

СПБ НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе

МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ
УСЛОВИЯХ

Алимов Р.Р.

Санкт-Петербург, 2014

Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года:

→ Повышение эффективности системы организации медицинской помощи

→ Совершенствование службы СМП и стационарной помощи

→ Интенсификация работы коечного фонда.




Ожидаемый результат:

- снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения, от несчастных случаев, отравлений и травм,
- увеличение оборота и занятости койки, снижение среднего койко-дня.

Интенсификация работы коечного фонда с сохранением качества медицинской помощи возможна за счет:

- создания условий для обоснованного отбора на госпитализацию в специализированные отделения стационаров
- увеличения объема амбулаторной помощи пациентам, которым не показана госпитализация в специализированные отделения

Рост нагрузки на госпитальный этап СМП:

- ежегодный рост заболеваемости населения на 8,7% с 730,5 на 1000 человек в 2000 г. до 793,9 в 2012 г. 
- перепрофилирование и сокращение коечного фонда (в РФ на 20,3 % с 1671,6 тыс. в 2000 г. до 1332,3 тыс. в 2012 г.) 
- ежегодный рост госпитализации больных в стационары СМП: в СпбНИИ СП им.И.И. Джанелидзе рост на 37,7% с 44 749 обр. в 2003 г. до 61 605 обр. в 2012 г. 
- ужесточение требований к полноте и срокам оказания СМП - стандартизация медицинской помощи

Исследованы материалы:

- Исследованы более 40 информационных источников, отобранных по запросам в базах Medline (дата поиска: 15 января 2014 г.) и журнала Emergency Medicine Journal, «Скорая медицинская помощь», материалы монографий, собственные данные.

Типы моделей госпитального этапа СМП

- **организационные модели:** франко-германская, англо-американская, смешанная.
- **по типу сортировки:**
 - способ медицинской сортировки: 1) описательный, 2) бальная оценка состояния тяжести, 3) системы сортировочных алгоритмов.
 - по числу выделяемых уровней срочности оказания помощи: 3-х, 4-х, 5-ти уровневые.
- **по архитектурному решению:** 1) павильонный, 2) централизованный, 3) смешанный.

Отечественные модели в зависимости от мощности лечебно-диагностической помощи: приемное отделение (ЦРБ), приемно-диагностическое отделение (БСМП), приемно-диагностическое отделение с операционной и ОРИТ (ТРАВМОЦЕНТР), приемно-диагностическое отделение с диагностическими койками, операционной и ОРИТ (МНИИ СП), стационарное отделение СМП (отделение экстренной медицинской помощи)(СПбНИИ СП)

Концептуальные организационные модели:

с 1970-х годов две модели оказания СМП

- франко-германская (большинство стран Европы)
- англо-американская (Великобритания, США, Канада)
- смешанные модели (Южная Африка, Таиланд).

Особенности моделей – особенности условий формирования моделей:

- историческим развитием концепции организации помощи в регионе
- особенности финансирования здравоохранения
- особенности ресурсного обеспечения

Схема функциональных блоков Accident & emergency department

Палаты наблюдения и краткосрочного пребывания

Лечебный блок

Специализированные отделения (палаты, операционные, реанимация)

ЛЕЧЕБНЫЙ БЛОК

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ БЛОК

1-Красная зона (операционно-реанимационный блок)

2-Оранжевая зона (ПИТ)

Блок помещений персонала Учебные помещения

3-Желтая зона

4- Зеленая зона

ПАЦИЕНТ, ПАЦИЕНТ, ПАЦИЕНТ, ПАЦИЕНТ, ПАЦИЕНТ, ПАЦИЕНТ, ПАЦИЕНТ

Франко-германская модель

- широко применяется в Европе (Германия, Франция, Греция, Мальта и Австрия)
- базовый принцип организации СМП в регионе - принцип «остановись и лечи»
- в составе выездной реанимационной бригады СМП работает опытный врач
- при госпитализации пациент передается профильному врачу ОЭМП – супраспециалисту по ЭМП, профильному врачу, обученному по вопросам экстренной медицины
- окончательная сортировка выполняется в палатах специализированных отделений
- считается, что при состоянии пациента не угрожающем его жизни, более целесообразно направить его к профильному врачу, при тяжелом состоянии, травмах и угрожающих жизни заболеваниях - к врачу экстренной медицинской помощи – врачу реаниматологу
- экстренная медицина в этих странах - это сравнительно молодая область общественного здравоохранения

