

АКАДЕМИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Институт управления

на правах рукописи

Рысмаганбетов Ержан Елжанович

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
(НА ПРИМЕРЕ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Образовательная программа «7М04122 - Региональное развитие»
по направлению подготовки «7М041 – Бизнес и управление»

Магистерский проект на соискание степени
магистра бизнеса и управления

Научный руководитель _____ Укибаева Г.К., PhD

Проект допущен к защите: « _____ » _____ 2024 г.

Директор Института управления _____ Гаипов З.С., д.п.н.

Астана, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
1 НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН В ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	8
1.1 Содержание понятия совершенствования организации оказания скорой медицинской помощи	8
1.2 Нормативно-правовое регулирование в системе здравоохранения Казахстана	10
1.3 Зарубежный опыт в организации деятельности скорой медицинской помощи	12
2 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ	20
2.1 Методы исследования	20
2.2 Анализ текущего состояния организации скорой медицинской помощи Акмолинской области	21
2.3 Социологическое исследование жителей и работников скорой медицинской помощи	27
2.4 Рекомендации по совершенствованию организации оказания скорой медицинской помощи населению Акмолинской области	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	42
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	43

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем магистерском проекте использованы ссылки на следующие нормативные документы:

Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК

Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 «Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2020 года № 21713.

Постановление Правительства Республики Казахстан «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий» от 31 декабря 2015 года № 1193

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил и методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-309/2020

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации» от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020

Отраслевое соглашение между Министерством здравоохранения Республики Казахстан, Республиканским общественным объединением "Отраслевой профессиональный союз работников системы здравоохранения "SENIM", Общественным объединением "Казахстанский отраслевой профессиональный союз работников здравоохранения "AQNIET", Республиканским общественным объединением "Отраслевой профсоюз работников медицины и смежной с ней отраслей "QazMed" и Национальной палатой здравоохранения на 2023 - 2025 годы

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

БНС АСПиР РК	- Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГКП на ПХВ	- Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения
ДТП	- Дорожно-транспортное происшествие
др.	- Другие
ИТ	- Информационные технологии
ИМН	- Изделия медицинского назначения
ЛС	- Лекарственные средства
МИО	- Местный исполнительный орган
МИС	- Медицинская информационная система
МЗ	- Министерство здравоохранения
ОССМП	- Областная станция скорой медицинском помощи
ОСМС	- Обязательное социальное медицинское страхование
ПМСП	- Первичная медико-санитарная помощь
РК	- Республика Казахстан
РПН	- Регистр прикрепленного населения
США	- Соединенные Штаты Америки
СМИ	- Средства массовой информации
СМП	- Скорая медицинская помощь
т.д.	- Так далее
EMT-Basic	- Emergency Medical Technician-Basic
EMT- Intermediate	- Emergency Medical Technician-Intermediate
EMT-Paramedic	- Emergency Medical Technician- Paramedic

ВВЕДЕНИЕ

Скорая медицинская помощь играет ключевую роль в системе здравоохранения, оказывая неотложную медицинскую помощь пациентам в критических состояниях. Эффективность и оперативность службы скорой помощи зачастую становятся решающими факторами в спасении жизни и сохранении здоровья пациентов. В современных условиях, когда нарастают вызовы, связанные с ростом численности населения, а также новыми глобальными угрозами, такими как пандемии, актуальность исследований в области совершенствования скорой медицинской помощи возрастает.

В частности, во время пандемии коронавирусной инфекции необходимо было обеспечить эффективное и своевременное оказание медицинской помощи населению, в котором служба скорой медицинской помощи приняла особое участие при транспортировке инфицированных пациентов.

Пандемия привела к резкому увеличению числа вызовов скорой помощи. Медицинские бригады оказались перегружены, что повлияло на оперативность и качество оказания медицинской помощи. В условиях дефицита ресурсов и персонала время ожидания помощи значительно возросло.

Этот факт был отмечен 29 июня 2020 года во время выступления Главы государства Касым-Жомарта Токаева на совещании по мерам противодействия распространению коронавирусной инфекции было отмечено увеличение нагрузки на службы скорой медицинской помощи и острая потребность в санитарных машинах скорой помощи и другой технике [1]. Актуальность проявляется тем, что организация скорой медицинской помощи играет решающую роль в системе здравоохранения по снижению уровня смертности на догоспитальном этапе при состояниях, угрожающих жизни и здоровью больного или окружающих его лиц. В этой связи, необходимо отметить увеличение численности прикрепленного населения в медицинские организации области за последние пять лет на 22 947 человек с 760 561 до 783 508 человек [2]. Что в свою очередь, коррелирует на статистику ежегодного роста вызовов скорой помощи на 8,3% [3], что ставит перед системой здравоохранения задачи повышения оперативности и качества предоставляемых услуг.

Таким образом, тема совершенствования организации оказания скорой медицинской помощи является не только актуальной, но и стратегически важной для устойчивого развития системы здравоохранения в Акмолинской области, требуя всестороннего подхода к решению выявленных проблем и задач.

Современные технологии и инновации открывают новые горизонты для улучшения качества медицинской помощи на догоспитальном этапе. Внедрение телемедицинских технологий, мобильных приложений для вызова скорой помощи и системы управления ресурсами требуют всестороннего изучения и адаптации к специфике регионов и городов. В то же время, не менее важным остается человеческий фактор — профессионализм, подготовка и обучение медицинских работников, работающих в этой сфере.

Скорая медицинская помощь также сталкивается с множеством

организационных и логистических проблем, которые требуют оптимизации и модернизации. Эффективное распределение ресурсов, сокращение времени доезда бригад скорой помощи, улучшение коммуникации и координации действий — все это способствует повышению качества оказываемых услуг.

Таким образом, исследование и совершенствование системы скорой медицинской помощи представляет собой актуальную задачу, направленную на повышение качества, доступности и эффективности медицинской помощи, что в конечном итоге способствует улучшению здоровья и благополучия населения.

Проблема исследования - заключается в недостаточной эффективности и качестве организации оказания скорой медицинской помощи населению, что проявляется в опоздании бригад скорой помощи до пациентов, которые нередко превышает допустимые нормы, что негативно сказывается на исходе лечения, особенно в случаях острых и критических состояний. А также, система управления и распределения ресурсов в службах скорой помощи часто не оптимизирована, что приводит к неравномерной нагрузке на медицинские учреждения и бригады, а также к недостаточному использованию имеющихся возможностей. Нехватка квалифицированного персонала и автотранспорта.

Цель исследования. Целью магистерского проекта является разработка рекомендаций по совершенствованию организации оказания скорой медицинской помощи населению в Акмолинской области.

Задачи исследования:

- изучение нормативно-правовых актов в сфере оказания скорой медицинской помощи и зарубежного опыта;
- провести анализ текущего состояния организации скорой медицинской помощи Акмолинской области, включая удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи;
- выявить основные проблемы и узкие места в службе скорой медицинской помощи, разработать предложения и мероприятия, направленных на повышение эффективности работы скорой медицинской помощи.

Объект исследования: организация оказания скорой медицинской помощи населению Акмолинской области.

Предмет исследования: влияние роста численности прикрепленного населения на нагрузку службы скорой медицинской помощи.

Методы исследования.

В работе были использованы методы статистического и сравнительного анализа, обобщение, количественные и качественные методы исследования, сравнительный анализ, SWOT анализ.

Ожидаемые результаты - внедрение системных изменений в организацию оказания скорой медицинской помощи Акмолинской области, приведет к повышению качества и своевременности оказания медицинской помощи, чем существенно снизит уровень смертности на догоспитальном этапе при состояниях, угрожающих жизни и здоровью больного или окружающих его лиц.

Практическая значимость исследования заключается в возможности

разработки и реализации конкретных мероприятий по улучшению системы здравоохранения, в условиях роста населения. Результаты исследования могут служить основой для формирования дальнейших мероприятий по развитию службы скорой медицинской помощи, направленных на эффективное распределение кадровых и материально-технических ресурсов, включая оборудование и медикаменты, повысит общую эффективность работы служб скорой помощи, снижая затраты и улучшая доступность медицинских услуг.

Публикации. В рамках магистерского проекта 30 января 2024 года была опубликована научная статья на тему «Повышение уровня удовлетворенности населения качеством оказания скорой медицинской помощи» в научном журнале «Интернаука» №3 (320).

Структура и объем исследования. Магистерский проект состоит из введения, основной части, состоящей из двух глав, заключения и списка использованной литературы. Магистерский проект состоит из 45 страниц.

1 НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН В ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1.1 Содержание понятия совершенствования организации оказания скорой медицинской помощи

Исследовательская основа для написания данной работы была сформирована на основе работ казахстанских и зарубежных авторов, статистической информации с веб-сайтов и официальных Интернет-ресурсов государственных учреждений Республики Казахстан.

Так, согласно казахстанской системы здравоохранения под понятием скорая медицинская помощь подразумевается, что система организации медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при острых заболеваниях и состояниях, угрожающих жизни, а также для предотвращения существенного вреда здоровью на месте происшествия и (или) в пути следования в медицинскую организацию [4].

Если погрузиться в историю возникновения службы скорой медицинской помощи, то она начинается с времён первых охотников и воинов которым оказывалась помощь при ранениях.

К примеру, в папирусе Эдвина Смита, созданном в 1500 году до нашей эры, подробно описаны методы сортировки и лечения [5].

Несмотря на примитивность методов остановки кровотечения, стабилизации переломов и обеспечения питанием, необходимость оказания медицинской помощи всегда была очевидна. Основные элементы доисторического реагирования на травмы до сих пор служат основой современных программ скорой медицинской помощи. Понимание важности немедленных действий привело к разработке современных медицинских и хирургических методов неотложной помощи.

Эти методы, в свою очередь, проложили путь к развитию систем связи, лечения и транспортировки, которые нацелены на снижение уровня заболеваемости и смертности.

Самые непосредственные корни современных догоспитальных систем лежат в усилиях Жана Доминика Ларрея, главного военного врача Наполеона.

Ларри разработал систему оказания доврачебной помощи, при которой раненым оказывалась помощь на поле боя, а для их вывоза использовались повозки, запряженные лошадьми [6].

В конце 19 века, с развитием автомобильного транспорта, появилась первая моторизованная скорая помощь, что стало значительным прогрессом в организации экстренной медицинской помощи. Первая автомобильная скорая помощь в США была внедрена в 1899 году в Чикаго, штат Иллинойс.

