

Каримов Ж.М., Кочкоров М.

**ЖОЛ-ТРАНСПОРТ КЫРСЫКТАРЫНАН ЖАБЫР ТАРТКАНДАРДЫН
МЕДИЦИНАЛЫК КАМСЫЗДОО СИСТЕМАСЫНЫН ЭКСПЕРТТИК
НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ**

Каримов Ж.М., Кочкоров М.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ
ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ**

Zh.M. Karimov, M. Kochkorov

**THE RESULTS OF THE EXPERT EVALUATION
OF THE EFFECTIVENESS OF THE SYSTEM OF MEDICAL SUPPORT
OF VICTIMS OF ROAD ACCIDENTS**

УДК: 614.86/614.2-88+616

Макалада медициналык камсыздандыруу системасы, анын натыйжалуулугу, ошондой эле жол-транспорт кырсыктары учурунда медициналык камсыздандыруунун эксперттик баалоосу каралган.

Негизги сөздөр: экспертиза, натыйжалуулук, жол-транспорт кырсыктары, баалоо, көрсөтмөлөр, медициналык кызматкерлер, укуктук коргоодо болуу.

В статье рассматривается система медицинского страхования, ее эффективность, а также экспертная оценка медицинского страхования при дорожно-транспортных происшествиях.

Ключевые слова: экспертиза, эффективность, дорожно-транспортные происшествия, оценка, показатели, медицинская работники, правовая защищенность.

The article discusses the health insurance system, its effectiveness, and expert evaluation of health insurance in road traffic accidents.

Key words: expertise, efficiency, traffic accident, evaluation, performance, health workers, legal protection.

Экспертами заполнялись индивидуальные «Карты экспертной оценки эффективности экстренной медицинской помощи пострадавших в ДТП» с использованием специальной балльной шкалы.

Таблица 1.

Оценка показателей медицинского обеспечения пострадавших в ДТП на до госпитальном периоде (в баллах)

№ п/п	Показатель	Максимальное значение показателя	Фактическое количество	
			2008 год	2012 год
1.	Время от регистрации вызова до выезда бригады СМП	8	6,2	7,8
2.	Время от регистрации вызова до прибытия бригады СМП на место ДТП	10	8,2	9,4
3.	Время оказания медицинской помощи на месте ДТП	8	6,5	6,4
4.	Время обслуживания вызова	10	8,2	9,5
5.	Качество формулирования диагноза	6	3,9	3,8

6.	Качество выполненных лечебно-диагностических и эвакуационных мероприятий	10	8,1	9,3
7.	Соответствие диагнозов СМП и ОЗ	10	8,0	9,4
8.	Соответствие оценки тяжести состояния пострадавшего СМП и ОЗ	8	6,8	6,7
Итоговая оценка		70	55,9	62,3

лечения (64,7 и 66,7%, соответственно). Время пребывания в приемном отделении до 1 часа в указанные годы составило 56,0 и 54,2%.

В сельской местности для оказания экстренной медицинской помощи выезжают фельдшерские бригады, оказывающие первую доврачебную медицинскую помощь. Пострадавших с тяжелыми травмами и отравлениями машины скорой медицинской помощи доставляют в ближайшие лечебные организации. При значительной удаленности от областного центра в сельской местности возникают трудности по оказанию квалифицированной экстренной помощи.

При осуществлении догоспитального и стационарного лечения пострадавших от травматизма существует ряд проблем:

- текучесть и недостаток кадров в службе оказания экстренной медицинской помощи, из-за низкой заработной платы и высокой напряженности и тяжести труда;

- низкая техническая оснащенность, изношенность и недостаток машин скорой медицинской помощи, а также специализированных станций по их техническому обслуживанию;

- выдача в ограниченном количестве горюче-смазочных материалов для машин скорой медицинской помощи;

- недостаточная правовая защищенность медицинского персонала при оказании экстренной медицинской помощи населению (причинение физического или психического вреда медицинским работникам);

- недостаток необходимых медикаментов, инструментария и оборудования, а также современных экспресс - аналитических приборов и тест-систем;

Таблица 3.

