в региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения с места вызова скорой медицинской помощи			58423	59436	52349	35607	34947	36038	34289	32892	34431
в % от числа пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями			84,6	89,6	83,4	88,4	90,1	91,0	92,3	92,3	93,3

3.2. Система управления маршрутизацией пациентов, нуждающихся по экстренным и неотложным показаниям в медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях в мегаполисе

Организация оказания СМП в Москве имеет значительные региональные особенности, связанные с особенностями города-мегаполиса, что потребовало разработки и принятия целевых нормативных актов правового обеспечения функционирования службы СМП и внедрения инновационных технологий в практику принятия оперативных управленческих решений по организации маршрутизации пациентов при эвакуации в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях.

В соответствии с реализацией Стратегии развития столичного здравоохранения Москвы как мегаполиса выбор и принятие оперативных управленческих решений проведения маршрутизации по экстренным показаниям медицинской эвакуации пациентов в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях на территории Москвы базируется на разработке и внедрении современных медико-организационных механизмов и широком использовании инновационных информационных технологий, в том числе с использованием ИИ технологий.

В настоящий момент в Москве 35 медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, участвует в приеме пациентов по экстренным показаниям. Приказом Департамента здравоохранения города Москвы определены каналы госпитализации, за маршрутизацию которых отвечает отдел медицинской эвакуации ССиНМП им. А.С. Пучкова: канал «103», в том числе доставляемые коммерческими и ведомственными СМП, канал 103-поликлиника и др. (в структуре станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи рекомендуется предусматривать отдел медицинской эвакуации (Приказ Минздрава РФ от 20.06.2013 № 388Н, в редакции приказа Минздрава РФ от 22.01.2016 № 33Н)).

Ретроспективный анализ организации маршрутизации пациентов в профильные медицинские организации Москвы, оказывающие помощь в стационарных условиях, позволил выделить ряд существующих проблем:

- большое количество медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, осуществляющих ургентную госпитализацию на территории Москвы;
- различный объем направляемых пациентов по профилям ургентной патологии;
- значительные различия в потребности по дням недели;
- существенные различия медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, в возможном количестве принимаемых пациентов требуют постоянного мониторингования, учета, расчета и корректировки потоков направляемых пациентов в условиях критического состояния пациентов, в том числе с угрозой для жизни.

В соответствии с действующими нормативно-правовыми документами [68; 71; 93] выбор медицинской организации для доставки пациента при осуществлении медицинской эвакуации производится исходя из тяжести состояния пациента, минимальной по времени транспортной доступности до места расположения медицинской организации и профиля медицинской организации.

Однако в условиях мегаполиса практическое выполнение приложения №1 Приказа Минздрава России от 20 июня 2013 г. №388н при оказании службе СМП и проведения экстренной эвакуации пациентов в профильные медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, выявило ряд нормативных неопределенностей и сложностей. Так, например, как правильно выбрать медицинскую организацию, оказывающую помощь в стационарных условиях, профиль которой соответствует патологии пациента, однако на конкретный момент, не имеет возможности принять пациента и оказать медицинскую помощь в виду различных объективных причин (загруженность, карантинные мероприятия и другие).

Также необходимо учитывать наличие в выбираемой медицинской организации, оказывающие помощь в стационарных условиях «вспомогательных» профилей, так, например при эвакуации женщины с хирургической патологией в некоторых случаях требуется возможность консультации гинеколога (и наоборот).

Невозможность приема пациента в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, может быть связана с временными ограничениями приема пациентов (аварийные ситуации, перезагруженность, карантинные мероприятия и другие).

Исходя из многоаспектности указанных задач на ССиНМП им. А.С. Пучкова в 2023–2024 годах был разработан и внедрен механизм подсчета количества направляемых в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, пациентов с учетом различных факторов, который был успешно реализован в разработанном модуле информационной системы ССиНМП им. А.С. Пучкова – «Контроль потока пациентов» Модуль стал частью информационной системы ССиНМП им. А.С. Пучкова КАСУ подсистемы АСУ «Стационар».

(справочно: КАСУ была разработана и введена в промышленную эксплуатацию приказом главного врача ССиНМП им. А.С. Пучкова от 21.12.1998 № 1232, далее Распоряжением Правительства Москвы от 30.12.2005 № 2704-РП «О вводе в промышленную эксплуатацию автоматизированной навигационно-диспетчерской системы управления выездными бригадами Станции скорой и неотложной медицинской помощи города Москвы (АНДСУ ССИНМП)» введена АНДСУ. Обе системы стали единой информационной системой ССиНМП им. А.С. Пучкова. КАСУ и АНДСУ внесены в Единый реестр информационных ресурсов и систем города Москвы № 1000713 и № 1000615).

Основной целью разработки информационной подсистемы (модуля) явилось решение задач по равномерному распределению потока пациентов с учетом мощности медицинских организаций, оказывающие помощь в

стационарных условиях, и установленного им объема оказания медицинской помощи.

Постановка задачи при разработке модуля базировалась на результатах ретроспективного анализа статистических данных по численности направляемых пациентов в предыдущие годы и коечной мощности медицинских организаций и ежегодно устанавливаемых объемов медицинской помощи в разрезе конкретной медицинской организации (плановый и экстренный).

В выделенном объеме медицинской помощи для каждой медицинской организации рассчитывается доля медицинской помощи для бригад СМП (канал «103») и для направления пациентов по неотложным показаниям (канал «103-поликлиника»). По итогу 2024 года соотношение канала 103/103-поликлиника составило – 72.8% / 27.7%.

Анализ количества госпитализаций и опыт работы службы СМП показал, что при расчете необходимо учесть востребованность того или иного профиля по дням недели (Таблица 3.17).

Таблица 3.17.

Распределение пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям в стационарные отделения разного профиля по дням недели (в %)

Профиль	пн.	вт.	ср.	чт.	пт.	суб.	вос.
Акушерство (патология)	21,1	16,1	13,5	17	17,5	8,2	6,6
Колопроктология	20,5	15,8	15,1	15,8	14,6	10,1	8,1
Кардиология	19,3	17,2	14,7	15,9	14	9,5	9,4
Нефрология	18,5	15,5	16,2	16,8	17,8	7,8	7,4
Хирургия	18,4	15,5	14,5	14,9	14,5	11,4	10,8
Акушерство (роды)	18,1	14,9	14,7	15,3	14,5	11,3	11,2
Урология	18	15,2	14,9	15,4	14,2	11,6	10,7
Гинекология	17,8	15,3	14,5	14,5	14,2	11,6	12,1
Терапия	17,5	15,5	14,8	16	15,1	11,5	9,6
Неврологическая реанимация	17,5	15,1	13,5	15,5	14,6	11,9	11,9
Торакальная хирургия	16,7	17,9	12,1	13,4	15	12	12,9
Травма	16,6	13,9	15	13,2	14	14,7	12,6
Кардиологическая реанимация	16,5	15,4	14,7	15,4	13,7	12	12,3
ЛОР	16,5	15	13,8	15,7	15,7	13,2	10,1
Сердечно-сосуд хирургия	15,9	17,3	16,6	14,2	14,4	13,2	8,4
Комбустиология	15,2	18,1	14	10,6	14,5	14,1	13,5
ЧЛХ	15	13,6	12,6	13,4	16,9	15,6	12,9
Офтальмология	14,9	16,3	13,7	12,1	14,2	15,9	12,9
Нейрохирургия	14,8	13,8	13,1	14,6	14,5	15,3	13,9
Реанимация общая	14	14	14	15,7	15,7	14,2	12,4
Токсикология	11,9	17,7	15,4	11,7	16	15,4	11,9

Установлено, что есть профили экстренной патологии с выраженной динамикой изменений в разрезе дней недели («Акушерство», «Колопроктология», «Кардиология», «Нефрология», «Хирургия» и другие) и менее выраженной динамикой («Реанимация», «Нейрохирургия», «Офтальмология»).

Для расчета дифференцированного выделяемого объема с учетом установленных различий в потребности СМП по дням недели был принят недельный интервал, в котором информационная система «контроля потока пациентов» автоматически рассчитывает предполагаемый объем

направляемых пациентов в разрезе профилей, дней недели и стационаров. Пример расчета представлен в Таблице 3.18.

Таблица 3.18

Пример расчета количества направляемых пациентов по дням недели, профиль хирургия

Стационар	Дни недели						
	пн.	вт.	ср.	чт.	пт.	суб.	вос.
ГКБ им.В.В.Вересаева	55,4	46,7	59,4	62,0	62,8	51,5	47,3
НИИСП Н.В Склифосовского	38,9	32,8	40,7	42,6	41,7	32,4	31,0
ГКБ им. В. М. Буянова	24,3	20,5	23,6	23,5	21,1	14,9	12,9
ГКБ им. М.Е. Жадкевича	12,9	10,9	13,3	13,5	11,7	7,9	5,4

В подсистему «Контроля потока пациентов» заложена возможность автоматического пересчета и равномерного распределения количества пациентов между медицинскими организациями, оказывающими помощь в стационарных условиях, с учетом вариаций по профилям при вызове СМП в кризисных ситуациях (массовые происшествия, травмы при ДТП и другие), когда поток пациентов превышает расчётный.

Система настроена таким образом, что при остаточном количестве свободных мест для направления пациентов менее 20% система автоматически добавляет к плану расчета 20% мест, распределяя их равномерно между медицинскими организациями, оказывающими помощь в стационарных условиях, в зависимости от мощности стационара. Пример представлен в Таблице 3.19.

Таблица 3.19

Пример расчета увеличения расчетного норматива доставки при увеличении потока пациентов (на примере профиля «терапия», понедельник)

Стационар	Расчетный норматив направления пациентов	Выдано 80% от запланированного по городу	Остаток мест от плана	Пересчет расчетного норматива направления пациентов по городу	Возможность выдать места после пересчета норматива направления на 20%
1	2	3	4	5	6
				гр. 2 * 1.2	гр. 5 - гр. 3
ГКБ им. В.В. Версаева	20.4	17	3.4	24.5	7.5
ГКБ им. Ерамишанцева	18.3	14	4.3	22.0	8.0
ГКБ им. В. М. Буянова	9.9	8	1.9	11.9	3.9
ГКБ им. М.Е. Жадкевича	14.2	12	2.2	17.0	5.0
МКНИЦ Больница 52	4.8	4	0.8	5.8	1.8
Всего	67.6	55	12.6	81.2	26.6

В функции подсистемы (модуля) входит анализ и перерасчет изменения плана направляемых пациентов в зависимости от факта выдачи мест в предыдущий период. Так, если по каким-то причинам в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, в текущий день был увеличен поток пациентов, то план на следующие дни будет автоматически скорректирован и уменьшен и, наоборот, в случае неполной загрузки осуществляется пересчет в сторону увеличения потока в следующие дни. Отчетным периодом является неделя.

Эффективность использования данной инновационной технологии управления медицинским персоналом отдела медицинской эвакуации оценивается исходя из выполнения в процентном соотношении направляемого потока пациентов от рассчитанного системой. В идеальной модели это 100% от расчетного, однако удовлетворительным считается результат $\pm 5\%$ от расчетного.

Модуль АСУ «Стационар» визуализирует данные о загрузке медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, с помощью цветовой индикации, что помогает диспетчерам и старшим врачам отдела медицинской эвакуации быстро оценивать текущую ситуацию.

Для визуализации процесса маршрутизации пациентов и обеспечения мониторинга процентное выполнение соотношения факта к плану выделено разными цветами, там, где процент соотношения факта к плану медицинской организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, по профилю близок к среднему значению по городу, используется зеленый цвет, там, где значительно превышает – красный, где ниже среднего значения – бледно-розовый.

Количественная и цветовая информация продублирована и у диспетчера, осуществляющего оформление заявок на медицинскую эвакуацию. Важно отметить, что система подсказывает диспетчеру выводя на первое место медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, ближайшие к месту, откуда бригада СМП забирает пациента, с учетом расчетного и фактического плана до обрабатываемого запроса.

С целью постоянного мониторинга и контроля за маршрутизацией пациентов с учетом расчетных и фактических показателей в отделе медицинской эвакуации ССиНМП им. А.С. Пучкова выделен отдельный пост старшего врача отдела медицинской эвакуации.

В условиях Москвы как столичного мегаполиса со сложной транспортной доступностью из-за высокой загруженности автомобильных дорог, плотной застройкой в центральных районах города вопросы маршрутизации при проведении быстрой медицинской эвакуации пациентов в профильные медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, имеют первостепенное значение как фактор, определяющий уровень летальных исходов на догоспитальном этапе. В этих критических для пациента условиях формирование оптимального маршрута с

последующим контролем за этапами выполнения доставки пациента в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, является важнейшим условием благоприятного исхода.

В настоящее время с внедрением автоматизированной навигационно-диспетчерской системы управления (АНДСУ), автоматизированная система управления «Стационар» с модулем «Контроль потока пациентов», выбор стационара для доставки пациента осуществляется на основе характера патологии и тяжести состояния пациента, транспортной доступности, показанного профиля медицинской организации, возможности оказания необходимой медицинской помощи с учетом наличия вспомогательных профилей в стационарной медицинской организации.

Разработка и внедрение в 2023–2024 автоматизированного расчета количества направляемых пациентов позволили при принятии оперативных управленческих решений учитывать различные воздействующие факторы. Система «контроль потока пациентов» в совокупности с контрольной функцией старшего врача отдела медицинской эвакуации обеспечивает оптимальное распределение пациентов по медицинским организациям, оказывающим помощь в стационарных условиях, что способствует повышению качества и оперативности оказания медицинской помощи в условиях мегаполиса.

По итогам 2024 года система позволила маршрутизировать пациентов на уровне 95,4% от расчетного, что свидетельствует о высокой эффективности разработанного модуля.

Опыт работы ССиНМП им. А.С. Пучкова свидетельствует о высокой эффективности внедрения инновационных технологий в организацию важнейшего этапа оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в критических ситуациях с угрозой для жизни пациентов – маршрутизация и медицинская эвакуация пациента в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях.

3.3. Внедрения, направленные на совершенствование маршрутизации пациентов и оптимизацию работы ССиНМП им. А.С. Пучкова

Приказы по ССиНМП им. А.С. Пучкова и Департаменту здравоохранения города Москвы:

- направленные на совершенствование маршрутизации пациентов:

от 18.05.2023 №1140 «О создании рабочей группы»;

от 30.06.2025 №702 «О Регламенте организации оказания медицинской помощи пострадавшим с термическими поражениями в городе Москве» (приказ ДЗМ);

от 27.04.2024 №366 «Об организации оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» (в редакции приказа от 15.07.2025 №765) (Приказ ДЗМ);

- направленные на оптимизацию использования ресурсов с учетом суточных и сезонных колебаний обращений за скорой медицинской помощью:

от 06.09.2019 № 2309 «О методике расчета санитарного автотранспорта на ССиНМП им. А.С. Пучкова»;

от 30.12.2024 № 3200 «Об утверждении штатного расписания ГБУ ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ г. Москвы на 01.01.2025»;

от 17.04.2025 № 840 «О выводе общепрофильных выездных бригад СМП с 01.06.2025 по 30.09.2025»;

от 11.03.2025 № 504 «Об изменении штата специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии и реанимации ССиНМП им. А.С. Пучкова»;

от 11.03.2025 № 506 «Об изменении штата специализированных педиатрических и общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии и реанимации ССиНМП им. А.С. Пучкова».

Резюме

Общее количество вызовов скорой медицинской помощи за десятилетний (2014–2024гг.) период наблюдения в г. Москве оставалось стабильным на протяжении большинства лет, за исключением его роста в период пандемии COVID-19.

В 2020 и 2021 годах отмечался рост вызовов, связанных с пандемией COVID-19 с изменением возрастной структуры пациентов. Доля обращений в службу СМП к детям снизилась, а к взрослым трудоспособного и пожилого возраста увеличилась.

В течение всего периода наблюдения отмечается высокая актуальность безрезультатных выездов, что свидетельствует об устойчивой доле дополнительной нагрузки на работу скорой помощи.

Имеется позитивная тенденция в снижении доли выездов к лицам с алкогольным опьянением. Однако, учитывая риски для медицинских работников бригад СМП при оказании ими медицинской помощи данная проблема сохраняет высокую значимость.

За период исследования установлен рост вызовов с травмами и снижение вызовов по поводу внезапных заболеваний. Вызовы по поводу родов и патологии беременности остаются стабильными.

Число вызовов, связанных с дорожно-транспортными происшествиями в г. Москве, снизилось, что может быть связано с проведением комплексных мер по улучшению транспортной инфраструктуры и внедрения мер безопасности дорожного движения.

Частота вызовов СМП жителями г. Москвы характеризуется двумя пиками их увеличения в течение суток: с 9:00 до 13:00 и с 19:00 до 22:00 и снижения их количества в период с 0:00 до 6:00. Различия в суточной частоте вызовов СМП должны учитываться в планировании работы выездных бригад. Однако, в правовом поле регулирование расчёта необходимого числа бригад и их нагрузка не предусмотрено.

Большинство вызовов происходит в квартирах, затем следуют улицы и медицинские учреждения.

Женщины чаще вызывают скорую помощь, особенно в старших возрастных группах. Мужчины преобладают в вызовах к детям и подросткам.

Комплексный анализ работы службы СМП показал, что программы модернизации амбулаторно-поликлинической сети способствовали снижению нагрузки на скорую помощь.

Тем не менее, в условиях мегаполиса сохраняет свою актуальность система правильной маршрутизации пациентов, нуждающихся в госпитализации, которую не может в достаточной мере обеспечить имеющийся алгоритм.

Для распределения пациентов, нуждающихся в медицинской эвакуации с целью экстренной госпитализации в условиях мегаполиса, потребовалось разработать и внедрить автоматизированную навигационно-диспетчерскую систему, АСУ «Стационар» с модулем «Контроль потока пациентов», решающей задачу по равномерному распределению потока пациентов с учетом профиля патологии и тяжести состояния пациента, наличия вспомогательных профилей в стационарной медицинской организации, мощности медицинских организаций, оказывающие помощь в стационарных условиях, и установленного им объема оказания медицинской помощи, а также дополнительных факторов (проведение карантинных мероприятий, аварий и т.п.), и обеспечивающей прогнозирование потока госпитализации с учётом профиля коек и недельной потребности в койках различного профиля.

По итогам 2024 года система позволила маршрутизировать пациентов на уровне 95,4% от расчетного, что свидетельствует о высокой эффективности разработанного модуля.

ГЛАВА 4

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ, В
ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ

Служба скорой, скорой специализированной, неотложной медицинской помощи является стратегически важным разделом отрасли здравоохранения и оказывает прямое влияние на качество и доступность скорой медицинской помощи для населения страны.

При разработке стратегических направлений и решений актуальным является проведение социологических исследований среди медицинского персонала службы СМП, в том числе руководителей и медицинских работников бригад СМП. Особого внимания требует интерпретация выявляемых негативных проблем и факторов, усложняющих профессиональную деятельность.

4.1. Удовлетворённость работой медицинского персонала Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова

Для анализа удовлетворённости своей работой важно понимание осознанности (добровольности) выбора профессии. Люди, которые вынуждены заниматься работой не по своему выбору, как правило, изначально настроены негативно.

Подавляющая часть опрошенных сотрудников ССиНМП им. А.С. Пучкова (991 человек – 78,8%; 95%ДИ 76,5–81,1) заявили, что выбрали эту работу «Осознанно, по своему желанию». Ожидаемо, что среди руководителей эта доля ещё выше ($p=0,003$) и достигает величины 92,3%; 95%ДИ 85,4–97,1. При этом 24 врача (11,1%; 95%ДИ 7,2–15,6) выбрали вариант ответа «Из-за отсутствия других вариантов», ещё 15 врачей (6,9%; 95%ДИ 3,9–10,7) сделали случайный выбор. Среди среднего медицинского персонала таких оказалось

72 (7,5%; 95%ДИ 5,9–9,2) и 38 (4,0%; 95%ДИ 2,8–5,3) человек соответственно (Таблица 4.1).

Таблица 4.1.

Причина выбора работы сотрудниками службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

Причина	Количество, чел				Доля, %			
	Все	Руководители	Выездная бригада СМП (врачи)	Выездная бригада СМП (средний мед. персонал)	Все	Руководители	Выездная бригада СМП (врачи)	Выездная бригада СМП (средний мед. персонал)
Отсутствие других вариантов	98	2	24	72	7,8	2,6	11,1	7,5
По своему осознанному желанию	991	70	165	754	78,8	92,1	76,0	78,4
Случайно	53	0	15	38	4,2	0,0	6,9	4,0
Семейная традиция	45	5	4	36	3,6	6,6	1,8	3,7
Затрудняюсь ответить	75	4	9	62	6,0	5,3	4,1	6,4

Из 78 руководителей оценили свою удовлетворённость 75 респондентов (96,2%). Подавляющая часть опрошенных в целом удовлетворена своей работой – оценки от 8 и выше поставили 59 человек (78,7% ответивших), средний уровень удовлетворённости (оценки от 4 до 7) у 16 респондентов (21,3% ответивших). Низкую удовлетворённость не показал ни один респондент. Несколько иная картина у медицинских работников выездных бригад. Ожидаемо, что у работников с более скромным положением в профессиональной иерархии уровень неудовлетворённости возрастает.

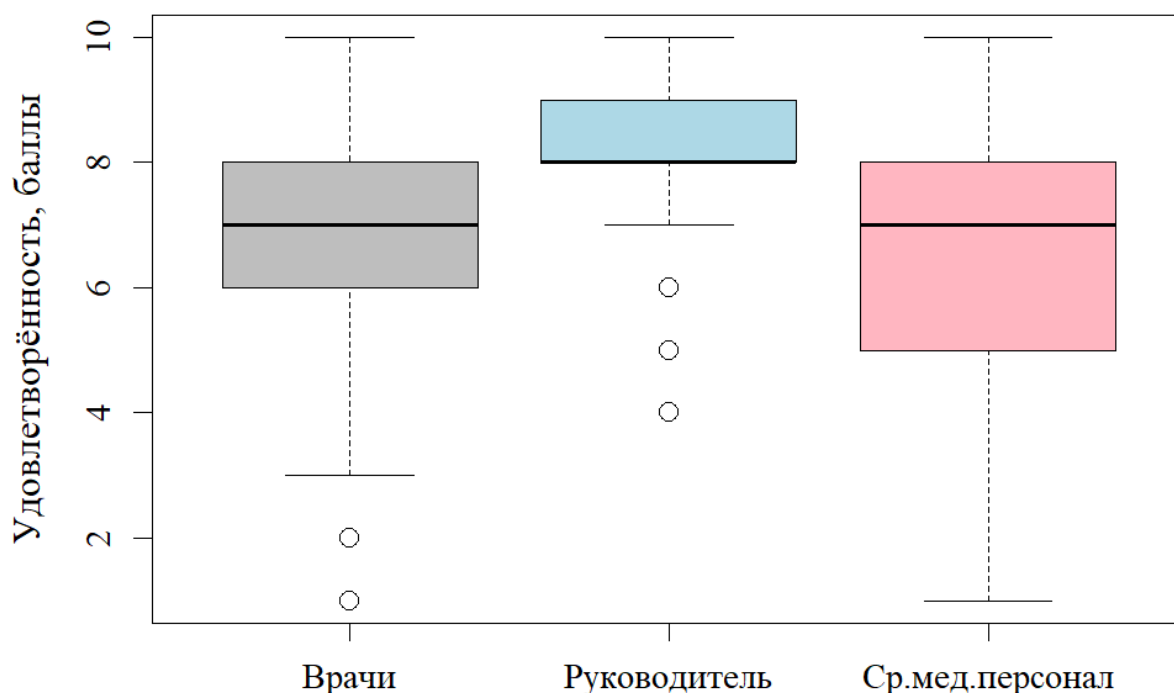


Рисунок 4.1. Распределение ответов по баллам удовлетворённости своей работой

Медиана балла удовлетворённости своей работой у руководителей составила 8 баллов (95%ДИ 8-9), у врачей выездной бригады – 7 баллов (95%ДИ 7-8), у среднего медицинского персонала – 7 баллов (95%ДИ 7-7); различия между группами статистически значимы ($p < 0,001$).

Удовлетворённость своей работой можно также оценить по доле респондентов, поставивших оценку 8 или выше, то есть реально удовлетворенных своей работой. Среди медицинского персонала бригад СМП таких менее трети (32,4%; 95%ДИ 29,5–35,4), почти половина среди врачей (47,5%; 95%ДИ 40,9–54,1) и более трёх четвертей (78,6%; 95%ДИ 68,1–86,4) у руководителей. А если учесть, что доля фельдшеров и медицинских сестёр среди работников скорой медицинской помощи составляет 81,4%, то полученные оценки среднего медицинского персонала, оказывающего непосредственно услуги населению, требуют дополнительного углубленного исследования. Для разработки мероприятий по совершенствованию кадровой политики в ССиНМП рассмотрены конкретные сложности в её работе и возможные пути их преодоления по мнению работников, как руководителей, так и работающих непосредственно с пациентами.

Показатель удовлетворённости респондентов в целом является интегральным индикатором. С позиции управленческих функций более информативными являются оценки конкретных показателей как положительных, так и факторов и условий, усложняющих работу в СМП. Именно поэтому значительная часть исследования была направлена на выявление различных факторов в работе службы СМП, а также связанных с ней рисков и путей улучшения этих показателей. В качестве основного положительного фактора опрошенные руководители ССиНМП им А.С. Пучкова с большим отрывом отметили «Высокий престиж, социальная значимость и ответственность» (61 респондент – 78,2%; 95%ДИ 68,4–86,6). Среди врачей выездных бригад таких оказалось 92–42,4%; 95%ДИ 35,9–49,0 (четвёртое место; с небольшим отрывом), а у средних медицинских работников – 281–29,2%; 95%ДИ 26,4–32,1 (пятое место среди всех предложенных положительных факторов); различия между группами статистически значимы ($p<0,001$).

На втором месте с отрывом почти в два раза руководители отметили «Справедливое соотношение зарплаты и трудозатрат» – 31 руководитель (39,7%; 95%ДИ 29,2–50,8). В целом похожую точку зрения поддерживают врачи выездных бригад: 74 респондента – 34,1%; 95%ДИ 28,0–40,5. И только 107 (11,1%; 95%ДИ 9,2–13,2) фельдшеров и медицинских сестёр согласны с этой точкой зрения (последнее место среди всех предложенных положительных сторон работы в ССиНМП им. А.С. Пучкова); различия между группами также статистически значимы ($p<0,001$). По всей совокупности опрошенных заработная плата оказалась на предпоследнем месте (16,9% от всех опрошенных), менее этого только вопросы с социальными льготами и гарантиями – 13,8% всех опрошенных. Как и в предыдущем вопросе, доля руководителей (19,2%) и врачей выездных бригад (19,4%), отметивших этот пункт, оказалась почти в два раза выше, чем у среднего медицинского персонала ССиНМП – 12,2% опрошенных ($p<0,001$). В целом это хорошо соотносится с общей удовлетворённостью своей работой различных категорий опрошенных работников ССиНМП им. А.С. Пучкова.

У медицинских работников выездных бригад в целом на одном уровне позитивных факторов оказались «Повышение квалификации» (44,7%; 95%ДИ 38,2-51,3 у врачей и 38,3%; 95%ДИ 35,2-41,3 у среднего медицинского персонала), «Разнообразие задач» (43,8%; 95%ДИ 37,3-50,4 и 40,2%; 95%ДИ 37,2-43,3 соответственно) и «Принадлежность к профессиональному сообществу» (41,0%; 95%ДИ 34,6-47,6 и 39,7%; 95%ДИ 36,6-42,8). Все остальные предложенные варианты положительных сторон («Удовлетворение психологических потребностей», «Возможность карьерного роста», «Социальные льготы и гарантии») отметили менее трети опрошенных во всех стратах (рис. 4.2).

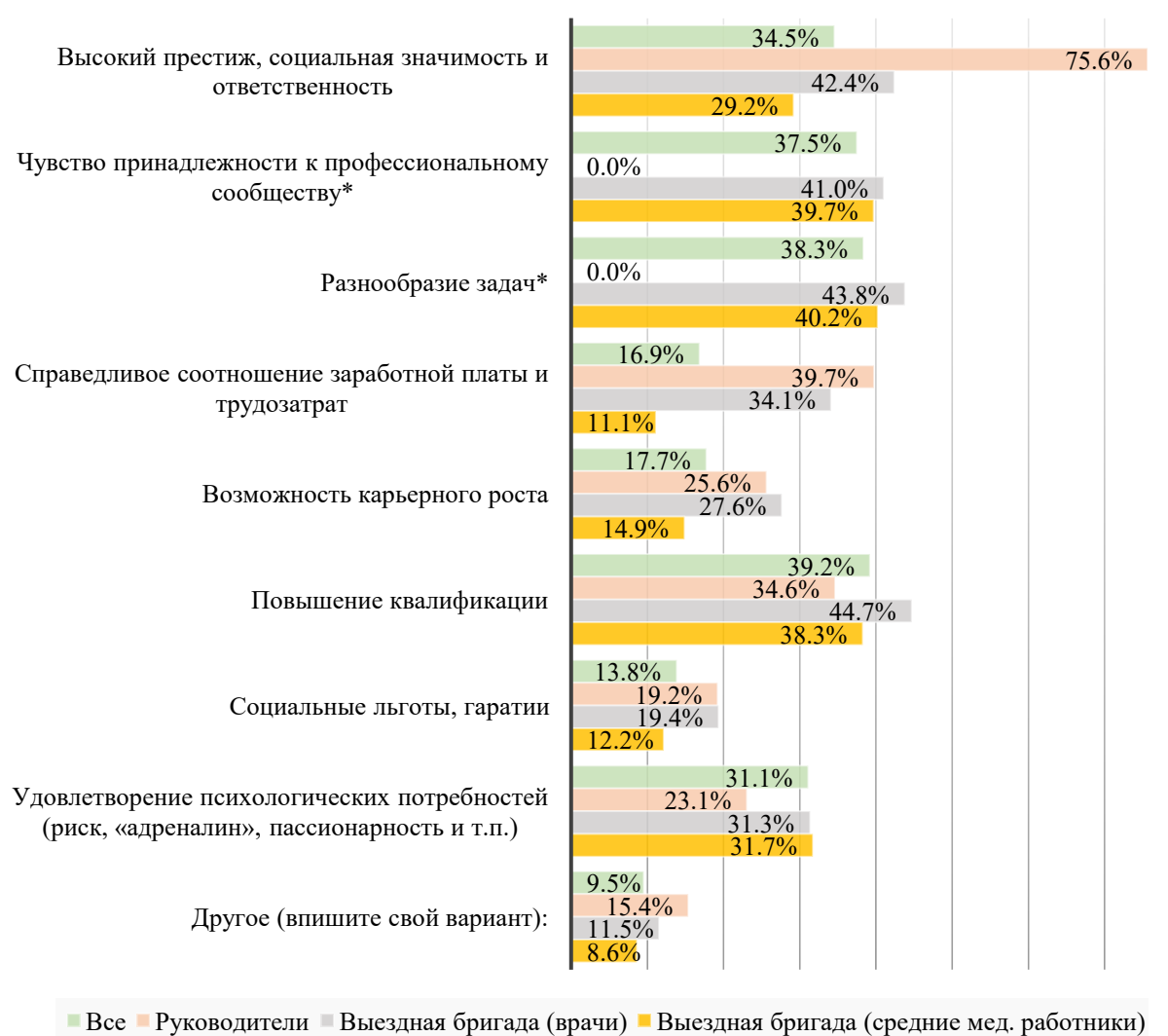


Рисунок 4.2. Положительные факторы в работе заведующих подстанциями и прочих руководителей службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, %
(*варианты ответов руководителям предложены не были).

Для выявления отличий (и прогнозирования их изменений в процессе продолжения работы) все респонденты (1245 человек, указавших свой стаж в данной должности) были разделены на три сегмента – стаж работы на данной должности три года и менее («молодые работники») – 23 руководителя, 78 врачей и 218 средний медицинский персонал, от 4 до 10 лет («работники с опытом работы») – 31 руководитель, 63 врача и 281 средний медицинский персонал и более 11 лет («опытные работники») – 13 руководителей, 76 врачей и 462 средний медицинский персонал.



Рисунок 4.3. Положительные факторы работы в скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в зависимости от стажа работы в данной должности, %

(* варианты ответов руководителям предложены не были).