Этот исторический момент произошел благодаря приобретению госпиталем Майкла Риза [7]. Впоследствии использование моторизованных скорых помощей стало более распространенным в других городах, включая Нью-Йорк

Концепция скорой медицинской помощи продолжала развиваться, и в 20 веке она стала неотъемлемой частью систем здравоохранения во многих странах. Сегодня скорая помощь представляет собой комплексную службу, которая сочетает в себе специализированный транспорт и квалифицированный медицинский персонал для обеспечения эффективной поддержки и лечения в экстренных ситуациях.

В целом, обзор литературы по данной теме охватывает широкий спектр аспектов, связанных с данной проблематикой.

Таким образом, изученные исследования по совершенствованию организации оказания скорой медицинской помощи можно структурировать вокруг нескольких ключевых аспектов:

1. сравнительный подход - исследования оценивают эффективность различных моделей скорой медицинской помощи, сравнивая казахстанскую систему с международными примерами.

Например, в работе Бексейтова В. рассматриваются актуальные проблемы и решения для улучшения системы скорой медицинской и уделяется внимание на необходимость модернизации технологий, чтобы повысить эффективность и оперативность СМП [8]. Схожие вопросы рассматриваются в исследовании Ахметовой Д. и Мырзагуловой А. О., где основное внимание уделяется внедрению инновационных технологий [9]. Авторы также приводят примеры успешных международных практик и рассматривают их применимость в контексте Казахстана.

Наряду с этим, в статье Хайминой Л.Э. освещается роль внедрения технологии телемедицины, позволяющие автоматизировать работу специалистов скорой медицинской помощи. Она акцентирует внимание на том, как интеграция технологий в систему экстренной медицинской помощи способствует эффективной передаче данных о предстоящей госпитализации пациентов. Это, в свою очередь, обеспечивает возможность для медицинских учреждений оперативно готовиться к приему пациентов, что гарантирует своевременное предоставление необходимой медицинской помощи [10].

2. инновационные подходы в технологиях и управлении - исследования подчеркивают важность инноваций, таких как использование передовых технологий для повышения качества и доступности скорой помощи.

Среди отечественных авторов стоит отметить К. К. Ахметжанова и Крылову С. Г., которые в своей работе представили краткий исторический очерк развития скорой медицинской помощи в Павлодарской области и дальнейшие механизмы ее улучшения. Авторы отмечают, что благодаря переводу всего парка санитарного транспорта на газовое оборудование снизились финансовые затраты на 20% [11].

1. кадровая политика и обучение персонала - отмечается значимость развития профессиональных навыков медицинского персонала скорой помощи. Анализируются программы обучения и повышения квалификации сотрудников, а также стратегии привлечения и удержания квалифицированных специалистов в системе скорой помощи.

Исследование D. Alhasan дает ценную информацию для управленцев здравоохранения и политиков в Кувейте, подчеркивая необходимость разработки стратегий по улучшению условий труда и повышению удовлетворенности сотрудников службы экстренной медицинской помощи [12].

Хотя исследование предоставляет важные данные о факторах удовлетворенности труда в Кувейте, оно также выявляет пробелы, которые могут стать предметом будущих исследований.

Таким образом, зарубежные и отечественные исследования по совершенствованию скорой медицинской помощи в крупных городах анализируют множество аспектов этой проблематики, предлагая разнообразные подходы и стратегии для улучшения образовательной системы в таких контекстах, но возможные решения именно в контексте регионального масштаба требуют дальнейшего исследования.

1.2 Нормативно-правовое регулирование в системе здравоохранения Казахстана

Нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения в Казахстане основывается на множестве законодательных актов и нормативных документов.

Важнейшим из них является Конституция Республики Казахстан, которая устанавливает основные принципы государственной политики в области здравоохранения [13].

В Казахстане нормативно-правовое регулирование системы здравоохранения опирается на ключевые законы и приказы.

Основой является Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года, который устанавливает основы регулирования в сфере здравоохранения, направленные на обеспечение здоровья населения [14].

Регулирование финансирования и управления осуществляется Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК [15].

Также урегулирован вопрос оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий (Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193) и отраслевым соглашением между Министерством здравоохранения Республики Казахстан и профсоюзами [16,17].

Наряду с этим, формирование тарифов, правил оказания скорой медицинской помощи осуществляется через ряд приказов Министерства здравоохранения, таких как правил и методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (Приказ от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-309/2020) и правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с

привлечением медицинской авиации (Приказ от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020). Данные нормативные акты обеспечивают упорядоченное управление и развитие системы здравоохранения в Казахстане [18,4].

Иерархия нормативно-правового регулирования в области системы здравоохранения Казахстана представлено в Таблице 1.

Таблица 1 – Иерархия нормативно-правового регулирования в области системы здравоохранения Казахстана

№	Наименование нормативно-правового акта
1	<ul style="list-style-type: none"> • Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года
2	<ul style="list-style-type: none"> • Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК • Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК
3	<ul style="list-style-type: none"> • Постановление Правительства Республики Казахстан «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий» от 31 декабря 2015 года № 1193
4	<ul style="list-style-type: none"> • Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил и методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-309/2020 • Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации» от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 • Отраслевое соглашение между Министерством здравоохранения Республики Казахстан, Республиканским общественным объединением "Отраслевой профессиональный союз работников системы здравоохранения "SENIM", Общественным объединением "Казахстанский отраслевой профессиональный союз работников здравоохранения "AQNIET", Республиканским общественным объединением "Отраслевой профсоюз работников медицины и смежной с ней отраслей "QazMed" и Национальной палатой здравоохранения на 2023 - 2025 годы
Примечание – Составлено автором	

Кодекс Республики Казахстан № 360-VI ЗРК от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» является основополагающим документом, регулирующим систему здравоохранения в стране, который обеспечивает правовую основу для оценки ключевых аспектов, таких как доступность медицинской помощи, развития инфраструктуры и материально-технического оснащения организаций здравоохранения, подготовку и повышение квалификации кадров, что крайне важно для понимания и улучшения системы здравоохранения, в частности скорой медицинской помощи.

1.3 Зарубежный опыт в организации деятельности скорой медицинской помощи

Совершенствование системы скорой медицинской помощи является одной из ключевых задач здравоохранения, направленной на улучшение качества и доступности неотложной медицинской помощи. Международный опыт в этой сфере предлагает разнообразные подходы и стратегии, которые могут быть полезны для внедрения и адаптации в Казахстане.

В США система скорой медицинской помощи развивается на базе современных технологий и стандартизированных протоколов оказания помощи. Важную роль играет интеграция информационных технологий, включая использование электронных медицинских карт и телемедицины, что позволяет оперативно передавать данные и консультироваться с врачами в реальном времени [19].

Кроме того, акцент делается на обучение и сертификацию персонала, что обеспечивает высокий уровень компетенции сотрудников СМП. Действует строгая система сертификации для медицинских работников, задействованных в СМП. Она включает несколько уровней подготовки, таких как базовая скорая медицинская помощь (Emergency Medical Technician-Basic), промежуточная скорая медицинская помощь (Emergency Medical Technician-Intermediate) и парамедик скорой медицинской помощи (Emergency Medical Technician – Paramedic), каждый из которых требует прохождения специализированных курсов и экзаменов. Периодическое переобучение и повышение квалификации являются обязательными для поддержания лицензии и обеспечения высокого уровня компетенции персонала.

Отличия между сертификациями:

- базовая скорая медицинская помощь длится от 120 до 150 часов и включает обучение основам оказания первой помощи, сердечно-легочной реанимации, использованию автоматических внешних дефибрилляторов, остановке кровотечений и обеспечению проходимости дыхательных путей. Предоставляют базовую неотложную медицинскую помощь. Они могут выполнять неинвазивные процедуры, такие как управление дыхательными путями, наложение жгутов и перевязок, измерение артериального давления, мониторинг жизненно важных показателей и транспортировка пациентов.

- промежуточная скорая медицинская помощь включает дополнительные 200–400 часов подготовки. Это обучение расширяет навыки базового уровня и включает введение внутривенных инъекций, интубацию трахеи, применение некоторых медикаментов и выполнение определенных инвазивных процедур. Они могут выполнять внутривенные инъекции, обеспечивать интубацию, администрировать лекарства (включая обезболивающие и препараты для сердечно-легочной реанимации), а также проводить более сложные процедуры стабилизации пациента.

- программа обучения парамедиков скорой медицинской помощи является наиболее интенсивной и длится от 1 до 2 лет, включающая от 1200 до 1800 часов

теоретической и практической подготовки. Парамедики изучают анатомию и физиологию, фармакологию, кардиологию, а также методы управления различными состояниями пациента. Обладают самыми широкими полномочиями среди специалистов СМП. Они могут выполнять инвазивные процедуры, такие как введение интубационных трубок, установка внутривенных катетеров, администрирование широкого спектра медикаментов, проведение кардиомониторинга и дефибрилляции, а также выполнение сложных медицинских манипуляций на месте происшествия и в процессе транспортировки пациента.

Основное различие между заключается в уровне подготовки, объеме выполняемых медицинских процедур и навыков, а также в ответственности за жизнь и здоровье пациента. Каждый уровень подготовки добавляет новые умения и расширяет возможности оказания медицинской помощи, что повышает качество и эффективность экстренной медицинской помощи на всех этапах.

Другим примером, может служить служба неотложной медицинской помощи в Сингапуре, которая прошла значительную эволюцию с момента своего основания, переходя от стационарной службы к интегрированной системе скорой помощи [20].

В период 1960-1976 годов в Сингапуре функционировали две отдельные службы скорой помощи. Центральная служба скорой помощи, координируемая отделением неотложной помощи Сингапурской больницы общего профиля, которая предоставляла первую медицинскую помощь и транспортировала более 10 000 пациентов в год, с средним временем реагирования 25 минут. Бригада состояла из дипломированной медсестры, санитары и водителя.

Вторая служба, управляемая пожарной командой Сингапура, реагировала на несчастные случаи и пожары, с средним временем реагирования 15 минут.

Такая двойная система приводила к путанице, и в результате в 1977 году службы были объединены в Службу скорой медицинской помощи (Emergency Ambulance Services (EAS) под руководством Сингапурской пожарной команды. Это была одноуровневая система, в которой работали медсестры и акушерки. Формального медицинского контроля не было, и врачи скорой медицинской помощи оказывали разовые консультативные услуги.

В 1989 году EAS была включена в состав Сил гражданской обороны Сингапура, подчиненных Министерству внутренних дел. Затем была создана одноуровневая система скорой помощи с парком из 16 машин скорой помощи, в каждой из которых работали сотрудник скорой помощи (дипломированная медсестра, прошедшая обучение по оказанию первой помощи и акушерству), санитар (бывший пожарный, прошедший обучение по оказанию первой помощи) и водитель (прошедший обучение по оказанию первой помощи).