Критерии оценки эффективности медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях

№ п/п	Общее количество баллов	Число пострадавших от общего числа наблюдений, (%)	Оценка эффективности системы медицинского обеспечения
1.	111-120	80-100%	Высокоэффективная: - оптимальные на современном уровне значения исследуемых показателей, соответствующие экстремному реагированию на ДТП и установленному стандартам качеству медицинской помощи.
2.	91-110	не менее 80%	Эффективная: - нормативные значения временных показателей и установленное стандартами качество медицинской помощи.
3.	70-90	не более 30% (при условии: количество наблюдений с баллом ниже 70 не превышает 5,0%)	Недостаточно эффективная: - допустимые отклонения от нормативных показателей и стандартов (не более, чем на 15-20%)
4.	70 и ниже	более 30%	Неэффективная: - значительные отклонения от нормативных показателей и стандартов.

Следует отметить, что наряду с вышеуказанным, также влияют природные особенности местности, затрудняющие оказание своевременной экстренной медицинской помощи ввиду удаленности и труднодоступности точек вызовов населенных пунктов.

Средняя балльная оценка медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях на до госпитальном периоде (табл. 1) в 2008 году равнялась 55,9 баллам, что составило 79,8% от максимальной величины - 70 баллов; в 2012 году балльная оценка составила 62,3 балла или 89,0%. В абсолютных величинах суммарная балльная оценка в 2012 году оказалась выше, чем в 2008 году, на 6,4 балла. Средняя балльная оценка на госпитальном периоде составила 41,4 в 2008 году и 44,6 в 2012 году, что составило 82,8% и 89,2%, соответственно от максимальной оценки – 50 баллов (табл. 2). Балльная оценка в 2012 году увеличилась на 3,2 балла.

Таблица 2.

Обеспечения пострадавших в ДТП в госпитальном периоде (в баллах)

№ п/п	Показатель	Максимальное значение показателя	Фактическое количество	
			2007 год	2009 год
1.	Время пребывания пострадавшего в приемном отделении	6	4,9	4,8
2.	Качество формулирования диагноза	10	8,5	9,1
3.	Качество выполнения лечебно-диагностической технологии	10	9,0	9,6
4.	Соответствие сроков лечения стандартам	10	8,3	9,0
5.	Обоснованность отклонений от стандартов в лечебно-диагностической технологии	10	7,2	8,5
6.	Обоснованность отклонений от стандартов по срокам лечения	4	3,5	3,6
Итоговая оценка		50	41,4	44,6

Суммарный показатель баллов, характеризующий медицинское обеспечение в целом, составил 97,3 баллов в 2008 году и 106,9 баллов в 2012 году при максимальном значении – 120 баллов. Балльная оценка показателей медицинского обеспечения в группе пострадавших в ДТП за 2012 год превысила аналогичный показатель 2008 года на 9,6 балла. Для оценки эффективности территориальной системы здравоохранения в части организации оказания медицинской помощи при ДТП нами предложена разноразмерная оценочная модель, основанная на следующих критериях: определенные балльные интервалы, распределение пострадавших по интервалам и соответствующие требования к уровню эффективности медицинского обеспечения пострадавших в ДТП (табл. 3).

В соответствии с разработанными критериями осуществлена оценка эффективности системы медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в 2008 и 2012 годах:

2008 год: количество баллов в пределах 91-110 имело место в 79,1% наблюдений, что на 0,9% меньше нижней границы, установленной для соответствия экспертной оценке – эффективная система медицинского обеспечения пострадавших в ДТП, но выявленное отклонение минимально.

2012 год: количество баллов в пределах 91-110 зафиксировано в 85,8% наблюдений, что соответствует оценке – эффективная система медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Следует особо подчеркнуть, что по ряду важных показателей в 2009 году отмечено их соответствие оптимальным значениям, характеризующим высокоэффективную систему экстренного медицинского обеспечения. Так, до 111-120 баллов оценены: выезд бригад СМП на вызов в течение первых 3-х минут – почти 40% наблюдений, прибытие бригад на место ДТП в течение 10 минут – более 20,0% случаев, полное обслуживание вызова от момента регистрации вызова до доставки пострадавшего в ЛПУ в течение 30 минут – более 12,0% случаев, оказание медицинской помощи в полном соответствии с утвержденными стандартами: на догоспи-