Как показал анализ оценки положительных факторов своей работы в зависимости от стажа работы на своей должности (рис. 4.3), общая тенденция в оценке слабо зависит от стажа. Так, пять самых популярных ответов – «Повышение квалификации», «Разнообразие задач», «Чувство

принадлежности к профессиональному сообществу», «Высокий престиж, социальная значимость и ответственность» и «Удовлетворение психологических потребностей» – совпадают во всех группах. Однако можно выделить закономерность (за двумя несущественными исключениями) – чем больше стаж работы, тем меньше доля отметивших те или иные положительные стороны. Наиболее заметно это снижение по вопросу «Удовлетворение психологических потребностей» – с 42,9%; 95%ДИ 37,6–48,4 у работников со стажем в должности 3 года и менее до 24,1%; 95%ДИ 20,7–27,8 у самых опытных (стаж в должности более 11 лет); $p < 0,001$. Справедливое соотношение зарплат и трудозатрат падает с 20,4%; 95%ДИ 16,1–25,0 до 13,6%; 95%ДИ 10,9–16,6 ($p = 0,001$), возможность карьерного роста с 24,1%; 95%ДИ 19,6–29,0 до 13,6%; 95%ДИ 10,9–16,6 ($p < 0,001$) и так далее. Если у работников со стажем три года и менее все пять указанных выше ответов набрали более 40% (средний балл 43,2%), то у работников со стажем 11 лет и более этот показатель составил 33,3%. Это свидетельствует о том, что чем дольше работники находятся на своей должности, тем меньше положительных факторов они видят в своей работе. По логике вещей этот вывод довольно парадоксален. Все недовольные должны были уволиться и перейти на другую работу, а самые довольные – остаться. С другой стороны, эти результаты можно интерпретировать альтернативным образом: поскольку все группы опрошенных в качестве основного негативного фактора работы в ССиНМП указали физическую и психологическую нагрузку и усталость (см. далее рис. 4.4), то с течением времени она накапливается, а вместе с ней повышается и негативный фон в целом.

Необходимо также отметить, что мнение опытных работников оказывает большое влияние на молодёжь и их дальнейшее отношение к работе в системе скорой медицинской помощи.

В целом анализ уровня ценности того или иного параметра позволяет более адресно и эффективно разрабатывать меры по мотивации всех сотрудников: предоставление дополнительных оплачиваемых дней

пропорционально стажу, нематериальное признание и статусные привилегии: введение системы почётных званий (например, «Ветеран СМП», «Эксперт года») с символическими наградами (грамоты, значки, упоминание в корпоративных средствах массовой информации); публичное поощрение на собраниях или в корпоративных коммуникациях (истории успеха, благодарности от руководства); персонализированные бонусы по интересам: выбор льгот из «меню мотивации»: сертификат на обучение, подписка на профессиональную литературу и другие.

4.2. Факторы и условия, усложняющие работу медицинского персонала скорой медицинской помощи. Риски профессиональной деятельности

В качестве таких факторов в своей работе большинство респондентов (1021 из 1245, или 82,0%; 95%ДИ 79,8–84,0) отметили «Большая физическая/психологическая нагрузка, усталость». При этом, хотя среди руководящего состава таких всего 38 из 67 отметивших на вопрос (56,7%; 95%ДИ 44,8–67,9), частота упоминания этого фактора в разы выше любого другого. Руководители в целом гораздо более позитивны, чем медицинские работники выездных бригад – в среднем первые отметили 1,5 негативных позиции, тогда как вторые – 4,6 (рис. 4.4). Наибольшие расхождения в оценке негативных сторон наблюдаются в вопросе соответствия заработной платы, что отметили только 8 из 65 руководителей (12,3%; 95%ДИ 6,4–22,5), 88 из 217 врачей выездных бригад (40,6%; 95%ДИ 34,2–47,2) и 580 из 961 медицинских сестёр и фельдшеров (60,4%; 95%ДИ 57,2–63,4), то есть расхождение – почти в пять раз ($p < 0,001$). Аналогичные расхождения в оценке ночных дежурств и переработок – 7,7%; 95%ДИ 2,9–14,6 у руководителей, 28,1%; 95%ДИ 22,3–34,3 у врачей и 22,7%; 95%ДИ 20,1–25,4 у средних медицинских работников выездных бригад ($p = 0,009$). Существенная разница наблюдалась и в оценке психологического климата и конфликтов с начальством. Однако в целом эти проблемы волнуют не более 10% опрошенных. Единственная проблема, имеющая, по мнению респондентов, большое значение вне

зависимости от занимаемой должности – профессиональные риски. Почти треть опрошенных (32,8%; 95%ДИ 30,2–35,4) отметили важность этой проблемы.



Рисунок 4.4. Факторы и условия, усложняющие работу медицинского персонала скорой медицинской помощи, % (*варианты ответов руководителям предложены не были, ** варианты ответов медицинских работников выездных бригад предложены не были).

Поскольку полученные оценки существенно отличаются, анализ ответов на этот вопрос в зависимости от стажа в текущей позиции проводился отдельно среди 67 руководителей и 1178 работников выездных бригад, давших ответ на вопрос о стаже работы (рис. 4.5 и 4.6). Следует отметить, что

большинство проблем оцениваются примерно одинаково и от стажа мало зависят, но есть и исключения. Так, значимость физической и психологической нагрузки резко падает с 65,2% (15 из 23 респондентов данной категории) у молодых руководителей (стаж в текущей должности 3 года и менее) до 38,5% (5 из 13) у самых опытных коллег (стаж 11 лет и более); однако вероятность статистической ошибки первого рода вследствие малой численности групп велика – $p=0,2$. У медицинских работников выездных бригад стаж работы в текущей должности больше всего влияет на отношение к профессиональным рискам. С увеличением опыта работы их значимость, по мнению респондентов, падает с 43,2%; 95%ДИ 37,7-48,9 (128 из 286 респондентов данной категории) до 26,6%; 95%ДИ 22,9-30,4 (143 из 538); $p<0,001$, также несколько снижается негативное отношение к суточному режиму работы – с 28,4%; 95%ДИ 23,4-33,6 до 19,5%; 95%ДИ 16,3-23,0 ($p=0,002$).



Рисунок 4.5. Факторы и условия, усложняющие работу медицинского персонала скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, в зависимости от стажа работы в данной должности у руководителей, %



Рисунок 4.6. Факторы и условия, усложняющие работу медицинского персонала скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, в зависимости от стажа работы в данной должности у медицинских работников выездных бригад, %

Анонимное социологическое исследование руководителей и медицинских работников выездных бригад СМП позволило оценить основные медико-организационные аспекты в работе службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, определить наиболее значимые и влияющие факторы, что является научно обоснованной базой для подготовки рекомендаций, направленных на разработку новых (инновационных) организационных форм, улучшение условий труда работников, оптимизацию мотивационных механизмов по укреплению кадрового обеспечения скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, улучшение

эффективности профессиональной подготовки и обучение врачебного и среднего медицинского персонала, что, как следствие, позволит повысить качество оказываемых медицинских услуг населению.

Анализ ответов различных групп опрашиваемых определил наиболее чувствительные позиции в управлении и организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи населению Москвы с учётом разного опыта работы, возраста, занимаемой должности. Это позволяет разрабатывать мотивационные рекомендации кадровой политики службы СМП, учитывающие персональные особенности работников. В то же время были получены результаты, которые слабо зависят от стажа, возраста или должности и могут считаться объективными в высокой степени, характерными для всей системы здравоохранения мегаполиса в целом и независимыми от индивидуальных субъективных особенностей респондентов.

В мотивационном плане укрепления кадрового обеспечения службы СМП наиболее важным оказался результат нематериального стимулирования. При оценке положительных факторов и факторов негативного восприятия работы в службе СМП вопрос уровня оплаты труда ушёл на второй план. В первом случае список возглавила позиция «Высокий престиж, социальная значимость и ответственность», а во втором – «Большая физическая/психологическая нагрузка, усталость». Соответственно, основным направлением по изменению условий труда, по мнению руководителей, могут стать как развитие возможностей комфортных условий на рабочем месте (комнаты для релаксации и другие) в период перерывов, так и в отпускной (промежуточный) период (получение санаторно-курортного обеспечения). Таким образом, необходим баланс интенсивной работы и возможности восстановления физических и психологических ресурсов работников. При этом необходимо отметить, что в настоящее время большинство опрошенных (78,9%) удовлетворены бытовыми и социальными условиями в целом. Это говорит о том, что руководство Москвы и службы скорой, в том числе скорой

специализированной, медицинской помощи придаёт этому вопросу большое значение.

Что касается ресурсного обеспечения, то в целом мнение респондентов довольно солидарно. Большинство опрошенных удовлетворены лекарственным и техническим обеспечением, но с учетом высокой плотности населения и сложной транспортной ситуации в Москве проблема транспортного обеспечения в целом остается актуальной.

Функционирующая система постоянного профессионального обучения в ССиНМП им. А.С. Пучкова дала основание опрашиваемым руководителям в 80% случаях отметить эффективность обучения среднего и врачебного медицинского персонала, находящегося в их подчинении на 6 баллов и выше по десятибалльной шкале. Вместе с тем около 20% опрошенных руководителей оценили эффективность обучения ниже 6 баллов и эти вопросы могут являться темой для отдельных исследований.

Проведённый нами опрос показал, что организация работы службы СМП в Москве находится в постоянном позитивном развитии. Большое количество заведующих подстанциями ориентированы и вовлечены в разрабатываемые и внедряемые инновационные процессы ССиНМП им. А.С. Пучкова и с легкостью приводят их примеры.

Помимо анализа определяющих и влияющих на оценку респондентов факторов в ССиНМП им. А.С. Пучкова проведен опрос всех респондентов по возможным рискам, связанным с профессиональной деятельностью.

Ввиду большого различия в характере деятельности медицинских работников выездных бригад и руководящего состава, респондентам были предложены на выбор разные наборы рисков, связанных с профессиональной деятельностью.

При распределении наиболее значительных рисков в работе в ССиНМП им. А.С. Пучкова, по мнению руководителей, почти одинаковое количество ответов получили показатели «Кадровые риски (нехватка персонала)» и «Клинические риски (ошибки в лечении Вашими подчинёнными)» – по 37

ответов из 65 респондентов (56,9%; 95%ДИ 44,8–68,2). На третьем месте – «Репутационные риски» – 25 ответов (38,5%; 95%ДИ 27,6–50,6) (рис. 4.7). «Регуляторные и юридические риски» и «Риски, связанные с изменениями в отрасли» составили соответственно 23,1%; 95%ДИ 14,5–34,6 и 9,2%; 95%ДИ 4,3–18,7.

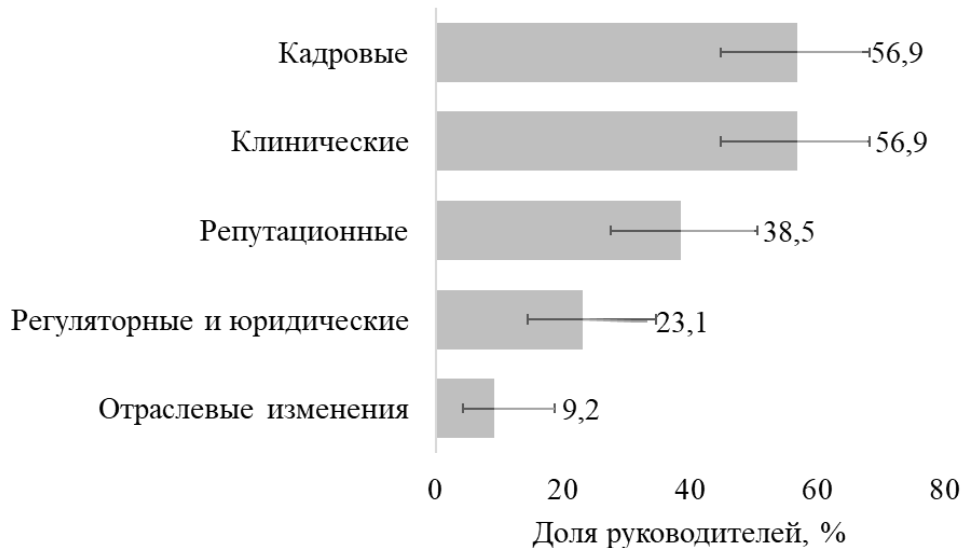


Рисунок 4.7. Распределение наиболее значительных рисков в работе скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи у руководителей

Распределение наиболее значительных рисков в работе в ССиНМП им. А.С. Пучкова между руководителями, врачами и средними медицинскими работниками выездных бригад показало, что различия в оценке клинических рисков (ошибок в лечении подчинёнными) и репутационных рисков (жалобы, негативные отзывы и прочие) прямо зависят от статуса респондентов – максимальная доля у руководителей – 56,9% и 38,5% соответственно (см. выше), несколько меньше у врачей – 50,7%; 95%ДИ 44,1-57,3 и 35,5%; 95%ДИ 29,3-42,0 и самая маленькая у среднего медицинского персонала выездных бригад – 38,8%; 95%ДИ 35,7-41,9 и 32,4%; 95%ДИ 29,5-35,4); $p=0,1$ и $0,004$, соответственно (рис. 4.8).



Рисунок 4.8. Распределение наиболее значительных рисков в работе скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, % от отвечавших (*отвечали только медицинские работники выездных бригад, ** отвечали только руководители)

Несколько иное различие в оценке рисков, связанных с работой в СМП, наблюдается в зависимости от стажа работы в текущей должности. При достаточной однородной оценке наблюдаются два существенных различия. Значимость кадровых рисков с увеличением стажа резко, более чем в два раза, уменьшается. Также с увеличением стажа уменьшается значимость, по мнению респондентов, клинических ошибок, что вполне обосновано – с опытом работы повышается профессионализм и уменьшается вероятность

профессиональных ошибок и, соответственно, снижается их значимость. В целом с опытом работы происходит снижение в оценке почти всех рисков, хоть и не так значительно (рис. 4.9).



Рисунок 4.9. Распределение наиболее значительных рисков в работе скорой медицинской помощи в зависимости от стажа работы в данной должности респондентов, % от отвечавших (*отвечали только медицинские работники выездных бригад, ** отвечали только руководители)

4.3. Условия труда и быта; ресурсы для улучшения условий работы

Создание бытовых (отдых, питание и другие) и социальных условий в целом являются важным аспектом функционирования ССиНМП им. А.С. Пучкова с учетом физической и психологической нагрузки. В целом респонденты удовлетворены созданными условиями для работы – 771 из 1257

(61,3%; 95%ДИ 58,6–64,0) ответивших на этот вопрос респондентов. Доля руководителей, положительно ответивших на этот вопрос – 78,9%; 95%ДИ 67,0–85,5; $p=0,04$, незначительно больше, чем у других врачей – 68,7%; 95%ДИ 62,3–74,7; $p=0,1$ и существенно выше, чем у среднего медицинского персонала – 58,4%; 95%ДИ 51,6–57,9; $p<0,001$ (рис. 4.10). И если отличия между руководителями и медицинскими работниками выездных бригад можно объяснить существенно отличающимися условиями работы, то разница в оценках между врачами и фельдшерами, составляющими основную часть опрошенных работников СМП, требует дополнительного анализа. Единственным аргументом, по нашему мнению, является общий образовательный (культурный уровень) страт опрошенных, в том числе наличие высшего образования. Этот фактор необходимо учитывать при планировании любых мероприятий, так или иначе связанных с общественным мнением.

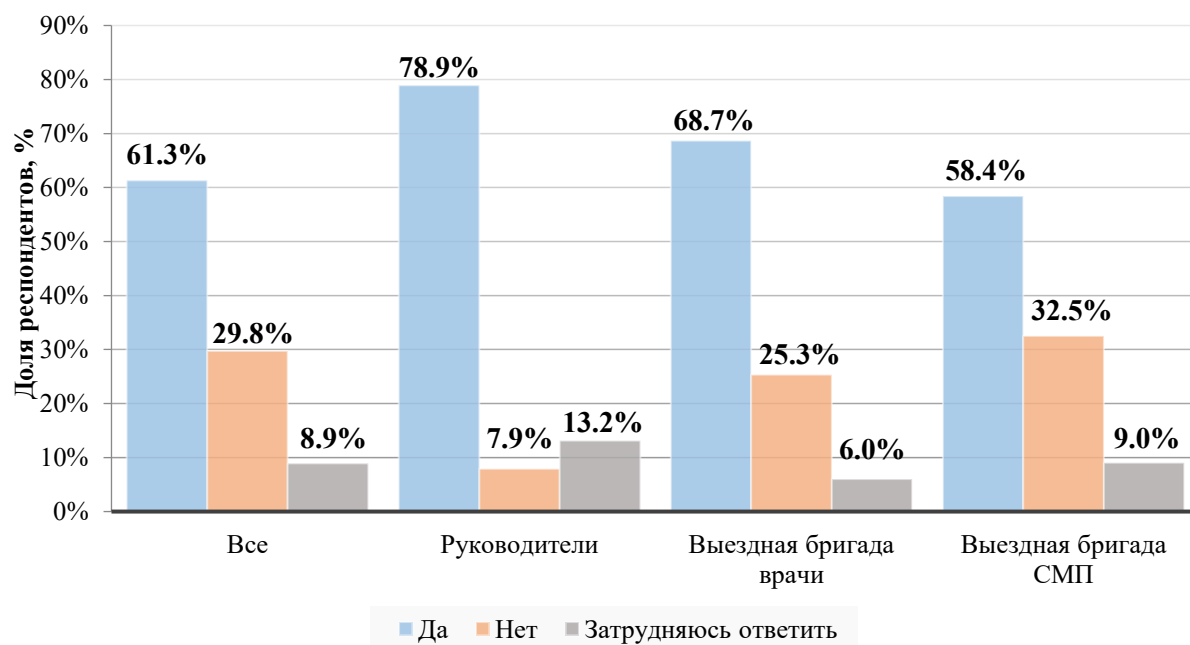


Рисунок 4.10. Распределение удовлетворённости бытовыми и социальными условиями в целом между руководителями, врачами и средним медицинским персоналом выездных бригад

Анализ удовлетворённости бытовыми условиями работы в зависимости от возраста статистически значимых различий не выявил ($p>0,05$).

Помимо собственной оценки положительных и негативных факторов работы в ССиНМП, а также иных сторон её функционирования, опрошенным руководителям было предложено высказаться по вопросу изменения и повышения комфортности условий труда. Помимо семи предложенных направлений можно было дать свои предложения.

Самым популярным ответом по вопросу улучшения условий труда (рис. 4.11) стало увеличение зарплаты – 939 из 1257 респондентов или 74,7%; 95%ДИ 72,2–77,0. Однако среди руководителей таких оказалось всего 19–24,4%; 95%ДИ 15,5–34,4. Больше всего руководителей – почти половина опрошенных (37 чел. – 47,4%; 95%ДИ 336,5–58,5 – высказались в пользу оборудования помещений для комфортного проведения перерывов в работе (отдыха и релаксации). Этот результат хорошо согласуется с самым популярным ответом на негативные стороны работы в ССиНМП – физическая и психологическая нагрузка/усталость. Это подтверждает и второй по популярности ответ у руководителей: 29 респондентов (37,2%; 95%ДИ 26,9–48,1) указали в качестве возможного улучшения условий работы «Организовать отдых в санаториях в отпускной и промежуточный период». Этот результат также хорошо согласуется с ответами на положительные стороны работы в ССиНМП им. А.С. Пучкова (рис. 4.3) – большинство руководителей пришло на работу из-за высокого престижа и социальной ответственности. Таким образом, руководители ССиНМП им. А.С. Пучкова готовы работать в имеющихся условиях, однако необходимо уделять внимание проработке вопросов комфортности условий пребывания на рабочем месте во время перерывов, а также предлагать различные возможности отдыха в отпускной (промежуточный) период.

Совсем иной взгляд на организацию улучшения работы в СМП у медицинских работников выездных бригад. И врачи, и средний медицинский персонал, в качестве основной меры видят увеличение зарплаты – 71,9%;

95%ДИ 65,7–77,7 и 79,3%; 95%ДИ 76,7–81,8 соответственно; в целом - 77,9%; 95%ДИ 75,5–80,3. На втором месте – организация бесплатного лечения (аналогия ДМС) – 54,8%; 95%ДИ 48,2–61,4 и 58,1%; 95%ДИ 55,0–61,2 соответственно; в целом - 57,5%; 95%ДИ 54,7–60,3. Хотя возможности получения качественного лечения по идее выше, чем у населения в целом, именно этот вопрос, имеющий также материальную основу, оказался на втором месте в списке приоритетов. Для сравнения: лишь 6 руководителей (7,7%; 95%ДИ 2,9–14,6) назвали этот вопрос в числе необходимых мер. На третьем месте – возможность получения санаторного лечения в отпускной период – 47,5%; 95%ДИ 40,9–54,1 и 51,0%; 95%ДИ 47,9–54,2 соответственно (в целом по персоналу выездных бригад - 50,4%; 95%ДИ 47,5–53,2). И только потом, с результатом в 35,5%; 95%ДИ 29,3–42,0 и 26,3%; 95%ДИ 23,6–29,1 были названы мероприятия по организации отдыха непосредственно на рабочем месте (в целом по персоналу выездных бригад - 28,0%; 95%ДИ 25,5–30,6). В то же время у руководящего состава именно этот вопрос занял лидирующую позицию – 46,2%; 95%ДИ 35,3–57,2; различия с мнением специалистов выездных бригад статистически значимы: $p < 0,001$.

Следовательно, для повышения эффективности мер по улучшению работы персонала ССиНМП необходимо учитывать конкретные потребности различных категорий работников, в том числе при разработке социальных программ для сотрудников ССиНМП.

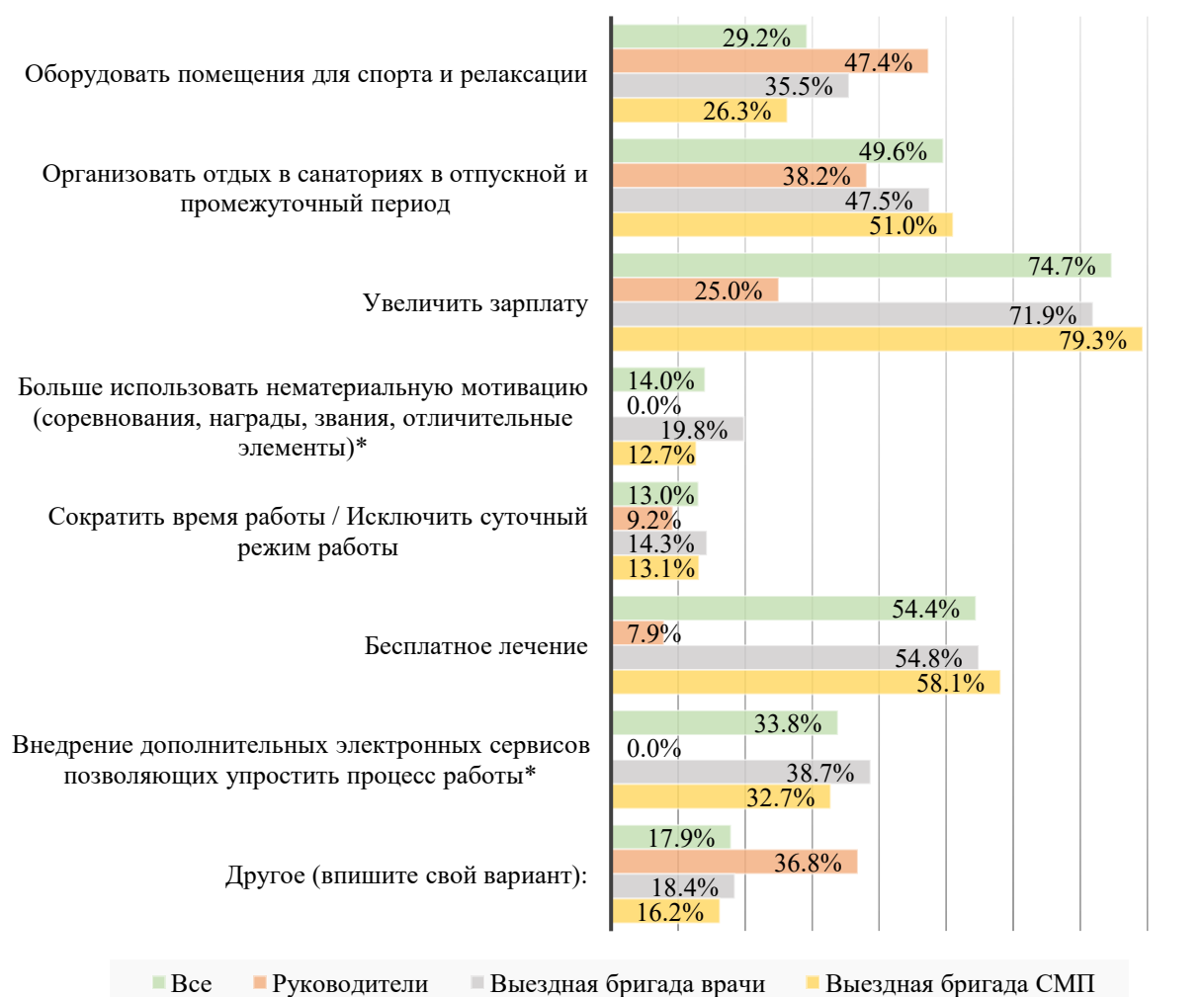


Рисунок 4.11. Возможности изменения и повышения комфортности условий труда по мнению руководителей, врачей и среднего медицинского персонала, % от опрошенных (*отвечали только медработники выездных бригад)

4.4. Ресурсное обеспечение профессиональной деятельности.

Лекарственным и техническим обеспечением работы выездных бригад удовлетворены подавляющее число респондентов 819 из 1257–65,2%; 95%ДИ 62,5–67,7 опрошенных (рис. 4.12). Однако, у руководителей этот показатель значительно выше, чем у врачей и среднего медицинского персонала выездных бригад – 88,5%; 95%ДИ 80,5–94,6 против 63,5%; 95%ДИ 60,8–66,3 ($p < 0,001$). Ещё более впечатляющим выглядит разрыв неудовлетворенных лекарственным и техническим обеспечением – 3,8%; 95%ДИ 0,7-9,2 руководителей против 25,8%; 95%ДИ 20,2-31,8 и 24,3%; 95%ДИ 21,7-27,1 у врачей и среднего медицинского персонала выездных бригад – рис. 4.13 (в целом по персоналу выездных бригад – 24,6%; 95%ДИ 22,2-27,1; различия

с мнением руководителей статистически значимы – $p < 0,001$). При этом надо иметь в виду, что работники выездных бригад в целом гораздо более негативно настроены, чем руководители. Это касается, как уровня заработной платы, удовлетворённости работой и т.д. Поэтому, необходимо более детальное исследование по всем видам ресурсного обеспечения с анализом фактического использования лекарственных средств и технического обеспечения.

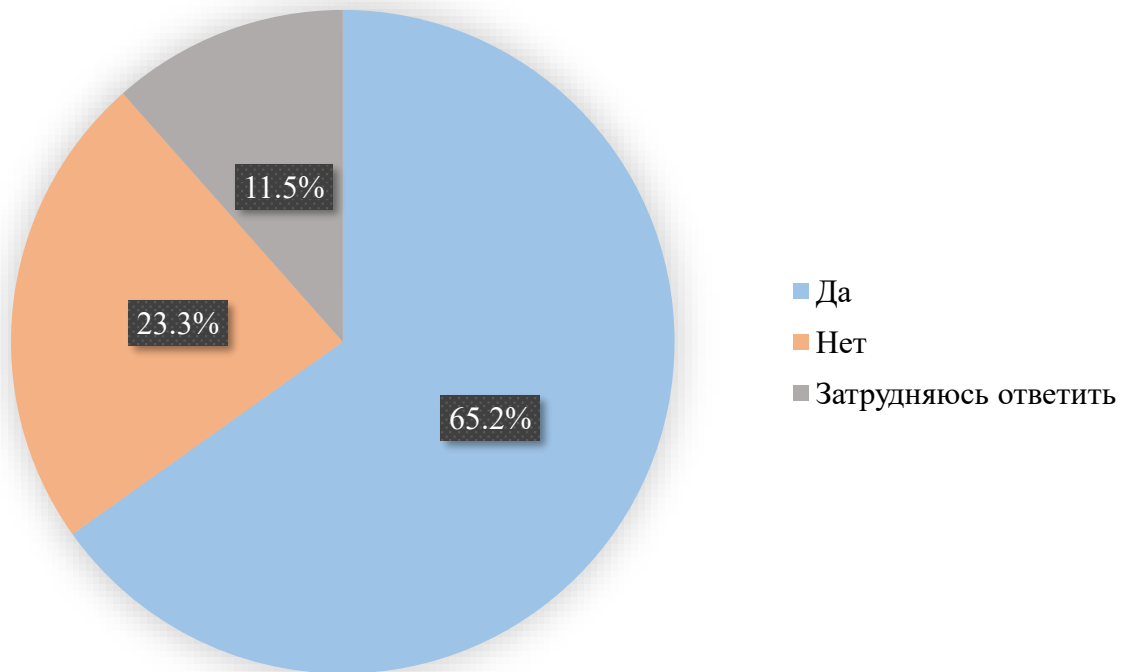


Рисунок 4.12. Удовлетворённость лекарственным и техническим обеспечением выездных бригад скорой медицинской помощи

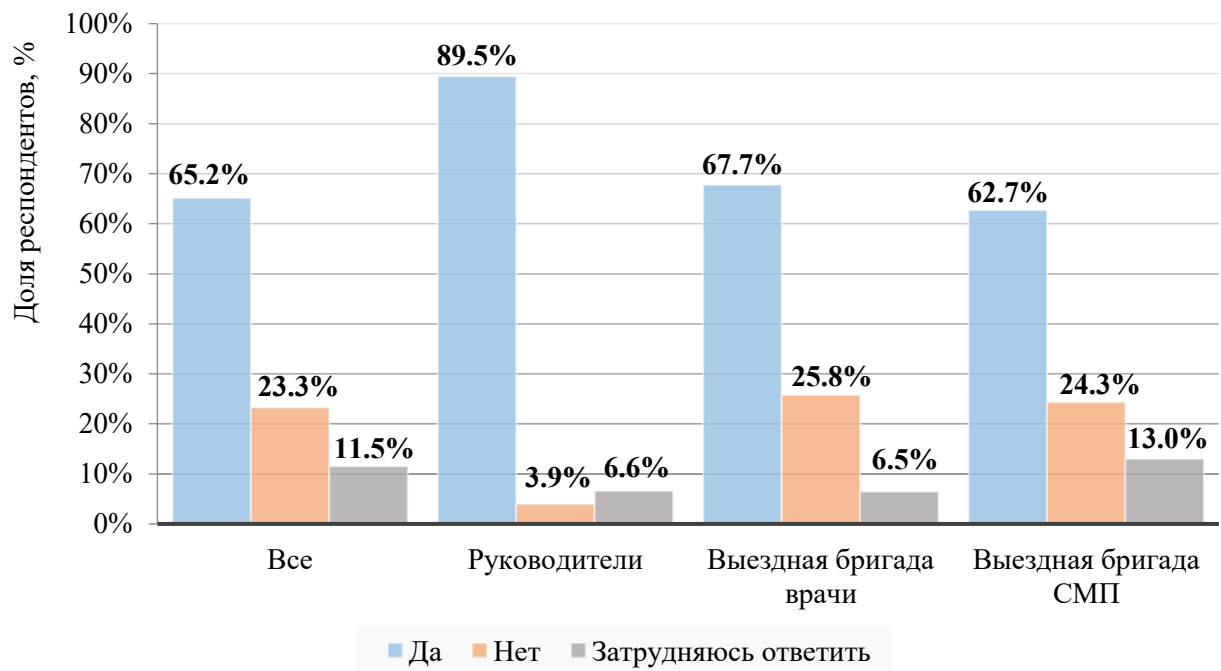


Рисунок 4.13. Распределение удовлетворённости лекарственным и техническим обеспечением выездных бригад между руководителями, врачами и средним медицинским персоналом выездных бригад скорой медицинской помощи

Более половины руководителей (41 человек из 76 (53,9%; 95%ДИ 42,8-64,7) на вопрос о количестве и состоянии транспортных спецсредств отметили сложную ситуацию, а 17 (22,4%) затруднились ответить. (рис. 4.14, 4.15).

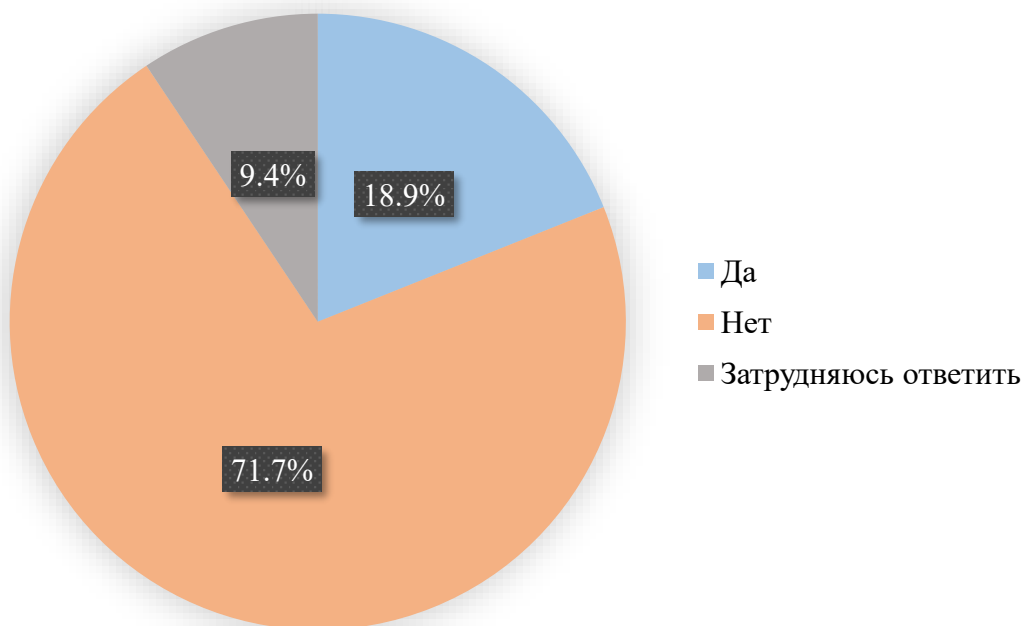


Рисунок 4.14. Удовлетворённость количеством и состоянием транспортных спецсредств (все респонденты)

Как и в вопросе с лекарственным и техническим обеспечением, руководители оценивают проблему более позитивно, чем работники выездных бригад. Но при этом, разрыв в оценке между руководителями и врачами (53,8% против 59,9% статистически малозначим: $p=0,3$), чем у руководителей и среднего медицинского персонала – (53,8% против 75,9%; $p<0,001$) и у врачей и среднего медицинского персонала (59,9% и 75,9%; $p<0,001$), хотя обе категории совместно эксплуатируют одни и те же транспортные средства.