К 1993 году количество машин скорой помощи возросло до 20, и во всех них были доступны неотложные медицинские услуги.

Сегодня, все машины скорой помощи оснащены основными устройствами для мониторинга дыхательных путей, внутривенного введения и иммобилизации. Все вызовы, поступающие в Центральную диспетчерскую,

подразделяются на неотложные медицинские и пожарные. Исследование, проведенное в 1992 году, показало, что среднее время реагирования скорой помощи на 95% вызовов составило 11 минут.

В настоящее время отправка скорой медицинской помощи осуществляется бывшими пожарными, прошедшие диспетчерскую подготовку. Они обучены новейшим технологиям связи и используют комплексные протоколы диспетчеризации. Усовершенствованная система централизованного доступа автоматически предоставляет информацию об адресе местоположения и контактном номере для каждого полученного вызова. Таким образом, диспетчерам необходимо только проверить информацию. Эти диспетчеры также должны уметь использовать и понимать местные языки и диалекты, помимо английского, поскольку Сингапур является многорасовым регионом.

Вместе с этим, с 2023 года оперативный центр универсального номера экстренной помощи «995» оценивает вызовы служб экстренной помощи и отправляет кареты скорой помощи только в том случае, если они будут считаться реальными при чрезвычайных ситуациях. Этот метод направлен на оптимизацию использования ресурсов скорой помощи, обеспечивая их доступность для тех, кто действительно нуждается в нем.

В рамках зарубежной стажировки в Республику Болгария проведено ознакомление с программами развития регионов и иными нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения

«Национальная программа развития Болгарии 2030» принята протоколом № 67 Кабинета Министров от 02.12.2020 г. и является рамочным стратегическим документом высшего порядка в иерархии национальных программных документов, определяющий видение и общие цели политики развития во всех секторах государственного управления, включая их территориальные размеры [21].

«Национальная программа развития Болгарии 2030» определяет три стратегические цели перед страной:

1. ускоренное экономическое развитие;
2. демографический подъем;
3. снижение неравенства.

Для достижения этих целей правительственные намерения сгруппированы в пять областей (осей) развития и определены 13 национальных приоритетов, таких как деятельность, связанная с Охраной здоровья включены в Приоритет 12 здоровье и спорт. В нем «Национальная программа развития Болгарии 2030» дает общие направления развития сектора «Здравоохранение» и определяет три основных приоритетных направления:

- 1) Продвижение здоровья и профилактика заболеваний

В документе подчеркивается, что улучшение состояния здоровья население является ключом к достижению роста, развития и устойчивости и указывает на необходимость уделять больше внимания расширению возможностей системы общественного здравоохранения и ее мобилизации на продвижение здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Области воздействия для ее реализации включают:

- Факторы риска для здоровья, направленно на повышение информированности населения об основных факторах риска, имеющих отношение к хроническим неинфекционным заболеваниям; меры здорового питания, физическая активность, снижение употребления табачных изделий и злоупотребления алкоголем и наркотическими средствами психоактивные вещества, медицинское и половое воспитание среди подростков и молодежи; создание системы мониторинга, мониторинга и оценки состояния питания населения.

- Профилактика заболеваний, связанных с применением междисциплинарного подхода к реализации политики профилактики и создания базы данные о детерминантах здоровья как основа при разработке национальных и 21 региональных программ по профилактике и контролю, переориентации структур национальная система здравоохранения к профилактической деятельности. Следует подчеркнуть, что это первый национальный стратегический документ, реализация которой направлена на укрепление здоровья и профилактике заболеваний.

2) Сеть здравоохранения и оптимизация затрат. Политика направлена на оптимизацию затрат в системе здравоохранения, которое является ключом к его устойчивому функционированию, учитывая сильное давление на увеличение государственных затрат здравоохранения в результате медицинских и экономических факторов, таких как старение населения, рост заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, неблагоприятное воздействие экологической и трудовой среды, разработка высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Отмечает, необходимость принятия мер по эффективному распределению финансовых ресурсов.

Области воздействия для ее реализации включают:

- Национальная карта здравоохранения - как основной инструмент оптимизации структуры сети здравоохранения для удовлетворения потребностей населения доступное и качественное медицинское обслуживание на всех уровнях (амбулаторной и больничной медицинской помощи). С помощью картографирования медицинских услуг будет определяться необходимость обеспечения инвестиций и перенаправления ресурсов в другие сферы.

- Лечебно-профилактическая помощь, направленная на развитие качественной первичной медицинской помощи, ориентированная на деятельность, связанную с образованием в области здравоохранения и формирование навыков здорового образа жизни, рационального назначения лекарственных препаратов, а также профилактических наблюдений за людьми с социально значимыми заболеваниями.

- Скорая помощь. Направлено на обеспечение устойчивого финансирование организаций, оказывающих неотложную медицинскую помощь, условия непрерывного обучения и оценки знаний и навыков работников системы, к развитию телемедицины и активному включению в группы

экстренной помощи парамедицинский персонал. Использование удаленных консультаций и быстрая передача данных в помощь экстренным службам и совершенствованию информационной связи между информационные системы Центров скорой медицинской помощи и Национальной системой экстренных вызовов «112».

- Эффективность больничной помощи - вмешательства в этой области направлены на уменьшение объема медицинских услуг, осуществляемых в условиях стационара и увеличение деятельности, осуществляемой в амбулаторных условиях; совершенствование механизмов оценки медицинской деятельности и увязки финансирования с результатами больничного лечения. Кроме того, предусматривается обновление материально-технической базы государственных и муниципальных больниц и обеспечение инновационными технологиями и аппаратурой диагностики и лечения. Особое внимание уделяется развитию донорства и трансплантации в стране.

- Лекарственная политика и финансовая устойчивость системы здравоохранение. Основное внимание сосредоточено на продвижении рационального использования лекарственных средств, утверждению и обеспечению устойчивого развития деятельности по оценке медицинских технологий и отслеживанию эффекта терапии лекарственных средств с целью правильного терапевтического решения, и оптимизации расходования государственных средств.

- Кадровые ресурсы в системе здравоохранения. Основное внимание уделяется созданию мотивации для работы в стране с целью преодоления имеющегося территориального дисбаланса медицинских работников, создания условий для увеличения числа обучающихся по медицинским профессиям с выявленным дефицитом (в основном, профессия «медсестра») и поддержка последипломного образования для получения степени в системе здравоохранения по специальностям, в которых учитывают негативные тенденции.

3) Электронное здравоохранение. Направлено на проведение цифровой трансформации в секторе здравоохранения, основанной на развитии трех технологических столпов: облачных технологий, развития беспроводных сетей связи (4G/5G), массового внедрения высокоскоростной оптической сети передачи данных.

Это включает в себя разработку интегрированного электронного портала и приложения для граждан, предоставляющих централизованные услуги электронного здравоохранения, включая медицинскую карту, мониторинг состояния, телемедицину, медицинские предписания.

Также, изучен вопрос организации деятельности скорой медицинской помощи.

На территории страны действуют 17 Центров скорой медицинской помощи. Для вызова скорой помощи в Болгарии используется единый телефонный номер - 112. Этот номер доступен на всех языках и обеспечивает связь с оператором службы экстренной медицинской помощи. Оператор

получает информацию о случае и направляет бригаду скорой помощи на место происшествия.

Отделения скорой помощи находятся в больницах. Туда можно приехать своим ходом, если это по каким-то причинам предпочтительнее. Кроме того, при частных клиниках существуют собственные подстанции «скорой» — в этом случае машину вызывают, позвонив непосредственно в клинику. Такую частную скорую помощь можно использовать, например, для транспортировки пациента из одной больницы в другую. Услуги частных «скорых» платные, кроме того, часто такие автомобили используются не для оказания медицинской помощи, а только для перевозки больных, поэтому они не оснащены необходимым оборудованием.

Права пациента. По закону скорая медицинская помощь в Болгарии оказывается бесплатно всем вне зависимости от гражданства и наличия права на пребывание в стране. Также не имеет значения, есть ли у пациента страховка, и оплачивает ли он «здравни осигуровки». Об этом недвусмысленно говорится в законе о здоровье. Статья 99 Закона гласит, что государство организует и финансирует систему оказания срочной медицинской помощи при неотложных состояниях, к коим относятся остро или внезапно возникшие изменения состояния здоровья, которые требуют немедленной медицинской помощи [22].

Скорая медицинская помощь призвана предотвратить смерть, тяжелые или необратимые морфологические и функциональные повреждения жизненно значимых органов и систем, а также осложнения у рожениц, угрожающие жизни матери или ребенка.

Таким образом, любая попытка взять с иностранца деньги за оказание скорой помощи будет незаконной.

Санитарные автомобили Центра имеют следующую окраску и маркировку:

Основной цвет автомобиля – белый. Дополнительный цвет: оранжевый – цвет крыши. Оранжевая светоотражающая лента шириной до 40 см опоясывает весь автомобиль на высоте ручек боковых дверей. Табличка с изображением телефонной трубки и номера 150 расположена на передней и одной из задних дверей. Надпись: «Скорая медицинская помощь» по обеим сторонам машины скорой помощи. Специальная световая и звуковая сигнализация, состоящая из синих сигнальных фонарей, синих сигнальных огней и сирен. Графическое и цветное изображение отличительного знака единого европейского номера 112 для территории Республики Болгария по образцу. Срок службы автотранспорта составляет 7 лет или 300 тыс. км. Гарантийное сервисное обслуживание новых автотранспорта составляет 5 лет или 220 тыс. км. Ремонт автотранспорта после завершения гарантийного срока производится на конкурсной основе через государственные закупки. Обновление автотранспорта производится на централизованной основе через Министерство здравоохранения.

Скорая медицинская помощь финансируется государством - согласно ст. 99 Закона о здравоохранении государство организует и финансирует систему оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. Чрезвычайная

ситуация определяется как острое состояние или внезапное изменение состояния здоровья человека, требующее немедленной медицинской помощи. Медицинская помощь в экстренных ситуациях направлена на предотвращение летального исхода, тяжелых или необратимых морфологических и функциональных повреждений жизненно важных органов и систем. Любой человек, находящийся на месте происшествия, должен сообщить об этом в ближайший центр скорой медицинской помощи, другое медицинское учреждение или отделение полиции. Каждое медицинское учреждение обязано выполнить возможный объем медицинской деятельности для пациента в экстренных случаях независимо от его гражданства, адреса и статуса медицинского страхования.

На примере, Центра скорой медицинской помощи Бургаской области необходимо отметить, что область в Юго-Восточном регионе Болгарии, крупнейшая из 28 областей страны. Площадь области составляет 7748,1 км², население — 412 684 человека.