тальном этапе – у 85,0% пострадавших, на стационарном этапе – более чем в 91,0% случаев. Данные, полученные при анализе наблюдений, подтверждаются сведениями проводимого сплошного мониторинга о числе смертельных исходов, которые во многом зависят от своевременности оказания медицинской помощи (табл. 1, 2, 3). Представленные данные свидетельствуют о том, что число пострадавших в ДТП за период с 2008 по 2012 годы растет с 86,5 до 103,5, соответственно на 100 000 населения. Отмечается незначительное снижение погибших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах в 2012 году (19,0 на 100 000 населения) в сравнении с 2008 годом (22,0 на 100 000 населения). Число раненых в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах возрастает в 2012 году (151,7 на 100 000 населения) по сравнению с 2008 годом (112,8 на 100 000 населения). Число раненых по вине водителей транспортных средств увеличивается в 1,3 раза (81,8 в 2008 году и 110,8 на 100 000 населения в 2012 году).

Таблица 4.

Смертельные исходы при дорожно-транспортном травматизме в 2008 и 2012 годах

№ п/п	Исход	Годы			
		2008		2012	
		абс. число	Р	абс. число	Р
1.	Число пострадавших в ДТП	4540	86,5	5803	103,5
2.	Погибло в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах	1138	22,0	1069	19,0
3.	Ранено в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах. Из них: - по вине водителей транспортных средств	5925	112,8	8509	151,7
		4294	81,8	6214	110,8
4.	Смертельные исходы в догоспитальном периоде, в том числе: - погибшие на месте до прибытия бригады СМП - погибшие на месте при бригадах СМП - погибшие во время транспортировки	3417	65,1	3577	63,8
		2354	44,8	2851	50,8
		612	11,8	423	7,5
		451	8,6	303	5,4
5.	Число госпитализированных пострадавших	1123	21,4	2226	39,7
6.	Смертельные исходы на госпитальном периоде	382	7,3	493	8,8

В догоспитальном периоде смертельные исходы незначительно снижаются с 65,1 до 63,8 на 100 000 населения. Из них погибшие на месте до прибытия бригады СМП составили 44,8 и 50,8 на 100 000 населения. Число погибших на месте при бригадах СМП незначительно снижается в 1,5 раза с 11,8 в 2008 году до 7,5 на 100 000 населения 2012 году. Аналогичная ситуация прослеживается по числу погибших во время транспортировки (8,6 и 5,4 на 100 000 населения).

Число госпитализированных пострадавших увеличивается с 21,4 в 2008 году до 39,7 на 100 000 населения в 2012 году. Также смертельные исходы на госпитальном периоде увеличиваются в 2012 году (8,8 на 100 000 населения), по сравнению с 2008 годом (7,3 на 100 000 населения). Исходя из результатов собственных исследований в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях предлагается последовательно осуществлять комплекс мероприятий в следующем порядке:

- текущий мониторинг распространенности дорожно-транспортного травматизма с выявлением наиболее аварийно-опасных районов и магистралей (по дням недели и времени суток);

- интегральная оценка эффективности функционирующей системы здравоохранения в части медицинского обеспечения пострадавших при ДТП (уровни критериальной оценки устанавливаются дифференцированно в зависимости от особенности территории и реальных возможностей здравоохранения);

- выявление наиболее «уязвимых» (слабых) элементов и позиций функционирующей системы с разработкой плана мероприятий по ее совершенствованию (конкретные мероприятия по повышению оперативности и качества медицинской помощи пострадавшим и последующую оценку результативности их внедрения).

Итогом проведенной работы является создание единой территориальной системы оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП, адаптированной к реальным условиям конкретного региона (города) с последующим мониторингом.