Тем не менее, с учетом сложившихся в 2024 году обстоятельств в учреждении, которое обеспечивает санитарным транспортом ССиНМП им. А.С. Пучкова понятен уровень оценки данного показателя работниками СМП. Проведенные организационные меры уже приносят результат, однако с учетом высказанного сотрудниками СМП мнения необходимо осуществить тщательный контроль проводимых организационных мер, направленных на стабилизацию ситуации в отношении автопарка ССиНМП г. Москвы.

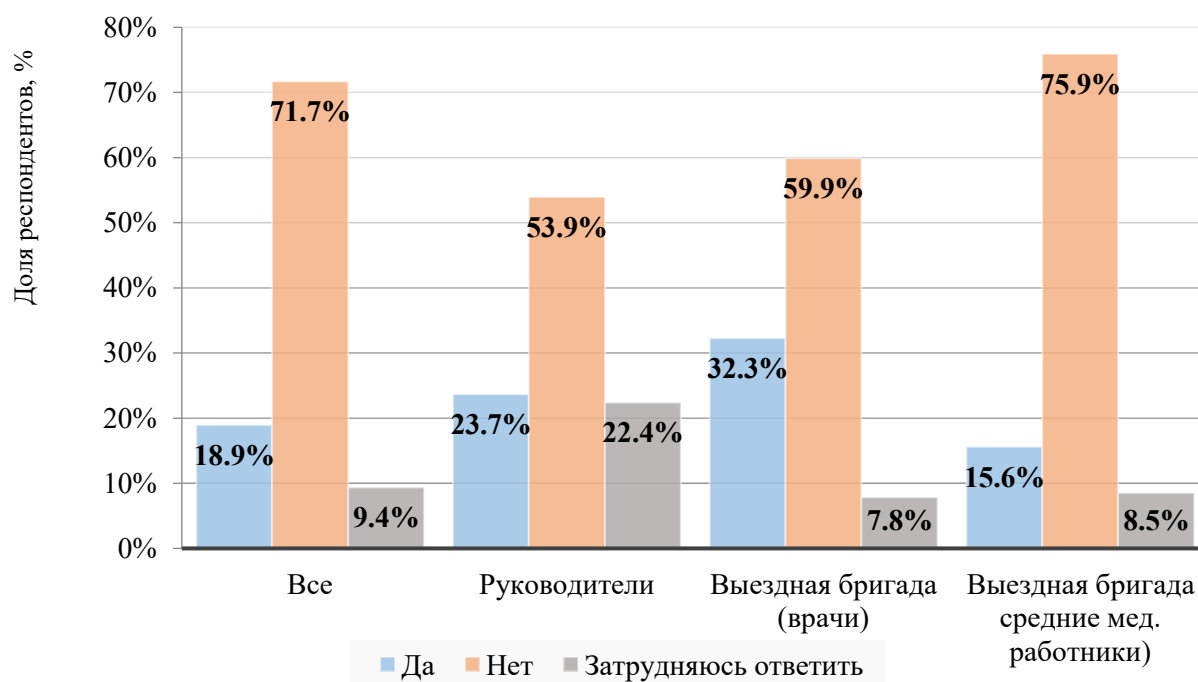


Рисунок 4.15. Распределение удовлетворённости количеством и состоянием транспортных спецсредств между руководителями, врачами и средним медицинским персоналом выездных бригад скорой медицинской помощи

Создание бытовых условий (отдых, питание и т.д.) и социальных условий в целом также являются важным аспектом функционирования службы СМП города Москвы. Как уже было отмечено ранее, хотя в целом респонденты удовлетворены созданными условиями для работы – 771 из 1257 (61,3%; 95%ДИ 58,6-64,0) – рис. 4.10), у респондентов-руководителей этот показатель ещё выше – 60 из 78 (или 76,9%; 95%ДИ 68,5-86,6) ответивших на этот вопрос респондентов. При этом, доля других руководителей, положительно ответивших на этот вопрос (87,5%) ещё выше, чем у заведующих подстанциями (74,5%) – рис. 4.16. Это говорит о том, что чем выше уровень руководителя, тем больше его удовлетворённость существующим положением дел и соответственно, тем меньше он склонен придавать этому вопросу необходимого внимания.

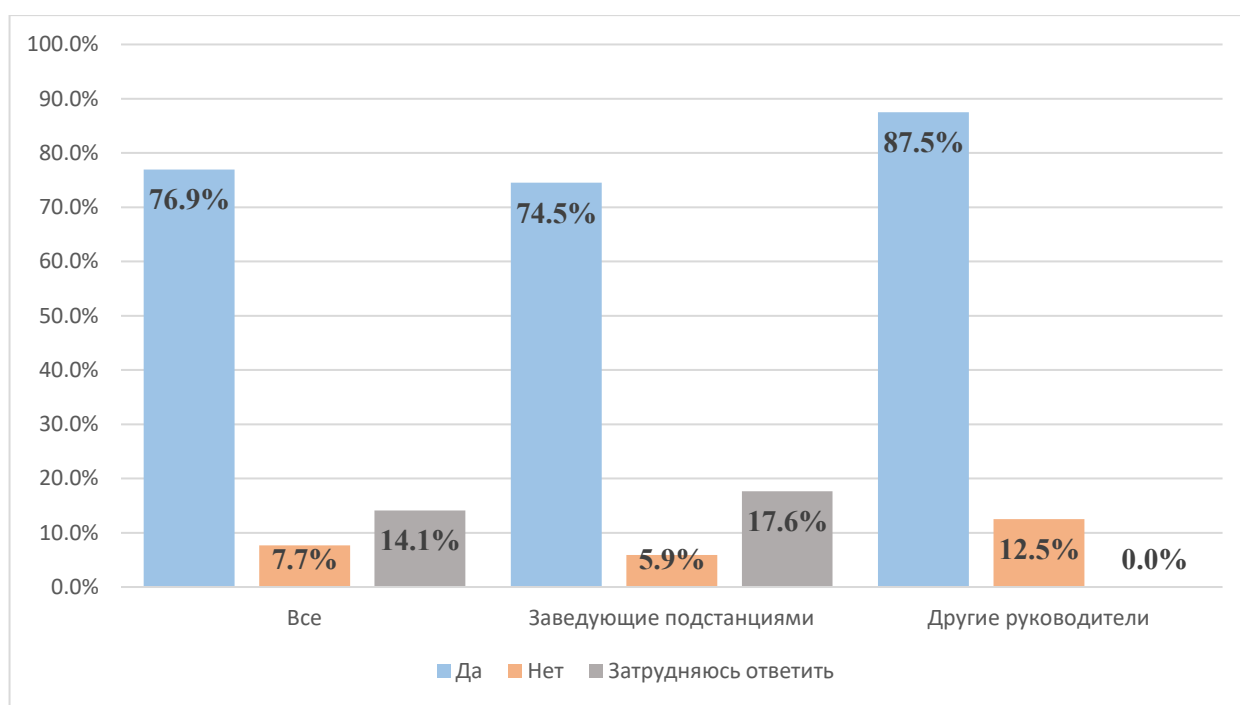


Рисунок 4.16. Распределение удовлетворённости бытовыми условиями в целом между заведующими подстанциями и другими руководителями.

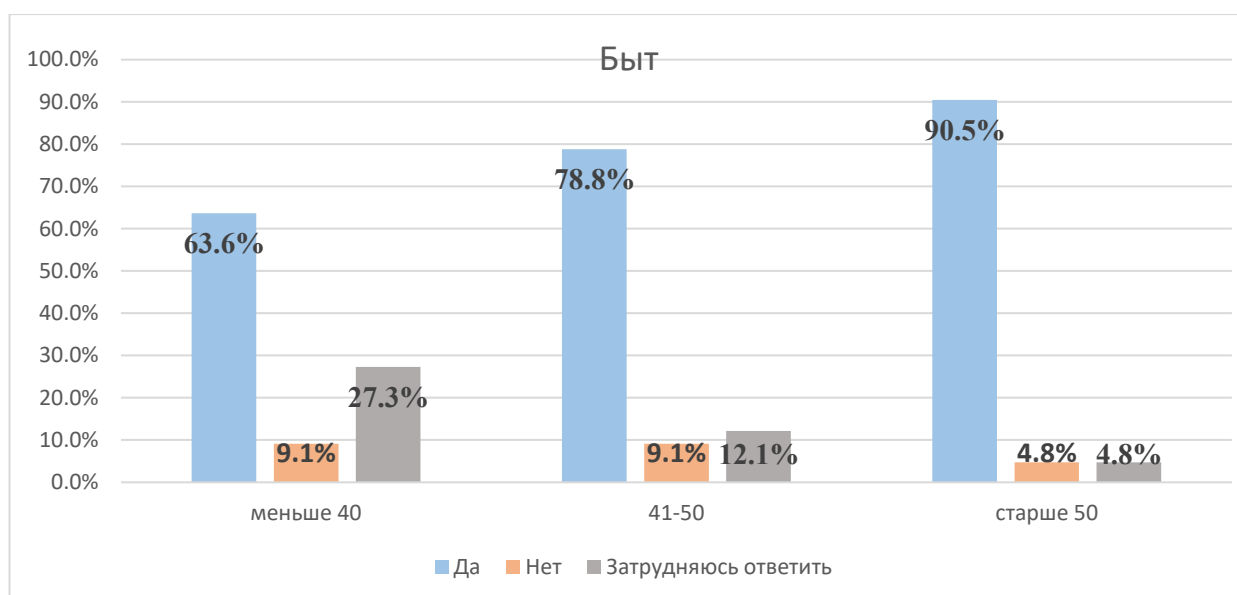


Рисунок 4.17. Распределение удовлетворённости бытовыми и социальными условиями в зависимости от возраста руководителей

Анализ удовлетворённости бытовыми условиями работы в зависимости от возраста опрошенных показал, что самыми «требовательными» являются руководители – до 40 лет. Среди них меньше всего удовлетворенных - 63,6% против 78,8% у лиц в возрасте 41–50 лет и 90,5% у руководителей старше 50 лет, так больше и неудовлетворенных – 9,1%, 9,1% и 4,8% соответственно – рис. 4.17.

4.5. Анализ предложений респондентов по улучшению условий работы и мотивации к ней

Помимо простой (пассивной) оценки позитивных и негативных сторон работы в системе СМП, а также связанных с ней рисков, респонденты высказали мнение по путям улучшения своей работы. Мнения рассматриваемых групп респондентов ожидаемо разделились. Врачи и средний медицинский персонал вполне солидарен между собой, и почти по всем вопросам кардинально отличаются от мнения руководящего состава. Нам бы хотелось обратить на это особое внимание.

Как было отмечено выше (рис. 4.11), главным инструментом улучшения работы абсолютное большинство респондентов (74,7%; 95%ДИ 72,3–77,1)

выбрали увеличение зарплаты. Однако, среди респондентов - руководителей такой точки зрения придерживается только четверть (19 из 76 давших ответ – 25,0%; 95%ДИ 16,6–35,8) опрошенных; $p < 0,001$. Гораздо важнее, по их мнению, оборудовать помещения для спорта и релаксации – (47,4%; 95%ДИ 36,3–58,6) опрошенных руководителей против 35,5%; 95%ДИ 29,3–42,0 врачей и 26,3%; 95%ДИ 23,6–29,1. Различие мнений руководителя и персонала бригад по данному вопросу статистически малозначимы. Имеются значительные отличия в оценке бесплатного лечения. Этот пункт вышел на второе место – 54,4% респондентов отметили его. При этом среди руководителей этот пункт отметили всего 7,9%; 95%ДИ 2,9–15,0 респондентов ($p < 0,001$). Это довольно парадоксальный результат проведённого исследования. Лица, ежедневно оказывающие населению медицинскую помощь, сами нуждаются в бесплатном лечении. По нашему мнению, этот вопрос требует отдельного глубокого изучения, которое выходит за рамки настоящей работы. Близко к этому лежит пункт организации отдыха в санаториях в отпускной и промежуточный период. Здесь разрыв в ответах уже не существенен – 38,2%; 95%ДИ 27,6–49,3 руководителей против 47,5%; 95%ДИ 40,9–54,1 у врачей и ($p = 0,1$) и 51,0%; 95%ДИ 47,9–54,2 ($p = 0,04$) у среднего медицинского персонала выездных бригад соответственно. Сокращение времени работы (исключение суточного графика) указали всего 13,0%; 95%ДИ 11,2–14,9 респондентов.

Следует отметить, что анкета для работников выездных бригад была дополнена двумя дополнительными пунктами. Увеличение нематериальных стимулов (награды, звания, соревнования и т.д.) не нашло существенного отклика у работников выездных бригад (отметили 14,0%; 95%ДИ 12,1–16,0 опрошенных). А вот внедрение дополнительных электронных сервисов, позволяющих упростить процесс работы, поддержали более трети опрошенных – 33,8%; 95%ДИ 31,2–36,6.

В ходе исследования был также проведён анализ влияния стажа в текущей должности на вопрос возможностей улучшения условий труда (рис.

4.18). Общая выявленная тенденция – с увеличением стажа, уменьшается значимость практически всех предложенных вариантов. Наиболее явна эта тенденция в вопросе организации комнат для спорта и релаксации – падение с 38,6%; 95%ДИ 33,3–44,0 у начинающих работников до 22,9%; 95%ДИ 19,6–26,7 у самых опытных; $p < 0,001$. Аналогичная тенденция у вопроса внедрения электронных сервисов (падение с 36,7% до 29,2%; $p = 0,004$), и бесплатного лечения (падение с 59,9%; 95%ДИ 54,4–65,2 до 49,7%; 95%ДИ 44,8–53,2; $p < 0,001$). Остальные варианты улучшения условий труда не вызвали значимого различия в зависимости от стажа.



Рисунок 4.18. Возможности изменения и повышения комфортности условий труда в зависимости от стажа работы в своей должности

Повышение эффективности работы, в частности экономической составляющей – задача, стоящая перед любым руководством любой отрасли. И достичь приемлемых результатов возможно только при наличии консенсуса с самими работниками. Иначе, даже достигнутые формальные показатели разобьются о существенное снижение качества оказываемых услуг, что

совершенно не приемлемо в работе СМП. Поэтому, в рамках проводимого социологического опроса работников выездных бригад, было изучено их мнение относительно двух направлений интенсификации труда – увеличение объёма работы и работа в бригаде с одним медицинским работником.

По первому направлению респондентам был задан вопрос «Что могло бы стимулировать Вас принять решение увеличить (сохранить увеличенный объем работы) объем работы?» (рис. 4.19). Безоговорочным лидером ожидаемо стал материальный интерес (943–80,0%; 95%ДИ 77,7–82,2 ответивших респондентов). На втором месте с отрывом почти в два раза от третьего, оказался индивидуальный подход к графику работы (695–58,9%; 95%ДИ 56,1–61,7 ответов). Это имеет важнейшее значение, так как именно этот вариант ответа наименее финансово затратный. На третьем месте с показателем 344–29,2%; 95%ДИ 26,6–31,8 оказалось санаторное обеспечение. Все остальные меры стимулирования оказались ещё менее востребованными.



Рисунок 4.19. Что могло бы стимулировать Вас принять решение увеличить (сохранить увеличенный объем работы) объем работы

Таким образом, наиболее эффективными в экономическом плане мерами по стимулированию сотрудников на принятие решения по увеличению объема работ является индивидуальный подход к сотрудникам.

Более сложным оказался вопрос о возможности работы в бригаде с одним медицинским работником (рис. 4.20). Более половины опрошенных работников выездных бригад (724–61,4%; 95%ДИ 58,6–64,2) не готовы работать в таких условиях. В этом солидарны как врачи, так и средний медицинский персонал, хотя первые и незначительно более лояльны – 72 (33,2%; 95%ДИ 27,1–39,6) врача готовы работать или уже работают в бригадах с неполным составом, как и 288–29,9%; 95%ДИ 27,1–32,9 таковых у среднего медицинского персонала ($p=0,4$).

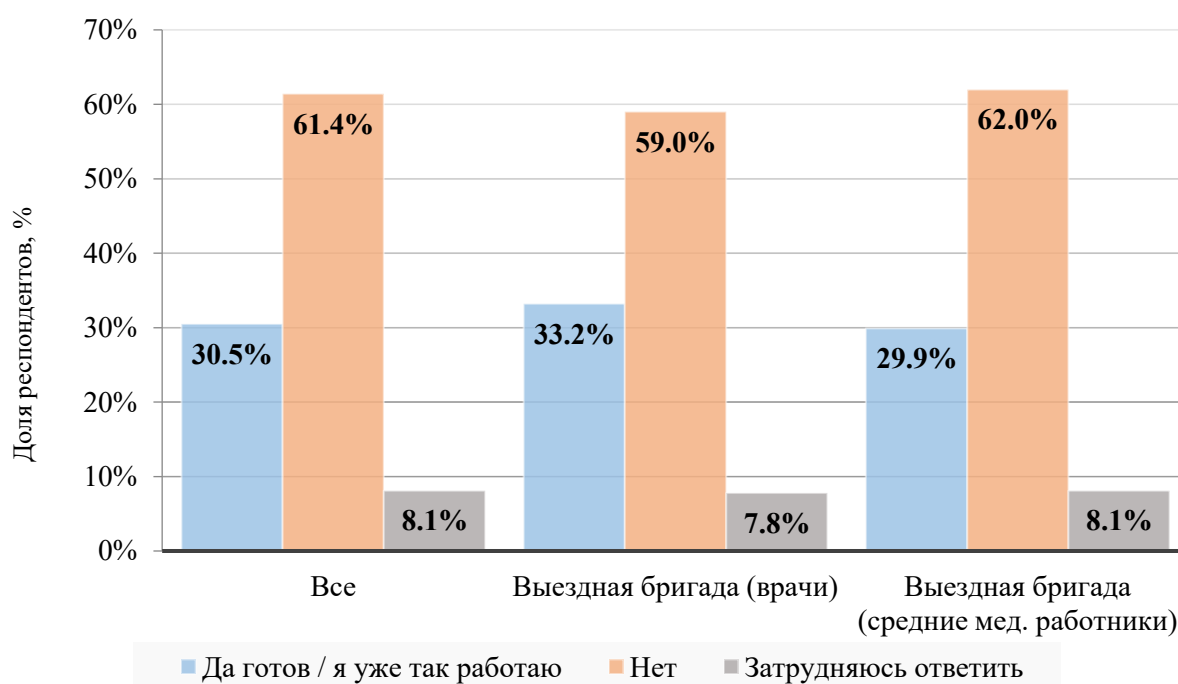


Рисунок 4.20. Готовность работать в выездных бригадах скорой медицинской помощи с одним медицинским работником

В вопросе стимулирования работы в бригадах с одним медицинским работником респонденты также высказали более пессимистические настроения, чем в предыдущем (рис. 4.21). Однако при наличии материального стимулирования работать в таких условиях готовы 711 (60,3%;

95%ДИ 57,5–63,1) работников выездных бригад (при том, что брать на себя увеличенный объём работы готовы были 943–80,0%; 95%ДИ 77,7–82,2). Ещё менее значимым является индивидуальный подход к графику работы – 29,6%; 95%ДИ 27,0–32,2. Также почти в два раза ниже и значимость санаторного отдыха – 16,7%; 95%ДИ 14,6–18,9. Зато респонденты проявили в этом вопросе большую активность в выражение мнения, не представленного в стандартных ответах – дополнительно ответили 30,1%; 95%ДИ 27,5–32,8 респондентов. При этом большая часть высказавших альтернативное мнение, просто выразили резко негативное отношение к такой форме работы.

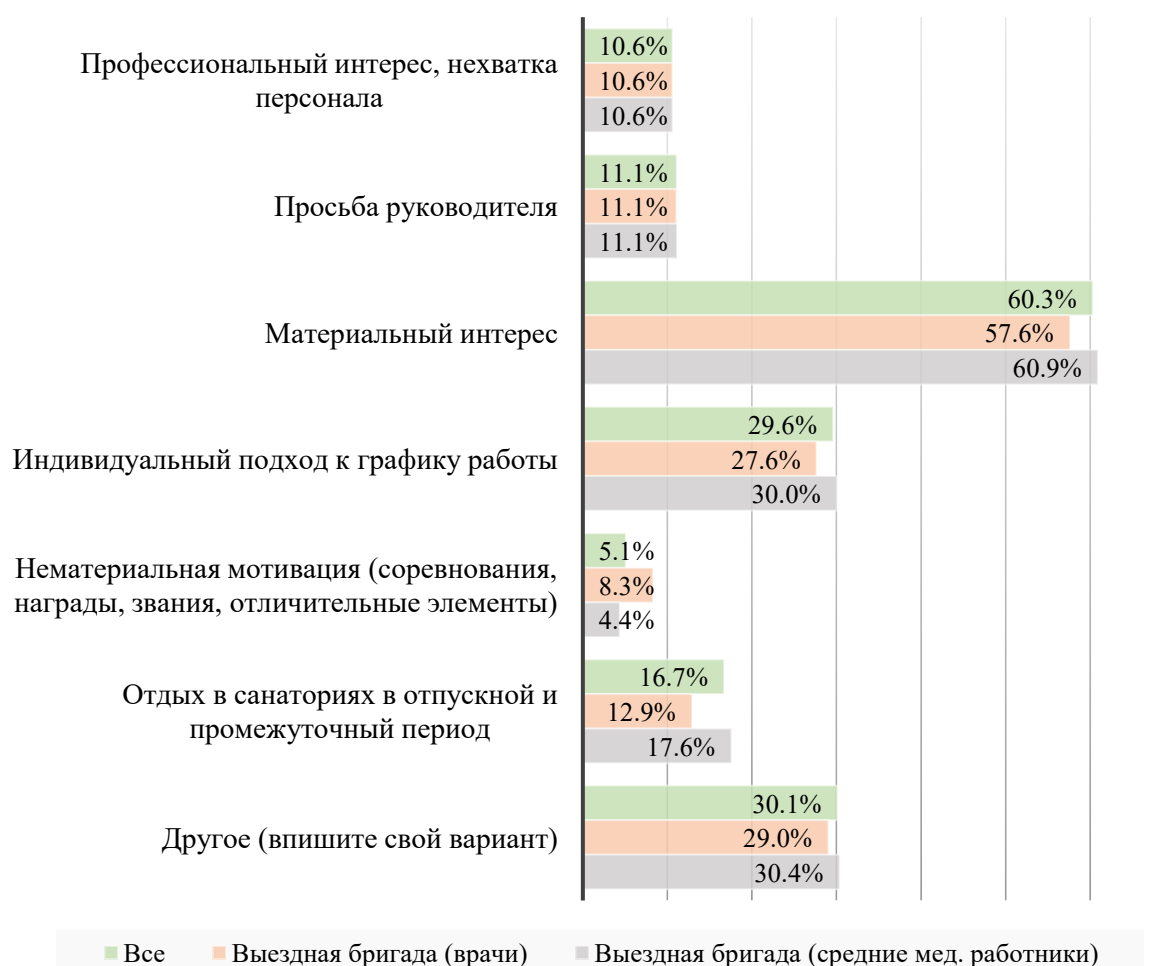


Рисунок 4.21. Что могло бы мотивировать Вас принять решение о работе в бригадах с одним медицинским работником

4.6. Совершенствование профессиональной подготовки и обучения медицинского персонала скорой медицинской помощи

Отдельная часть исследования была посвящена общепрофессиональным вопросам работы в ССиНМП (без конкретизации отдельных профессиональных качеств, требуемым или имеющимся у работников).

Поскольку этот вопрос имеет существенные различия у руководящих работников и работников выездных бригад, он был рассмотрен отдельно для этих двух категорий респондентов.

Важность творческого и профессионального развития была отмечена практически всеми респондентами из числа руководящего состава - 70 из 78 (или 89,7%; 95%ДИ 81,1–94,7) ответили положительно, остальные затруднились с ответом. Отрицательный ответ не дал ни один респондент.

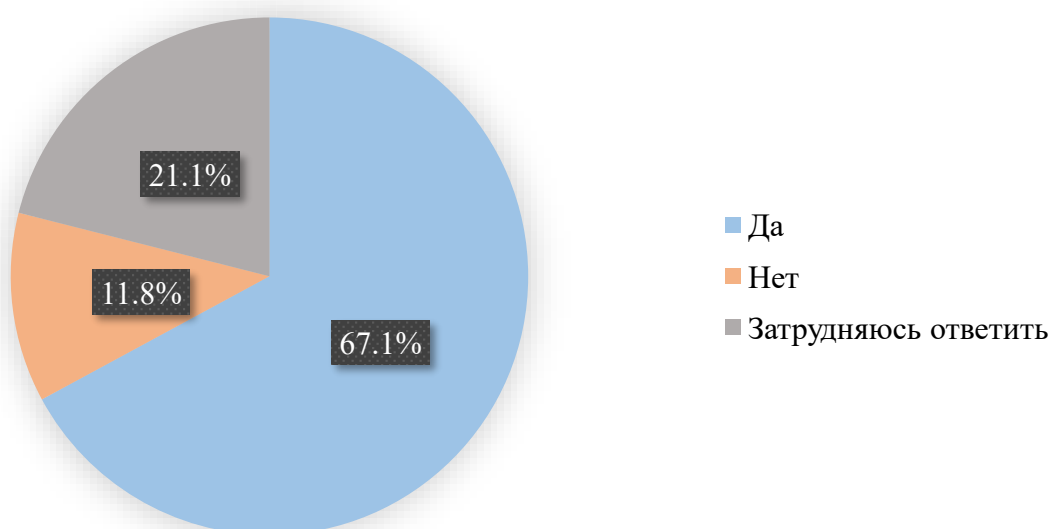


Рисунок 4.22. Возможность творческого и профессионального развития

Однако, почти треть опрошенных (рис. 4.22) отметили, что не имеют возможности профессионально и/или творчески развиваться или сомневаются в необходимости. При этом 66 респондентов (84,6% опрошенных; 95%ДИ 75,0–91,0) отметили, что проходили профессиональную переподготовку и/или обучение. В среднем число профессиональных подготовок составило 9,7 раза на одного респондента. Так, из 27 респондентов, которые не дали положительный ответ на вопрос о имеющейся возможности профессионального и творческого развития 22 человека дали значимый ответ

на вопрос о количестве пройденных курсов по профессиональной переподготовке или обучению со средним значением 8,7 раза на человека, давшего ответ. Из полученного результата можно сделать вывод, что, вопросу профессионального обучения/переподготовки как в городе, так и на ССиНМП им. А.С. Пучкова уделяется большое значение.

Также есть предположение, что респонденты не вполне верно поняли суть вопроса. В пользу этого предположения говорит тот факт, что из упомянутых выше 22 респондентов, ровно половина (11 человек) указали, что им приходилось заниматься разработкой/внедрением инноваций, т.е. имели возможность реализовать свой творческий потенциал. Но, в любом случае, можно сделать вывод, что необходимо пересмотреть «стандартные» программы профессиональной переподготовки/обучения в сторону усиления реализации творческого потенциала руководителей ССиНМП им. А.С. Пучкова.

Помимо оценки собственных возможностей по профессиональному и творческому развитию, руководителям было предложено оценить эффективность профессиональной подготовки врачебного и среднего медицинского персонала*, находящегося в их подчинении (рис. 4.23).

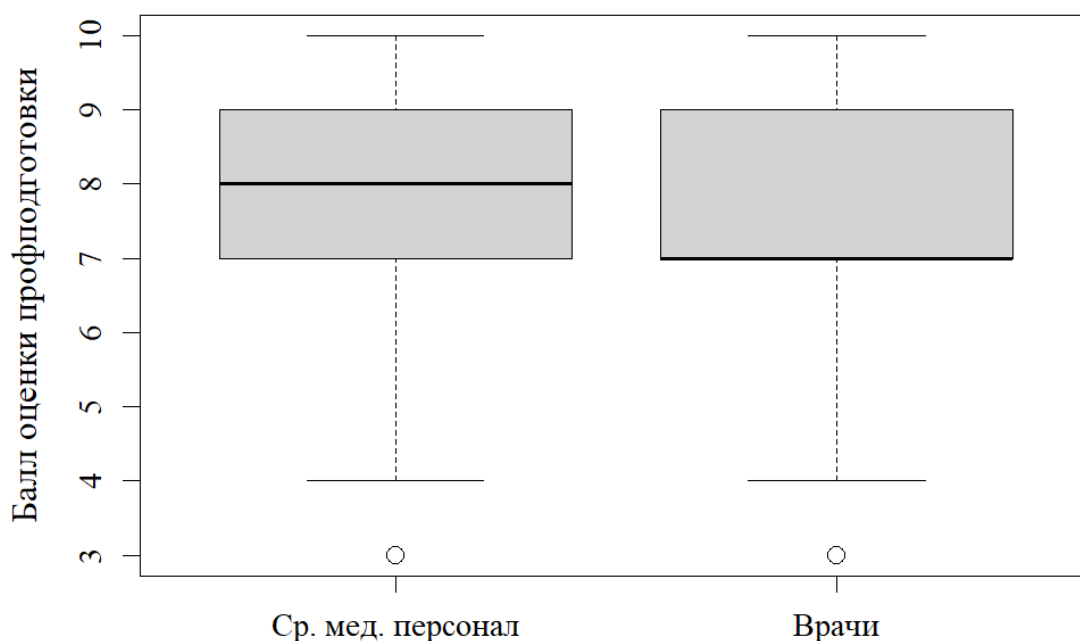


Рисунок 4.23. Оценка руководителями подстанций СМП эффективности профессиональной подготовки персонала (в субъективных баллах оценки)

Различия оценки профессиональной подготовки врачей и среднего мед. персонала были статистически малозначимы ($p=0,3$).

Отдельно было изучено отношение к профессиональной подготовке работников выездных бригад. В отличие от руководящего состава, который проходит обязательное профессиональное обучение не реже одного раза в год, к врачам и средним медицинским работникам эти требования несколько мягче. Несмотря на это, большая часть работников выездных бригад проходили обучение раз в год или чаще (рис. 4.24) – 68,2% врачей и 55,4% фельдшеров и медсестёр. Помимо количества, большое значение имеет качество и актуальность профессионального обучения. По мнению самих обучающихся (рис. 4.25) обучение носит эффективный характер. Врачи и средний медперсонал были практически единодушны в этом вопросе, и статистически значимые различия их оценок в этом отсутствовали ($p=0,6$). Балл 7 и выше поставили 77,0% и 76,3% респондентов соответственно.