Филиал СМП Бургас не соблюдает административно-территориальное деление, чтобы сократить время доставки к пациенту. Состоит из 2 реанимационных бригад, 4 фельдшерских бригад (из них 1 внештатная неполная бригада в Приморско) и 1 доврачебной бригады. В летний сезон концессионер организует вдоль пляжа реанимационные пункты [23].

Во всех муниципалитетах наибольшую относительную долю населения составляет возрастная группа от 18 до 59 лет, за которой следует группа старше 60 лет. Группа в возрасте 0-17 лет имеет наименьшую относительную долю, что связано с тенденцией снижения рождаемости населения в Бургасском районе.

В городах Бургаской области проживает около 11% возрастной группы от 0 до 17 лет, 15% возрастной группы старше 60 лет и около 49% возрастной группы от 18-59 лет. 51% населения района сосредоточено в муниципалитете Бургас, за которым следуют Айтос, Карнобат, Руан и Поморие. С населением менее 10 000 человек находятся муниципалитеты Царево, Приморско и М. Тырново. Из приведенных ниже данных видно, что население Бургасского региона сконцентрировано в городах, что во многом облегчает оказание медицинской помощи филиалами ЦСМП.

Ежегодный бюджет составляет порядка 16 млн. болгарских левов (4 млрд. тенге). Расходы услуг скорой помощи на 1 человека составляет 38,7 болгарских лева (9 481 тенге). Общая численность сотрудников насчитывается порядка 380 человек. Фонд оплаты труда составляет 5 млн. болгарских левов (1,2 млрд. тенге) или 31,2% от общего бюджета. Средняя заработная плата составляет 1 096 болгарских левов (266,4 тыс. тенге):

- врачебный персонал от 3 000 до 3 300 болгарских левов (733 - 806 тыс. тенге);
- фельдшеров – от 2 400 до 2 900 болгарских левов (586 - 684 тыс. тенге);
- водителей – от 1 400 до 1 600 болгарских левов (342 - 390 тыс. тенге).

Острый дефицит кадров наблюдается по фельдшерам, потребность которых составляет порядка 20 шт. единиц. Нагрузка распределяется за счет

действующих фельдшеров с соответствующей доплатой до 50% от оклада.

Международный опыт показывает, что успешное совершенствование системы скорой медицинской помощи требует комплексного подхода, включающего модернизацию инфраструктуры, повышение квалификации персонала, использование современных технологий и эффективное управление ресурсами. Применение лучших практик из зарубежного опыта может значительно улучшить качество и эффективность предоставляемых услуг в рамках национальных систем здравоохранения.

2 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

2.1 Методы исследования

В данном исследовании использовались как общенаучные, так и специализированные методы.

При написании теоретической части проекта применялись теоретические, сравнительные и количественные методы, а для получения целостной картины исследования в рамках магистерского проекта применялись два разных метода: количественный и аналитический.

В аналитической части использовались методы сравнительного анализа и статистические методы. Это позволило определить текущую ситуацию, провести сравнительный анализ и разработать рекомендации для Акмолинской области.

Первым методом исследования был количественный метод. Данный вид метода заключается в опросе респондентов.

Опрос - отличный способ собрать информацию о пациенте, которую невозможно получить в лабораторных исследованиях и которая не упоминается в разговоре. А поскольку пациент может не решаться делиться информацией с вами лично, опросы предоставят возможность сделать это конфиденциально.

В связи с тем, что объектом исследования являлся электронный сбор информации от респондентов, данный метод помог выявить ряд проблем, с которыми пациенты сталкиваются при обращении в скорую медицинскую помощь области. В данном методе есть как свои плюсы, так и свои минусы.

Из-за этого могут возникнуть вопросы по качеству и точности предоставленных ответов в ходе проведения опроса.

Для разработки моего опроса я использовал программу Google Forms - это цифровая форма опроса смогла помочь мне охватить респондентов со всех регионов Акмолинской области. Данный опрос проводился в сети интернет.

Респондентами были жители и сотрудники станции скорой медицинской помощи Акмолинской области.

Помощь по рассылке данного опроса оказали представители Управления здравоохранения Акмолинской области и Областной станции скорой медицинской помощи.

Таким образом, проведен социологический опрос населения о качестве оказанной медицинской помощи бригадами скорой медицинской помощи (СМП), работе диспетчерского отдела, материально-техническом обеспечении.

В течение мая 2024 года были даны 375 ответов на представленные мною вопросы.

Опираясь на проведенный опрос респондентов будут выработаны рекомендации, а также актуальные предложения, способствующие совершенствованию скорой медицинской помощи в Акмолинской области.

2.2 Анализ текущего состояния организации скорой медицинской помощи Акмолинской области

На сегодняшний день, скорая медицинская помощь Акмолинской области представлена 1 городской, 19 районными подстанциями и 17 отделениями.

Также, в организациях первичной медико-санитарной помощи имеется 18 отделений скорой медицинской помощи.

По области функционирует работа 69 круглосуточных бригад, в том числе: 9 врачебных и 60 фельдшерских бригад, как показано в Таблице 2.

Таблица 2 – Количество бригад в разрезе районных и городских подстанций

№	Наименование	врачебные	фельдшерские
1	Астраханская районная подстанция	-	3
2	Аккольская районная подстанция		1
3	Аршалынская районная подстанция		2
4	Атбасарская районная подстанция		4
5	Биржан сал районная подстанция		1
6	Буландынская районная подстанция		2
7	г. Щучинск районная подстанция	3	4
8	Егиндыкольская районная подстанция		1
9	Ерейментауская районная подстанция		4
10	Есильская районная подстанция		1
11	Жаксынская районная подстанция		1
12	Жаркаинская районная подстанция		1
13	Зерендинская районная подстанция		5
14	Коргалжынская районная подстанция		1
15	Сандыктауская районная подстанция		1
16	г.Степногорск	2	4
17	Подстанция г. Косшы		3
18	Целиноградская районная подстанция	1	6
19	Шортандинская районная подстанция		3
20	Областная станция г.Кокшетау	3	12
Примечание – Составлено автором на основании источника [3]			

В работе скорой медицинской помощи задействовано 920 человек, в том числе: административно-управленческий персонал - 22, врачей - 80, фельдшеров - 373, диспетчеров - 103, средних медицинских работников – 20, водителей – 278, младших медицинских работников - 23, прочего персонала – 21.

Потребность по сотрудникам составляет 28, в том числе: врачей - 9 (врач скорой неотложной помощи - 6, врач педиатр выездной бригады - 2, врач психиатр - 1), фельдшеров - 12, водителей – 7.

Ежегодно проводится обучение сотрудников по базовым реанимационным мероприятиям с использованием автоматического наружного дефибриллятора, расширенное сердечно-сосудистое поддержание жизни, оказание помощи при травмах на догоспитальном этапе, расширенное поддержание жизни в

педиатрии.

Так, в 2019 году обучено 394 медицинских работника, в 2020 году – 178, в 2021 году – 346, в 2022 году – 216, в 2023 году – 369.

Между тем, особое внимание уделяется обучению водителей технике безопасного вождения на скорой помощи. Обучено (2019 год- 255 водителей, 2020 год – 0, 2021 год – 255 водителей, 2022 год – 216 водителей, 2023 год – 250 водителей).

Согласно предоставленным данным (Рисунок 1), ежегодный рост заработной платы составляет в среднем на 30%, среднего медицинского персонала на 20% и водителей на 20%.

Также, рост связан с установлением ежемесячной фиксированной надбавки к заработной плате медицинским работникам, задействованным в противоэпидемических мероприятиях во время пандемии коронавирусной инфекции.

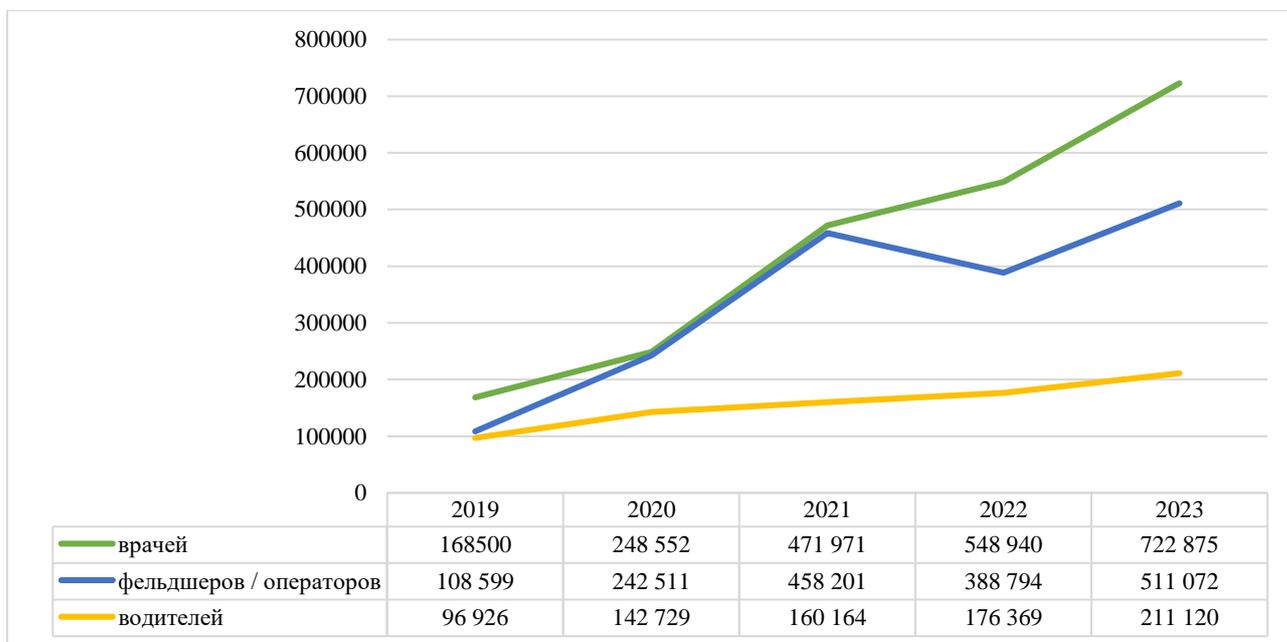


Рисунок 1 – Средняя заработная плата врачей, фельдшеров, водителей за 2019-2023 годы

Примечание – Составлено автором на основании источника [3]

Общая сумма финансирования скорой медицинской помощи за последние пять лет увеличилось в 3,3 раза, составив в общей сумме 17 299 477,0 тыс. тенге, согласно Таблицы 3.