Англо-американская модель

- широко распространена в странах Северной Америки, Великобритания
- базовый принцип организации СМП - принцип «бери и вези»
- в составе бригады СМП нет врача, используется персонал бригаад СМП, также полиции, пожарной охраны
- основная цель данной модели - быстрая доставка больного в стационар с минимальным набором услуг на догоспитальном этапе
- минимальная помощь как диагностическая, в связи с отсутствием врача, так и лечебная требует широкого диагностического комплекса на госпитальном этапе СМП
- все больные доставляются в отделения неотложной помощи, а не в больничные палаты.
- наибольшее научное и педагогическое развитие СМП получила в англо-американской модели
- Наибольшее количество работ, посвященных оказанию СМП в стационарных условиях, оптимизации организации работы отделений экстренной помощи

Англо-американская модель

Определенный способ мышления врача СМП:

- Одновременное лечение нескольких синдромов пациента.
- Принятие тактических решений, основанных на ограниченной информации.
- Нацеленность на исключение жизнеугрожающих заболеваний.
- В сложных, мультидисциплинарных случаях нужен врач широкого профиля для определения приоритетного диагноза, определяющего состояние пациента: состояниях токсикологического, психиатрического профилей, сочетанных и множественных травмах.

При несистемном подходе к пациенту с политравмой можно столкнуться с ситуацией, когда при поступлении пациента в ОЭМП без сознания с множественными повреждениями, травматолог автоматически начинает лечить скелетную травму, хирург - повреждения груди и живота, а в результате больной погибает от дыхательной недостаточности, вызванной тяжелой черепно-мозговой травмой.

Англо-американская модель

Первый несколько часов оказания экстренной помощи врачом СМП равны (или лучше) помощи профильного врача



Преимущества англо-американской модели

- *Увеличение эффективности* врачей и персонала СМП: один медработник обслуживает несколько пациентов в единицу времени
- *Высвобождение узких специалистов* для оказания более специализированной помощи уже отобранным группам пациентов
- *Уменьшение количества необоснованных госпитализаций:*
 - средний процент госпитализаций от общего потока в ED составил 13 - 20% (США, Эстония)
- Врачи экстренной мед. помощи получают фактически *идентичную подготовку в масштабе страны:*
 - уравнивание качества данного вида помощи в различных регионах, в том числе регионах отличных по социально-экономическим факторам
 - врач СМП способен работать в ED любого типа (крупный центр, рядовой госпиталь, отдельно стоящий ED)