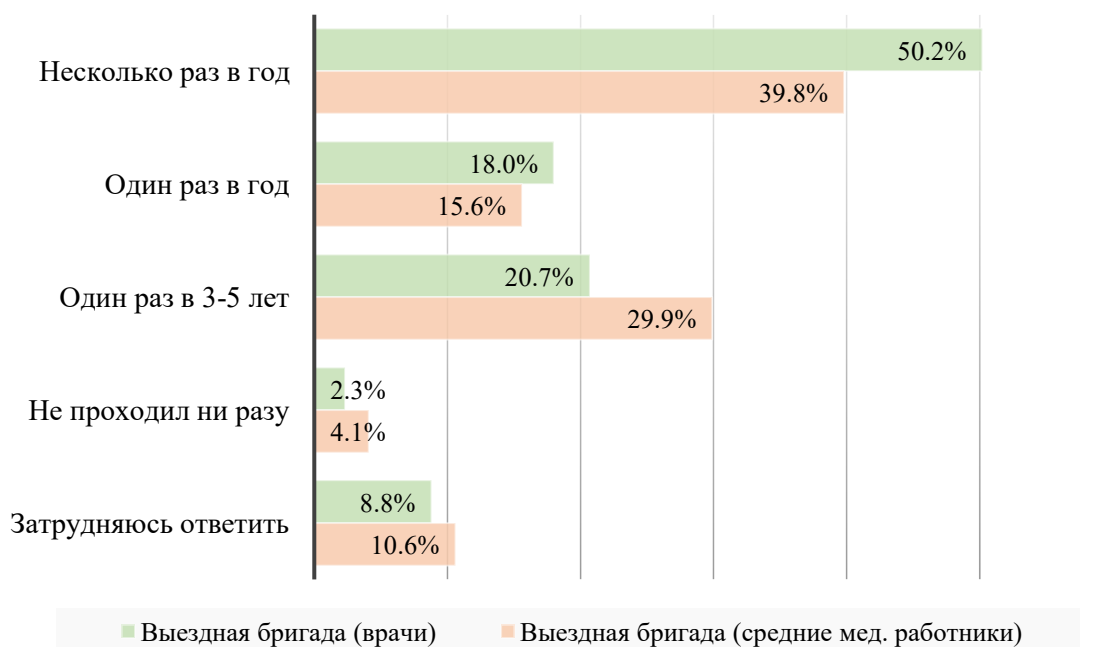


Рисунок 4.24. Распределение работников выездных бригад по частоте обучения

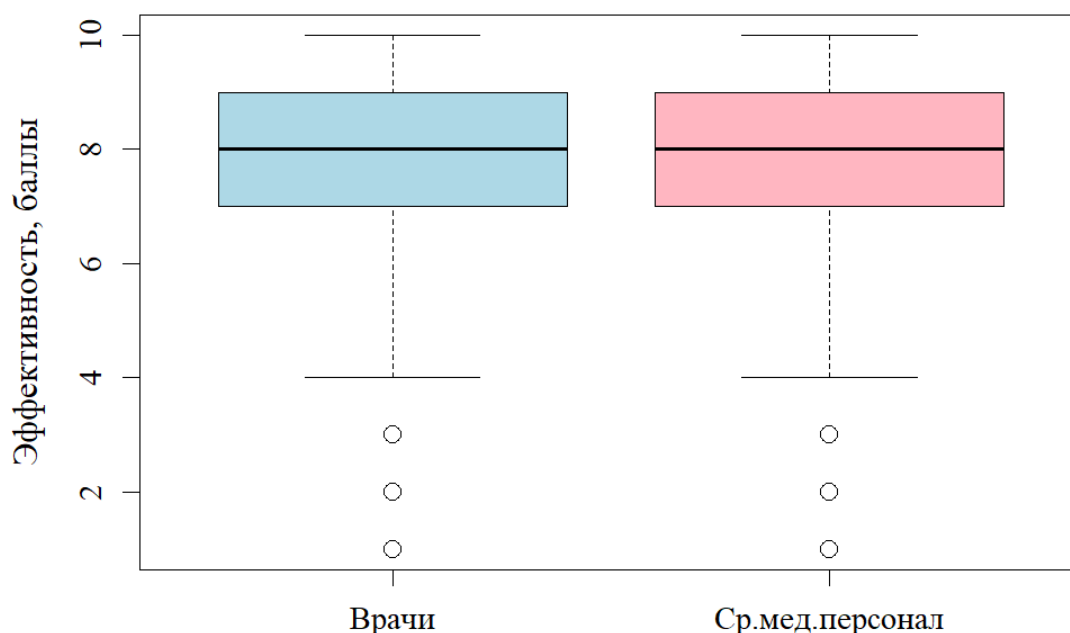


Рисунок 4.25. Распределение оценок эффективности профессиональной подготовки средним и врачебным медицинским персоналом

Опрошенные также проявили большую активность в вопросе актуальных направлений обучения (рис. 4.26). Подавляющее большинство ответов было связано с вопросами практического обучения пользованию новой аппаратурой и техникой (отметили 77,95 врачей и 85,7% среднего медперсонала; всего - 84,3%; 95%ДИ 82,2-86,3), симуляционному обучению (77,4% и 79,9% соответственно; в целом – 79,5%; 95%ДИ 77,1-81,7) и новым методам оказания экстренной помощи (67,3% и 68,7% соответственно; в целом – 68,4%; 95%ДИ 65,8-71,1). Вопросы, более общего порядка, в частности связанные с основами медицинских знаний, новыми организационными формами оказания СМП, вопросы, связанные с коммуникацией с пациентами и этикой, оказались гораздо менее востребованными. И в отличие от практических вопросов, ими более интересовались лица с более высоким профессиональным уровнем, т.е. врачи.

Таким образом, можно сделать вывод, что в эпоху интенсивного научно-технического развития отрасли, вопросы перманентного обучения в практических методах оказания экстренной медицинской помощи имеют весьма высокую потребность.



Рисунок 4.26. Актуальные направления дополнительного профессионального обучения.

Наиболее важными темами и врачи, и средний медицинский персонал, считали симуляционное обучение, практическое обучение пользованию аппаратурой и техникой, а также обучение новым методам оказания экстренной помощи. Следует отметить, что вопросы коммуникации, этики и деонтологии, а также тимбилдинг не вызывали существенного энтузиазма у обучающихся.

4.7. Инновационная деятельность

Внедрение инноваций в службу СМП является не просто трендом или временной необходимостью, а критически важным элементом, ценность которого измеряется спасёнными человеческими жизнями. Общий вектор инновационного развития, заданный российским правительством более 10 лет назад, включает не только внедрение технологических новинок, разработанных высокотехнологическими отраслями промышленности, но и новации в области организации работы структуры в целом и отдельных подразделений, логистики, обучения и профессиональной переподготовки

кадров и любых других организационных решений, влияющих на функционирование службы СМП.

Следует отметить, что проведённое исследование показало некоторые терминологические сложности восприятия респондентами инновационности тех или иных процессов. Так из 78 руководителей-участников опроса 71 респондент (или 91,0% опрошенных) в качестве примера инноваций, внедренных в ССиНМП за последние 5 лет, назвали как минимум одну такую инновацию. По нашему мнению, это больше связано с психологическими особенностями восприятия термина «инновации» - что-то из разряда сложных высокотехнологических новинок, в первую очередь связанных с оборудованием.

Нужно отметить, что подавляющее большинство руководителей (66 респондентов или 87,8% давших ответ; 95%ДИ 77,5–92,7) положительно ответили на вопрос «Произошли ли заметные перемены в качестве и эффективности СМП в результате формирования новых организационных форм (консультационные центры, новые виды бригад и т.д.)» (рис. 4.27).

Ещё выше этот показатель у руководителей, не занимающих должность заведующего подстанцией – 95,8%.

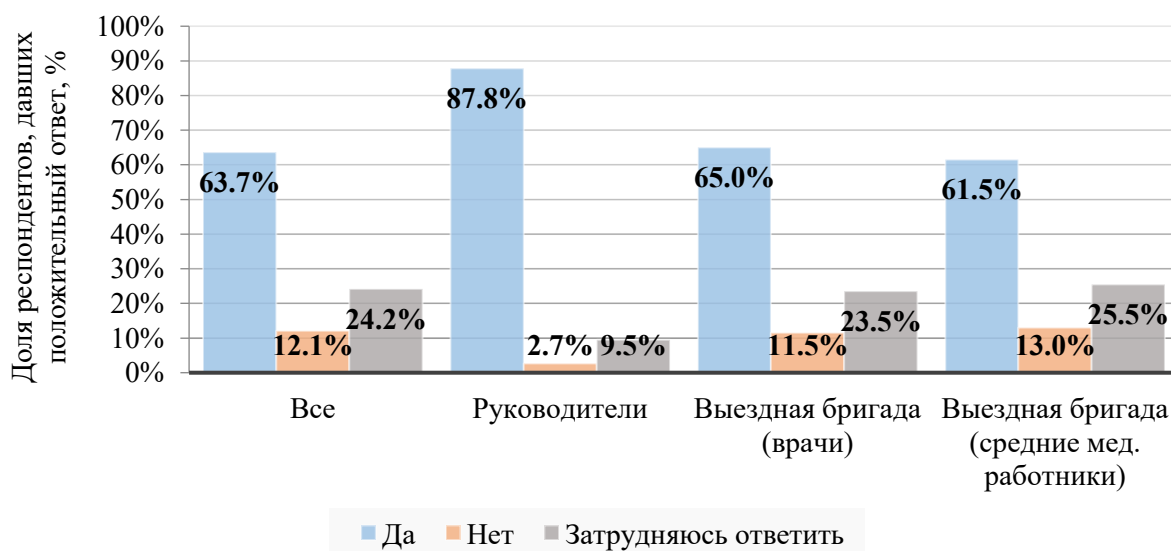


Рисунок 4.27. Распределение оценок о наличии заметных перемен в качестве и эффективности СМП в результате формирования новых организационных форм у заведующих подстанциями и других руководителей

Количество респондентов, которые смогли привести конкретные примеры инноваций, внедренных в ССиНМП им. А.С. Пучкова за последние 5 лет также составляет абсолютное большинство от опрошенных руководителей – 71 респондент или 91,0% (95%ДИ 82,6–95,6). Большинство из опрошенных привели несколько таких примеров (рис. 4.28).

На фоне 91% респондентов-руководителей, которые привели конкретные примеры проведенных инноваций, внедренных в ССиНМП им. А.С. Пучкова за последние 5 лет большинство опрошенных руководителей (48 респондентов или 61,5%) указали, что им приходилось участвовать в разработке/внедрении нововведений (инноваций) (рис. 4.29).

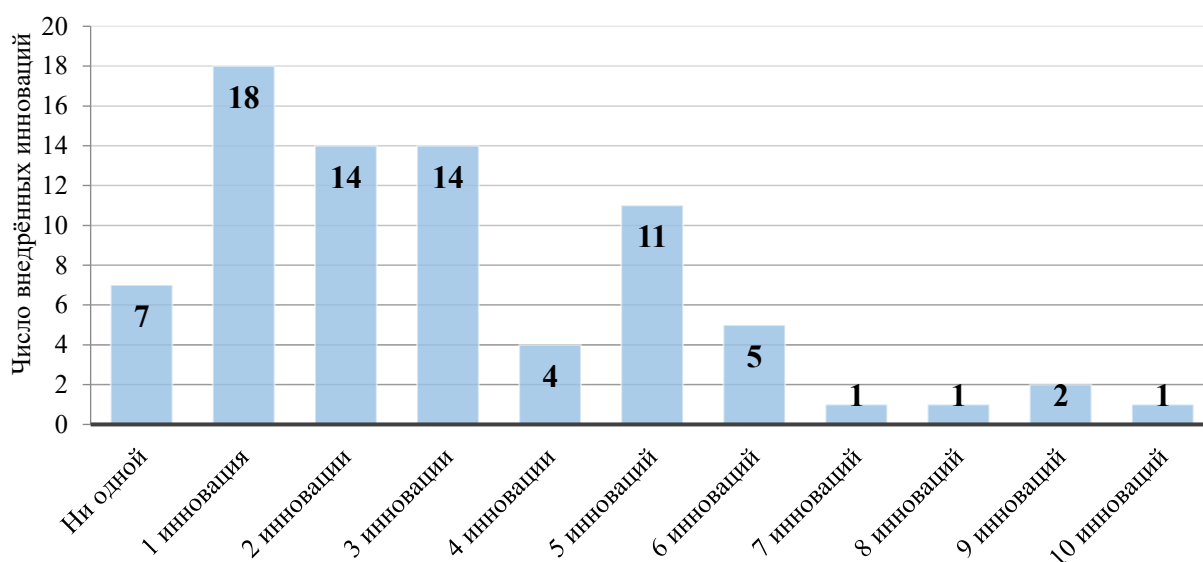


Рисунок 4.28. Распределение респондентов-руководителей по количеству приведённых примеров внедрённых инноваций

Доля участвующих респондентов в процессе внедрения инноваций заведующих подстанциями составила 47,1%; (95%ДИ 34,4–60,3), в группе иных руководителей этот показатель составил 87,5% (95%ДИ 69,0–95,7).

Такая разница, по нашему мнению, свидетельствует о различном уровне участия (привлечения) руководителей различного уровня в процессах разработки и внедрения инновационных идей (рис. 4.29).

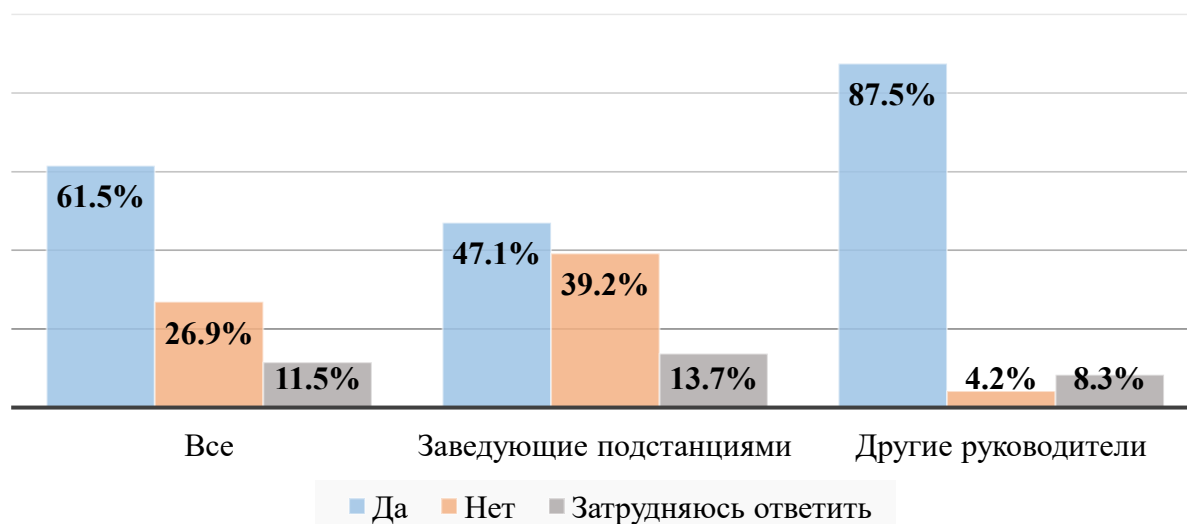


Рисунок 4.29. Распределение участия в процессе разработки/внедрении нововведений (инноваций) у заведующих подстанциями и других руководителей

Исследование опровергло стереотип о том, что молодое поколение лучше воспринимает новое, а старшее поколение более консервативно и менее склонно к инновациям. Анализ данных среди респондентов разных возрастных групп показал, что люди старше 50 лет почти в два раза чаще участвовали в разработке и внедрении инноваций по сравнению с самыми молодыми участниками — 31,8% против 19,0%.

Для проверки данной гипотезы мы построили обобщённую линейную модель логистической регрессии, где независимой бинарной переменной было участие, а зависимой – возраст: $aOR=1,01$; $p=0,63$, т.е. достоверная связь участия в инновациях с возрастом не обнаружена.

Особое значение при проведении опроса работников системы ССиНМП им. А.С. Пучкова было отведено выявлению наиболее востребованных направлений инновационного развития ССиНМП в будущем. Для ответа на этот вопрос респондентам предлагалось выбрать по три приоритетных направления из предлагаемого списка. В целом полученное распределение показано на рис. 4.30.

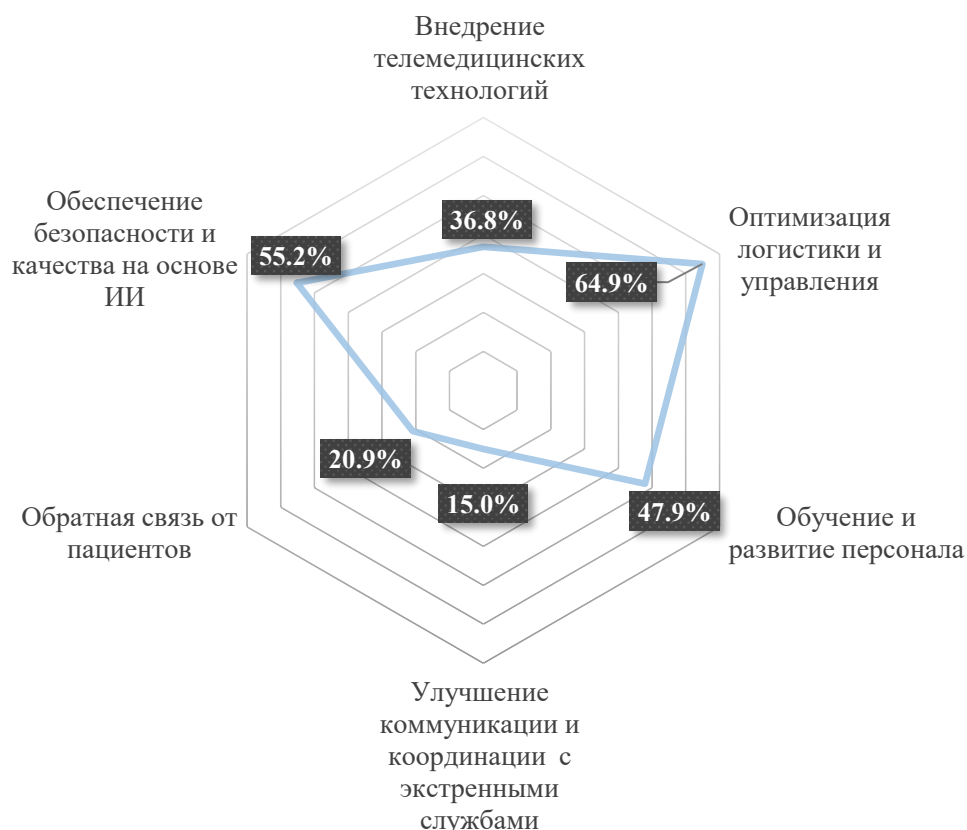


Рисунок 4.30. Приоритетные направления инновационного развития

Исследование показало, что по мнению 816 из 1257 (64,9%; 95%ДИ 62,3-67,5) респондентов в первую очередь необходимо сосредоточить усилия на оптимизации логистики и управления. На втором месте - обеспечение безопасности и качества на основе использования технологий искусственного интеллекта – 694 респондента (55,2%; 95%ДИ 52,5–58,0), на третьем – обучение и развитие персонала (602 респондента, 47,9%; 95%ДИ 45,1–50,7) – рис. 4.31.

Однако, проведённый анализ показал, что взгляд на инновации сильно отличается не только у руководящего состава и работников выездных бригад, но и между врачами и средним медицинским персоналом выездных бригад. Наибольшие разногласия вызвали инновации в сфере обучения и развития персонала. Среди руководства эта позиция заняла первое место с результатом 82,1%; 95%ДИ 72,8–89,7 (64 из 78 опрошенных руководителей). Этот результат хорошо согласуется с ответом на вопрос об основных рисках - кадровые риски (нехватка персонала) руководители также поставили на

первое место. Средний медицинский персонал выездных бригад актуальность инноваций в этой сфере поставил достаточно высоко – 43,8%; 95%ДИ 40,6–46,9, но более значимыми, по их мнению, являются оптимизация логистики и управления (63,3%; 95%ДИ 60,2–66,3) и обеспечение безопасности и качества на основе ИИ. Врачи по последним двум пунктам вполне с ними солидарны – 68,7%; 95%ДИ 62,3–74,7 и 60,4%; 95%ДИ 53,8–66,8 соответственно. При этом, актуальными инновациями в сфере обучения и развития персонала считают лишь 60,4%; 95%ДИ 53,8–66,8 опрошенных врачей (четвёртое место).

Неожиданными оказались результаты по актуальности внедрения телемедицинских технологий, которые во многом призваны оказать помощь в сложной ситуации более опытного специалиста менее квалифицированному. Однако, менее всего заинтересованными в такого рода инновациях оказались – средний медицинский персонал выездных бригад – 33,2%; 95%ДИ 30,2–36,2 опрошенных данной категории. Среди врачей выездных бригад этот показатель составляет уже 44,2%; 95%ДИ 37,7–50,9, а руководящего состава достигает целых 61,5%; 95%ДИ 50,5–72,0. Это говорит о том, что пока телемедицинские технологии для большинства работающих непосредственно на выездных бригадах СМП являются новым и непонятным. Остаётся только надеяться, что с повышением общего уровня цифровой грамотности и развития различных инфраструктурных решений, удастся эти, несомненно, прорывные медицинские технологии внедрить в повседневную деятельность службы СМП.



Рисунок 4.31. Приоритеты основных направлений инновационного развития по мнению руководителей и работников выездных бригад СМП

Аналогичная картина наблюдается и в вопросах оптимизации логистики и управления и улучшения коммуникаций и координации с экстренными службами – чем выше статус респондентов, тем более значимыми они считают инновации в данных направлениях. Обратная картина наблюдается в вопросе обратной связи от пациентов, и отчасти в вопросе обеспечения безопасности и качества на основе искусственного интеллекта. Работники выездных бригад гораздо более заинтересованы в развитии этих направлений, чем руководящий состав. Этот результат хорошо сочетается с разделом Профессиональные риски. Наиболее значимыми рисками по мнению работников выездных бригад как раз являются проблемы, связанные с непосредственным взаимодействием с пациентами и их родственниками, в частности агрессия с их стороны. Очевидно, что для повышения комфортности работы в службе СМП необходимо уделить серьёзное внимание этому аспекту работы выездных бригад СМП.

4.8. Внедрение результатов социологического исследования, направленные на совершенствование кадровой политики и оптимизации работы выездного персонала ССиНМП им. А.С. Пучкова

Приказы (письма) по ССиНМП им. А.С. Пучкова и Департаменту здравоохранения города Москвы:

- направленные на повышение материального стимулирования работников ССиНМП им. А.С. Пучкова, в том числе выездной медицинский персонал:

от 03.07.2025 № 1445 «Об установлении выплат стимулирующего характера за эффективность, высокие результаты и качество труда работников ССиНМП им. А.С. Пучкова с 01.07.2025 по 30.09.2025»;

- направленные на внедрение и развитие цифровых технологий на ССиНМП им. А.С. Пучкова:

от 17.01.2024 № 77 «О проведении пилотного проекта по заполнению карт вызовов бригад СМП и ОНМПВиД в электронном виде»;

от 08.04.2024 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 21.07.2023 № 768» (приказ ДЗМ);

от 16.04.2025 № 900 «О переходе ССиНМП им. А.С. Пучкова к цифровой модели ведения медицинской документации».

- направленные на повышение юридической грамотности медицинского персонала:

письмо 2024 год «О юридических последствиях за действия медицинских работников».

Дополнительные мероприятия, реализованные на ССиНМП им. А.С. Пучкова:

Департаментом здравоохранения принята программа о поэтапного обновления санитарного автотранспорта для бригад СМП. Первая партия санитарных автомобилей класса С в количестве 80 единиц закуплена в мае 2025 года.

В 2020–2025 году на базе подстанций созданы классы для отработки врачами и фельдшерами практических навыков, на региональных подстанциях созданы симуляционные классы (расширенные), имеется симуляционный центр ССиНМП им. А.С. Пучкова с макетом автомобиля для отработки практических навыков в приближенных к реальности;

В 2025 году созданы 4 видео урока для изучения персоналом современной аппаратурой: транспортный аппарат ИВЛ TV 50 Mindray; инфузионный насос Mindray BeneFusion nVP, инфузионный насос Mindray BeneFusion nSP, монитор пациента MindrayBeneVision N1

В 2025 году разработано 20 программы повышения квалификации (18, 36, 72 час), тренингов, мастер-классов в том числе по оказанию помощи при острых хирургических заболеваниях, диагностики болезней сердечно-сосудистой системы на догоспитальном этапе, дыхательной недостаточности, респираторной поддержки на догоспитальном этапе, стартовых реанимационных мероприятиях проводимые врачебным и средним медицинским персоналом, реанимации и стабилизации состояний новорожденных и детей раннего возраста.

Внедрен в практику электронный сервис заполнения электронных медицинских документов (март 2024).

Разработано и внедрено приложение для смартфонов позволяющее осуществлять работникам обучение, получать справочную медицинскую информацию и осуществлять обратную связь с руководством. (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2024616731, 2024 г).

Созданы зоны комфортного пребывания или комнаты релаксации на каждой подстанции (2022-2023г.)

Реализована возможность санаторного отдыха и лечения путем компенсации путевок через первичную профсоюзную организацию

Разработаны и внедрены в практику «Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи» - практическое руководство для врачей и фельдшеров, 2024 (Свидетельство о депонировании № 4004438 от 2024-07-03).

Резюме

Анонимное социологическое исследование руководителей и медицинских работников выездных бригад по оказанию скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи Москвы позволило оценить основные медико-организационные аспекты в работе службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, определить наиболее значимые и влияющие факторы, что является научно обоснованной базой для подготовки рекомендаций, направленных на разработку новых (инновационных) организационных форм, улучшение условий труда работников, оптимизацию мотивационных механизмов по укреплению кадрового обеспечения в службе скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, улучшение эффективности профессиональной подготовки и обучение врачебного и среднего медицинского персонала, что, как следствие, позволит повысить качество оказываемых медицинских услуг населению.

Анализ ответов различных групп опрашиваемых определил наиболее чувствительные позиции в управлении и организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи населению Москвы с учётом разного опыта работы, возраста, занимаемой должности. Это позволяет разрабатывать мотивационные рекомендации кадровой политики в службе СМП. В то же время были получены результаты, которые слабо зависят от стажа, возраста или должности и могут считаться объективными в высокой степени, характерными для всей системы здравоохранения мегаполиса в целом и независящими от индивидуальных субъективных особенностей респондентов.

Наиболее значимыми в работе СМП, по мнению руководителей, являются кадровые (нехватка персонала; 59,0%; 95%ДИ 47,9–69,2) (полученные результаты восприятия ситуации расходятся с объективным

показателем кадрового обеспечения) и клинические (ошибки персонала; 57,7%; 95%ДИ 46,6–68,1) риски.

Несмотря на достаточно высокую удовлетворённость работой, врачи и средний медицинский персонал бригад СМП отмечают недостаточную её престижность и социальную значимость. Средний медицинский персонал не считает соотношение зарплаты и трудозатрат справедливым. Среди них отсутствуют перспективы карьерного роста, а уровень социальных льгот и гарантий явно недостаточный для удержания их в профессии. Несмотря на сравнительно высокий уровень оплаты труда в г. Москве, 74% врачей и среднего медицинского персонала выездных бригад связывают улучшение условий труда с увеличением заработных плат и, в несколько меньшей мере (54,8% у врачей и 58,1% у средних медицинских работников) – организация бесплатного лечения (аналогия ДМС).

Мотивацией большинства работников СМП к увеличению объёма работы, включая работу в бригаде с одним работником, является увеличение оплаты труда (80,0%), а также индивидуальный подход к графику работы (58,9%); последнее может способствовать оптимизации нагрузки, которая снижается в ночное время (см. главу 3).

Уровень врачей и среднего медицинского персонала, считающих справедливым соотношение заработных плат и трудозатрат, а также отмечающих возможность карьерного роста с увеличением стажа работы свыше 10 лет снижается до 13,6%, что свидетельствует о накоплении негативного фона, которая, возможно, является следствием высокой физической и психологической нагрузки. Также работники СМП отмечают высокие профессиональные риски (32,8%), высокий уровень стресса, связанный с необходимостью принимать быстрые решения в критических ситуациях (у врачей – до 53,5%). Велика доля агрессии со стороны пациентов и их родственников (до 51,2% у врачей и 70,1% у средних медицинских работников).

С увеличением стажа работы отмечается снижение восприятия негативных явлений и рисков; у сотрудников, работающих в СМП 11 лет и более, сохраняет значимость высокий уровень агрессии со стороны пациентов и их родственников (60,4%), а также высокий уровень стресса, связанный с необходимостью принимать быстрые решения в критических ситуациях (43,1%); возможно, это связано с отбором более устойчивых к воздействию данных факторов кадров.

Врачи и, особенно средние медицинские работники выездных бригад отмечают недостаточное количество и состояние транспортных спецсредств (59,9% и 75,9%, соответственно).

Руководство и работники выездных бригад по-разному видят пути совершенствования работы, что требует поиска баланса для успешного реформирования ССиНМП. Для успешной модернизации ССиНМП важно согласовать предложения руководства с практическим опытом сотрудников выездных бригад. Наиболее востребованными направлениями обучения персонала бригад СМП являются вопросы практического обучения пользованию новой аппаратурой и техникой (84,3%; 95%ДИ 82,2–86,3), симуляционному обучению (79,5%; 95%ДИ 77,1–81,7) и новым методам оказания экстренной помощи (68,4%; 95%ДИ 65,8–71,1). Также более половины врачей (54,8%; 95%ДИ 48,2–61,4) интересуют юридические и правовые аспекты оказания СМП. Не востребованы направления коммуникации (18,7%; 95%ДИ 16,6–21,0), этики и деонтологии (14,2%; 95%ДИ 12,2–16,2), а также тимбилдинга (25,6%; 95%ДИ 23,2–28,1). Отсутствие коммуникации между медицинским работником и пациентом создаёт предпосылки для неудовлетворённости населения работой службы СМП, а также риск жалоб на её работу.

По совокупному мнению работников, наиболее важными направлениями инновации являются оптимизация логистики и управления (64,9%; 95%ДИ 62,3–67,5), обеспечение безопасности и качества на основе ИИ

(55,2%; 95%ДИ 52,5–58,0), а также обучение и развитие персонала (47,9%; 95%ДИ 45,1–50,7).

ГЛАВА 5

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕЕ РАЗВИТИЕ В СОВРЕМЕННЫХ
УСЛОВИЯХ

Жизнь и здоровье человека представляет собой фундаментальные ценности, которые признаются и охраняются Конституцией Российской Федерации [31]. Реализация конституционных гарантий на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, неразрывно связана с нормативно-правовым регулированием функционирования и развития национальной системы охраны здоровья, в т.ч. обеспечения качества и доступности экстренной медицинской помощи населению с целью разработки предложений по совершенствованию, дополнению и изменению нормативно-правовых документов, регламентирующих функционирование службы СМП в Российской Федерации.

Одним из направлений совершенствования системы здравоохранения, в т.ч. организации СМП, является комплекс мероприятий, направленный на нормативно-правовое регулирование её оказания в зависимости от меняющихся условий общественно-правовых отношений, социальной среды, а также появления и внедрения новых технологий.

**5.1. Совершенствование понятийного аппарата при оказании
скорой медицинской помощи, а также правовой защиты лиц,
оказывающих экстренную медицинскую помощь.**

Основополагающим законодательным документом, регулирующим все аспекты функционирования и развития национальной системы здравоохранения, является Федеральный закон №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 (323-ФЗ) [71]. Сопутствующие закону нормативные акты представили ряд нововведений правового регулирования сферы охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Федерации и внесли существенные изменения в систему здравоохранения и порядок оказания медицинской помощи. Согласно ст. 32 323-ФЗ «Медицинская помощь» к видам МП отнесены: 1) первичная медико-санитарная помощь (ПМСП); 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, МП; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, МП; 4) паллиативная МП. Вводится классификация МП по форме оказания: 1) экстренная - МП, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная - МП, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; 3) плановая - МП, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной МП, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Новеллой законодательного регулирования является введение классификации МП по условиям оказания (до этого подобная классификация МП использовалась в подзаконных нормативно-правовых актах). В соответствии со ст.32 323-ФЗ медицинская помощь «может оказываться в следующих условиях: 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады СМП, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)».

В целях оказания гражданам ПМСП при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной МП, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения МП, оказывающие неотложную МП (ст.33 323-ФЗ). Вопрос многие годы дискутировался о «месте», где должна находиться служба неотложной помощи – это подразделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в службе СМП.

Организационные основы оказания ПМСП в неотложной форме были регламентированы Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [82], согласно которому «отделение (кабинет) неотложной МП может быть организован в структуре медицинских организаций, а также в непосредственном приближении к месту временного (сезонного) проживания контингентов граждан на территории населенного пункта». Службой неотложной МП может осуществляться наблюдение за больными, которые получают МП в условиях стационара на дому, в субботние, воскресные и праздничные дни. Данным приказом были определены основные принципы организации деятельности отделения (кабинета) неотложной МП: условия оказания, сроки ожидания, кем осуществляется неотложная МП, условия работы и алгоритм действий медицинских работников, маршрутизация пациента с неотложным состоянием. Реализация данного приказа в течение 12 лет выявила как позитивные стороны (непосредственное приближение к месту временного проживания контингента граждан), так и негативные стороны, связанные с законодательной неопределённостью понятий в Законе 323-ФЗ.

В Законе 323-ФЗ законодательно не разделены понятия «скорая неотложная», а также «первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме». Четкие дефиниции и разграничения данных видов МП отсутствуют.

В этой связи, можно предположить, что разница заключается в медицинской организации, которая оказывает такую помощь (ПМСП в неотложной форме оказывают поликлиники, а СМП в неотложной форме – медицинские организации оказывающие СМП), а не в содержании этой помощи [3, 40]. Решение данного вопроса в настоящее время нашло правовую регламентацию в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [83]. В соответствии с Приложением 6 Приказа № 202н, «Отделение (Кабинет) неотложной медицинской помощи является структурным подразделением поликлиники, поликлинического подразделения медицинской организации, врачебной амбулатории, центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины), станции скорой медицинской помощи или структурного подразделения медицинской организации, оказывающего скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и создается для оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи (далее соответственно - Отделение (кабинет) или Отделение и Кабинет, медицинская организация, неотложные состояния)). Таким образом, вопрос принадлежности отделения неотложной медицинской помощи решается с учётом региональных структур и особенностей системы здравоохранения.