Вместе с тем, отмечено увеличение в структуре расходов:

- на фонд оплаты труда в 3,5 раза;
- на коммунальные услуги в 3,5 раза;
- на горюче-смазочные материалы в 2,2 раза;
- на медикаменты в 1,5 раза.

По удельному весу от общей суммы бюджета занимает фонд оплаты труда,

который составляет 83% или 14 404 514,0 тыс. тенге.

Следующую строку занимают расходы на горюче-смазочные материалы – 4,5%, медикаменты – 3,2% и коммунальные услуги – 0,8%.

На основании имеющихся данных можно заключить, что расходы на коммунальные услуги, заработную плату и медикаменты увеличиваются непропорционально по сравнению с общим ростом финансирования.

Таблица 3 – Финансирование скорой медицинской помощи за 2018-2023 годы

Период, год	Бюджет, тыс. тенге	в том числе расходы:			
		фонд оплаты труда, тыс. тенге	медикаменты, тыс. тенге	горюче-смазочные материалы, тыс. тенге	коммунальные услуги, тыс. тенге
2018	1 210 381,0	1 001 521	50 276,0	85 382,0	10 662,0
2019	1 807 900,0	1 522 085,0	51 350,0	100 751,0	15 551,0
2020	2 829 496,0	2 380 483,0	173 928,0	117 490,0	17 284,0
2021	4 415 535,0	3 434 211,0	142 292,0	140 950,0	25 349,0
2022	2 949 389,0	2 547 725,0	63 789,0	143 031,0	30 921,0
2023	4 086 776,0	3 518 489,0	77 194,0	185 223,0	36 887,0

Примечание – Составлено автором на основании источника [3]

Областная станция скорой медицинской помощи Акмолинской области оборудована автоматизированной системой управления по приему и обработке вызовов Программным комплексом автоматизации диспетчерской службы скорой медицинской помощи «Адис» и GPS- навигацией, позволяющей установить местонахождение выездных бригад для более оперативного взаимодействия диспетчерской службы с бригадами.

Транспортировку пациентов осуществляют 107 единиц автотранспорта имеющихся в скорой медицинской помощи.

Количественная оценка физического старения транспортных средств под воздействием внешних и внутренних факторов, то есть износ выглядит следующим образом в соответствии Таблицы 4:

- до 30% – 58 единиц;
- с 50% до 60% – 34 единиц;
- с 90% до 100% – 5 единиц,
- 100% износ – 10 единиц.

В период с 2018 по 2020 годы было приобретено 92 единиц или 86% парка автотранспорта.

Несмотря на это, износ автотранспорта остается высоким, что свидетельствует о необходимости дальнейшего обновления транспортных средств.

Таблица 4 – Количество и показатели износа автотранспорта

№	Марка автотранспорта	Количество	Год выпуска	Износ, %
1	Daimlerchrysler D	1	2000	100
2	Volkswagen-T5	2	2008	100
3	Volkswagen-T5	1	2010	100
4	Hyundai H-1	4	2012	100
5	Уаз-396295-338	1	2013	100
6	Газ-27527-245	1	2016	100
7	Уаз-396295-460	3	2016	96
8	Ford Tranzit	1	2017	91
9	Уаз-374195-460-05	1	2017	90
10	Уаз-396295-5520	4	2018	50
11	Газ-27527-753	30	2019	51
12	Hyundai H-350 класса B	19	2020	28
13	Hyundai H-350 класса C	11	2020	28
14	JAC Sunray класса A	8	2020	28
15	JAC Sunray класса B	13	2020	28
16	JAC Sunray класса C	4	2020	28
17	УАЗ PROFI - 1288	3	2020	24
Примечание – Составлено автором на основании источника [3]				

Согласно РПН в медицинские организации Акмолинской области прикреплено 783 508 человек (Таблица 5).

При анализе выяснилось, что общая численность прикрепленного населения в исследуемом регионе стабильно увеличивалась с 2018 по 2021 год, достигнув пика в 2021 году (788 698 человек), после чего наблюдается небольшое снижение в 2022 году и незначительный рост в 2023 году.

Общий прирост за весь период составляет 22 947 человек, что свидетельствует о небольшом, но устойчивом росте населения. Преимущественный рост населения наблюдается в городах Кокшетау, Степногорск и Косшы, а также в Целиноградском районе.

Исходя из текущих тенденций и данных, можно предположить, что в ближайшие годы рост численности прикрепленного населения будет только увеличиваться. Что в свою очередь, окажет нагрузку на скорую медицинскую помощь связанную с увеличением количества вызовов. Это потребует не только открытия новых бригад, но и затрат в приобретении автотранспорта, обучение и подготовку кадров.

Таблица 5 – Численность прикрепленного населения

	Район/город	по годам:					
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Итого	760 561	774 848	783 842	788 698	783 378	783 508
1	Аккольский	26 889	26 748	26 653	26 539	25 470	24 908
2	Аршалынский	27 453	27 897	27 822	27 939	27 714	27 290
3	Астраханский	23 575	23 345	23 085	22 575	21 553	20 418
4	Атбасарский	48 526	49 059	49 161	49 276	46 955	45 380
5	Буландынский	31 174	30 813	30 554	30 508	29 405	28 544
6	Бурабайский	74 502	75 371	75 574	75 376	74 182	72 609
7	Егиндыкольский	6 287	6 191	6 075	5 961	5 691	5 426
8	Биржан Сал	15 155	14 578	14 078	13 670	12 865	12 007
9	Ерейментауский	27 087	26 744	26 220	26 080	25 162	23 643
10	Есильский	25 286	24 814	24 227	23 899	22 483	21 297
11	Жаксынский	17 835	17 634	17 365	17 201	16 359	15 212
12	Жаркаинский	14 852	14 642	14 343	14 182	13 493	12 774
13	Зерендинский	26 461	25 769	25 132	24 484	23 107	21 820
14	Коргалжынский	8 602	8 501	8 304	8 141	7 897	7 327
15	Сандыктауский	22 184	22 257	22 227	21 981	21 011	19 199
16	Целиноградский	69 532	75 770	82 336	86 289	60 509	61 829
17	Шортандинский	30 528	30 386	29 945	29 648	28 500	27 614
18	Кокшетау	198 031	205 477	211 279	215 522	223 595	227 685
19	Степногорск	66 602	68 852	69 462	69 427	68 503	70 657
20	Косшы	-	-	-	-	28 924	37 869

Примечание – Составлено автором на основании источника [2]

Ежегодное количество вызовов увеличилось на 8,3% и составило 266 395 вызовов (2018 г. – 245 947 вызовов), согласно Таблицы 6.

Структура вызовов за 2018-2023 годы в разрезе категорий срочности выглядит следующим образом:

- увеличилась доля вызовов 1 категории срочности на 88,3% с 10 460 до 19 700 вызовов;

- увеличилась доля вызовов 2 категории срочности на 246,8% с 24 292 до 84 248 вызовов;

- снизилась доля вызовов 3 категории срочности на 57,8% с 141 640 до 59 802 вызовов;

- увеличилась доля вызовов 4 категории срочности на 47,6% с 69 555 до 102 645 вызовов.

Если учесть, что по итогам 2023 года к медицинским организациям области прикреплено 783,5 тысяч человек, то приблизительно каждый третий человек вызывал скорую медицинскую помощь (в 2018 году – 3,1 человек, 2019 году – 3 человека, 2020 году – 3,3 человека, 2021 году – 2,8 человек, 2022 году - 2,9 человек).

Таблица 6 – Количество вызовов скорой помощи за 2018-2023 годы

Наименование	по годам:					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Итого	245 947	256 174	240 845	285 881	267 315	266 400
1 категория	10 460	5 956	8 705	23 716	21 189	19 700
2 категория	24 292	24 207	33 470	98 440	85 178	84 248
3 категория	141 640	160 838	128 251	58 963	59 579	59 802
4 категория	69 555	65 173	70 419	104 762	101 369	102 645
Примечание – Составлено автором на основании источника [2]						

Среднее время доезда бригады СМП с момента поступления вызова на «103» до доезда к пациенту по 1 категории срочности – 10 минут, по 2 категории срочности – 14 минут, по 3 категории срочности – 17 минут, по 4 категории срочности – 20 минуты. Вместе с тем, в сравнении с показателями 2018 года, отмечается увеличение количества опозданий вызовов в 9,2 раза (Рисунок 2).

Аналогичная картина наблюдается и в структуре категорий срочности опозданий. По 1-ой категории срочности - 15,5 раза, по 2-ой категории в 22,7 раза, по 3-й категории в 3,3 раза. Данные опоздания обусловлены, в первую очередь увеличением количества вызовов. Тем временем, по 4-ой категории срочности наблюдается снижение в 2,2 раза.

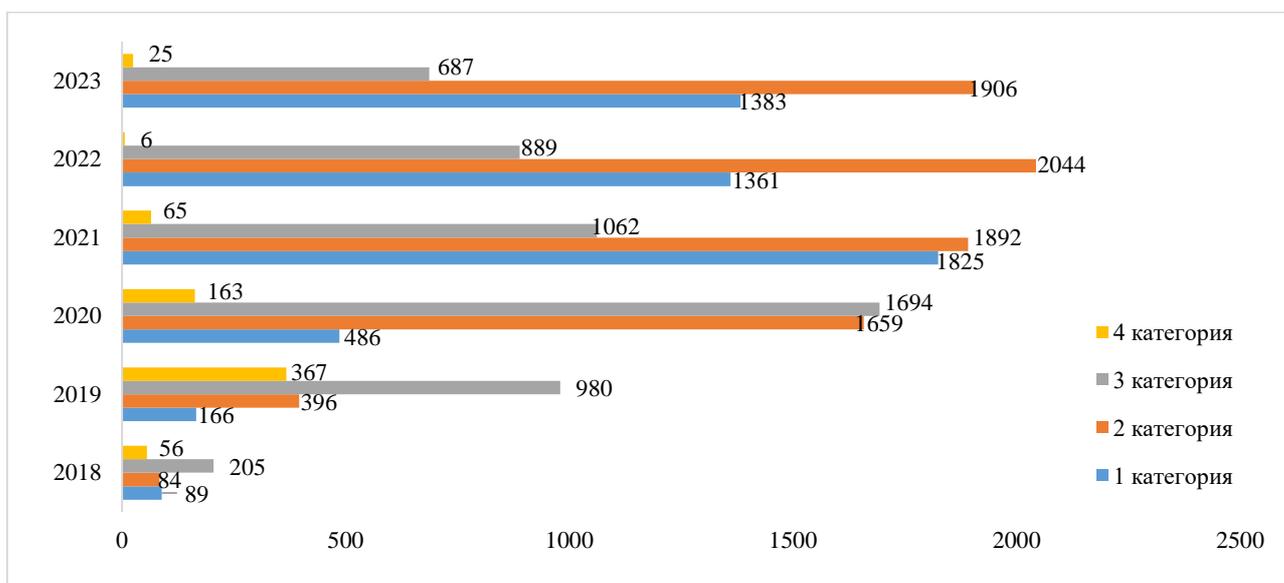


Рисунок 2 – Количество случаев опозданий за 2018-2023 годы в разрезе категорий срочности вызовов

Примечание – Составлено автором на основании источника [3]

Зарегистрировано снижение количества случаев догоспитальной смертности на 28,2% с 1 537 до 1 104 случаев.