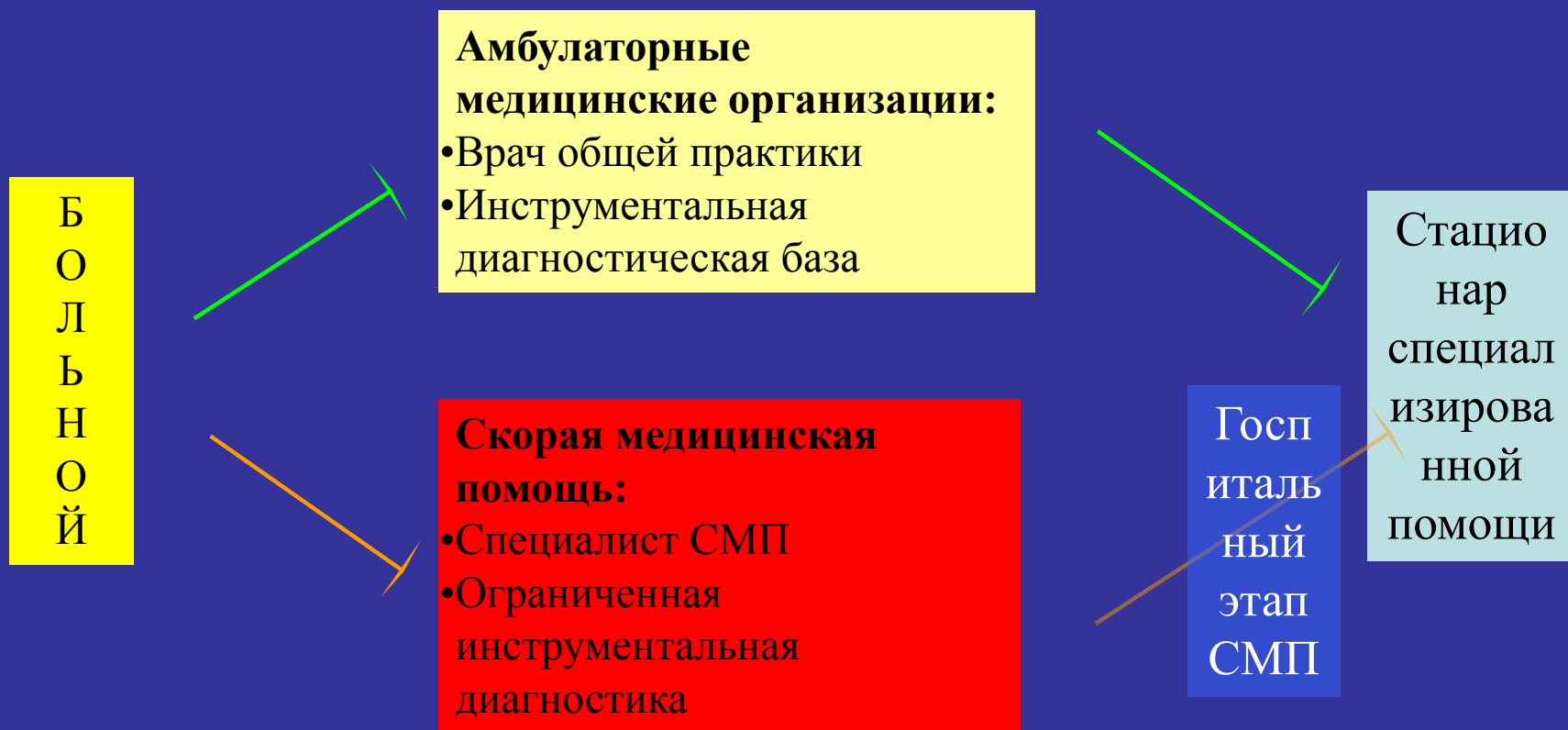
Исследователи о сравнении эффективности двух моделей

- сравнительный анализ двух моделей мало информативен, так как системы оказывают помощь разным потокам больных и с различными типами требований
- эффективность ОЭМП выше там, где работает команда хорошо обученных и мотивированных специалистов.
- специалисты англо-американской модели считают, что их система более эффективна, так как сроки оказания окончательной СМП более короткие, в то время как европейцы утверждают, что в их системе пациенты получают быстрее полную (специализированную) помощь.
- есть мнение, что в условиях ограниченности финансовых ресурсов англо-американская модель предпочтительнее
- в странах, использующих англо-американскую модель, специальность СМП развита на более высоком уровне и признана как отдельная медицинская специальность