Многие годы в Российской Федерации большое внимание уделялось вопросам оказания первой помощи. Связано это было с тем, что своевременное и эффективное оказание первой помощи на догоспитальном этапе значительно увеличивает шансы пострадавшего на выживание [27, 123, 188]. При этом в Российской Федерации до приезда бригады СМП первая помощь (ПП) пострадавшим практически не оказывалась, что было связано с многими факторами: низкий уровень подготовки к оказанию ПП, отсутствие

оснащения, недостатки в нормативной базе. Кроме этого, важным демотивирующим фактором, снижающим частоту оказания ПП, были боязнь потенциальных участников ее оказания последующего судебного преследования в случае неумышленного причинения вреда жизни или здоровью потерпевшего в ходе оказания ПП [42, 123].

Теоретические аспекты, принципы и условия, организационные процессы оказания первой помощи разработаны Дежурным Л.И. в докторской диссертации «Научное обоснование и разработка систем медико-организационных мероприятий первой помощи при травмах и неотложных состояниях на догоспитальном этапе» [22], которые явились доказательной научно-обоснованной базой для разработки и принятия Приказа Минздрава России от 03.05.2024г. №220н «Об утверждении Порядка оказания первой помощи». В Приложении 1 Приказа, который вступил в силу с 01.09.2024г., определены Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, Перечень мероприятий по оказанию первой помощи и последовательность их проведения.

В соответствии со ст.31 323-ФЗ [71] и изданным Приказом №220н ПП [91], «до оказания МП оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать ПП в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб». В настоящее время предусмотрены примерные программы учебного курса, предметы и дисциплины по оказанию ПП, которые разрабатываются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и утверждаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации; а также право

водителей транспортных средств и других лиц оказывать ПП при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

На любом производстве работники должны проходить обучение по оказанию ПП, обеспечить которое должен работодатель, о чем упоминается в Трудовом кодексе [131]. В образовательных учреждениях этот процесс регулирует закон об образовании, оказание ПП упоминается в ст. 41 ФЗ № 273 от 29.12.2012 г. [62].

В Российской Федерации непосредственные нормы об освобождении от ответственности в случае причинения вреда жизни и здоровью в процессе оказания ПП законодательно не закреплены. К обычным свидетелям происшествия ответственность за неоказание не предусмотрена. Но оставление пострадавшего без помощи водителем, причастным к дорожно-транспортным происшествиям, наказуемо. Кроме того, лицу, обязанному оказать помощь в силу профессиональных или служебных обязанностей, но оставившему пострадавшего в беспомощном состоянии, грозит уголовная ответственность. В зависимости от наступивших последствий виновному грозит штраф, обязательные или исправительные работы, лишение свободы или право заниматься определенным видом деятельности. В то же время уголовным законодательством предусмотрены такие составы преступлений, как причинение смерти, тяжкого и средней тяжести вреда здоровью потерпевшего по неосторожности. Как следствие потенциальные участники оказания ПП, включая лиц, обязанных оказывать ПП, зачастую ее не оказывают именно из-за боязни последующего привлечения к юридической ответственности в случае причинения вреда жизни или здоровью пострадавшего [123].

Нормативно-правовое регулирование оказания анестезиолого-реанимационной помощи (АРП) как составляющей скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи, было определено Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13.04.2011 г. №315н «Об утверждении Порядка оказания анестезиолого-реанимационной

помощи взрослому населению» [87], который был заменен новым Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология» [88]. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.09.2018 г. №625н «Об изменениях в порядке медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реанимация» [60] были внесены изменения в порядок оказания МП взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология». В соответствии с новым приказом ведомство утвердило инициативу Росздравнадзора о формировании трехуровневой системы АРП и создании координирующих центров. В каждом субъекте Российской Федерации было предложено создать дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии, в который должны войти специалисты крупнейшего профильного учреждения региона, с использованием инструментов телемедицины, с выездом на места. В соответствии с данным приказом в г. Москве в составе ССиНМП им. А.С. Пучкова был открыт такой центр – Городской консультативный центр анестезиологии-реаниматологии города Москвы (центр критических состояний).

5.2. Совершенствование нормативно-правового обеспечения Службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

Изначально «Порядок оказания скорой медицинской помощи» был утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.2004 г. №179 [145] (в редакции Приказов Минздравсоцразвития Российской Федерации от 02.08.2010 г. №586н, от 15.03.2011 г. №202н, от 30.01.2012 г. №65н) [45, 49, 83]. В настоящее время основополагающим нормативно-правовым документом, регулирующим деятельность скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи, стал приказ Минздрава России от 20.06.2013

№ 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» декларирующий, что «поводами для вызова СМП в экстренной форме являются внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента, в том числе нарушения сознания, нарушения дыхания, нарушения системы кровоснабжения, психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц, болевой синдром, травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровожающиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов, термические и химические ожоги, кровотечения любой этиологии, род и угроза прерывания беременности» [93].

Открытие больниц СМП, отделений экстренной медицинской помощи, как функциональное подразделение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в Москве это 6 Флагманских центров экстренной помощи), предполагает организацию оптимального распределения потока пациентов, доставленных бригадами СМП в зависимости от степени тяжести и состояния между смотровыми (для пациентов в удовлетворительном состоянии – зеленый поток), палатами динамического наблюдения (для пациентов средней степени тяжести – желтый поток), операционной или отделении реанимации (для тяжелых и крайне тяжелых пациентов – красный поток).

Статья 35 323-ФЗ [71] рассматривает скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь: «скорая, в том числе скорая специализированная, МП оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства». Скорая, в том числе скорая специализированная, МП оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Главным критерием скорой МП является наличие угрожающих жизни состояний, которые перечислены в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [78]. В соответствии с данным приказом, п. 6.2. дано определение - «вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом, самостоятельно и обычно заканчивается смертью». Именно при этих состояниях медицинские организации в соответствии с п.1 ст. 79 323-ФЗ [71] обязаны оказывать МП вне зависимости от гражданства и страхования в системе ОМС.

Нормативно-правовым документом, утверждающим Порядок оказания СМП, являются дополнения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (в ред. Приказов от 22.01.2016 № 33н, от 05.05.2016 № 283н, от 19.04.2019 № 236н, от 21.02.2020 № 114н) [44, 46, 47, 48, 93]. В приложениях принятого приказа устанавливаются: правила осуществления медицинской эвакуации, правила организации деятельности станции СМП (отделения СМП), правила организации деятельности выездной бригады СМП, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения, правила организации оперативного отдела, стационарного отделения, отделения экстренной консультативной СМП их штатные нормативы и стандарты оснащения. Данный приказ является по сути сопутствующим правовым актом, введенным в действие ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г.

Практическая реализация Приказа и его положений показала как его результативность, так и необходимость актуализации и внесения дополнений и изменений с учетом накопленного опыта и проведенных структурных преобразований в системе здравоохранения. В настоящий момент

профессиональное сообщество активно обсуждает проект нового приказа, первый вариант которого был уже вынесен на общественные слушания в 2018 году, однако был отложен для доработки и дальнейшего обсуждения¹.

При анализе действующих нормативно-правовых документов, регулирующих организацию оказания СМП выделены разделы, в которые целесообразно внести дополнения (рекомендации).

1. В приказе от 20.06.2013 г. № 388н определен способ расчета количества и профиля выездных бригад скорой медицинской помощи для круглосуточного обеспечения населения СМП на основе численности, плотности и возрастной структуры населения территории обслуживания, средней нагрузки на одну выездную бригаду скорой медицинской помощи 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. Каждый субъект Российской Федерации определяет критерии расчета и количество бригад самостоятельно с учетом плотности населения и расстояния территории обслуживания. Результаты анализа проекта нового Приказа показали, что внесение в проект приказа обязательных нормативов количества бригад не целесообразно, а предлагаемые нормативы избыточны (в количественном плане бригад) и в реальной практике не реализуемы с учетом дефицита как кадровых, так и финансовых ресурсов [14, 39]. Важно отметить, что рекомендуемые нормативы не учитывают изменения в потребности количества бригад по

¹ На официальном сайте для размещения информации о подготовке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов и результатах их общественного обсуждения (<https://regulation.gov.ru/>), ID проекта 01/02/02-18/00078229 « О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н)

часам суток. В то же время ночное количество поступающих вызовов в СМП в 3–4 раза меньше, чем в дневное время.

Предлагаемый расчет количества бригад СМП в регионе с высокой численностью населения стимулирует экстенсивный вариант развития службы СМП, что приведет к нерациональному использованию выездных бригад СМП и их простоям. В г. Москве, где 13 млн жителей, по рекомендуемому расчету необходимо около 1300 общепрофильных бригад вместо примерно 900, которые в настоящее время выполняют 95% вызовов до 20 минут доезда. Дополнительное увеличение (400 бригад согласно рекомендованным расчетам) потребует увеличения числа медицинских работников, подстанций, автопарка и автомобилей с оборудованием. Кроме того, расчет числа выездных бригад не учитывает снижение активности вызовов в ночное время, как было показано в главе 3, в 3 разделе. Решение данного вопроса определяет целесообразность введения в приказ самостоятельного приложения.

2. Согласно приложению № 1 к порядку оказания скорой МП утвержденному приказом МЗ от 20.06.2013 г. № 388н выбор медицинской организации для доставки пациента при осуществлении медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие МП в стационарных условиях, производится исходя из тяжести состояния пациента, минимальной по времени транспортной доступности до места расположения медицинской организации и профиля медицинской организации.

В действующем приказе не учтен важный факт отсутствия реальной возможности приема пациента стационаром в соответствии с порядком, прописанным в п. 5 Приказа. В случае, если в ближайшем стационаре, имеющем нужный пациенту профиль имеется «нештатная» ситуация (перегружен, или произошла аварийная ситуация, или выбран лимит возможности оказания помощи по определенному профилю и т.д.) возникает необходимость перевода – проведения новой маршрутизации, что негативно может повлиять на состояние пациента. Таким образом, возникают риски как

для пациента, так и для медицинской организации, которые действующим приказом не учитываются.

В соответствии с опытом работы ССиНМП им А.С. Пучкова, решение данного вопроса представлено в главе 3 в разделе оптимизации маршрутизации пациентов при медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, решение возможно при внедрении информационных технологий с использованием искусственного интеллекта. В нормативно-правовом аспекте целесообразно введение разрешительной нормы.

3. Вопросы правового регулирования организации оказания СМП важно разделить на федеральный и региональный уровни. Так, например в приказе МЗ от 20.06.2013г. № 388н вопросы сортировки вызова ограничиваются только лишь определением поводов, отнесенных к экстренной или неотложной форме вызова. Однако процесс сортировки и связанные с ним процессы требуют нормативного регулирования с учетом региональных особенностей.

4. В настоящий момент целесообразно дальнейшее развитие действующих Методических рекомендаций, разработанных под редакцией С.Ф. Багненко с участием сотрудников ССиНМП им. А.С. Пучкова от 18.11.2018г. «Общие принципы приема обращений от населения, поступающих на станции (отделения) скорой медицинской помощи, и определения повода для вызова скорой медицинской помощи» утвержденные и введенные письмом МЗ РФ от 11.12.2018 [120] № 14-3/2140926, в которых расписан алгоритм приема вызовов, основные их принципы, приведены примеры, как необходимо формировать вопросы диспетчера и правила ведения опроса. После принятия Приказа МЗ РФ № 202н с нововведениями регламентации организации неотложной медицинской помощи и структурного разнообразия и расположения служб, отделений, кабинетов неотложной медицинской помощи целесообразно внести соответствующие новому порядку оказания НМП дополнения и изменения [83].

Как было представлено в главе 3 вопрос маршрутизации бригад СМП и маршрутизации при медицинской эвакуации пациентов в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, требуют принятия быстрых оперативных решений по выбору оптимальных вариантов. В Москве как мегаполисе проживает более 13 млн. жителей, принципиальное значение для повышения доступности СМП имело издание совместного приказа ДЗМ и Департамента информационных технологий г. Москвы от 14.12.2021 г. №1274/64-16-781/21 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников Единой медицинской справочной службы города Москвы 122» [107].

В Москве, как в мегаполисе, важнейшие вопросы эффективности функционирования СМП, связаны со скоростью принятия и обработки вызовов, которые регулируются различными нормативно-правовыми актами: приказы ДЗМ г. Москвы от 08.11.2016 № 907 «Об организации единого городского диспетчерского центра скорой и неотложной медицинской помощи» [68], от 30.06.2020 № 670 «О работе Единого городского центра скорой и неотложной медицинской помощи ГБУ города Москвы «ССиНМП им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы» [53] с положением о приеме и сортировке вызовов, перечнем основных первичных поводов, алгоритмом опроса по основным первичным поводам, от 26.06.2024 № 539 «Об организации дистанционного сопровождения пострадавшего до прибытия бригады СМП медицинским персоналом Единого городского диспетчерского центра ГБУ ССиНМП им. А.С. Пучкова ДЗМ Москвы [67].

Квалификационные требования необходимые для медицинских работников скорой медицинской помощи утверждены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023г. № 206 «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» [76] и от 10.02.2016г. № 83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и

фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием» [77].

Необходимо отметить, о важном нововведении приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации 02.05.2023г. № 206 который разрешил допускать до работы помимо лиц завершивших подготовку в интернатуре/ординатуре по специальности «Скорая медицинская помощь» лиц получивших высшее образование - специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия» (полученное после 01.01.2023 г.) для замещения должности врач выездной бригады скорой медицинской помощи без прохождения интернатуры или ординатуры. Безусловно такое нововведение позволяет усилить службу скорой медицинской помощи врачебными кадрами, а молодым специалистам, проходящим обучение в интернатуре или ординатуре и параллельно работающим на СМП получить опыт работы в экстренной медицине.

Важным документом, направленным на улучшение кадрового обеспечения службы СМП стал приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2022г. № 715н «Об утверждении порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, полученным в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием» [85], позволяющий принимать на работу в службу СМП фельдшерами (медицинскими сестрами) СМП лиц обучающихся в учреждениях высшего образования после прохождения специальных процедур допуска.

Помимо утвержденных квалификационных требований существуют профессиональные стандарты для медицинского персонала которые устанавливает требования к квалификации, необходимой для выполнения профессиональной деятельности в сфере здравоохранения и включают в себя: наименование профессионального стандарта, определяет конкретную профессию или специальность, на которую распространяется стандарт, указывает сферы медицинской деятельности, в которых применяется стандарт, устанавливаются трудовые функции, перечисляются основные виды работ и обязанности, которые должен выполнять медицинский работник в рамках своей профессиональной деятельности, требования к образованию и обучению, особые условия допуска к профессиональной деятельности, включает дополнительные требования, такие как наличие сертификатов специалиста, лицензий или других документов, подтверждающих квалификацию, описывает знания, умения и навыки, которыми должен обладать медицинский работник для эффективного выполнения своих обязанностей, устанавливает стандарты профессионального поведения и этики, которым должен следовать медицинский работник в своей деятельности.

В настоящий момент действуют следующие профессиональные стандарты распространяющиеся на медицинских работников должности которых подразумеваются к работе на СМП утвержденные приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации: от 14.03.2018 г. № 133н «Об утверждении профессионального стандарта «врач скорой медицинской помощи» [102], от 27.08.2018г. № 554н «Об утверждении профессионального стандарта «врач - анестезиолог-реаниматолог» [101], от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер» [106], от 31.07.2020г. № 471н «Об утверждении профессионального стандарта «медицинская сестра – анестезист» [103], 13.01.2021г. № 3н «Об утверждении профессионального стандарта «фельдшер скорой медицинской помощи» [105], от 31.07.2020г. № 475н «Об утверждении

профессионального стандарта «медицинская сестра/медицинский брат» [104]. Также имеются профессиональные стандарты при работе на СМП врачей-инфекционистов, врачей-кардиологов, врачей-неврологов и др.

Необходимо отметить большую значимость в обеспечении работы службы СМП принятого приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 года № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» [84], регламентирующий особенность работы среднего медицинского персонала службы СМП согласно которого на фельдшера СМП возлагаются функции лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним.

5. Актуальной проблемой в настоящее время является необходимость рассмотрения вопросов, связанных с правами сотрудников медицинских организаций и пациентов. Действующее законодательство определяет юридическую ответственность физического лица (гражданина) и юридическую ответственность лица (организации). Различают административную, дисциплинарную, уголовную и гражданско-правовую ответственность. В соответствии с 323-ФЗ [71] права пациентов четко регламентированы, в то время как права врача никак не рассмотрены законом, что свидетельствует о правовой незащищенности медицинских работников. В качестве компенсации врачи увеличивают количество записей в истории болезни за счет времени, отводимого на осмотр пациента.

6. В настоящее время, когда в службе СМП внедрены информационные системы с использованием ИИ, целесообразно рассмотреть возможность

привлечения к работе по приему вызовов СМП в оперативном отделе диспетчерского персонала без медицинского образования при условии наличия в службе СМП региона разработанных программ (алгоритмов) автоматизированного приема вызовов. Высвобождение человеческих ресурсов с медицинским образованием позволит частично закрыть дефицит персонала на выездных бригадах СМП.

В г. Москве как крупнейшем развивающемся столичном мегаполисе ССиНМП им А.С. Пучкова и служба медицины катастроф в отличие от многих субъектов Российской Федерации не объединены, что актуализирует проблему организации их взаимодействия на правовой основе.

Для службы СМП важнейшее значение имеет регламентация ее работы в чрезвычайных ситуациях и нормативно правовое регулирование организации межведомственного и межсекторального взаимодействия.

Определяющую роль имеет интеграция ССиНМП с важнейшей оперативно-диспетчерской службой – 112, которая является связующим звеном, направляющим информацию о происшествиях, требующих реагирования в различные диспетчерские службы, в том числе СМП. Основные нормативно правовые документы, регламентирующие вышеуказанное взаимодействие — это Федеральный закон от 30.12.2020 г. № 488-ФЗ «Об обеспечении вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112» и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», Постановление Правительства Москвы от 01.09.2020г. № 1420-ПП «Об утверждении Положения о системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112» в городе Москве» [61, 81].

Приказы Департамента здравоохранения города Москвы: от 25.11.2021г. № 1171 «О Территориальной службе медицины катастроф города Москвы», от 20.12.2024 № 1210 «Об утверждении Алгоритма реагирования Территориальной службы медицины катастроф города Москвы на чрезвычайные ситуации техногенного и социального характера – взрывы (в

том числе с последующим горением) и (или) разрушения в зданиях, сооружения (конструкциях), а также распоряжения от 07.02.2022 № 424-р «Об утверждении алгоритмов реагирования на чрезвычайные ситуации техногенного и социального характера Территориальной службы медицины катастроф города Москвы» [75], от 23.06.2022 № 2109-р «Об утверждении Алгоритма реагирования Территориальной службы медицины катастроф города Москвы на чрезвычайные ситуации природного характера – лесные и другие ландшафтные пожары» [73] разработанные при непосредственном участии ССиНМП им. А.С. Пучкова.

В системе организации службы СМП в условиях Москвы как мегаполиса важное значение имеет регламентация вопросов взаимодействия на секторальном уровне между медицинскими организациями государственного и частного секторов здравоохранения с нормативным разделением прав и обязанностей между ними. Регулирование указанной задачи обеспечено принятием нескольких нормативно правовых документов Департамента здравоохранения города Москвы:

- от 15 августа 2014 г. № 738 «О порядке организации транспортировки больных с хронической почечной недостаточностью для проведения амбулаторного гемодиализа, по медицинским показаниям нуждающихся в медицинском сопровождении бригад Государственного бюджетного учреждения «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы» позволивший определить показания и порядок обеспечения нуждающихся пациентов услугой по медицинскому сопровождению при их транспортировке [51];

- от 13.11.2018 № 757 «Об утверждении Регламента переводов пациентов между медицинскими организациями» позволяющий регламентировать работу по порядку перевода пациентов, включая обеспечения механизмов согласования как внутри ведомственные так межведомственные (с частными и федеральными организациями [108];

- от 18.11.2021 № 1128 «Об организации Городского консультативного центра анестезиологии и реаниматологии (Центра критических состояний) в городе Москве» позволивший создать в городе Москве систему контроля и обеспечения оказания квалифицированной медицинской помощи наиболее тяжелым пациентам посредством проведения дистанционных консилиумов, в том числе с применением удаленной визуализации пациентов [66];

- от 19.12.2022г. № 1184 «Об организации в штате ГБУ города Москвы «Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы экстренной консультативной выездной бригады СМП анестезиологии-реанимации для проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации» позволивший фактически с нуля организовать выездную службу экстракорпоральной мембранной оксигенации с доставкой тяжелых пациентов в выделенные референтные центры [64];

- от 27.12.2022 года № 1226 «Об организации экстренной консультативной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии и реанимации для пациентов с нарушениями системы гемостаза» [70];

- от 31.05.2023г. № 594 «О совершенствовании управления каналами госпитализации при оказании стационарной медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». На территории города определены каналы госпитализации, установлена их индикация, назначены ответственные за формирование и выдачу их нумерации, что в настоящий момент позволяет добиться четкого понимания объемов и движения каждой госпитализации в городе [57];

- от 08.07.2024 № 580 «Об организации взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам в состоянии клинической смерти» [65].

5.3 Нормативно-правовое регулирование вопросов обеспечения качества и доступности скорой, в том числе скорой специализированной и неотложной медицинской помощи.

Помимо утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 г. № 388н стандартом оснащения приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2020г. № 1165н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» утверждены требования к лекарственному обеспечению бригад СМП [93, 112].

Нормативно правовые акты, регламентирующие регулирование вопросов контроля качества и безопасности медицинской деятельности в работе службы СМП: приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» [98], от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [113], от 31.07.2020 № 787н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [94].

Важное значение для совершенствования организации вышеуказанной работы имеет приказ Росздравнадзора от 17.06.2024 № 3518 «Об утверждении Порядка фармаконадзора лекарственных препаратов для медицинского применения» [99], «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации», разработанные институтом Качества Росздравнадзора утвержденные Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 01.03.2022 г., а также Федеральный Закон от 02.05.2006г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» [52], который на прямую не регламентирует работу

по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, однако с учетом того, что контролю качества подлежат все обращения граждан, выполнение требований указанного приказа так же важны для этой работы.

В процессе развития нормативно-правовых документов, регламентирующих качество оказания медицинской помощи, осуществлено внесение изменений в 323-ФЗ:

Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором была определена необходимость использования клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи. Законом определено понятие клинических рекомендаций как документов, содержащих основанные на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Клинические рекомендации служат основой для создания стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, а также критериев оценки качества медицинской помощи. *

** справочно: Первоначально обязательное применение клинических рекомендаций было установлено с 1 января 2021 года (ФЗ-323, ст. 37 в ред. от 25.12.2018), затем срок был перенесен на 1 января 2022 года (Федеральный закон от 31.07.2020 № 268-ФЗ), однако далее был еще раз перенесен на 01.01.2025 года (в соответствии с Федеральным законом от 24.04.2023 № 147-ФЗ, который внес изменения в ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ). В настоящий момент Профильный Комитет Госдумы на заседании 25.06.2025г. поддержал внесенные правительством поправки, наделяющие Минздрав России полномочиями устанавливать порядок применения клинических рекомендаций и необязательности их применения медицинскими организациями. В законопроекте также уточняется понятие «клинические рекомендации»: из него исключаются «протоколы лечения» «в целях некорректного толкования клинических рекомендаций». Изменения*

планируются внести в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В последующем Постановлениями Правительства Российской Федерации № 1968 от 17.11.2021 «Об утверждении правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определен порядок поэтапного перехода медицинских организаций на оказание медицинской помощи на основе клинических рекомендаций. [100]

В Москве, как субъекте Российской Федерации, издан приказ от 18.05.2023 № 535 «Об утверждении Алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи» разработанный с участием автора и учётом клинических рекомендаций, в которые вошли 52 порядка оказания медицинской помощи, 79 стандартов оказания медицинской помощи и 182 клинические рекомендации [74].

Одним из главных критериев и условий обеспечения качества и доступности СМП является регулирование ресурсного обеспечения. Стандарты оснащения службы СМП утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 г. №388н и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2020 №1165н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» и утверждены требования к лекарственному обеспечению бригад СМП [93, 112].

В настоящее время в соответствии со Стратегией развития столичного здравоохранения на ССиНМП им А.С. Пучкова с участием автора осуществлялась разработка нового автомобиля СМП на основе использования технологий искусственного интеллекта.

Целевое значение в работе СМП имеет принятие нормативно-правовых документов, регламентирующих особенности оказания экстренной психиатрической помощи населению, в т.ч. приказы Минздрава РФ от 08.04.1998 № 108 «О скорой психиатрической помощи» (вместе с «Положением о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи», «Методическими рекомендациями по организации работы бригад скорой психиатрической помощи») [54], от 14 октября 2022 г. № 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [90], приказы Департамента здравоохранения города Москвы от 21 февраля 2018 г. № 130 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ» [55], от 28 декабря 2023 г. № 1300 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [56].

Приказами Департамента здравоохранения города Москвы определено к использованию на ССиНМП им. А.С. Пучкова прогрессивных технологий диагностических процедур, таких как ультразвуковой мониторинг, капнометрия, применение клинических анализаторов: от 29.12.2020 № 1513 «Об утверждении Регламента проведения ультразвукового мониторинга (оценки) клинического состояния пациента при оказании скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации», от 02.04.2020 № 333 «Об утверждении регламента проведения мониторинга концентрации углекислого газа (CO₂) в конце выдоха пациента (капнометрии) бригадами СМП» [109, 110], от 02.02.2021г. № 71 «О применении портативного анализатора клинического при оказании скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации».

Порядок работы скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, взаимодействие со страховыми медицинскими

организациями и фондом обязательного медицинского страхования, включая сроки и правила проведения контроля регламентировано ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ [63], приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» [97], приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [95].

Порядок финансового обеспечения службы ССиНМП в системе ОМС определен в письме Минздрава России №14–0/10/2-2564 и Федерального Фонда ОМС №7155/30 от 26.09.2012 г., содержащее «Методические рекомендации «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития» определяет понятие срочного медицинского вмешательства: «срочным является медицинское вмешательство, требующее соблюдения определенных требований к срокам начала его проведения, исчисляемых с момента обращения пациента, нуждающегося в МП в экстренной или неотложной форме, в медицинскую организацию» [50].

Ведение медицинской документации в службе СМП регламентировано Приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009г. № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи». Этот документ вводит формы учетной документации, такие как учетную форму № 109/у «Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи», форму № 110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи», форму № 114/у «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему», форму № 115/у

«Дневник работы станции скорой медицинской помощи» и сроки их хранения [111].

Порядок организации выдачи медицинских документов и сроки по запросам заинтересованных лиц регламентирован приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» [86].

Важным нормативно-правовым документом, как правовой платформы для перехода медицинских организаций к эре цифровой работы с медицинскими документами, в системе службы СМП и ведению медицинских документов в электронном виде стал приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.09.2020г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» [96].

Нормативно-правовые документы по организации маршрутизации в г. Москве представлены в целевых документах по обеспечению медицинской эвакуации пациентов в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, с учетом особенности транспортного обеспечения выездных бригад СМП в мегаполисе реализуется на основании нормативно-правовых актов Департамента здравоохранения г. Москвы, определяющих маршрутизацию пациентов в мегаполисе (Приложение 1).

5.4 Предложения по оптимизации нормативно-правового регулирования вопросов оказания скорой медицинской помощи.

Были направлены предложения в Министерство здравоохранение РФ по вопросу принадлежности отделения неотложной медицинской помощи к станциям скорой медицинской помощи, с учетом особенностей города Москвы как мегаполиса. в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Приложение

б) разрешили создавать отделения неотложной медицинской помощи на станциях скорой медицинской помощи или структурных подразделениях медицинской организации, оказывающего скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, для оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме.

Необходимы внесения корректировок и дополнений в приказ Минздрава России от 20.06.2013 №388 «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». Предложения направлены через Департамент здравоохранения города Москвы в Министерство здравоохранения РФ, а также Национальную Медицинскую Палату (Приложение 4).

Проект профессионального стандарта Медицинский регистратор размещен на сайте разработчика - ассоциации медицинских сестер Свердловской области. Была направлена экспертная оценка с предложениями в части трудовых функций для возможности работы медицинских регистраторов при приеме и регистрации вызовов СМП, при принятии которых станет возможным привлечение немедицинского персонала (операторов, регистраторов) для первичной сортировки обращений. Направлены в адрес первичной профсоюзной организации предложения о реализации комплексной системы страхования профессиональных рисков.

Резюме

В настоящее время в Российской Федерации приняты и реализуются законодательные, отраслевые нормативно-правовые акты, регламентирующие работу службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи населению. Уровень принятия нормативно-правовых актов охватывает вопросы регулирования как Федеральным законодательством, так и путем принятия региональных документов. С учетом того, что служба СМП является динамически развивающейся структурой системы охраны здоровья населения, что диктует необходимость внесения изменений в действующие нормативно-правовые акты, а также внесение корректировок, принятия новых

нормативных документов для успешной работы службы СМП в условиях цифровизации здравоохранения Российской Федерации.

В условиях структурных преобразований в системе охраны здоровья населения России, реализации национальных проектов в здравоохранении, в т.ч. по цифровизации отрасли, внедрения инновационных информационных технологий, в т.ч. с использованием ИИ, действующую нормативно-правовую базу по реализации функционирования службы СМП целесообразно внесение дополнения и изменения.

Базовый нормативно-правовой документ Приказ Минздрава России от 20.06.2013 г. №388 «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» регламентирует организацию оказания СМП и за 10 лет показал высокую результативность в правовом обеспечении функционирования службы СМП, ее управление с учетом региональных условий.

Вместе с тем до настоящего времени сохраняется законодательная размытость понятийного аппарата по обозначению «скорая неотложная», а также «первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме».

Целесообразно внесение изменения в рекомендуемый норматив расчета необходимого для оказания СМП количество выездных бригад в зависимости от плотности населения, расстояния обслуживания и времени суток. Решением может быть принятие самостоятельного приложения с большей ориентацией расчета бригад СМП на региональные особенности, суточные и сезонные колебания вызовов.

Широкое внедрение информационных систем на этапе принятия и обработки вызовов в службе СМП в настоящее время создают условия для возможности замены диспетчеров с обязательным средним медицинским образованием работниками без медицинского образования. В условиях дефицита среднего медицинского персонала в службе СМП это будет кадровым ресурсом.

Целесообразно внесение изменений в правовое регулирование вопроса маршрутизации при медицинской эвакуации пациентов в медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, в части разрешения самостоятельного приезда пациента в стационары, которые будут рекомендованы диспетчером СМП исходя из нормативных требований.

Принятое нормативно-правовое обеспечение функционирования системы здравоохранения в части организации службы СМП не обеспечивает защиту медицинских работников от рисков в достаточной мере при выполнении профессиональной деятельности (вызовы к лицам, находящимся в алкогольном, наркотическом опьянении, агрессии).

Острой проблемой кадровой политики в службе СМП остаются вопросы несоответствия высокой профессиональной нагрузки, эмоционального напряжения и выгорания медицинских работников, степени их ответственности, материальной оплаты труда и социального обеспечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты анализа научных публикаций, диссертационных исследований, результатов выполнения национальных проектов сфере здравоохранения свидетельствуют о высокой степени значимости и специфике деятельности службы СМП как базовой структуры по организации оказания экстренной медицинской помощи. В настоящее время в опубликованных работах отмечается, что организация СМП получила инновационное развитие в связи с широким использованием информационных технологий, в т.ч. искусственного интеллекта.

Работа службы СМП отличается профессиональной сложностью, высокой оперативностью принимаемых решений, срочным реагированием и предельно точным алгоритмом профессиональных действий.

Организация экстренной медицинской помощи в крупном мегаполисе имеет выраженные средовые риски, связанные с необходимостью быстрой

обработки больших мало формализуемых массивов информации, неравномерно (исторически сложившимся) расположенным большим числом медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь, транспортной загруженностью и плотной застройкой, кадровым дефицитом.

В Москве, как столичном мегаполисе, оказание СМП на догоспитальном уровне осуществляется Государственным бюджетным учреждением «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова». В настоящее время – это высокотехнологичная медицинская организация, которая объединяет 63 подстанции и 32 поста.

Станция работает в режиме постоянной мобилизации оказывать СМП при чрезвычайных ситуациях, различных происшествиях и заболеваниях. Ежедневно в г. Москве обслуживается выездными бригадами около 9,6 тысяч вызовов.

Результаты проведенного статистического анализа в динамике за 2014-2024гг. свидетельствует о высокой не снижающейся потребности жителей мегаполиса в оказании СМП.

Общее количество вызовов скорой медицинской помощи за десятилетний (2014–2024гг.) период наблюдения в г. Москве оставалось стабильным на протяжении большинства лет, за исключением его роста в период пандемии COVID-19. В 2020 и 2021 годах отмечался рост вызовов, связанных с пандемией COVID-19; с изменением возрастной структуры пациентов, в которой доля обращений в службу СМП к детям снизилась, а к взрослым трудоспособного и пожилого возраста увеличилась.

При анализе структуры вызовов установлена позитивная тенденция в снижении доли выездов к лицам с алкогольным опьянением. Однако, учитывая риски для медицинских работников бригад СМП при выполнении ими профессиональной деятельности данная проблема сохраняет высокую значимость.