Тоже самое снижение наблюдается и в количестве случаев догоспитальной смертности до приезда бригад скорой медицинской помощи на 28,7% с 1 498 до 1 068 случаев. В присутствии бригад на 10,3% с 39 до 35 случаев.

В настоящее время значительным статистическим показателем, косвенно

оценивающим качество медицинской помощи, является досуточная летальность. Этот показатель определяется как отношение числа пациентов, умерших в первые 24 часа пребывания в стационаре, к общему числу умерших среди госпитализированных больных с определённой нозологией. За аналогично сравнимый период отмечено снижение на 33,3% с 48 до 32 случаев.

Также, немаловажным показателем является количество проведенных реанимаций бригадами скорой медицинской помощи. Отмечается положительная динамика увеличения на 17,1% с 41 до 48 случаев. Наряду с этим, успешность проведенных реанимации увеличилась на 29,4% с 17 до 22 случаев.

Проблемные вопросы:

- низкая укомплектованность врачебными кадрами;
- высокий износ санитарного автотранспорта;
- необходимость в регионах РК строительство станции/подстанций СМП, так как здания являются не типовыми и не соответствуют минимальным санитарным нормам (год постройки: 1981 г.);
- несоразмерный рост затрат на коммунальные услуги, фонд оплаты труда и медикаменты над общим ростом финансирования;
- имеется дефицит кадров: из-за недостаточного количества ежегодных выпускников.

2.3 Социологическое исследование жителей и работников скорой медицинской помощи

Результата опроса респондентов

Всего приняло участие 281 сотрудник скорой медицинской помощи Акмолинской области. Их них: мужчин – 60 (57,7%), женщин – 44 (42,3%). Основную часть респондентов составляют жители в возрасте 25-35 лет, что указывает на высокий уровень активности и вовлеченности этой возрастной группы (Рисунок 3).

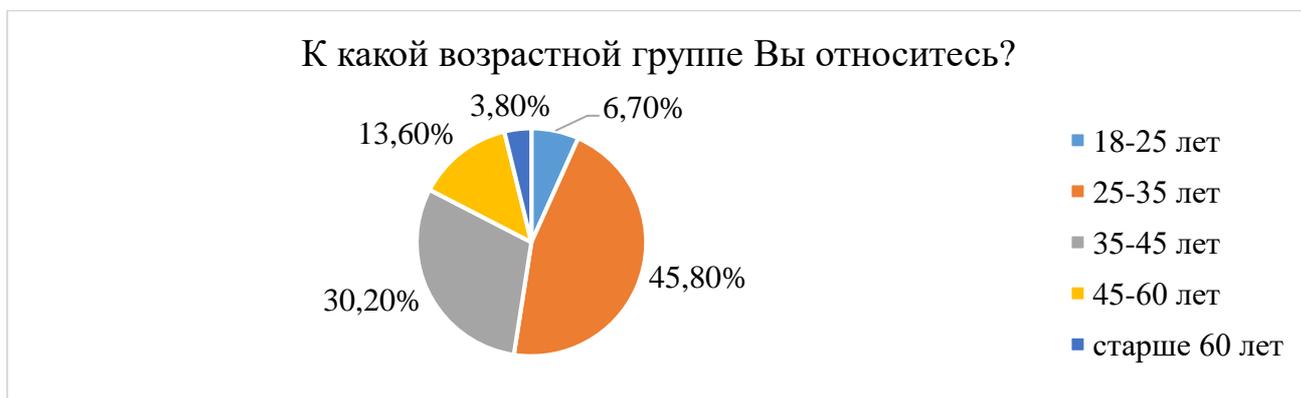


Рисунок 3 – Возраст респондентов

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Большинство респондентов проживают в городской местности 72,1% (Рисунок 4). В сельской 27,9%.



Рисунок 4 – Местность проживания респондентов
 Примечание – Составлено автором на основе опроса

Большинство жителей обращаются за скорой медицинской помощью один раз в год или реже (55,7%), что свидетельствует о хорошем уровне здоровья или доступности других форм медицинской помощи (Рисунок 5). Значительная часть респондентов (ежеквартально и ежемесячно) регулярно нуждаются в экстренной медицинской помощи, что указывает на наличие определенных медицинских потребностей в населении.



Рисунок 5 – Частота обращений в СМП
 Примечание – Составлено автором на основе опроса

Наибольшая группа респондентов скорее удовлетворена организацией работы скорой помощи (40,4%), что указывает на общее положительное восприятие системы (Рисунок 6).

Значительная часть респондентов полностью удовлетворена организацией работы скорой помощи, что свидетельствует о высоком уровне предоставляемых услуг.

Небольшая часть респондентов испытывает неудовлетворенность или затрудняется с ответом, что может свидетельствовать о необходимости улучшений в отдельных аспектах работы скорой помощи.



Рисунок 6 – Удовлетворенность респондентов работой СМП

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Большинство респондентов (34,6%%) считают уровень подготовки и квалификации медицинских работников удовлетворительным (Рисунок 7).

Это указывает на общее положительное восприятие, хотя есть возможности для улучшения. Значительная часть респондентов оценивает уровень подготовки и квалификации как высокий. Это свидетельствует о хорошем уровне профессионализма среди медицинских работников скорой помощи.



Рисунок 7 – Оценка подготовки и квалификации работников СМП

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Так, по итогам опроса выяснено, что большинство жителей удовлетворены

организацией работы скорой помощи и квалификацией медицинских работников. Это указывает на хорошее общее восприятие системы скорой медицинской помощи в регионе. Но следует, отметить, что существует небольшая часть населения, которая не удовлетворена текущим состоянием услуг скорой помощи. Это требует внимания к конкретным проблемам и областям для улучшения.

Результата опроса работников скорой медицинской помощи

Всего приняло участие 281 сотрудник скорой медицинской помощи Акмолинской области. Их них: мужчин – 107 (38,1%), женщин – 174 (61,9%).

Анализ данных показывает, что опрос в основном охватывает мнения работников, находящихся в расцвете своей профессиональной деятельности, что может обеспечить сбалансированный взгляд на опыт и мнения от специалистов среднего и старшего уровня (Рисунок 8).

Большинство респондентов находятся в возрасте от 25 до 60 лет, причем самая большая группа - от 25 до 35 лет.

Молодая демография (18-25 лет) и старшая демография (старше 60 лет) составляют наименьшие доли респондентов.

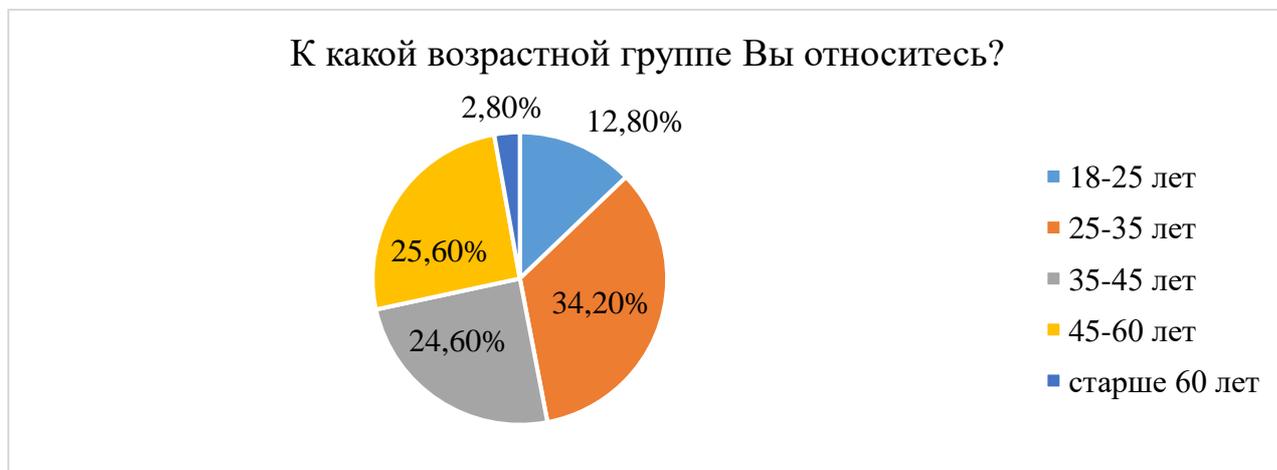


Рисунок 8 – Возраст сотрудников

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Анализ ответов сотрудников скорой помощи выявил, что более половины проживают в городской местности (Рисунок 9). То есть 57,7% опрошенных работают в условиях городской инфраструктуры, которая включает более развитую медицинскую сеть, лучшее оснащение и ресурсы. Тогда как, 42,3% респондентов проживает в сельской местности.



Рисунок 9 – Местность проживания

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Анализ места проживания показывает (Рисунок 10), большинство сотрудников скорой помощи проживают в собственном жилье (70,8%).

Это свидетельствует о стабильности и надежности их жилых условий.

Значительная часть респондентов проживает в арендованном жилье (18,5%). Это может быть связано с различными личными и экономическими факторами, такими как мобильность, финансовые возможности или временное нахождение в определенном районе.

Небольшая часть сотрудников скорой помощи живет у родственников (10,3%), что может быть связано с различными обстоятельствами, такими как экономическая необходимость, семейные обязательства или временные трудности с жильем.

Очень малая часть сотрудников проживает в служебном жилье (0,4%), что свидетельствует о редкости предоставления такого типа жилья для сотрудников скорой помощи или об ограниченных возможностях для этого.



Рисунок 10 – Место проживания

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Согласно результатам анализа (Рисунок 11), чуть более половины сотрудников скорой помощи работают в городской местности – 53,7%.

В отличие от местности проживания, в сельской местности работают на 4% больше сотрудников чем там они проживают. Следовательно, им приходится добираться до места своей работы в другой населенный пункт.



Рисунок 11 – Местность занятости

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Большинство сотрудников скорой помощи являются фельдшерами (Рисунок 12). Это указывает на то, что фельдшеры составляют основную часть медицинского персонала, оказывающего неотложную помощь (60,8%).