Перспективными для дальнейшего повышения эффективности организации оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях являются следующие предложения:

- организация отделений неотложной медицинской помощи при центрах семейной медицины, что приведет к освобождению службы скорой неотложной медицинской помощи, так как 35-38% вызовов не требуют оказания СМП;

- создание функциональных объединений – городская многопрофильная больница + подстанция (филиал) СМП – с закреплением территории обслуживания, что будет способствовать повышению оперативности и преемственности оказания медицинской помощи, а также повышению контроля за работой бригад СМП;

- разработка дифференцированных нормативов работы приемных отделений больниц в зависимости от кадрового и материально-технического обеспечения, без которых показатель «время пребывания пострадавшего в приемном отделении ОЗ» недостаточно информативен;

- корректировка (не реже 2 раз в год) размещения трассовых бригад СМП;

- повышение оперативности взаимодействия бригад СМП с ГУБДД и МЧС по проведения совместных учений, тренировок и разборов сложных случаев, поскольку нередко задержки в оказании меди-

цинской помощи и эвакуации пострадавших от ДТП из-за несогласованности действий указанных служб.

Заключение.

1. К ведущим причинам роста ДТТ (дорожно-транспортная травма) со смертельным исходом относятся несовершенство организации СМП – (скорой неотложной медицинской помощи) и отсутствие у населения навыков оказания первой помощи пострадавшим. Об этом свидетельствует структура смертельных исходов: в 68,0% случаев смерть наступает на месте происшествия, в 32,0% – в лечебно-профилактических учреждениях. Частота ДТП имеет зависимость от времени года и суток. Третья часть происшествий наблюдается осенью, в них погибают свыше 40,0% участников дорожного движения, чаще остальных травмируются водители. Летом и весной до 50,0% пострадавших составляют пешеходы. Временные «пики» регистрируются в утренние и вечерние часы – периоды наиболее активного передвижения населения.

2. В числе факторов, влияющих на частоту ДТП, ведущим остается «человеческий» фактор. Доля вины водителей в совершении ДТП составляет 68,5%, пешеходов - 18,0%, пассажиров - 2,6%, и только 10,9% происшествий возникает под воздействием факторов окружающей среды - погодные условия, состояние и освещенность дороги, техническое состояние транспортного средства и другие. Частота ДТП также имеет прямую зависимость от возраста и пола участников дорожного движения, от водительского стажа. С участием водителей, стаж которых менее 5 лет происходит свыше 60,0% ДТП. В ряду причин большое значение имеет состояние алкогольного опьянения, которое по данным 2012 г. было

зафиксировано у 37,0% водителей, 26,0% пешеходов и 17,0% пассажиров 3.

Литература:

1. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях [Текст]: Монография / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко, А.А. Попов, - СПб. 2007. - 400 с.
2. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма: резюме [Текст] / Всемирная Организация Здравоохранения. - 2004. - 120 с.
3. Багненко С.Ф. Дорожно-транспортный травматизм, как медико-социальная проблема: Монография [Текст] / [С.Ф. Багненко, В.В.]. - СПб. 2006. - 239 с.
4. Вишняков Н.И. Анализ причин смерти пострадавших (по данным Санкт-Петербурга и Ленинградской области) [Текст] / Н.И. Вишняков, Н.Г. Петрова, В.В. Стожаров и др. // Скорая медицинская помощь. - 2007. - № 1. 29-32 с.
5. Ганжурова Б.Ц. Роль и реальное участие водителей транспортных средств в оказании первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях [Текст] / [Б.Ц. Ганжурова, Л.И. Дежурный, А.М. Халмуратов и др.] // Менеджер здравоохранения. - 2008. - № 5. 29-33 с.
6. Думанян, Г.Д. Дорожно-транспортные происшествия: последствия для общественного здравоохранения [Текст] / Г.Д. Думанян, В.А. - Ереван, 2008.
7. Истомин, Г.П. Особенности современного дорожно-транспортного травматизма (ДТТ), оказания медицинской помощи и лечения пострадавших при ДТП [Текст] / Г.П. Истомин // Медицина катастроф. - М., 1990. 85 с.
8. Каратаев, М.М. Состояние кадровых ресурсов в сельской местности [Текст] / М.М. Каратаев, М.К. Кочкоров, К.А. Джемуратов, М.Б. Чапьев // Медицинские кадры XXI века. - 2011. - № 4. 3-9 с.

Рецензент: д.м.н., профессор Бокчубаев Э.Т.