За период исследования установлена тенденция роста вызовов с травмами на фоне снижения вызовов по поводу внезапных заболеваний. Вызовы по поводу родов и патологии беременности остаются стабильными.

Отмечается позитивная динамика снижения числа вызовов, связанных с дорожно-транспортными происшествиями, что может быть связано с проведением в г. Москве масштабных системных мероприятий по улучшению как транспортной инфраструктуры города, так и внедрения комплексных мер по обеспечению безопасности дорожного движения.

Позитивная тенденция снижения вызовов СМП по причине ДТП пока не носит достоверных значений, но имеет устойчивый положительный тренд. Полученные суточные различия в частоте и характере вызовов носят устойчивый характер и их недоучёт в расчёте потребности выездных бригад стимулирует экстенсивный тип функционирования, что при кадровом дефиците врачей в службе СМП является значимым организационным фактором.

По данным исследователей проблемы организации СМП и результатам диссертационного исследования высокую актуальность вне региональной зависимости имеет сохраняющаяся высокая частота безрезультативных, в т.ч. ложных, вызовов СМП, что создаёт неоправданную дополнительную нагрузку на службу.

Исследование показало, что характеристика вызовов в службу СМП носит неоднородный характер в течение суток и разрезе клинических профилей.

Так, частота вызовов СМП жителями г. Москвы характеризуется двумя пиками их увеличения в течение суток: с 9:00 до 13:00 и с 19:00 до 22:00 и снижения их количества в период с 0:00 до 6:00. Различия в суточной частоте вызовов СМП должны учитываться в планировании работы выездных бригад, их числа и объёма работ. Однако, в правовом поле регулирование расчёта необходимого числа бригад и их нагрузка не предусмотрено.

Результаты комплексного анализа работы С СМП в условиях мегаполиса показали, что особую актуальность имеет организация правильной оптимальной маршрутизации пациентов, нуждающихся в медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие стационарную помощь с учётом их профильной деятельности. Сложность данной проблемы связана с особенностями г. Москвы как мегаполиса – большого числа (35) стационаров, оказывающих стационарную помощь по экстренным показаниям, которые находятся в разных районах огромного города, большими сложностями транспортного движения, плотности застройки, низкой доступности подъезда к месту вызова. Данная ситуация не отвечала действующему алгоритму организации медицинской эвакуации, снижала доступность, качество СМП и результатов работы службы СМП.

Для распределения большого числа пациентов, нуждающихся в медицинской эвакуации с целью экстренной госпитализации в сложных условиях мегаполиса, потребовалось разработать и внедрить в действующую автоматизированную навигационно-диспетчерскую систему, АСУ «Стационар» новый модуль «Контроль потока пациентов», решающий задачу по равномерному распределению потока пациентов с учетом профиля патологии и тяжести состояния пациента, наличия вспомогательных профилей в стационарной медицинской организации, их мощности, утверждённого им объема оказания медицинской помощи, а также других дополнительных факторов риска: проведение карантинных мероприятий, аварий и др. В функцию модуля входит также прогнозирование потока госпитализации с учётом профиля коек и недельной потребности в койках различного профиля.

Внедрение модуля в службу СМП по итогам 2024 года позволило маршрутизировать пациентов в соответствующие профильные стационары на уровне 95,4% от расчетного показателя, что свидетельствует о его высокой эффективности.

Анонимное социологическое исследование руководителей и медицинских работников выездных бригад СМП ССНМП им. А.С. Пучкова

позволило оценить основные медико-организационные аспекты в работе службы СМП, определить наиболее значимые и влияющие факторы, что является научно обоснованной базой для подготовки рекомендаций, направленных на разработку новых (инновационных) организационных форм, улучшение условий труда работников, оптимизацию мотивационных механизмов по укреплению кадрового обеспечения в службе скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, повышение эффективности профессиональной подготовки и обучение врачебного и среднего медицинского персонала, что, как следствие, позволит повысить качество оказываемых медицинских услуг населению.

Анализ ответов различных групп опрашиваемых определил наиболее чувствительные позиции в управлении и организации оказания СМП с учётом разного опыта работы, возраста, занимаемой должности. Это позволяет разрабатывать мотивационные рекомендации кадровой политики в службе СМП учитывающие персональные особенности работников. В то же время были получены результаты, которые слабо зависят от стажа, возраста или должности и могут считаться объективными в высокой степени, характерными для всей системы здравоохранения мегаполиса в целом и независимыми от индивидуальных субъективных особенностей респондентов.

Наиболее значимыми в работе СМП, по мнению руководителей, являются кадровые (нехватка персонала; 59,0%; 95%ДИ 47,9–69,2) и клинические (ошибки персонала; 57,7%; 95%ДИ 46,6–68,1) риски. Полученные результаты восприятия ситуации расходятся с объективным показателем кадрового обеспечения.

Несмотря на достаточно высокую удовлетворённость работой, врачи и средний медицинский персонал бригад СМП отмечают недостаточную её престижность и социальную значимость в медицинском сообществе. Средний медицинский персонал считает соотношение зарплаты и трудозатрат не справедливым, который не соответствует профессиональной нагрузке и степени ответственности, высоким рискам при профессиональной

деятельности, а уровень социальных льгот и гарантий явно недостаточный для удержания их в профессии. Несмотря на сравнительно высокий уровень оплаты труда в г. Москве, 74% врачей и среднего медицинского персонала выездных бригад связывают улучшение условий труда с увеличением заработных плат и, в несколько меньшей мере (54,8% у врачей и 58,1% у средних медицинских работников) – организацией бесплатного лечения (аналог ДМС).

Мотивацией большинства работников СМП к увеличению объёма работы, включая работу в бригаде с одним работником, является увеличение оплаты труда (80,0%), а также индивидуальный подход к графику работы (58,9%); последнее может способствовать оптимизации нагрузки, которая снижается в ночное время.

Только 13,6% врачей и среднего медицинского персонала оценивают соотношение заработных плат и трудозатрат как сбалансированное и видят возможности карьерного роста при стаже работы более 10 лет. Данная динамика может отражать влияние объективных факторов профессиональной деятельности, включая значительные физические и психоэмоциональные нагрузки, характерные для медицинской сферы. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейшего изучения факторов, влияющих на удовлетворенность медицинских работников условиями труда и профессиональным развитием. Также работники СМП отмечают высокие профессиональные риски (32,8%), высокий уровень стресса, связанный с необходимостью принимать быстрые решения в критических ситуациях (у врачей – до 53,5%). Велика доля агрессии со стороны пациентов и их родственников (до 51,2% у врачей и 70,1% у средних медицинских работников) при выезде бригад к пациентам в состоянии алкогольного опьянения.

С увеличением стажа работы отмечается снижение восприятия негативных явлений и рисков; у сотрудников, работающих в СМП 11 лет и более, сохраняет значимость высокий уровень стресса, связанный с

необходимостью принимать быстрые решения в критических ситуациях (43,1%).

Анализ анкетирования медицинских работников выездных бригад показал, что 59,9% врачей и 75,9% среднего медицинского персонала указывают на необходимость увеличения количества и улучшения состояния транспортных средств.

Исследование выявило различия во взглядах между руководящим составом и сотрудниками выездных бригад на пути оптимизации работы службы. Учет мнения и обсуждения вопросов с практикующими специалистами может способствовать более успешной реализации реформ в системе СМП.

Наибольший интерес у медицинских работников вызывают практическое освоение новой аппаратуры и техники (78,0% врачей и 85,7% среднего персонала), симуляционное обучение (77,4% и 79,9% соответственно), современные методы оказания экстренной помощи (67,3% и 68,7%). 54,8% врачей также выразили потребность в повышении квалификации по юридическим аспектам работы СМП. При этом темы коммуникации, медицинской этики и командообразования оказались менее востребованными, что указывает на необходимость дополнительной работы по формированию понимания важности этих аспектов в профессиональной деятельности.

По совокупному мнению работников, наиболее важными направлениями инновации являются оптимизация логистики и управления (64,9%; 95%ДИ 62,3–67,5), обеспечение безопасности и качества на основе ИИ (55,2%; 95%ДИ 52,5–58,0), а также обучение и развитие персонала (47,9%; 95%ДИ 45,1–50,7).

В настоящее время в Российской Федерации приняты и реализуются законодательные, отраслевые нормативно-правовые акты, регламентирующие работу службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи населению. Уровень принятия нормативно-правовых актов охватывает вопросы регулирования как Федеральным законодательством, так

и путем принятия региональных документов. С учетом того, что служба СМП является динамически развивающейся структурой системы охраны здоровья населения, что диктует необходимость внесения изменений в действующие нормативно-правовые акты, а также внесение корректировок, принятия новых нормативных документов для успешной работы службы СМП в условиях цифровизации здравоохранения Российской Федерации.

В условиях структурных преобразований в системе охраны здоровья населения России, реализации национальных проектов в здравоохранении, в т.ч. по цифровизации отрасли, внедрения информационных технологий ИИ, действующая нормативно-правовая база по реализации функционирования службы СМП нуждается во внесении дополнений и изменений.

Основополагающим документом, определяющим организацию скорой медицинской помощи, является Приказ Минздрава России от 20.06.2013 №388 «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». За десятилетие применения данный нормативный акт доказал свою эффективность в регламентации: структуры службы СМП, принципов управления и т.д. При безусловной значимости Приказа №388 в организации работы службы совершенствование понятийного аппарата остается актуальной задачей для дальнейшего развития нормативной базы в этой сфере.

В рамках действующего законодательства сохраняется терминологическая неоднозначность. Как отмечают исследователи, 323-ФЗ и подзаконные акты вводят понятия: «скорая неотложная», а также «первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме» без четкого нормативного разграничения их содержательных характеристик. Сложившаяся практика показывает, что различия между этими видами помощи определяются преимущественно оказывающей организацией (поликлиники - для ПМСП, служба СМП - для скорой помощи), а не клиническими критериями.

Требуют внесения изменений в рекомендуемый норматив расчета необходимого для оказания СМП количества выездных бригад в зависимости

от плотности населения, расстояния обслуживания и времени суток, как самостоятельное приложение с большей ориентацией расчета бригад СМП на региональные особенности, суточные и сезонные колебания вызовов.

Широкое внедрение информационных технологий на этапе принятия и обработки вызовов в службу СМП в настоящее время создали условия для возможности замены диспетчеров с обязательным средним медицинским образованием работниками без медицинского образования. В условиях дефицита среднего медицинского персонала в службе СМП это будет кадровым ресурсом.

Целесообразно рассмотреть возможность внесения изменений в порядок медицинской эвакуации, предусматривающих самостоятельное обращение пациента в стационар при оказании помощи в неотложной форме. При этом выбор медицинской организации должен осуществляться на основании рекомендаций диспетчера СМП в соответствии с установленными нормативными требованиями.

Современное нормативно-правовое регулирование деятельности Службы СМП требует дальнейшего совершенствования механизмов защиты медицинского персонала при выполнении профессиональных обязанностей. Особого внимания заслуживают ситуации, связанные с оказанием помощи пациентам в особых состояниях (алкогольное, наркотическое опьянение) и случаями агрессивного поведения. В данном аспекте целесообразно рассмотреть возможность адаптации для медработников защитных механизмов, аналогичных существующим для сотрудников правоохранительных органов.

Анализ условий труда в службе СМП выявляет высокую профессиональную нагрузку и требует особого внимания к вопросам рационального распределения рабочего времени, создания эффективной системы психологической поддержки, разработки программ профилактики профессионального стресса, внедрения современных подходов к управлению персоналом в экстренной медицине. Данные направления могут представлять

собой важный резерв для повышения качества условий труда медицинских работников и поддержания их профессионального долголетия в службе скорой помощи.

ВЫВОДЫ

1. Комплексный статистический анализ, оценка управления и организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в г. Москве за десять лет показал, что потребность в оказании скорой помощи носит неоднородный характер: период 2014-2018 гг. стабильно ежедневный, период 2019-2022 гг. – значительный рост обращений, связанный с пандемией Covid-19, период 2023-2024 гг. – возвращение к тренду стабильной обрабатываемости: в пределах 9-12 тыс. вызовов в день. В возрастном и половом аспекте преобладают женщины пожилого и старческого возраста, по классам болезней – первые ранговые места занимают болезни системы кровообращения (24,93%), травмы и отравления (13,1%), болезни органов дыхания (10,14%), болезни органов пищеварения (9,86%), болезни нервной системы (4,7%). Сохраняется высокая значимость частоты вызовов к лицам с алкогольным опьянением, что является риском для медицинских работников; частоты безрезультатных выездов, что создает дополнительную нагрузку на работу выездных бригад скорой медицинской помощи.

2. Несмотря на снижение частоты госпитализаций пациентов, доставленных бригадами СМП по экстренным показаниям, с 105,8 в 2014 году до 70,1 (на 1000 нас.) в 2024 году, число госпитализаций по экстренным показаниям остается высоким и составило в 2024 году 926393 пациентов. Установлены факторы риска управления маршрутизацией медицинской эвакуации пациентов, обусловленных спецификой города Москвы как мегаполиса: большое число (35) медицинских организаций, оказывающих экстренную помощь, открытых и функционирующих неравномерно по округам города, сложности транспортного движения, плотности застройки; неравномерность суточных, недельных потоков пациентов по различным профилям; риски невозможности приема пациента в связи с перегрузкой стационара, не соответствие с профилем патологии, аварийными и карантинными ситуациями – все это требует разработки инновационных управленческих решений на основе информационных технологий и

технологии искусственного интеллекта как автоматизированного управления маршрутизацией.

3. Изучение мнения врачей, медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи и их руководителей показало, что 92,3% руководителей осознанно выбрали работу в службе СМП; 76,0% - врачи выездных бригад, 78,4% - средние медицинские работники. Удовлетворенность работой отметили 96,2% руководителей, врачей выездных бригад – 78,7%. Главным положительным фактором для респондентов является «высокий престиж, социальная значимость и ответственность» (78,2% - руководители, 42,2% - врачи выездных бригад СМП, 29,2% - средние медицинские работники); повышение квалификации, разнообразие задач в работе, возможность карьерного роста. Возможность творческого и профессионального развития, как положительного фактора, отметили 89,7% респондентов, участие в инновационной деятельности 61,5%. Большинство респондентов позитивно оценивают бытовые и социальные условия работы в Службе СМП (ресурсное и лекарственное обеспечение) 65,2%. Респонденты определили направления оптимизации управления и организации в целом Службы СМП в городе Москве – 67,5% ответивших выбрали логистику и управление, обеспечение безопасности и качества скорой медицинской помощи на основе технологии искусственного интеллекта (55,2%), обучение и развитие персонала (47,9%).

4. Наиболее значимым риском функционирования скорой медицинской помощи являются нехватка персонала; 59,0%; 95%ДИ 47,9–69,2, которая, по мнению работников выездных бригад, обусловлена дисбалансом соотношения трудозатрат и оплаты труда, недостаточной социальной поддержкой и гарантий, высоким уровнем стресса и агрессии со стороны пациентов и их родственников. Ключевыми управленческими и правовыми решениями этой проблемы, по мнению медицинских работников могут стать: увеличение оплаты труда (77,9%; 95%ДИ 75,5–80,3), индивидуальный подход

к графику работы (58,9%; 95%ДИ 56,1–61,7), организация бесплатного лечения (57,5%; 95%ДИ 54,7–60,3).

5. Нормативно-правовую базу СМП необходимо совершенствовать в сферах: терминологии, защиты медицинских работников и лиц, оказывающих первую помощь, регулирования службы с учётом цифровизации и развития искусственного интеллекта, а также чёткого разграничения полномочий между федеральным и региональным уровнями.

6. Нормативно рекомендуемый расчет количества выездных бригад скорой медицинской помощи без учёта региональных особенностей, а также не принятие во внимание суточной динамики поступления вызовов (ночное снижение обращаемости) стимулирует экстенсивный вариант развития службы, и нерациональное использование выездных бригад. В г. Москве по рекомендуемому расчету необходимо около 1300 общепрофильных бригад вместо примерно 900 в настоящее время, которые выполняют 95% вызовов до 20 минут доезда. Дополнительное увеличение (400 бригад согласно рекомендованным расчетам) приведет к необходимости увеличения числа медицинских работников, подстанций, автопарка и автомобилей с оборудованием.

7. Разработка и внедрение инновационной технологии модуля «Контроль потока пациентов» в комплексной автоматизированной системе управления в АСУ «Стационар» позволило по основным контролируемым профилям (реанимация, хирургия, кардиология, неврология, травматология, урология, терапия, оториноларингология, офтальмология, нефрология) в 2024 году достичь показателя 95,4 % доставки пациентов в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, в соответствии установленными плановыми объемами, учетом специфики медицинской организации и дополнительных факторов, влияющих на возможность приема пациентов от бригад СМП, что способствует повышению качества и оперативности оказания медицинской помощи в условиях мегаполиса.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

На федеральном уровне:

– **Правительству Российской Федерации:** законодательно закрепить правовую норму на разрешение привлечения окружающих лиц для транспортировки пациента до автомобиля скорой медицинской помощи.

– **Министерству здравоохранения Российской Федерации, Министерству труда Российской Федерации:** рассмотреть возможность привлечения к работе по приему вызовов СМП в оперативном отделе диспетчерского персонала без медицинского образования при условии наличия в регионе разработанных программ (алгоритмов) автоматизированного приема вызовов.

– **Министерству здравоохранения Российской Федерации:** рассмотреть возможность в проекте порядка оказания СМП при определении нормативов учитывать региональные особенности, суточные особенности потребности в оказании СМП, а при определении маршрутизации пациента – возможность принятия решения о месте госпитализации пациента с учетом фактических возможностей принимающего стационара.

На региональном уровне: Департаменту здравоохранения города **Москвы:** внедрить возможность получения бесплатного обследования и лечения персонала выездных бригад СМП на базе медицинских организаций г. Москвы (аналог ДМС), внедрение системы почетных званий и наград.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритм проведения медицинской сортировки на госпитальном этапе оказания медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь взрослому населению: Клинические рекомендации / Под ред. А.И. Хрипуна. – М.: ГБУ» НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – 28с.
2. Алдушин, А.А. Психиатрическое сопровождение в работе скорой медицинской помощи / А.А. Алдушин, Г.А. Введенский // Медицинский алфавит. – 2022.– № 23(3). – С. 31.
3. Александрова, О.Ю. Экстренная и неотложная медицинская помощь - проблема разграничения понятий и механизма реализации норм закона / О.Ю. Александрова, Т.В. Рамненко // Медицина. – 2015.– №3.– С. 6–22.
4. Алимов Р.Р. Оценка современного состояния скорой медицинской помощи в России / Р.Р. Алимов, А.Г. Мирошниченко // Материалы 55 межрегиональной научно-практической медицинской конференции «Национальные проекты: вызовы и решения». – 2020. – С. 441–443.
5. Анализ возникновения массовых дорожно-транспортных происшествий в условиях крупных городов / Г.А. Введенский, Е.А. Спиридонова, В.Л. Бараташвили, Л.Л. Стажадзе, М.Б. Лагутин, В.В. Хлебников, Н.Ф. Плавунов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2013.– № 2.– С. 121–124.
6. Анализ финансовых показателей служб скорой медицинской помощи в отдельных субъектах российской федерации до создания единого юридического лица и после / С.С. Москвина, В.М. Теплов, С.А. Григорьев, С.Ф. Багненко, О.В. Обухова, А.Р. Рахматуллин // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2024. – № 4. – С. 86–93.
7. Барсукова И.М. Организационные и финансово-экономические механизмы совершенствования скорой медицинской помощи в новых

экономических условиях: Автореф. дисс. ... докт. мед.наук : 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение / Барсукова Ирина Михайловна. – СПб, 2017. – 48 с.

8. Барсукова, И.М. Актуальные пути развития системы оказания скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, С.О. Глушков, А.О. Бумай // Материалы 18-го Всероссийского конгресса, посвященного 120-летию скорой медицинской помощи в России. – 2019. – С. 18–19.

9. Баютин, А.М. Важнейший критерий работы службы скорой помощи – оперативность / А.М. Баютин, Г.А. Введенский // Журнал «Кто есть кто в медицине». – 2022.– № 5(116). – С. 10-13.

10. Бегичева, С.В. Модели доступности и качества скорой медицинской помощи в мегаполисе. дис. ... канд. мед. наук. / Светлана Викторовна Бегичева. – Санкт-Петербург 10–13 2022. – 325 с.

11. Болобонкина, Т.А. Гигиенические особенности условий труда и заболеваемости медицинского персонала станции скорой медицинской помощи и пути их оптимизации: дис. ... канд. мед.наук / Татьяна Александровна Болобонкина.– Рязань, 2023.– 156 с.

12. Большая российская энциклопедия. [Электронный ресурс].– Режим доступа: <https://bigenc.ru/c/megapolis-52fd14>.

13. Ваньков, Д.В. Современная модель организации медицинской помощи в экстренной форме при болезнях системы кровообращения. Автореф. Дис.... докт. мед. наук : 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза / Дмитрий Витальевич Ваньков. М., 2024.– 47 с.

14. Введенский, Г.А. Новые технологии в работе бригад скорой помощи / Г.А. Введенский // Московская медицина. – 2024.– Т. 64.– № 6.– С.52–55.

15. Введенский, Г.А. Организация системы внутреннего контроля качества в оперативном отделе Московской Станции скорой помощи / Г.А. Введенский, А.М. Баютин, П.Р. Григорьев // Медицинский алфавит. – 2022.– № 23(3).– С. 35.

16. Власова О.В. Проблемы организации скорой медицинской помощи / О.В. Власова // Наука и практика регионов. – 2018. – № 3(12). – С. 86–91.
17. Вотинцева В.О. Пути оптимизации работы службы скорой медицинской помощи / В.О. Вотинцева, Л.Ю. Гарин // Тематический сборник научных трудов по результатам второй всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы управления здоровьем населения» / Под общ. ред. И.А. Камаева, В.М. Леванова. – 2019. – С. 125–127.
18. Гармаш, О. А. Исторические периоды создания и развития системы экстренной консультативной медицинской помощи как основы системы санитарной авиации в Российской Федерации / О. А. Гармаш, В. Ю. Пичугин // Вестник скорой помощи. – 2021. – Т. 2, № 2. – С. 5–18.
19. Городской консультативный центр анестезиологии-реаниматологии города Москвы (центр критических состояний): Методические рекомендации / И.И. Афуков, Г.А. Введенский, П.А. Давыдов, Е.С. Ларин, Н.Ф. Плавунов, Д.Н. Проценко, Н.В. Рубцов, М.Л. Стешенко, А.С. Токарев, О.В. Шацкова / Под ред. А.И. Хрипуна. – М.: ДЗМ, 2022.– 40 с.
20. Гребенюк, А. Н. Становление и развитие радиобиологии и радиационной медицины в России в конце XIX и первой половине XX века / А. Н. Гребенюк, Л. А. Кушнир, А. А. Тимошевский // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2021. – Т. 61, № 1. – С. 44–53. – DOI 10.31857/S0869803121010057.
21. Громова, К. Р. История медицинского образования и системы здравоохранения в России. Государственная и Земская медицина / К. Р. Громова // Нравственно-патриотическое воспитание: исторические ретроспективы и изучение проблем современности: Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ростов-на-Дону, 09 декабря 2021 года. – Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет, 2022. – С. 115–123.

22. Дежурный Леонид Игоревич. Научное обоснование и разработка систем медико-организационных мероприятий первой помощи при травмах и неотложных состояниях на догоспитальном этапе: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.00.33 / Дежурный Леонид Игоревич; [Место защиты: ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»]. - Москва, 2006.- 270 с.: ил.

23. Долганова, И. А. История создания в России службы скорой медицинской помощи как формы проявления милосердия и благотворительности / И. А. Долганова // Молодые ученые в решении актуальных проблем науки : Сборник статей студентов, аспирантов и молодых ученых по итогам Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), Красноярск, 19–20 мая 2016 года. Том 4. – Красноярск: Сибирский государственный технологический университет, 2016. – С. 193–195.

24. Долженкова, Е.В. Истоки кодификации медицинского законодательства Российского государства: историко-правовое исследование / Е. В. Долженкова, О. Г. Ларина, О. А. Поцелуева // Известия Юго-Западного государственного университета. – 2016. – № 4(67). – С. 184–189.

25. Ершова, И. Н. Краткая история скорой медицинской помощи и роль И.И. Джанелидзе в её развитии в Ленинграде / И. Н. Ершова, И. М. Барсукова // Научно-практическая конференция, посвященная 130-летию со дня рождения И.И. Джанелидзе : Сборник печатных работ: статьи, лекции, доклады, тезисы, Санкт-Петербург, 29 ноября 2013 года / Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга; ГБУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова; Медицинская служба Военно-Морского Флота России; Хирургическое общество Н.И. Пирогова / Под общей редакцией проф. И.А. Вознюка. – Санкт-Петербург: Издательство Виктория плюс, 2013. – С. 72–79.

26. Заболеваемость цереброваскулярными болезнями лиц трудоспособного возраста и её влияние на нелетальные потери трудового

потенциала / А.А. Муравьева, Ю.В. Михайлова, С.А. Стерликов, Г.А. Введенский // Социальные аспекты здоровья населения. 2024. Т. 70. № 1.– 1.– DOI: 10.21045/2071–5021–2024-70-1-1.

27. Использование сети интернет при выполнении стандартов оказания экстренной медицинской помощи внезапно заболевшим и пострадавшим в системе здравоохранения сельского муниципального района / А.С. Арсанукаева, И.Х. Байсултанова, А.О. Мясников, Г.С. Шестаков // Проблемы стандартизации в здравоохранении.– 2012.– № 11-12.– С. 39–43.

28. Карайланов М.Г. Стационарозамещающие технологии и формы оказания медицинской помощи (обзор литературы) / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, С.А. Федоткина, И.Г. Прокин // Социальные аспекты здоровья населения (электронный научный журнал). – 2016. – № 4(50). – 4.– DOI: 10.21045/2071–5021–2016-50-4-4.

29. Элькис, Игорь Шиманович. Совершенствование управления скорой и неотложной медицинской помощью в крупнейшем мегаполисе (г. Москва): автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.33. — Москва, 1997. — 64 с.: ил.

30. Комплексные медицинские информационные системы в службе скорой помощи г. Улан-Удэ и Республики Бурятия / А.П. Нечунаев, Л.Ю. Бидагаева, М.М. Климова // Сборник научных статей конференции, посвященной 100-летию ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» Минздрава Республики Бурятия. Улан-Удэ, 03–04 октября 2024 года. – С. 117–121.

31. Конституция Российской Федерации 1993г. (в последней ред. Закона о поправках к Конституции РФ от 14 марта 2020г. № 1-ФКЗ) // Российская газета. 16.03.2020.

32. Крылова, С.В. Российский приоритет создания общей внутривенной анестезии (сообщение 2) / С. В. Крылова, Н. Н. Крылов, И. В. Карпенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории

медицины. – 2024. – Т. 32.– № 3. – С. 480–483. – DOI 10.32687/0869-866X-2024-32-3-480-483.

33. Кульнев, С. В. Становление военно-госпитальной системы в России в первой трети XIX века / С. В. Кульнев, О. А. Крючков // Военно-медицинский журнал. – 2018. – Т. 339.– № 10. – С. 72–79.

34. Лаппо Г.М. География городов. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 72 с.

35. Лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Организация работы «инфарктной сети» в Москве / Е.Ю. Васильева, Н.Ф. Плавунов, А.И. Калинская, А.И. Сапина, Г.А. Введенский, А.Ю. Лебедева, Д.В. Скрыпник, А.В. Шпектор // Кардиология.– 2016.– Т. 56.– № 12.– С. 48–53.

36. Лисицын, Ю.П. Важнейшие достижения медицины XX – начала XXI века и их значение для ближайшего будущего / Ю.П. Лисицын, Т.В. Журавлева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 5. – С. 3–6.

37. Мирошниченко А.Г. Сравнительный анализ показателей доступности и качества помощи врача скорой медицинской помощи / А.Г. Мирошниченко, Р.Р. Алимов // Скорая медицинская помощь. – 2018. – Т. 19. – № 3. – С. 8–12.

38. Михайлова, Ю.В. Кадровое обеспечение анестезиолого-реанимационной службы Российской Федерации в 2018–2023 гг./ Ю.В. Михайлова, Н.Н. Миронова, Г. А Введенский // Социальные аспекты здоровья населения.– 2024.– Т. 70.– № 4.– 17.– DOI: 10.210452071–5021-20244-70-4-17

39. Михайлова, Ю.В. Кадровое обеспечение скорой медицинской помощи в Российской Федерации и её субъектах в 2018–2023 гг. / Ю.В. Михайлова, Н.Н. Миронова, Г.А. Введенский // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. — 2025.– № 2.– С. 756–772.

40. Москвичева, М.Г. Развитие неотложной медицинской помощи в Российской Федерации: анализ нормативно-правового регулирования /

М.Г. Москвичева, С.Л. Кремлев, Е.С. Щепилина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – № 4. – С. 226–229.

41. Московская скорая помощь заняла второе место среди 15 столиц мира // Российская Газета. – 18.10.2019. – Режим доступа: <https://rg.ru/2019/10/18/reg-cfo/moskovskaia-skoraia-pomoshch-zaniata-vtoroe-mesto-sredi-15-stolic-mira.html>.

42. Муравьёва, А.А. Научное обоснование и разработка инновационных технологий развития экстренной медицинской помощи при цереброваскулярных болезнях на региональном уровне. Дисс. ... докт. Мед. наук: 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза / Алла Анатольевна Муравьёва. М., 2025. – 398 с.

43. Никонова Е.М. Проблемы вызова «скорой помощи»: права и обязанности, как службы скорой медицинской помощи, так и пациента / Е.М. Никонова, С.Е. Оберемок, Я.П. Шатохина // Вестник Луганского национального университета имени Владимира Даля. – 2019. – № 5(23). – С. 121–123.

44. О внесении изменений в отдельные приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации, утверждающие порядки оказания медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.02.2020 № 114н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202003100039> (дата обращения: 13.04.2025).

45. О внесении изменений в порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный Приказом министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.08.2010 № 586н // Российская газета. – 2010. – № 184. – URL:

<http://www.rg.ru/2010/08/18/medpomoshch-dok.html> (дата обращения: 12.02.2025).

46. О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013г. № 388Н: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.01.2016 № 33н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201602040038> (дата обращения: 13.04.2025).

47. О внесении изменений в приложение № 5 к порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному Приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2016 № 283н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201605110038> (дата обращения: 13.04.2025).

48. О внесении изменений в приложение № 5 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н : Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.04.2019 № 236н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201905080038> (дата обращения: 13.04.2025).

49. О внесении изменения в порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный Приказом министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.01.2012 № 65н // Российская газета. – 2012. – № 29. – URL:

<http://www.rg.ru/2012/02/10/medpomoshch-dok.html> (дата обращения: 12.02.2025).

50. О методических рекомендациях по организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию : Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.09.2012 № 14-0/10/2-2564, Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.09.2012 № 7155/30 // Официальный сайт ФФОМС. – URL: <http://www.ffoms.ru/documents/letters/> (дата обращения: 12.05.2025).

51. О порядке организации транспортировки больных с хронической почечной недостаточностью для проведения амбулаторного гемодиализа, по медицинским показаниям нуждающихся в медицинском сопровождении бригад Государственного бюджетного учреждения «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 15.08.2014 № 738 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 05.03.2025)

52. О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации: Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ (ред. от 28.11.2023) // Собрание законодательства РФ. – 2006. – № 19. – Ст. 2060. – URL: <http://www.szrf.ru> (дата обращения: 03.03.2025)

53. О работе Единого городского центра скорой и неотложной медицинской помощи ГБУ города Москвы «ССиНМП им. А.С. Пучкова»: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 30.06.2020 № 670 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 12.05.2025).

54. О скорой психиатрической помощи: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.04.1998 № 108 (вместе с «Положением о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической

помощи», «Методическими рекомендациями по организации работы бригад скорой психиатрической помощи») // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 1998. – № 16. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_18802/ (дата обращения: 29.04.2025).

55. О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 21.02.2018 № 130 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 21.05.2025).

56. О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 28.12.2023 № 1300 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 12.02.2025).

57. О совершенствовании управления каналами госпитализации при оказании стационарной медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 31.05.2023 № 594 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 05.03.2025)

58. О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 (ред. от 27.03.2023) // Собрание законодательства РФ. – 2019. – № 23. – Ст. 2921. – URL: <http://www.szrf.ru> (дата обращения: 03.03.2025)

59. О Территориальной службе медицины катастроф города Москвы: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 25.11.2021 № 1171

// Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 16.04.2025)

60. Об изменениях в порядке медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реанимация»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.09.2018 № 625н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 24.04.2025).

61. Об обеспечении вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112» и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 30.12.2020 № 488-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 2021. – № 1 (ч. I). – Ст. 1. – URL: <http://www.szrf.ru> (дата обращения: 24.04.2025)

62. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 28.02.2025) // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 53 (ч. I). – Ст. 7598. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения: 03.03.2025).

63. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.04.2024) // Собрание законодательства РФ. – 2010. – № 49. – Ст. 6422. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 24.04.2025).