Значительная часть респондентов работает диспетчерами (22,4%), которые играют ключевую роль в координации вызовов и распределении ресурсов.

5,7% опрошенных составляют водители, обеспечивающие транспортировку медицинских работников и пациентов.

2,80% врачей предоставляющих специализированную медицинскую помощь.



Рисунок 12 – Должность сотрудников

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Анализ данных об опыте работы сотрудников показывает (Рисунок 13), что большинство работников (26%) имеют стаж от 5-10 лет в данной области медицины, что указывает на присутствие значительного числа молодых специалистов в этой области, что может свидетельствовать о притоке новых кадров и необходимости в программах обучения и адаптации для молодых специалистов.

Наибольшая доля респондентов (26,0%) имеет опыт работы от 5 до 10 лет. Это средний стаж, который может указывать на устоявшихся специалистов, накопивших достаточно опыта для уверенного выполнения своих обязанностей, но все еще открытых для дальнейшего профессионального роста.

Вторыми по величине, являются респонденты имеющие более 20 летний опыта работы в медицине (22,8%). Эти ветераны обладают богатым опытом и знаниями, которые могут быть чрезвычайно полезны для всей организации, особенно в сложных и нестандартных ситуациях.

14,2% сотрудников имеют стаж работы от 10 до 15 лет, а 11,4% респондентов от 15 до 20 лет, та категория сотрудников имеющая значительный опыт, который можно использовать для улучшения процессов и обучения новых работников.



Рисунок 13 – Опыт работы

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Анализ ответов сотрудников скорой помощи на вопрос о мнении престижности их профессии показывает разнообразную картину (Рисунок 14).

Почти половина респондентов считают свою профессию престижной (45,2%). Это положительный показатель, свидетельствующий о высоком уровне удовлетворенности и гордости за свою работу среди значительной части сотрудников скорой помощи.

Однако, 17,8% респондентов склоняются к мнению, что их профессия скорее престижна, чем нет.

15,3% респондентов считают, что их профессия не является престижной.

В то же время, 14,2% респондентов склоняются к мнению, что их

профессия скорее не престижна, чем престижна. По данным ответам следует, что это связано с различными факторами, такими как уровень заработной платы, условия труда, или недостаток признания или поддержки, что влияет на их восприятие своей работы.

7.5% респондентов затруднились дать однозначный ответ.



Рисунок 14 – Престижность профессии

Примечание – Составлено автором на основе опроса

При анализе данных по испытыванию мысли о смене специализации сотрудниками скорой медицинской помощи (Рисунок 15), большинство респондентов (57.7%) ответили утвердительно нет, не задумываюсь, свидетельствующий о том, что большинство сотрудников довольны своей текущей ролью и не планируют переходить в другие области.

В свою очередь, 42.30% респондентов задумываются о смене специализации, которое также может указывать на наличие определенных неудовлетворенностей или стремление к профессиональному развитию и новым возможностям.

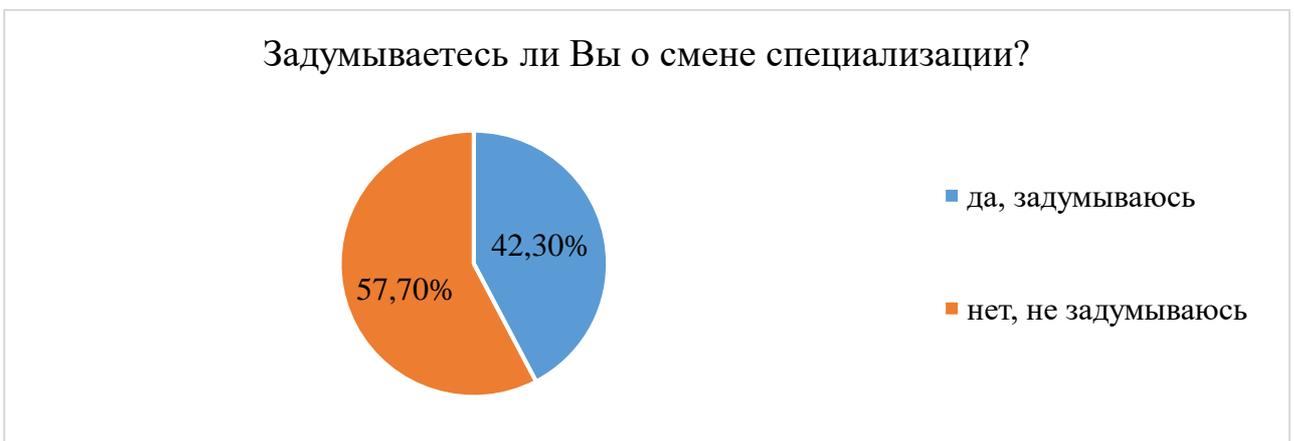


Рисунок 15 – Мнение о смене специализации

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Большая часть респондентов (43,1%) полностью удовлетворены своей работой и местом работы (Рисунок 16). Это положительный показатель, свидетельствующий о высокой степени удовлетворенности и комфорта среди значительной части сотрудников.

19,2% респондентов скорее удовлетворены, чем нет. Эти сотрудники в основном довольны, хотя могут быть некоторые аспекты, которые они хотели бы улучшить.

16,4% респондентов скорее не удовлетворены и 15,3% вовсе не удовлетворены, что указывает на наличие проблем, которые негативно влияют на их профессиональное благополучие.



Рисунок 16 – Удовлетворенность работой и местом работы

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Почти половина респондентов (47%) считает курсы повышения квалификации наиболее важными для профессионального роста (Рисунок 17). Это подчеркивает значимость постоянного обновления знаний и навыков для сотрудников скорой помощи, чтобы оставаться в курсе современных медицинских практик и технологий.

Значительная часть респондентов (20,6%) ценит обмен опытом с коллегами. Это свидетельствует о важности командной работы и взаимного обучения, что может улучшить практические навыки и укрепить профессиональные связи внутри коллектива.

16,4% сотрудников считают важным участие в тренингах и семинарах, где видят возможности для углубленного изучения специализированных тем и непосредственного взаимодействия с экспертами.

Немного меньше респондентов (14,9%) считает важным получение высшего образования в узкой специализации, для повышения профессиональной компетентности и карьерного роста.

Очень небольшая часть респондентов (1,10%) указывает на другие возможности для профессионального роста.



Рисунок 17 – Возможности для профессионального роста
 Примечание – Составлено автором на основе опроса

Значительная часть респондентов (40,6%) сталкивается со стрессом очень часто (Рисунок 18). Это указывает на высокий уровень стресса среди сотрудников скорой помощи, что может быть связано с характером их работы, включающим экстремальные ситуации и необходимость быстрого принятия решений.

Более трети респондентов (33,80%) часто испытывают стресс на работе. Это подтверждает, что стресс является обычным явлением для значительного числа сотрудников, что может влиять на их общее самочувствие и продуктивность. 15,3% сотрудников редко сталкиваются со стрессом.

Небольшая часть респондентов (6,4%) очень редко испытывает стресс на работе. Очень малая часть сотрудников (3,9%) не сталкивается со стрессом на работе.



Рисунок 18 – Частота стресса во время работы
 Примечание – Составлено автором на основе опроса

27,8% респондентов считают, что длительные смены и нерегулярный

график работы являются основным источником стресса (Рисунок 19).

Более одной пятой респондентов считают (21,7%), что чрезвычайные ситуации и эмоциональное напряжение, связанное с страданием пациентов и их родственников, являются значительным источником стресса. Это указывает на высокую эмоциональную нагрузку, которую испытывают сотрудники скорой помощи в таких ситуациях.

Более четверти респондентов считают (26%), что необходимость принятия решений в условиях недостаточной информации является основным источником стресса, что подчеркивает важность наличия точных и своевременных данных для принятия эффективных решений.

10% респондентов указывают на конфликты и несогласованность в коллективе как источник стресса и 9,6% сотрудников чувствуют недостаточную оценку труда и поддержку, что также является значительным фактором стресса.



Рисунок 19 – Источники стресса

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Наибольшая часть респондентов (33,5%) редко сталкивается с негативными эмоциями или недовольствами пациентов и их родственников, что указывает на то, что в большинстве случаев взаимодействие с пациентами и их родственниками проходит без значительных конфликтов или напряженных ситуаций (Рисунок 20).

Значительная часть респондентов (28,1%) часто сталкивается с негативными эмоциями или недовольствами. 12,5% очень часто сталкиваются с негативными эмоциями или недовольствами. 18,1% респондентов очень редко сталкиваются с негативными эмоциями или недовольствами.

Следовательно, в 58,7% случаев сотрудники один и более раз сталкивались с подобными ситуациями.

Небольшая часть респондентов (7,80%) ответили, что вообще не сталкиваются с негативными эмоциями или недовольствами.

Как часто Вы сталкиваетесь с негативными эмоциями или недовольствами пациентов и их родственников?

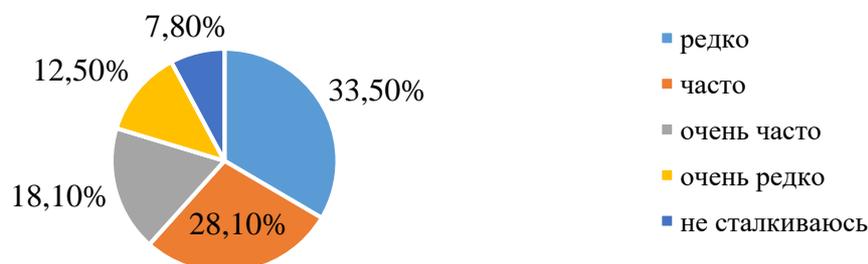


Рисунок 20 – Частота негативных эмоций или недовольств пациентов и их родственников

Примечание – Составлено автором на основе опроса

При анализе данных, подавляющее большинство респондентов (71,5%) указывают (Рисунок 21), что негативные эмоции и недовольства пациентов и их родственников выражаются через слова, крик, матерные выражения или угрозы. Это указывает на высокий уровень вербальной агрессии, с которым сталкиваются сотрудники скорой помощи. Почти 10% респондентов считают, что игнорирование указаний медицинского персонала или отказ от сотрудничества являются способами выражения недовольства. 7,8% респондентов указывают на жесты, мимику, плач и другие физические проявления эмоций как способы выражения негативных эмоций.

Такое же количество (7,8%) указало на физическую агрессию или нападениями, что является серьезным фактором риска для безопасности сотрудников скорой помощи. Небольшая часть респондентов (3,20%) не сталкивается с негативными эмоциями или недовольствами пациентов и их родственников. Это может быть связано с особенностями их работы или эффективными навыками управления конфликтами.