Сравнительный анализ эффективности региональных систем здравоохранения

- Региональные системы здравоохранения с развитой сетью первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) имеют меньшие затраты и аналогичные или более лучшие медицинские показатели.
- В системах здравоохранения, ориентированных на специализированные виды помощи, более выражены различия в доступности медицинской помощи для разных слоев (классов) населения.
- Наличие достаточного количества врачей ПМСП положительно влияет на состояние здоровья населения, в том числе
 - общую смертность, смертность при онкологических и кардиологических заболеваниях, неонатальную смертность и ожидаемую продолжительность жизни.
- В странах Европы (Германия) увеличивается число приемных отделений, где лечащим врачом является врач по специальности СМП → врач СМП на госпитальном этапе СМП первично способен удовлетворительно заменить ряд врачей-специалистов при том же использовании рабочего времени (возможно, основным мотивом данного процесса в условиях борьбы за повышение экономической эффективности здравоохранения, является сокращение издержек при оказании помощи больным в экстренной и неотложной форме СМП).

СХЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАРУБЕЖНЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ПМСП -
глобальный
«диспетчер»

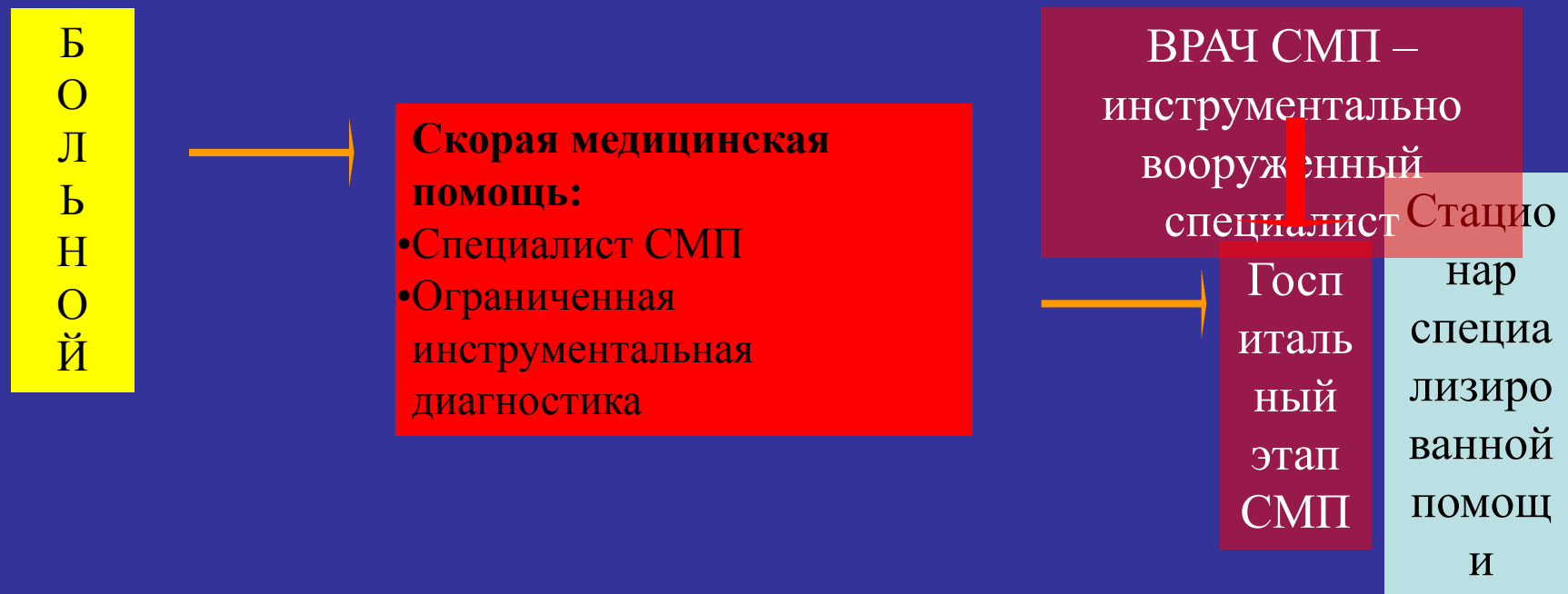
Сокращает число
необоснованных обращений к
врачу-специалисту, в т.ч.
СТАЦИОНАРА
(наиболее дорогостоящего ресурса з.о.)