64. Об организации в штате ГБУ города Москвы «Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы экстренной консультативной выездной бригады СМП анестезиологии-реанимации для проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 19.12.2022 № 1184 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 12.12.2024).

65. Об организации взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам в состоянии клинической смерти: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 08.07.2024 № 580 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 24.04.2025)

66. Об организации Городского консультативного центра анестезиологии и реаниматологии (Центра критических состояний) в городе Москве: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.11.2021 № 1128 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 19.12.2024).

67. Об организации дистанционного сопровождения пострадавшего до прибытия бригады СМП медицинским персоналом Единого городского диспетчерского центра ГБУ ССиНМП им. А.С. Пучкова: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 26.06.2024 № 539 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 12.05.2025).

68. Об организации Единого городского диспетчерского центра скорой и неотложной медицинской помощи: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 08.11.2016 № 907 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 15.04.2025).

69. Об организации оказания специализированной выездной службы скорой медицинской помощи: нейрохирургической, сосудистой, урологической, офтальмологической, кардиологической детям, анестезиологии-реанимации новорожденным: приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 20.01.2016 № 22. - Москва, 2016. - [7] с.

70. Об организации экстренной консультативной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии и реанимации для пациентов с нарушениями системы гемостаза: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 27.12.2022 № 1226 // Официальный сайт Департамента

здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 22.02.2025).

71. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 29.04.2025)

72. Об утверждении Алгоритма реагирования Территориальной службы медицины катастроф города Москвы на чрезвычайные ситуации техногенного и социального характера - взрывы (в том числе с последующим горением) и (или) разрушения в зданиях, сооружениях (конструкциях): Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 20.12.2024 № 1210 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. - URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 12.11.2024).

73. Об утверждении Алгоритма реагирования Территориальной службы медицины катастроф города Москвы на чрезвычайные ситуации природного характера – лесные и другие ландшафтные пожары: Распоряжение Департамента здравоохранения города Москвы от 23.06.2022 № 2109-р // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 16.05.2025).

74. Об утверждении Алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи: Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.05.2023 № 535 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. - URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 08.02.2025).

75. Об утверждении алгоритмов реагирования на чрезвычайные ситуации техногенного и социального характера Территориальной службы медицины катастроф города Москвы: Распоряжение Департамента здравоохранения города Москвы от 07.02.2022 № 424-р // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 16.05.2025).

76. Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 206 // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 12.02.2025).

77. Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2016 № 83н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201603020038> (дата обращения: 29.04.2025).

78. Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. - 2008. - № 31. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_77902/ (дата обращения: 08.02.2025).

79. Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.04.2018 № 182 // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805020038> (дата обращения: 29.04.2025).

80. Об утверждении национальных целей развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.03.2025)

81. Об утверждении Положения о системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112» в городе Москве: Постановление Правительства Москвы от 01.09.2020 № 1420-ПП // Официальный сайт Мэра Москвы. - URL: <https://www.mos.ru> (дата обращения: 08.05.2025).

82. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н // Российская газета. - 2012. - № 139. - URL: <https://rg.ru/2012/06/22/medpomoshch-dok.html> (дата обращения: 10.02.2025).

83. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 29.04.2025).

84. Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 252н // Российская газета. – 2012. – № 102. – URL: <https://rg.ru/2012/05/07/medicina-dok.html> (дата обращения: 07.02.2025).

85. Об утверждении порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с

высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, полученным в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2022 № 715н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 02.04.2025).

86. Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202008070041> (дата обращения: 13.04.2025).

87. Об утверждении Порядка оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13.11.2011 № 315н // Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 08.02.2025).

88. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 919н // Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 08.02.2025).

89. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 909н // Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 08.02.2025).

90. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 № 668н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202210270037> (дата обращения: 29.04.2025).

91. Об утверждении Порядка оказания первой помощи: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.05.2024 № 220н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 12.02.2025).

92. Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.2004 № 179 (ред. от 30.01.2012) // Российская газета. – 2004. – № 247. – URL: <http://www.rg.ru/2004/11/10/medpomoshch-dok.html> (дата обращения: 12.02.2025).

93. Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н (ред. от 11.03.2024) // Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 11.11.2024).

94. Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 787н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202008070039> (дата обращения: 13.04.2025).

95. Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию: Приказ Федерального фонда

обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 // Официальный сайт ФФОМС. - URL: <http://www.ffoms.ru> (дата обращения: 08.05.2025).

96. Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.09.2020 № 947н // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202009150037> (дата обращения: 09.05.2025).

97. Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения: Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202103310028> (дата обращения: 08.05.2025).

98. Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н // Российская газета. – 2012. – № 123. — URL: <http://www.rg.ru/2012/05/30/vrach-komissia-dok.html> (дата обращения: 27.01.2025).

99. Об утверждении Порядка фармаконадзора лекарственных препаратов для медицинского применения: Приказ Росздравнадзора от 17.06.2024 № 3518 // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 13.04.2025).

100. Об утверждении правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» : Постановление Правительства РФ от

17.11.2021 № 1968 // Собрание законодательства РФ. – 2021. – № 48 (ч. II). – Ст. 7960. – URL: <http://www.szrf.ru/szrf/doc.phtml?nb=100&issid=1002021048000&docid=104> (дата обращения: 08.05.2025).

101. Об утверждении профессионального стандарта «врач - анестезиолог-реаниматолог»: Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201809050038> (дата обращения: 13.04.2025).

102. Об утверждении профессионального стандарта «врач скорой медицинской помощи»: Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 133н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201803280038> (дата обращения: 13.04.2025).

103. Об утверждении профессионального стандарта «медицинская сестра – анестезист»: Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 471н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202008070040> (дата обращения: 13.04.2025).

104. Об утверждении профессионального стандарта «медицинская сестра/медицинский брат»: Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202008070044> (дата обращения: 13.04.2025).

105. Об утверждении профессионального стандарта «фельдшер скорой медицинской помощи»: Приказ Министерства труда и социальной защиты

Российской Федерации от 13.01.2021 № 3н // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101210038> (дата обращения: 13.04.2025).

106. Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»: Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202008070038> (дата обращения: 13.04.2025).

107. Об утверждении Регламента взаимодействия участников Единой медицинской справочной службы города Москвы 122: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Департамента информационных технологий г. Москвы от 14.12.2021 № 1274/64-16–781/21 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. — URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 20.02.2025).

108. Об утверждении Регламента переводов пациентов между медицинскими организациями: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 13.11.2018 № 757 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. — URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 24.05.2025).

109. Об утверждении регламента проведения мониторинга концентрации углекислого газа (CO₂) в конце выдоха пациента (капнометрии) бригадами СМП: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.04.2020 № 333 // Официальный сайт Департамента здравоохранения Москвы. — URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 08.05.2025).

110. Об утверждении Регламента проведения ультразвукового мониторинга (оценки) клинического состояния пациента при оказании скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации: Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12.2020 № 1513 // Официальный сайт Департамента

здравоохранения Москвы. – URL: <https://www.mos.ru/dzdrav> (дата обращения: 08.05.2025).

111. Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.12.2009 № 942 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2010. – № 10. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96634/ (дата обращения: 08.05.2025).

112. Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2020 № 1165н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202011030023> (дата обращения: 08.05.2025).

113. Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202008070037> (дата обращения: 29.04.2025).

114. Оказание медицинской помощи пациентам с абдоминальными травмами на догоспитальном этапе в Москве / Д.Н. Греков, А.А. Агеева, Г.А. Введенский, Е.В. Черняков, З.А. Багателья, Р.Ю. Маер, В.А. Кадышев // Здоровье мегаполиса.– 2024.– Т. 5.– № 4-1.– С. 66–75.

115. Олейник, Б.А. Организационно-клинические аспекты снижения смертности от ишемической болезни сердца. Автореф. Дис.... докт. мед. наук : 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,

медико-социальная экспертиза : 3.1.15 – Сердечно-сосудистая хирургия/ Богдан Александрович Олейник. М., 2024.– 47 с.

116. Опыт применения телемедицинских технологий в пилотном проекте по удаленному взаимодействию многопрофильного стационара и психиатрического консультативного пульта скорой медицинской помощи / Г.П. Костюк, А.А. Алдушин, Г.А. Введенский, Д.В. Савельев, Н.Ф. Плавунов // В кн.: Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению: Сборник тезисов. Санкт-Петербург, 2021.– С. 1308–1309.

117. Организация «инфарктной сети» в Москве и результаты ее работы за пятилетний период / Е.Ю. Васильева, Н.Ф. Плавунов, А.И. Калинская, П.П. Саввинова, А.И. Сапина, Г.А. Введенский, А.М. Лебедева, Д.В. Скрыпник, А.В. Шпектор // Эндоваскулярная хирургия.– 2018.– Т. 5.– № 2.– С. 288–294.

118. Коломиец, Е.А. Модель, метод и структурно-функциональная организация системы управления службой скорой медицинской помощи дис. ... канд. тех. наук / Елена Александровна Коломиец. – Курск, 2022. – 143 с.

119. Оценка состояния скорой медицинской помощи в разных условиях ее оказания в Российской Федерации / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, Р.Р. Алимов, С.И. Шляфер // Анестезиология и реаниматология. – 2021. – № 2. – С. 124–130.

120. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 декабря 2018 г. № 14–3/2140926 «О направлении методических рекомендаций «Общие принципы приема обращений от населения, поступающих на станции (отделения) скорой медицинской помощи, и определения повода для вызова скорой медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 03.03.2025)

121. Плавунов, Н. Ф. Автомобили скорой медицинской помощи: из истории в современность / Н. Ф. Плавунов, В. С. Филимонов, М. П. Клюкин // Медицинский алфавит. – 2024. – № 23. – С. 37–43. – DOI 10.33667/2078–5631-2024-23-37-43.

122. Плавунов, Н.Ф. Искусственный интеллект на службе скорой и неотложной медицинской помощи / Н.Ф. Плавунов, Г.А. Введенский, Е.В. Черняков // Московская медицина. – 2024. – № 1. – С. 52–61.

123. Принципы защиты от юридической ответственности лиц, оказывающих первую помощь пострадавшим, в международном и российском законодательстве / Л.И. Дежурный, Е.А. Шувалова, К.И. Лысенко, А.Ю. Закурдаева, Д.И. Батурин // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 6. – С. 34–40.

124. Раппопорт, А. В. Развитие медицины в Средневековье и эпидемии / А. В. Раппопорт // Евразийское Научное Объединение. – 2020. – № 9–6(67). – С. 396–400.

125. Современные подходы к обеспечению доступности и качества скорой помощи в мегаполисе: опыт станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗ г. Москвы / Н.Ф. Плавунов, Г.А. Введенский, В.А. Кадышев, А.М. Сидоров // Управление качеством в здравоохранении. – 2017. – № 2. – С. 23–29.

126. Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова – первичное звено в Московской «инфарктной сети» / Н.Ф. Плавунов, Г.А. Введенский, С.С. Саидходжаев, А.А. Березин // Мат. XVII Московской Ассамблеи «Здоровье Москвы». Город Москва, 04.12.2018. – С.39–40.

127. Суханова В.А. Совершенствование системы управления персоналом подстанции скорой медицинской помощи на примере гор. Волгограда / В.А. Суханова // Сборник статей XVIII Международной научно-практической конференции «Экономика и современный менеджмент: теория, методология, практика». – Пенза, 2024 г. – С. 8–10.

128. Теплов, В.Н. Концепция трехуровневой системы оказания скорой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации в режиме повседневной деятельности и при чрезвычайных ситуациях биолого-социального характера: Автореф. дис. ... докт. Мед. наук: 05.26.02 –

безопасность в чрезвычайных ситуациях 6 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение / Вадим Михайлович Теплов. – Санкт-Петербург, 2022. – 50 с.

129. Тарасенко А.Д., Ножкина Н.В, // VI Международная (76 Всероссийская) научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»: тез. докл. - С. 846–850

130. Ткаченко, Е.Н. Социологическая оценка оказания скорой медицинской помощи (на примере малого города). Дис. ... канд. мед. наук: 14.02.05 – социология медицины / Евгения Николаевна Ткаченко. – Волгоград, 2012. – 177 с.

131. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 07.04.2025) / Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 12.12.2024)

132. Фатыхов, А.М. Пути совершенствования организации и управления скорой медицинской помощью в условиях модернизации здравоохранения (на примере города Казани) дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение / Айдар Мухаматнурович Фатыхов.– Казань, 2014. – 177 с.

133. Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации. –

URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201707310001> (дата обращения: 25.05.2025).

134. Федеральный закон от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» / Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ (дата обращения: 12.02.2024)

135. Федякин, И.В. Политика формирования и развития мегаполисов в системе мероприятий государственной политики: политологический анализ отечественного и зарубежного опыта: автореф. дисс. ... док. полит. наук. / Иван Владимирович Федякин. – Москва, 2015. – 52 с.

136. Целевые показатели развития скорой медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, В.М. Теплов, Н.В. Разумный // Скорая медицинская помощь. – 2024. – №2. – С. 4–10.

137. Шляфер С.И. Показатели деятельности скорой медицинской помощи Москвы // Скорая медицинская помощь. - 2015. - № 1. - С. 4–8

138. Шляфер С.И. Современное состояние статистической отчетности скорой медицинской помощи / С.И. Шляфер // Скорая медицинская помощь. – 2018. – Т. 19. – № 3. – С. 4–7.

139. Abel-Smith B., Mossiallos E. Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union. Health Policy. 1994. V. 28. P. 89—132

140. Adnet, F. International EMS systems: France / F.Adnet, F. Lapostolle // Resuscitation. 2004. Oct, 63(1). P.7-9.

141. Aftyka, A. Are there any differences in medical emergency team interventions between rural and urban areas? A single-centre cohort study/ A. Aftyka, B. Rybojad, E. Rudnicka-Drozak// Aust J Rural Health. - 2014.- Vol. 22.- Is. 5.- P. 223-228.

142. Al-Shaqsi, S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems / S. Al-Shaqsi // Oman Med. J., 2010, Oct, 25(4). P.320-323.

143. Anderson, P. The globalization of emergency medicine and its importance for public health / P. Anderson, R. Petrino, P. Halpern, J. Tintinalli // Bulletin of the World Health Organization. — 2006. — № 84 (10). — P. 835-839.

144. Backes, M.T. The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit/ M.T. Backes, A.L. Erdmann, A. Büscher// Rev Lat Am Enfermagem. - 2015.- Vol. 23.- Is. 3.- P. 411-418.

145. Basu, S. Examining the sources of occupational stress in an emergency department/ S. Basu, C. Yap, S. Mason// *Occup Med (Lond)*. - 2016.- Vol. 66.- Is. 9.- P. 737-742.
146. Brindley P.G. I. Improving teamwork in anaesthesia and critical care: many lessons still to learn/ P.G. Brindley// *Br J Anaesth*. - 2014.- Vol. 112.- Is. 3.- P. 399-401.
147. Characteristics and prognoses of patients treated by an anaesthesiologist-manned prehospital emergency care unit. A retrospective cohort study/ S. Mikkelsen, H.M. Lossius, P. Toft, A.T. Lassen// *BMJ Open*. - 2017.- DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014383
148. Choi, B.Y. Mobile Integrated Health Care and Community Paramedicine: An Emerging Emergency Medical Services Concept/ B.Y. Choi, C. Blumberg, K. Williams// *Ann Emerg Med*. - 2016.- Vol. 67.- Is. 3.- P. 361-366
149. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit/ J. Barr, G.L. Fraser, K. Puntillo, E.W. Ely [et al.]// *Crit Care Med*. - 2013.- Vol. 41.- Is. 1.- P. 263-306
150. Comparing emergency medical service systems--a project of the European Emergency Data (EED) Project/ M. Fischer, J. Kamp, L. Garcia-Castrillo Riesgo, I. Robertson-Steel [et al.]// *Resuscitation*. - 2011.- Vol. 82.- Is. 3.- P. 285-293
151. Diagnosis and mortality in prehospital emergency patients transported to hospital: a population-based and registry-based cohort study/ E.F. Christensen, T.M. Larsen, F.B. Jensen, M.D. Bendtsen [et al.]// *BMJ Open*. 2016.- Vol. 6.- Is. 7.- e011558.
152. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010/ C.J. Murray, T. Vos, R. Lozano, M. Naghavi// *Lancet*. - 2012.- Vol. 380.- P. 2197-2223.
153. Driggin E., Madhavan M.V., Bikdeli B., Chuich T., Laracy J., Biondi Zoccai G. et al. Cardiovascular considerations for patients, health care

workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2020; 75: 2352–71. DOI: 10.1016/j.jacc.2020. 03.031

154. Early cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest/ I. Hasselqvist-Ax, G. Riga, J. Herlitz, M. Rosenqvist [et al.]// *N Engl J Med.* - 2015.- Vol. 372.- Is. 24.- P. 2304-2315.

155. Emergency health services: demand and service delivery models. Monograph 1: literature review and activity trends/ S. Toloo, G. FitzGerald, P. Aitken, J. Ting [et al.]. - 2011.- DOI: 10.13140/2.1.3944.2889

156. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study/ O. Yuguero, C. Fome, M. Esquerda, J. Pifarre [et al.]// *Medicine (Baltimore).* - 2017.- DOI: 10.1097/MD.00000000000008030.

157. Encyclopedia of the City / Roger W. Caves, ed. – 594 p.

158. Excess mortality in Russia and its regions compared to high income countries: An analysis of monthly series of 2020 / S. Timonin, I. Klimkin, V.M. Shkolnikov, E. Andreev, M. McKee, D.A. Leon // *SSM Popul Health.* – 2021.– Vol. 17.– 101006.– DOI: 10.1016/j.ssmph.2021.101006.

159. Factors Impacting Patient Outcomes Associated with Use of Emergency Medical Services Operating in Urban Versus Rural Areas: A Systematic Review/ R.W. Alanazy, S. Wark, J. Fraser, A. Nagle// *Int J Envirol Res Public Health.* - 2019.- Vol. 16.- Is. 10.- DOI:10.3390/ijerph16101728

160. Five-years forward view: lessons from emergency care at the extremes of age/ J.S. Minhas, D. Minhas, T. Coats, J. Banerjee [et al.]// *J R Soc Med.* - 2018.- Vol. 111.- Is. 3.- 92-97

161. Fleck, L.M. First Come, First Served in the Intensive Care Unit: Always? / L.M. Fleck, T.F. Murphy// *Camb Q Healthc Ethics.* - 2018.- Vol. 27.- Is. 1.- P. 52-61

162. Geddes P. Cities in evolution: an introduction to the town planning movement and to the study of civics. – London: Williams & Norgate, 1915. – IX, 409 p.

163. Global Critical Care: Moving Forward in Resource-Limited Settings/ J.V. Diaz, E.D. Riviello, A. Papali, N.K.J. Adhikari [et al.]// *Ann Glob Health*. - 2019.- Vol. 85.- Is. 1.- P. 113-120.
164. Global stroke statistics 2022/ Thayabaranathan T., Kim J., Cadilhac D.A., Thrift A.G., Donnan G.A., Howard G.// *International Journal of Stroke*. - 2022.- Vol.17.- № 9.- P. 946-956.- DOI:10.1177/17474930221123175
165. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016// *The Lancet*. - 2017.- Is. 390.- P. 1151-1210
166. Gloster, AS How to perform first aid/ AS Gloster, PJ Johnson // *Nurs Stand*. - 2016.- Vol. 30.- Is. 20.- P. 36-39.
167. Hilman, K.M. Intensive care medicine in 2050: expanding care beyond the intensive care unit/ K.M. Hilman, J. Takala// *Intensive Care Med*.- 2018.- Vol. 44.- Is. 2.- P. 218-219
168. Højfeldt, S.C. Emergency patients receiving anaesthesiologist-based pre-hospital treatment and subsequently released at the scene/ S.C. Højfeldt, L.P. Sørensen, S. Mikkelsen// *Acta Anaesthesiol Scand*.- 2014.- Vol. 58.- Is. 8.- P. 1025-1031.
169. How we developed a comprehensive resuscitation-based simulation curriculum in emergency medicine/ D. Dagnone, R. VcGraw, D. Howes, D. Messenger// *Med Teach*. - 2016.- Vol. 38.- Is. 1.- P. 30-35
170. Liu, D. Personalized therapy: the cornerstone of development in critical care medicine/ D. Liu// *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. - 2019.- Vol. 31.- Is. 1.- e1-4.
171. Long-term outcomes among injured older adults transported by emergency medical services/ C.D. Newgard, A. Lin, N.D. Yanez, E. Bulger [et al.]// *Injury*.- 2019.- DOI: 10.1016/j.injury.2019.04.028.
172. Meadows, C. Centralisation of Specialist Critical Care Services/ C. Meadows, W. Rattenberry, C. Waldmann// *JICS*. - 2011.- Vol.12.- Is. 2.- P. 87-89.

173. Mobile phone technology identifies and recruits trained citizens to perform CPR on out-of-hospital cardiac arrest victims prior to ambulance arrival/ M. Ringh, D. Fredman, P. Nordberg, T. Stark [et al.]// J Resuscitation. - 2011.- Vol. 82.- Is. 12.- P. 1514-1518.

174. Organizational Factors Associated with Perceived Quality of Patient Care in Closed Intensive Care Units/ N. McIntosh, E. Oppel, D. Mohr, M. Meterko// Am J Crit Care. - 2017.- Vol. 26.- Is. 5.- P. 401-407.

175. Outcome following physician supervised prehospital resuscitation: a retrospective study/ S. Mikkeisen, AJ Krüger, S.T. Zwisler, A.C. Brøcher [et al.]// BNJ Open. - 2015.- Vol. 5.- Is. 1.- e006167.

176. Overcoming nursing barriers to intensive care unit early mobilization: A quality improvement project/ O.O. Hunter, E.L. George, D. Ren, D. Morgsn [et al.]// Intensive Crit Care Nurs. - 2017.- Vol. 40.- P. 44-50.

177. Papali, A. Recommendations on infrastructure and organization of adult ICUs in resource-limited settings. European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Global Intensive Care working group and The Mahidol-Oxford Research Unit (MORU)/ A. Papali, M.J. Schultz, M.W. Dünser// Intensive Care Med.- 2018.- Vol. 44.- Is. 7.- P. 1133-1137.

178. Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care/ M.E. Kleinman, E.E. Brennan, Z.D. Goldberger, R. Swor [et al.]// Circulation. - 2015.- Vol. 132.- Is. 18.- Suppl. 2.- P. 414-435.

179. Quality and performance measures of strain on intensive care capacity: a protocol for a systematic review/ S.A. Soltani, A. Ingolfsson, D.A. Zygun, H.T. Stelfox [et al.]// Syst Rev.- 2015.- DOI: 10.1186/s13643-015-0145-9.

180. Rogers, F.B. The golde- Suppl. trauma: Dogma or medical folklore? / FB Rogers, KJ Rittenhouse, BW Gross// Injury. - 2015. - Vol. 6.- Is. 4.- P. 525-527.

181. Sollid, S.J.M. The role of the anaesthesiologist in air ambulance medicin- Vol.M. Sollid, M. Rehn// *Curr Opin Anaesthesiol.*- 2017.- Vol. 30.- Is. 4.- P. 513-517.
182. Stein LK, Mayman NA, Dhamoon MS, Fifi JT. The emerging association between COVID-19 and acute stroke. *Trends Neurosci* 2021 Jul;44(7):527-537. DOI: 10.1016/j.tins.2021.03.005.
183. Systematic Review of Community Paramedicine and EMS Mobile Integrated Health Care Interventions in the United States/ A. Gregg, J. Tutek, M.D. Leatherwood, R. Friend [et al.]// *Popul Health Manag.* - 2019.- DOI: 10.1089/pop.2018.0114.
184. Telehealth-Enabled Emergency Medical Services Program Reduces Ambulance Transport to Urban Emergency Departments/ J.R. Langabeer, M. Gonzalez, M. Alqusairi, T. Champagne-Langabeer [et al.]// *West J Emerg Med.*- 2016.- Vol. 17.- Is. 6.- P. 713-720.
185. Termination of pre-hospital resuscitation by anaesthesiologists - causes and consequences. A retrospective study/ S. Mikkelsen, H.M. Lossius, L.G. Binderup, C. Schaffalitzky de Muckadell [et al.]// *Acta Anaesthesiol Scand.* - 2017.- Vol. 61.- Is. 2.- P. 250-258.
186. The impact of a better coordination between emergency and intensive care units in the care of critically ill patients/ BA Lara, A. Cataldo, R. Castro, P.R. Aguilera [et al.]// *Rev Med Chil.* - 2016.- Vol. 144.- Is. 7.- P. 911-917.
187. The influence of prehospital time on trauma patients outcome: A systematic review/ A.M.K. Harmsen, G.F. Giannakopoulos, P.R. Moerbeek, E.P. Jansma [et al.]// *Injury.* - 2015.- Vol. 46.- Is. 4.- P. 602-609.
188. The Intensive care unit specialist: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine/ P. Amin, A. Fox-Robichaud, J.V. Divatia, P. Pelosi [et al.]// *Council of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine// J Crit Care.* - 2016.- Vol. 35.- Is. 1.- P. 223-228.

189. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials / K.R. Lees, E. Bluhmki, R. von Kummer, T.G. Brott [et al.] // *Lancet*. – 2010. – Vol. 375. – Is. 3727. – C. 1695–1703.

190. Trends of pre-hospital emergency medical services activity over 10 years: a population-based registry analysis/ V. Pittet, B. Burnand, B. Yersin, P.N. Carron// *BMC Health Serv Res*.- 2014.- Vol. 14.- Is. 10.- P. 380-386.

191. UMass Memorial Critical Care Operations Group. A Multi-center Study of ICU Telemedicine Reengineering of Adult Critical Care/C.M. Lilly, J.M. McLaughlin, H. Zhao, S.P. Baker [et al.]// *Chest*. -2014.- Vol. 145.- Is. 3.- P. 500–507.

192. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019): World Urbanization Prospects: The 2018 Revision (ST/ESA/SER.A/420). New York: United Nations.

193. Use of pre-hospital emergency medical services in urban and rural municipalities over a 10 year period: an observational study based on routinely collected dispatch data/ K. Hegenberg, H. Trentzsch, S. Gross, S. Prückner// *Scznd J Trauma Resusc Emerg Med*.- 2019.- Vol. 27.- Is. 1.- DOI: 10.1186/s13049-019-0607-5.

194. Vincent, JL Paradigm shifts in critical care medicine: the progress we have made/ JL Vincent, J. Creteur/ *Crit Care*.- 2015.- Suppl 3.- DOI: 10.1186/cc14728.

195. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine/ J.C. Marshall, L. Bosco, N.K. Adhikari, B. Connolly [et al.]// *J Crit Care*. - 2017.- Vol. 37.- Is. 1.- P. 270-276.

196. WHO. Primary health care. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care>. (дата обращения 13.03.2024).

197. World Health Statistics 2022. Monitoring Health for the SDGss, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2022.- 125 с.

— Режим доступа:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356584/9789240051140-eng.pdf> (дата обращения: 16.02.2024)

198. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022/ V.L. Feigin, M. Brainin, B. Norrving, S. Martins, R.L. Sacco [et al.]/ International Journal of Stroke. - 2022.- Vol. 17(1). - P.18-29.- DOI: 10.1177/17474930211065917

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Нормативно-правовые акты Департамента здравоохранения г. Москвы, определяющие деятельность службы скорой медицинской помощи и маршрутизацию пациентов различного профиля

Профиль: акушерство и гинекология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 05.06.2014 №525 «О дальнейшем совершенствовании оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи в городе Москве»;

Письмо Департамента здравоохранения города Москвы от 09.08.2018 №20–18–698/18 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи при преждевременных родах»;

Письмо Департамента здравоохранения города Москвы от 17.12.2018 №20–18–1012/18 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи при преждевременных родах»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 04.07.2014 №615 «Об организации Центра репродуктивного здоровья детей и подростков»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 03.07.2018. №458 «Об утверждении алгоритма организации оказания специализированной медицинской помощи новорожденным в городе Москве»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.06.2016 №446 «Об организации центра внутриутробных и постнатальных инфекций у новорожденных детей»;

Профиль: анестезиология-реаниматология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12.2018 №903 «Об организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в городе Москве»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.04.2016 №323 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «нейрохирургия»

взрослому населению города Москвы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (в редакции приказов: от 07.06.2016 № 493, от 16.11.2017 №794);

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 21.11.2016 №943 «О совершенствовании медицинской помощи больным с острой кишечной непроходимостью в городе Москве»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.07.2008 №571 «О порядке организации оказания медицинской помощи больным с термическими поражениями в городе Москве»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 13.05.2016 №403 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с острым почечным повреждением»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 15.02.2016 №110 «Об организации Центра лечения тяжелой механической и сочетанной травмы у детей»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 01.09.2017 №627 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи детям и подросткам с цереброваскулярными заболеваниями в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 15.03.2016 №196 «Об организации детского центра хирургии кисти»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 13.02.2020 № 111 «Об организации направления пациентов с дыхательной недостаточностью в Центр экстракорпоральной мембранной оксигенации»;

Профиль: инфекционные заболевания, в том числе ВИЧ-инфекция

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 15.09.2022 № 890 «Об утверждении схемы маршрутизации пациентов с инфекционными заболеваниями в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы стационарного типа» (в редакции приказов

Департамента здравоохранения города Москвы от 19.02.2024 №123, 13.01.2025 №11).