Какими способами выражаются негативные эмоции или недовольства пациентов и их родственников?

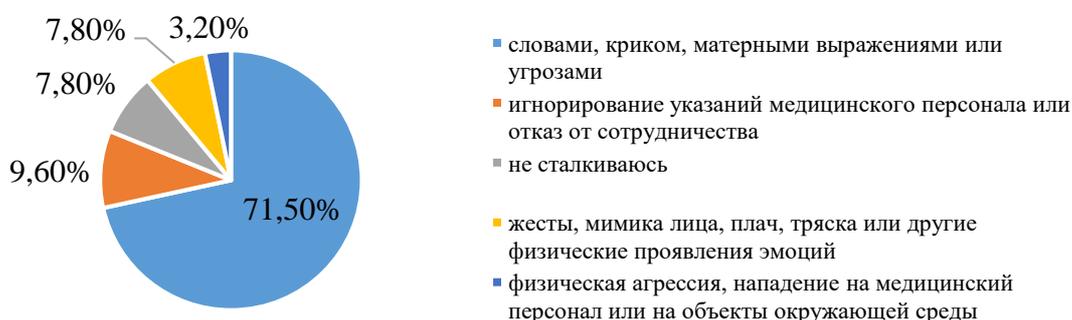


Рисунок 21 – Способы выражения негативных эмоции или недовольства пациентов и их родственников

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Почти половина респондентов (49%) стараются выслушать пациентов и их родственников, проявляя эмпатию и понимание их эмоционального состояния (Рисунок 22). Это подчеркивает важность эмоциональной поддержки и навыков активного слушания в работе сотрудников скорой помощи.

30,1% респондентов стараются объяснить важность сотрудничества и общую цель — сохранение жизни и здоровья пациента. 1

0,8% сотрудников предлагают альтернативные варианты действий или решения, чтобы удовлетворить потребности пациентов и их родственников.

8,9% респондентов стараются игнорировать негативные эмоции или недовольства. Это может быть способом самозащиты, но также может привести к ухудшению отношений с пациентами и их родственниками.

Небольшая часть респондентов (1,2%) предпочитают отвечать взаимностью на негативные эмоции. Это может свидетельствовать о высоком уровне стресса и эмоционального выгорания среди этих сотрудников.



Рисунок 22 – Реакции на негативные эмоции или недовольство пациентов и их родственников

Примечание – Составлено автором на основе опроса

Почти половина респондентов (42,9%) считает, что быстрое реагирование и оперативное прибытие на место происшествия являются ключевыми факторами, влияющими на качество медицинских услуг (Рисунок 23). Четверть респондентов (25,9%) считает, что наличие квалифицированных и обученных медицинских работников критично для качества услуг. 10,40% респондентов подчеркивают важность наличия необходимого оборудования и инструментов для оказания качественной медицинской помощи. 9,7% респондентов считают, что эффективная коммуникация и координация между членами бригады и другими медицинскими учреждениями критично важны для качества услуг. 6,9% респондентов подчеркивают важность постоянного обучения и тренингов для поддержания и повышения профессиональных навыков. Небольшая часть респондентов (4,2%) указали на другие факторы, которые, по их мнению, влияют на качество медицинских услуг.



Рисунок 23 – Факторы, влияющие на качество оказываемых медицинских услуг
Примечание – Составлено автором на основе опроса

Таким образом, результаты опроса подчеркивают важность комплексного подхода к улучшению условий работы сотрудников скорой помощи, включая повышение квалификации, улучшение условий труда и повышение уровня поддержки и признания. Необходимо также уделять внимание снижению уровня стресса и обеспечению безопасности сотрудников.

2.4 Рекомендации по совершенствованию организации оказания скорой медицинской помощи населению Акмолинской области

В связи с вышеупомянутым в целях совершенствования системных мер, направленных на совершенствование организации оказания скорой медицинской помощи населению Акмолинской области, предлагаются следующие рекомендации:

- внедрение системы обратной связи с пациентами, сбор отзывов и статистических данных для анализа эффективности деятельности, позволит оперативно реагировать на жалобы и предложения, улучшая качество услуг и удовлетворенность пациентов. Для этого, необходима разработка и внедрение онлайн-платформы и мобильных приложений для сбора отзывов от пациентов. Также, необходимо проведение регулярных опросов и анкетирования пациентов после получения услуг скорой помощи об качестве оказанной помощи, уровне удовлетворенности и предложениях по улучшению работы службы;

- рассмотрение вопроса разработки долгосрочной программы финансового лизинга по обновлению автопарка ССМП в год на 10-15% позволит постепенно и стабильно обновлять транспортные средства, улучшая качество и надежность предоставляемых услуг. В этой связи, необходимо проведение аудита текущего состояния автопарка, определение приоритетов для обновления на основе уровня износа и технического состояния транспортных средств. Далее проведения переговоров с лизинговыми компаниями. Разработка и утверждение бюджета на обновление автопарка в рамках программы лизинга;

- создание дополнительных бригад, позволит улучшить доступность медицинской помощи, сократить время доезда и обеспечить более равномерное распределение нагрузки среди сотрудников. В этих целях, необходимо проведение анализа текущей нагрузки на существующие бригады скорой помощи, времени доезда и количества вызовов. Проведение набора квалифицированного персонала для новых бригад, и ее дальнейшее обучение. Закуп необходимого количества ИМН и формы для новых бригад. Обеспечение новых бригад современными автомобилями скорой помощи в рамках программы обновления автопарка.

Внедрение этих рекомендаций поможет повысить эффективность работы скорой медицинской помощи, улучшить удовлетворенность жителей и обеспечить более качественное и оперативное оказание медицинских услуг населению Актмолинской области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В связи с вышеупомянутым в целях совершенствования системных мер, направленных на совершенствование организации оказания скорой медицинской помощи населению Ақмолинской области, предлагаются следующие рекомендации:

- система обратной связи с пациентами, сбор отзывов и статистических данных для анализа эффективности деятельности;
- рассмотрение вопроса разработки долгосрочной программы финансового лизинга по обновлению автопарка ССМП в год на 10-15%;
- создание дополнительных бригад.

Внедрение этих рекомендаций поможет повысить эффективность работы скорой медицинской помощи, улучшить удовлетворенность жителей и обеспечить более качественное и оперативное оказание медицинских услуг населению Ақмолинской области.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Выступление Главы государства Касым-Жомарта Токаева на совещании по мерам противодействия распространению коронавирусной инфекции // Официальный сайт Президента Республики Казахстан. – URL: https://www.akorda.kz/ru/speeches/internal_political_affairs/in_speeches_and_addresses/vystuplenie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-na-soveshchanii-po-meram-protivodeistviya-rasprostraneniyu-koronavirusnoi-infekcii. Дата обращения: 05.11.2023 г.
- 2 Информация управления здравоохранения Акмолинской области по численности прикрепленного населения в разрезе районов и городов области от 04.03.2024 года №ЖТ-2024-03256199.
- 3 Информация ГКП на ПХВ «Областная станция скорой медицинской помощи Акмолинской области» от 11.03.2024 года ЖТ-2024-03532477.
- 4 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 «Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации» // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021713>. Дата обращения: 14.12.2023 г.
- 5 Bass R. R. History of EMS //Emergency medical services: Clinical practice and systems oversight. – 2015. – С. 1-16.
- 6 Павлос П. К., Шапошников Г. Н. Доминик Жан Ларрей //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей VIII Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, Екатеринбург, 19-20 апреля 2023 г. – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2023.
- 7 John S. Haller, The Ambulance: A History, Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, Volume 64, Issue 3, July 2009, Pages 392–394.
- 8 Бексейтова В. Совершенствование организационных технологий обеспечения скорой медицинской помощи населению г. Алматы (Казахстан) //Наука третьего тысячелетия. – 2020. – С. 800-806.
- 9 Ахметова Д., Мырзагулова А. О. Оптимизация работы службы скорой медицинской помощи на основе внедрения инновационных технологий //Наука третьего тысячелетия. – 2020. – С. 785-790.
- 10 Хаймина Л. Э. и др. Искусственный интеллект в системе здравоохранения арктических регионов Российской Федерации //Арктика и Север. – 2023. – №. 52. – С. 232-245.
- 11 Ахметжанов К. К., Крылова С. Г. Совершенствование и развитие службы скорой помощи Павлодарской области //Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №. 3. – С. 39-43.
- 12 Alhasan D. Факторы, связанные с удовлетворенностью трудом, у

персонала служб экстренной медицинской помощи в кувейте (кросс-секционное исследование) //Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2022. – №. 3. – С. 100-108.

13 Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года с изменениями и дополнениями // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». – URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000> . Дата обращения: 15.02.2024 г.

14 Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗПК «О здоровье народа и системе здравоохранения» // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». – URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>. Дата обращения: 17.02.2024 г.

15 Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗПК «Об обязательном медицинском страховании» // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». – URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405>. Дата обращения: 26.02.2024 г.

16 Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий» // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». – URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1500001193>. Дата обращения: 26.02.2024 г.

17 Отраслевое соглашение между Министерством здравоохранения Республики Казахстан, Республиканским общественным объединением «Отраслевой профессиональный союз работников системы здравоохранения «Senim», Общественным объединением «Казахстанский отраслевой профессиональный союз работников здравоохранения «Aqniет», Республиканским общественным объединением «Отраслевой профсоюз работников медицины и смежной с ней отраслей «QazMed» и Национальной палатой здравоохранения на 2023 - 2025 годы // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». – URL: https://adilet.zan.kz/rus/docs/D23RR0000_1. Дата обращения: 01.03.2024 г.

18 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-85 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-309/2020 «Об утверждении правил и методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024059>. Дата обращения: 04.03.2024 г.

19 Wilson B. R., Woodrow A. Patient Safety in Emergency Medical Services //Contemporary Topics in Patient Safety-Volume 2. – IntechOpen, 2023.

20 Lateef F. The emergency medical services in Singapore //Resuscitation. – 2006. – Т. 68. – №. 3. – С. 323-328.

21 Национальная стратегия здравоохранения до 2030 года // Официальный веб-сайт Министерства здравоохранения Республики Болгария. – URL:https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2022/07/26/proekt_nzs_2030.pdf. Дата обращения: 09.03.2024 г.

22 Закон о здоровье // Официальный веб-сайт Центр скорой медицинской помощи города Софии. – URL: <https://www.csmp-sofia.bg/wp-content/uploads/documents/zakon-za-zdraveto.pdf>. Дата обращения: 10.03.2024 г.

23 Информация о центре // Официальный веб-сайт Центр скорой медицинской помощи Бургаской области. – URL: <https://csmpbourgas.org>. Дата обращения: 12.03.2024 г.