Меньшие
финансовые затраты
системы з.о.

более высокие показатели здоровья
населения
более высокий уровень медицинской
удовлетворенности населения

- В Норвегии, где приоритет отдаётся ПМСП, при сходных социальных факторах, условиях окружающей среды, одинаковых демографических показателях (общей и детской смертности, ожидаемой продолжительности жизни при рождении) расходы системы здравоохранения на душу населения в ниже, чем в Швеции.
- Аналогично сравнение США с менее развитой ПМСП и Великобритания, Франция, Япония, Италия.

ПЕРЕНОС ОПЫТА ПМСП НА ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП СМП



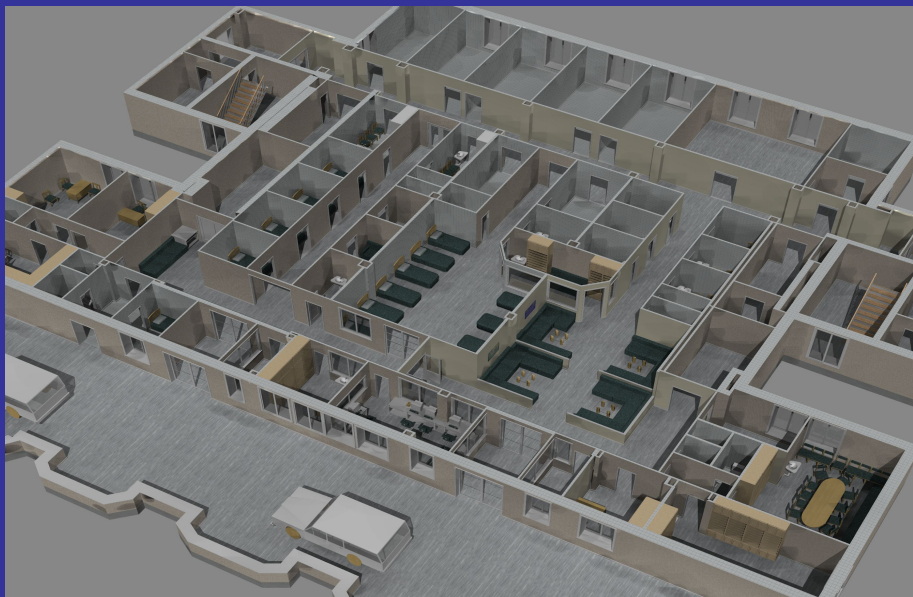
↓ число необоснованных обращений к врачу-специалисту СТАЦИОНАРА

↓ финансовых затраты системы здравоохранения

более высокие показатели здоровья населения

более высокий уровень медицинской удовлетворенности населения

Решение задач Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года



Отечественный опыт: стационарное отделение СМП (ОЭМП)

- относится к смешанной модели госпитального этапа СМП
- представлена в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им.И.И. Джанелидзе, Республиканской клинической больнице, больница СМП г. Набережные Челны Республики Татарстан
- организована на основе Порядка оказания СМП
- данная модель включает все положительные составляющие подтипа второй модели с «приемно-диагностическим отделением, операционной и ОРИТ», но дополненное более совершенными методами распределения больных по срочности оказания СМП
- дополнительно выделяются больные средней степени тяжести, легкой степени тяжести

Опыт работы ОЭМП СПб НИИ СП им.И.И.Джанелидзе

- рост пропускной способности стационара на 9% с 56 тыс. в 2009 до 61 тыс. в 2012 г.;
- рост доли амбулаторных больных, не потребовавших госпитализации в стационар с 23% в 2009 г. до 45% в 2012 г.;
- снижение доли краткосрочных больных на хирургических отделениях с 41% до 15%;
- рост интенсивности оказания медицинских услуг в стационаре.

Спасибо за внимание!