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 28.07.1996 № 404 «О дополнительных мерах по совершенствованию профилактики ВИЧ-инфекции в городе Москве» (в редакции приказов Департамента здравоохранения города Москвы от 05.06.2012 №506, от 22.12.2021 №1275, от 22.07.2024 №634);

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 17.10.2024 № 923 «О временной маршрутизации детей с гриппом ОРВИ и острыми кишечными инфекциями в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы на эпидемический сезон 2024–2025 годов» (в редакции приказа от 09.12.2024 №1152);

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 21.02.2018 №128 «О Регламенте госпитализации жителей Московской области в круглосуточные стационары медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную (противотуберкулезную) медицинскую помощь, и их перемещения для лечения в медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Московской области»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.11.2013 №1066 «О мерах по профилактике заболевания бешенством людей в городе Москве (укушенные)»;

Профиль: стоматология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.03.2021 №249 «О совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в городе Москве» (в редакции приказов Департамента здравоохранения города Москвы от 26.07.2022 №729, от 27.12.2022 №1227, от 14.02.2024 №109);

Профиль: офтальмология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 10.09.2024 № 788 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «офтальмология» взрослому населению в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 25.01.2023 №51 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «офтальмология» взрослому населению в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (в редакции приказа от 08.09.2023 №905);

Профиль: оториноларингология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 04.06.2015 №470 «Об изменения графика оказания медицинской помощи больным по профилю «Оториноларингология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (в редакции приказа от 29.12.2023 №1323);

Профиль: токсикология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 25.03.2022 № 274 «Об организации медицинской помощи при острых отравлениях химической этиологии в городе Москве»;

Профиль: гематология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 30.12.2021 №1334 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология» взрослому населению в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 07.10.2019 №866 «О маршрутизации пациентов, больных гемофилией в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 04.07.2014 №608 «Об организации Центра детской гематологии и онкологии»;

Профиль: нефрология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 08.11.2022 №1047 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «нефрология» взрослому населению в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (в редакции приказов: от 24.04.2023 №422, от 13.06.2024 №504);

Профиль: аллергология, пульмонология:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 05.05.2023 №495 «О маршрутизации пациентов взрослого возраста с подозрением (или подтвержденным диагнозом) на синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз, синдром Лайелла» (в редакции приказа от 30.06.2023 №704);

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 17.06.2024 №523 «О маршрутизации взрослого населения по профилям «пульмонология» и «аллергология и иммунология» в стационары города Москвы и о внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 14.09.2018 №640»;

Профиль: рассеянный склероз:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.03.2015 №225 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи больным рассеянным склерозом старше 18 лет в городе Москве» (в редакции приказов Департамента здравоохранения города Москвы от 10.08.2015 №662, от 17.10.2016 №846, от 25.04.2019 №290, от 07.04.2020 №363, от 14.08.2020 №817, от 06.04.2021 №295, от 18.06.2021 №560, от 13.01.2023 №16, от 01.03.2023 №192, от 03.04.2024 №292);

Профиль: сердечно сосудистые заболевания:

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 27.05.2022 №494 «Об организации оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 30.06.2022 № 637 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (в редакции приказов Департамента здравоохранения города Москвы: от 05.05.2023 №498 и приказа от 06.08.2024 №689);

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.04.2022 №272н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 07.07.2023 №725 «Об организации оказания стационарной медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.04.2022 №426 «Об организации Научно-практического межокружного центра хирургического лечения и терапевтической коррекции сложных нарушений ритма сердца»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 27.05.2022 № 494 «Об организации оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» (в редакции приказа: от 20.04.2023 № 399);

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 08.06.2023 №637 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 27.04.2024 № 366 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острой сосудистой патологией»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.09.2022 № 859 «Об организации хирургического лечения пациентов с патологией

прецеребральных артерий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (в редакции приказов: от 18.04.2023 №379, от 08.11.2024 № 1000).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анкеты для проведения социологического исследования

Анкета (интервью)

фокусной группы выездного персонала скорой медицинской помощи города Москвы

* при заполнении анкеты в графе «выбор» на против подходящего Вам ответа
впишите любой знак или впишите свое особое мнение

№	Вопрос	Выбор	Варианты ответов
1	Сколько Вам лет?		
2	Как долго Вы работаете в системе СМП (лет)?		
2.1.	в том числе в городе Москве?		
2.2.	в том числе на данной подстанции?		
2.3.	в том числе на данной должности?		
3	Ваше образование?		3.1. Высшее
			3.2. Несколько высших
			3.3. Среднее специальное
			3.4. Среднее
4	Ваша должность?		4.1. Врач скорой медицинской помощи
			4.2. Врач отделения неотложной помощи (ОНМП)
			4.3. Врач специалист (АиР, педиатр, психиатр и т д)
			4.4. Фельдшер скорой медицинской помощи
			4.5. Медицинская сестра
			4.6. Фельдшер ППВ
			4.7. Санитар
5	Какие положительные факторы Вы видите в Вашей работе (возможно выбрать несколько вариантов ответа)		5.1. Высокий престиж, социальная значимость и ответственность
			5.2. Чувство принадлежности к профессиональному сообществу
			5.3. Разнообразие задач
			5.4. Справедливое соотношение заработной платы и трудозатрат
			5.5. Возможность профессионального роста и развития

			5.6. Возможность обучения и повышения квалификации
			5.7. Социальные льготы, гарантии
			5.8. Удовлетворение психологических потребностей (риск, «адреналин», пассионарность* и т д * состояние повышенной активности, энергии и энтузиазма, которое проявляется в стремлении к достижению значимых целей и реализации своих амбиций
			5.9. Другое (впишите свой вариант):
6	Какие - негативные факторы Вы видите в Вашей работе (возможно выбрать несколько вариантов ответа)		6.1. Большая физическая нагрузка, усталость
			6.2. Большая психологическая нагрузка, усталость
			6.3. Ночные дежурства, переработка
			6.4. Суточный режим работы
			6.5. Недостаток времени на отдых и восстановление сил
			6.6. Недостаточная материальная мотивация (уровень заработной платы)
			6.7. Недостаточная нематериальная мотивация
			6.8. Конфликты и напряженные отношения в коллективе
			6.9. Конфликты с руководством
			6.10. Риск профессиональных ошибок
			6.11. Отсутствие четких протоколов действий (недостаток ясных и стандартизированных протоколов действий)
			6.12. Другое (впишите свой вариант):
7	Оцените по 10-балльной шкале удовлетворенность своей работой		
8	Какие Вы видите возможности облегчения Вашего труда		8.1. Оборудовать на подстанциях помещения для спорта и релаксации
			8.2. Организовать отдых в санаториях в отпускной и промежуточный период
			8.3. Увеличить зарплату

			8.4. Больше использовать нематериальную мотивацию (соревнования, награды, звания, отличительные элементы)
			8.5. Исключить суточный режим работы
			8.6. Бесплатное лечение (ДМС)
			8.7. Внедрение дополнительных электронных сервисов позволяющих упростить процесс работы
			8.8. Другое (впишите свой вариант):
9	Вы выбрали эту работу		9.1. Из-за отсутствия других вариантов
			9.2. По своему осознанному желанию
			9.3. Случайно
			9.4. Семейная традиция
			9.5. Затрудняюсь ответить
10	Каковы наиболее значительные риски Вашей работы		10.1. Клинические риски (ошибки в лечении и диагностике)
			10.2. Высокий уровень стресса, связанный с необходимостью принимать быстрые решения в критических ситуациях
			10.3. Регуляторные и юридические риски (несоответствие требованиям законодательства и нормативных актов, юридические иски со стороны пациентов или их семей и др.)
			10.4. Риски репутационные (жалобы, негативные отзывы, негативные публикации в СМИ, потеря доверия пациентов)
			10.5. Высокий риск травматизма
			10.6. Агрессия со стороны пациентов или их родственников
			10.7. Долгие рабочие смены и усталость
			10.8. Недостаток информации о пациенте
			10.9. Другое (впишите свой вариант):
11	Как часто Вы проходили обучение/		11.1 Несколько раз в год
			11.2 Один раз в год

	профессиональную переподготовку/повышение квалификации за время работы		11.3 Один раз в 3-5 лет
			11.4. Не проходил ни разу
			11.5. Затрудняюсь ответить
12	Как Вы оцениваете эффективность профподготовки медицинского персонала организованной на ССиНМП им. А.С. Пучкова для профессиональной деятельности (по 10-балльной шкале)		12.1 Новые методы оказания экстренной помощи
			12.2 Новые организационные формы
			12.3 Обучение в формате тимбилдинг (работа в коллективе)
			12.4 Взаимодействие/коммуникация с пациентами
			12.5 Другое (впишите):
13	Произошли ли заметные перемены в качестве и эффективности работы СМП за последние 5 лет		13.1. Да
			13.2. Нет
			13.3. Затрудняюсь ответить
14	Приведите пример инноваций (изменений), внедренных на ССМП за последние 5 лет	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
15	Удовлетворены ли Вы. лекарственным и техническим обеспечением выездных бригад		15.1. Да
			15.2. Нет
			15.3. Затрудняюсь ответить
16	Удовлетворены ли Вы в настоящее время состоянием транспортных спецсредств		16.1. Да
			16.2. Нет
			16.3. Затрудняюсь ответить
17	Удовлетворены ли Вы бытовыми условиями на подстанциях (отдых, возможность приема пищи, отдыха и т.д.) и социальными условиями в целом		17.1. Да
			17.2. Нет
			17.3. Затрудняюсь ответить
18	Что, по Вашему мнению, можно считать приоритетами инновационного развития (выберите 3 главных)		18.1. Внедрение телемедицинских технологий (Использование видеоконференций и удаленного мониторинга для консультаций и диагностики, интеллектуальные системы диагностики с использованием искусственного интеллекта)

			18.2. Оптимизация логистики и управления (Внедрение современных систем диспетчеризации для оптимизации маршрутов и сокращения времени реагирования, Использование GPS и навигационных систем для точного определения местоположения бригад и оптимизации маршрутов, Внедрение автоматизированных систем для обработки вызовов, управления ресурсами и отчетности)
			18.3. Обучение и развитие (Тренинги и курсы повышения квалификации для медицинского персонала с использованием симуляторов и виртуальной реальности для тренировки навыков в условиях, максимально приближенных к реальным).
			18.4. Улучшение коммуникации и координации (Координация с полицией, пожарной службой и другими экстренными службами для более эффективного реагирования на чрезвычайные ситуации)
			18.5. Обратная связь от пациентов (Внедрение систем для сбора и анализа отзывов пациентов с целью улучшения качества услуг.
			18.6. Обеспечение безопасности и качества (Внедрение систем автоматизированного контроля качества медицинских услуг и процессов на основе искусственного интеллекта)
			18.7. Автоматизация рутинных задач
19	Готовы ли увеличивать объем работы более чем на 1 ставку		19.1. Да
			19.2. Нет
			19.3. Затрудняюсь
20	Что могло бы стимулировать Вас принять решение увеличить объем работы		20.1. Профессиональный интерес, нехватка персонала
			20.2. Просьба руководителя
			20.3. Материальный интерес
			20.4. Индивидуальный подход к графику работы
			20.5. Нематериальная мотивация (соревнования, награды, звания, отличительные элементы)

			20.6. Отдых в санаториях в отпускной и промежуточный период
			20.7. Другое (впишите свой вариант):
21	Готовы ли работать с увеличенной нагрузкой в бригадах с одним медицинским работником в настоящих условиях		21.1. Да
		21.2. Нет	
		21.3. Затрудняюсь	
22	Что могло бы стимулировать Вас принять решение о работе в бригадах с одним медицинским работником		22.1. Профессиональный интерес, нехватка персонала
			22.2. Просьба руководителя
			22.3. Материальный интерес
			22.4. Индивидуальный подход к графику работы
			22.5. Нематериальная мотивация (соревнования, награды, звания, отличительные элементы)
			22.6. Отдых в санаториях в отпускной и промежуточный период
			22.7. Другое (впишите свой вариант):
23	Сообщите Ваш пол		23.1. М
			23.2. Ж
24	Сообщите Ваш возраст		

Благодарим Вас за сотрудничество!

Анкета (интервью)

фокусной группы руководителей скорой медицинской помощи города Москвы

* при заполнении анкеты обведите номер наиболее подходящего Вам ответа или
впишите свое особое мнение

№	Вопрос	Выбор	Варианты ответов
1	Какова численность работников Вашей подстанции (региона), курируемого направления		
2	Как долго Вы работаете в системе СМП (лет)		
2.1.	в том числе в городе Москве и на данной подстанции		
2.2.	в том числе на данной должности		
3	Ваше образование		3.1. Высшее
			3.2. Несколько высших
4	Ваша должность		4.1. Заведующий подстанций
			4.2. Руководитель медицинского отдела
			4.3. Заместитель главного врача по Региональному объединению
			4.4. Заместитель главного врача АУП
			4.5. Исполняющий обязанности заведующего (руководителя отдела)
5	Какие положительные стороны вы видите в Вашей работе		5.1. Высокий престиж, социальная значимость и ответственность
			5.2. Справедливое соотношение заработной платы и трудозатрат
			5.3. Возможность карьерного роста
			5.4. Повышение квалификации
			5.5. Социальные льготы, гарантии
			5.6. Удовлетворение психологических потребностей (риск, «адреналин», пассионарность и т.п.)
			5.7. Другое (впишите свой вариант):
6	Какие - отрицательные стороны вы видите в Вашей работе		6.1. Большая физическая/психологическая нагрузка, усталость
			6.2. Ночные дежурства, переработка

			6.3. Несоответствие оплаты труда затратам времени и сил
			6.4. Неудовлетворенность психологическим климатом в коллективе
			6.5. Конфликты с начальством
			6.6. Сомнительные перспективы карьерного роста
			6.7. Профессиональные риски (ответственность за ошибки и т.п).
			6.8 Другое (впишите свой вариант):
7	Оцените по 10-балльной шкале удовлетворенность своей работой		
8	Какие Вы видите возможности облегчения Вашего труда		8.1. Оборудовать помещения для спорта и релаксации
			8.2. Организовать отдых в санаториях в отпускной и промежуточный период
			8.3. Увеличить зарплату
			8.4. Сократить время работы
			8.5. Бесплатное лечение
			8.6. Другое (впишите свой вариант):
9	Вы выбрали эту работу		9.1. Из-за отсутствия других вариантов
			9.2. По своему осознанному желанию
			9.3. Случайно
			9.4. Семейная традиция
			9.5. Затрудняюсь ответить
10	Каковы наиболее значительные риски Вашей работы		10.1. Клинические риски (ошибки в лечении Вашими подчиненными)
			10.2. Регуляторные и юридические риски (несоответствие требованиям законодательства и нормативных актов, юридические иски со стороны пациентов или их семей и др.)
			10.3. Кадровые риски (нехватка персонала)

			10.4. Риски репутационные (жалобы, негативные отзывы, негативные публикации в СМИ, потеря доверия пациентов)
			10.5. Риски, связанные с изменениями в отрасли (внедрение новых медицинских технологий и методов лечения, изменения в законодательстве и регулировании здравоохранения и др.)
11	Важна ли для Вас возможность творческого и профессионального развития		10.1. Да
			10.2. Нет
			10.3. Затрудняюсь ответить
11.1.	Имеете ли Вы такую возможность		11.1.1. Да
			11.1.2. Нет
			11.1.3. Затрудняюсь ответить
12	Сколько раз Вы проходили обучение/профессиональную переподготовку за время работы		
13	Как Вы оцениваете эффективность профподготовки среднего медицинского персонала, находящегося в Вашем подчинении (по 10-балльной шкале)		
13,1	Как Вы оцениваете эффективность профподготовки врачебного медицинского персонала, находящегося в Вашем подчинении (по 10-балльной шкале)		
14	Приходилось ли Вам участвовать в разработке/внедрении нововведений (инноваций)		13.1. Да
			13.2. Нет
			13.3. Затрудняюсь ответить
15	Приходилось ли Вам использовать внедрять в работу) уникальные (инновационные) технологии/препараты, не имеющие аналогов (или редко применяемые)		14.1. Да
			14.2. Нет
			14.3. Затрудняюсь ответить
16	Произошли ли заметные перемены в качестве и эффективности СМП в результате формирования		15.1. Да
			15.2. Нет
			15.3. Затрудняюсь ответить

	новых организационных форм (конс. центры, выездные бригады и т.д.)		
17	Приведите пример инноваций, внедренных на ССМП за последние 5 лет		
18	Удовлетворены ли Вы. лекарственным и техническим обеспечением выездных бригад		18.1. Да
			18.2. Нет
			18.3. Затрудняюсь ответить
19	Удовлетворены ли Вы количеством и состоянием транспортных спецсредств		19.1. Да
			19.2. Нет
			19.3. Затрудняюсь ответить
20	Удовлетворены ли Вы бытовыми условиями (отдых, питание и т.д.) и социальными условиями в целом		20.1. Да
			20.2. Нет
			20.3. Затрудняюсь ответить
21	Что, по Вашему мнению, можно считать приоритетами инновационного развития (выберите 3 главных)		21.1. Внедрение телемедицинских технологий (Использование видеоконференций и удаленного мониторинга для консультаций и диагностики, интеллектуальные системы диагностики с использованием искусственного интеллекта)
			21.2. Оптимизация логистики и управления (Внедрение современных систем диспетчеризации для оптимизации маршрутов и сокращения времени реагирования, Использование GPS и навигационных систем для точного определения местоположения бригад и оптимизации маршрутов, Внедрение автоматизированных систем для обработки вызовов, управления ресурсами и отчетности)
			21.3. Обучение и развитие персонала (Тренинги и курсы повышения квалификации для медицинского персонала с использованием симуляторов и виртуальной реальности для тренировки навыков в условиях, максимально приближенных к реальным).

			21.4. Улучшение коммуникации и координации (Координация с полицией, пожарной службой и другими экстренными службами для более эффективного реагирования на чрезвычайные ситуации)
			21.5. Обратная связь от пациентов (Внедрение систем для сбора и анализа отзывов пациентов с целью улучшения качества услуг.
			21.6. Обеспечение безопасности и качества (Внедрение систем автоматизированного контроля качества медицинских услуг и процессов на основе искусственного интеллекта)
22	Считаете ли Вы, что зарегламентированность снимает интерес к работе		22.1. Да
			22.2. Нет
			22.3. Затрудняюсь
23	Сообщите Ваш пол		23.1. М
			23.2. Ж
24	Сообщите Ваш возраст		

Благодарим Вас за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Акты о внедрении результатов исследования



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

127006, Москва, Оружейный переулок, дом 43, стр. 1
 Телефон: (499) 251-83-00, факс: (499) 251-44-27
 www.mosgorzdrav.ru, e-mail: zdrav@mos.ru

23.07.2025 № 34-ИИ-6290/25

СПРАВКА

на № _____ от _____

о внедрении результатов диссертационного исследования
 Введенского Георгия Алексеевича
 на тему: «Совершенствование управления службой скорой медицинской
 помощи в мегаполисе»

Результаты, полученные Введенским Георгием Алексеевичем в рамках выполнения диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза использованы в работе ГБУ ССиНМП им. А.С. Пучкова города Москвы при проведении мероприятий по оптимизации процесса распределения пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской эвакуации, с учетом профиля патологии, наличия вспомогательных профилей и мощности принимающего стационара, а также дополнительных факторов (техногенных ситуаций, проведение карантинных мероприятий, и др.)

Был разработан и внедрен в ежедневную практику работы ССиНМП им. А.С. Пучкова модуль «Контроль потока пациентов» в комплексной автоматизированной системе управления.

По результату использования модуля «Контроль потока пациентов» в 2024 году доставка пациентов в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, в соответствии установленным плановым объемам по основным контролируемым профилям (реанимация, хирургия, кардиология, неврология, травматология, урология, терапия, оториноларингология, офтальмология, нефрология) составило – 95,4%, что способствует повышению качества и оперативности оказания медицинской помощи в условиях мегаполиса.

Внедрение данного модуля значительно повысило оперативность и качество управления потоками пациентов в условиях мегаполиса. Результаты подтверждают эффективность разработанного решения и открывают перспективы их дальнейшего развития и масштабирования.

Заместитель руководителя Департамента
 здравоохранения города Москвы



К.А. Покровский

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»
(ГБУЗ МО «МОССМП»)
143400, Московская область, г. Красногорск,
ул. Зиньевский, д.3, тел.: 8(498) 662-23-13,
e-mail: mail@mo03.ru, <https://mo03.ru/>
ОКПО 23258755, ОГРН 1175024034657,
ИНН/КПП 5024181820/502401001

21.04.2025 № 4155

№ _____ от _____

**Справка о внедрении результатов диссертационного исследования
Введенского Георгия Алексеевича
на тему: «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ»**

Результаты, полученные Введенским Георгием Алексеевичем в рамках выполнения диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук использованы ГБУЗ Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи».

На основании анкетирования, проведенного в ходе диссертационного исследования выявлена необходимость в проведении обучения выездного медицинского персонала (врачи и фельдшера) по наиболее востребованным направлениям: практическое обучение пользованию аппаратурой и техникой, симуляционное обучение, обучение методам оказания экстренной помощи, а также по юридическим и правовым аспектам оказания СМП. Предложенные как наиболее необходимые направления обучения реализованы в обучающих программах и тренингах ГБУЗ Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи».

Обучение персонала актуальным и востребованным направлениям способствует росту их профессиональной заинтересованности, что, в свою

очередь, непосредственно отражается на повышении качества оказания скорой медицинской помощи

Главный врач
ГБУЗ МО «МОССМП»



К.В. Маслов

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Владимирской области
«Станция скорой медицинской помощи
г. Владимира»
600005, г. Владимир, ул. А. Матросова, 28 А
Для писем: 600025, а/я 19
тел/факс: 44-71-89.
e-mail: root@ssmp.elcom.ru
ОКПО 10496775, ОГРН 1033302010917
ИНН/КПП 3302009380/332801001
21.04.2025 № 07-06-820
на № _____ от _____

Справка
о внедрении результатов диссертационного исследования
Введенского Георгия Алексеевича

на тему: «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ»

Результаты, полученные Введенским Георгием Алексеевичем в рамках выполнения диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, были взяты для использования ГБУЗ Владимирской области «Станция скорой медицинской помощи г. Владимира».

Опыты работы Скорой помощи города Москвы был использован в организации деятельности ГБУЗ Владимирской области «Станция скорой медицинской помощи г. Владимира»: инновационный подход к организации процессов приема вызовов, сортировки пациентов и управления бригадами скорой медицинской помощи в экстренных ситуациях, по аналогии работы центра критических состояний г. Москвы.

Эти подходы позволяют повысить оперативность реагирования, эффективность распределения ресурсов и качество оказания экстренной медицинской помощи, обеспечивая своевременное и целенаправленное обслуживание населения в условиях повышенной нагрузки и чрезвычайных ситуаций.

Главный врач
ГБУЗ ВО «Станция скорой
медицинской помощи
г. Владимира»



Жуков Г.П.



Региональная общественная организация
Профессиональный союз
работников здравоохранения
г. Москвы



Местная общественная организация
Первичная профсоюзная организация работников государственного учреждения
Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения г. Москвы»

Россия, 129010, г. Москва, 1-й Коптевский переулок, дом 3

Тел. (495) 620-40-43, Факс (495) 620-40-48

Справка о внедрении результатов диссертационного исследования
Введенского Георгия Алексеевича
на тему «Совершенствование управления службой скорой медицинской
помощи в мегаполисе»

Первичная профсоюзная организация работников ССиНМП им. А.С. Пучкова (далее – ППО ССиНМП им. А.С. Пучкова) выступает важным звеном в диалоге с работодателем, выполняя задачу защиты прав и интересов работников, а также способствуя созданию условий для их профессионального роста и социальной стабильности.

В рамках социального партнерства, ППО ССиНМП им. А.С. Пучкова в период с 2023 по 2025 годы совместно с администрацией ССиНМП им. А.С. Пучкова систематически реализует комплекс мероприятий, направленных на повышение уровня удовлетворенности сотрудников, а также на решение их социальных потребностей и запросов. Эти инициативы служат важным инструментом укрепления корпоративного духа, создания комфортных условий труда и поддержки профессионального и личностного развития работников службы.

В рамках совместной работы:

- организуются мероприятия по обеспечению комфортных условий на подстанциях и в медицинских отделах, создавая зоны отдыха и кабинеты для релаксации;
- реализуются программы санаторно-курортного отдыха;
- проводятся тимбилдинговые мероприятия — концерты, выездные экскурсии и культурные мероприятия;
- оказывается материальная и юридическая помощь работникам, получившим производственные травмы, в том числе вследствие агрессивных действий со стороны пациентов и окружающих лиц;
- осуществляется обеспечение сотрудников современной форменной одеждой;
- устанавливаются компенсационные и стимулирующие выплаты за работу в условиях выездных бригад, работы старшим по бригаде, работы в ночное время и при работе в бригадах с неполным составом;

- рассматривается возможность введения системы страхования профессиональных рисков выездных работников.

В рамках работы с руководством ССиНМП им. А.С. Пучкова, ППО ССиНМП им. А.С. Пучкова активно участвует в обсуждении и внедрении мер по улучшению условий труда, повышению мотивации и социальной защищенности работников, укреплению здоровья и морального настроя сотрудников, укреплению межличностных связей внутри коллектива.

Такой совместный подход позволяет не только решать текущие социальные вопросы, но и формировать устойчивую медицинскую организацию, способную эффективно выполнять свои задачи в сфере экстренной медицинской помощи.

Заместитель председателя
ППО ССиНМП им. А.С. Пучкова



М.И. Богатырева

Министерство здравоохранения
Ставропольского края

Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Ставропольского края
«Ставропольская краевая клиническая
станция скорой медицинской помощи»
(ГБУЗ СК «СККССМП»)

Артема ул., д.35, г. Ставрополь, 355002
Тел.(8652) 24-56-86 / факс. (8652) 24-23-91
e-mail:stavropol@ssmp26.ru; сайт: www.ssmp26.ru
ОКПО 05378737; ОГРН 1022601992291;
ИНН/КПП 2633002827/263401001
22.07.25 № *2037*
На № _____ от _____

Справка

о внедрении результатов диссертационного исследования Введенского
Георгия Алексеевича на тему: «Совершенствование управления службой
скорой медицинской помощи в мегаполисе»

ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая
станция скорой медицинской помощи» города Ставрополя
(далее – ГБУЗ СК «СККССМП»)

Инновационный опыт работы ССиНМП им. А.С. Пучкова города Москвы
был использован при модернизации подходов к эффективному управлению
в ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая стан-
ция скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

Дополнительно к этому, в рамках диссертационного исследования, прове-
денного с помощью анкетирования Введенским Г.А. установлено востребован-
ность у сотрудников выездных бригад и руководителей создания комфортных
условий труда, как компенсации негативных факторов влияния, что является
важным элементом мотивации и стимулом к более эффективной работе. Сделан-
ный вывод нашел отражение в дорожной карте скорой помощи г. Ставрополь по
вопросам оптимизации мотивационных механизмов и условий труда.

Внедрение таких условий способствует повышению профессиональной
удовлетворенности, укреплению командного духа и, как следствие, улучшению
качества обслуживания пациентов.

Главный врач



А.В. Фарсиянц

Свидетельство

О государственной регистрации программы для ЭВМ № 2024616731
»Первые кто рядом«

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2024616731

Первые кто рядом

Правообладатель: *Государственное бюджетное учреждение
города Москвы "Станция скорой и неотложной
медицинской помощи им. А.С. Пучкова" Департамента
здравоохранения города Москвы (RU)*

Авторы: *Плавунов Николай Филиппович (RU), Введенский
Георгий Алексеевич (RU), Гафаров Давид Юрьевич (RU)*

Заявка № **2024615216**

Дата поступления **15 марта 2024 г.**

Дата государственной регистрации

в Реестре программ для ЭВМ **25 марта 2024 г.**



*Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности*

Ю.С. Зубов

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Предложения по совершенствованию нормативно-правовых документов, регулирующих деятельность скорой медицинской помощи

Приказ (есть в настоящее время) Минздрава России от 20.06.2013 N 388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.08.2013 N 29422)		Проект (обсуждается) Приказа Минздрава России «Об утверждении Положения об организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»)	Суть предложения	Комментарии
1		2	3	4
Приложение № 1, «Правила осуществления медицинской эвакуации при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»	нет	Приложение 1 п. 2: Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи в медицинские организации при наличии медицинских показаний. Медицинская эвакуация пациентов может осуществляться последовательно несколькими выездными бригадами скорой медицинской помощи, в том числе осуществляющими свою деятельность с использованием различных видов транспортных средств.	Приложение 1 п. 2 к Положению дополнить абзацем: при желании самостоятельно обратиться в стационарное медицинское учреждение, пациенту предоставляется информация (наименование и адрес) медицинской организации, обеспечивающую возможность оказания необходимой медицинской помощи по профилю заболевания.	В случае обращения пациента в оперативный отдел за справочной информацией касательно профилей медицинской организации при его желании самостоятельно обратиться в медицинскую организацию стационарного или амбулаторного типа.

1	2	3	4	5
Приложение № 2, «Правила организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи»	нет	Приложение 2 п. 6 к Положению: Общепрофильные выездные бригады скорой медицинской помощи формируются исходя из следующих нормативов: при радиусе территории обслуживания до 20 км - не менее 1 бригады на 10 тыс. человек обслуживаемого взрослого населения и не менее 1 бригады на 10 тыс. человек обслуживаемого детского населения; при радиусе территории обслуживания от 20 до 30 км - не менее 1 бригады на 9 тыс. человек обслуживаемого взрослого населения и не менее 1 бригады на 9 тыс. человек обслуживаемого детского населения; при радиусе территории обслуживания от 30 до 40 км - не менее 1 бригады на 8 тыс. человек обслуживаемого взрослого населения и не менее 1 бригады на 8 тыс. человек обслуживаемого детского населения; при радиусе территории обслуживания от 40 до 50 км - не менее 1 бригады на 7 тыс. человек обслуживаемого взрослого населения и не менее 1 бригады на 7 тыс. человек обслуживаемого детского населения; при радиусе территории обслуживания свыше 50 км - не менее 1 бригады на 6 тыс. человек обслуживаемого взрослого населения и не менее 1 бригады на 6 тыс. человек обслуживаемого детского населения.	Вариант 1: сформировать отдельное приложение с таблицей «Рекомендованное количество выездных бригад скорой медицинской помощи» (прилагается); Вариант 2: Приложение 2 п. 6 к Положению изложить в следующей редакции: «При определении необходимого количества выездных бригад СМП могут применяться следующие расчетные данные с учетом особенностей региона.» далее по тексту.	Наличие отдельного приложения позволит оценивать в рекомендательной форме потребность в бригадах скорой медицинской помощи на территории обслуживания региона. Прямая привязка количества бригад СМП к численности населения, особенно с высокой плотностью населения стимулирует экстенсивный вариант развития службы скорой медицинской помощи без учета оценки эффективности и оптимальной маршрутизации в регионе. В условиях дефицита кадровых ресурсов увеличение количества бригад приведет к невозможности выполнения «нормативного» решения. Рост финансовых затрат на скорую медицинскую помощь по данным нормативам.

1	2	3	4	5
Приложение № 2, «Правила организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи»		Приложение 2 п. 6 (абзац 2) к Положению: Специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи формируются исходя из норматива 1 бригада на 100 тыс. человек обслуживаемого населения.	Вариант 1: сформировать отдельное приложение с таблицей «Рекомендованное количество выездных бригад скорой медицинской помощи» (прилагается); Вариант 2: Приложение 2 п. 6 к Положению изложить в следующей редакции: «При определении необходимого количества выездных бригад СМП могут применяться следующие расчетные данные с учетом особенностей региона.» далее по тексту.	Наличие отдельного приложения позволит оценивать в рекомендательной форме потребность в специализированных выездных бригадах скорой медицинской помощи на территории обслуживания региона. В условиях дефицита кадровых ресурсов увеличение количества бригад приведет к невозможности выполнения «нормативного» решения. Рост финансовых затрат на скорую медицинскую помощь по данным нормативам.

1	2	3	4	5
Приложение № 2, «Правила организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи»	п. 6 Время доезда до пациента выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова.	Приложение 2 п. 7 к Положению: Время доезда до пациента выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента приема вызова скорой медицинской помощи. Время доезда до пациента выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в неотложной форме не должно превышать 120 минут с момента приема вызова скорой медицинской помощи.	Приложение 2 п.7 к Положению дополнить абзацем: Время доезда до пациента выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в неотложной форме может обоснованно превышать 120 минут при наличии: массовых катастроф и ЧС; подъёма заболеваемости в период эпидемии; сезонного подъёма простудных заболеваний; поступления экстренных вызовов при отсутствии свободных бригад СМП.	В действующей редакции риск применения санкций со стороны страховых компаний и надзорных органов, а также судебных претензий. Руководствуясь Федеральным законом от 21.12.1994 № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», возможно предусмотреть время доезда до пациента в неотложной форме при работе в режиме повседневной деятельности не более 120 минут с момента вызова. В предлагаемом проекте приказа имеется несоответствии требованию прибытия на неотложный вызов в течение 120 мин с п.14 «Для выполнения вызова скорой медицинской помощи, предполагающего необходимость оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме, незамедлительно

1	2	3	4	5
				направляется ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи при отсутствии необходимости выполнения в данный момент вызова скорой медицинской помощи, предполагающего необходимость оказания скорой медицинской помощи в экстренной форме».

1	2	3	4	5
Приложение № 7 Рекомендуемые штатные нормативы оперативного отдела станции скорой медицинской помощи, центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф	Медицинский регистратор: 1 при численности вызовов скорой медицинской помощи свыше 25 тыс. в год для обеспечения работы справочной (кабинета стола справок).	Приложение 7 п. 9 к Положению Медицинский регистратор: 1 при численности вызовов скорой медицинской помощи свыше 25 тыс. в год для обеспечения работы справочной (кабинета стола справок).	Приложение 7 п. 9 к Положению изложить в следующей редакции: Медицинский регистратор: Не менее 5,25 на каждые 25 тыс. вызовов скорой медицинской помощи в год для работы; - в диспетчерской по приему вызовов (при наличии автоматизированного алгоритма опроса вызывающего, утвержденного органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья; - для обеспечения работы справочной (кабинета стола справок).	Указанное предложение повысит возможность медицинских организаций к устранению дефицита кадров, работающих в диспетчерских по приему и передаче вызовов, тем самым обеспечит бесперебойную работу по приему и обработке вызовов поступающих на скорую помощь, что особенно может быть актуально при сложной эпидемической ситуации. Кроме того, данное предложение при поэтапной алгоритмизации сортировки поступающих обращений позволит не отвлекать от работы на выездных бригадах СМП средний медицинский персонал, высвободит фельдшерский персонал в настоящее время занятый в диспетчерских для их привлечения к работе на выездных бригадах сократив дефицит кадров выездной службы, что особенно актуально для централизованных диспетчерских, что уже реализовано более чем в половине регионов РФ.

1	2	3	4	5
нет	Нет	В случае невозможности перемещения пациента, не способного к самостоятельному передвижению, силами выездной бригады скорой медицинской помощи, в том числе с места его нахождения до автомобиля скорой медицинской помощи, медицинский работник данной бригады, назначенный старшим, незамедлительно сообщает об этом старшему врачу станции (отделения) скорой медицинской помощи оперативного отдела станции скорой медицинской помощи (центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф), который организует направление дополнительных сил и средств в помощь выездной бригаде скорой медицинской помощи для перемещения указанного пациента.	Приложение № 1, «Правила осуществления медицинской эвакуации при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»: В случае невозможности перемещения пациента, не способного к самостоятельному передвижению, силами выездной бригады скорой медицинской помощи, а также при невозможности привлечения окружающих лиц для перемещения указанного пациента, в том числе с места его нахождения до автомобиля скорой медицинской помощи, медицинский работник данной бригады, назначенный старшим, незамедлительно сообщает об этом старшему врачу станции (отделения) скорой медицинской помощи оперативного отдела станции скорой медицинской помощи (центра скорой медицинской помощи и медицины	При необходимости незамедлительного реагирования, срочного перемещения маломобильного пациента отсутствует время на ожидание приезда дополнительных сил и средств. К примеру, ожидание приезда служб МЧС составляет в среднем 40-60 минут, что при необходимости экстренного оказания медицинской помощи приведет неминуемым рискам и удлинению времени оказания медицинской помощи. Предлагается разрешить и узаконить возможность привлечения окружающих лиц для транспортировки пациента до автомобиля скорой медицинской помощи. Схожее правовое регулирование вопроса предусмотрено пунктом 2.6 Правил дорожного движения, в соответствии с

1	2	3	4	5
			катастроф), который организует направление дополнительных сил и средств в помощь выездной бригаде скорой медицинской помощи для перемещения указанного пациента.	которым водитель, причастный к дорожно-транспортному происшествию, в экстренных ситуациях обязан отправить пострадавших на попутном транспорте.