

© І.М. Рогач, Н.В. Шустова, С.П. Козодаєв, 2011

УДК 614.8 +616.2:658

І.М. РОГАЧ, Н.В. ШУСТОВА, С.П. КОЗОДАЄВ

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

## АНАЛІЗ РОБОТИ СЛУЖБИ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2008 – 2010 РОКІВ

У статті висвітлено вплив регіональних особливостей Закарпатської області на ефективність роботи служби швидкої медичної допомоги. Проаналізовано роботу служби ШМД у регіонах Закарпаття та порівняно з середніми показниками по Україні. Доведено, що показники діяльності ШМД з 2000 року, коли зароджувалась сімейна медицина на Закарпатті, не дуже відрізняються від показників роботи швидкої медичної допомоги протягом 2008 – 2010 рр., що свідчить про слабке реформування в напрямку роботи сімейного лікаря.

**Ключові слова:** швидка медична допомога, організація, невідкладна медична допомога

**Вступ.** Згідно з основним законом нашої держави – Конституцією України ст.49: Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності.

У ст. 7 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що держава гарантує права на охорону здоров'я системою заходів, основними з яких є створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я по поданню населенню України гарантованого рівня медико-санітарної допомоги [1]. В період реформування галузі охорони здоров'я основна увага органів управління приділяється первинній медико-санітарній допомозі, на рівні якої повинні починати і завершувати своє лікування до 80% хворих.

В структурі первинної медико-санітарної допомоги чільне місце займає служба швидкої медичної допомоги, від ефективної роботи якої багато в чому залежить результат лікування хворих і постраждалих, відновлення їх здоров'я і працездатності [2, 3]. Відзначимо, що ефективність роботи цієї служби залежить від рівня розвитку промисловості, сільського господарства, інфраструктури системи охорони здоров'я, географічних особливостей окремого регіону.

У зв'язку з реформою охорони здоров'я в Україні, з покращенням якості надання медичної допомоги на дошпитальному етапі, важливе значення надається роботі сімейного лікаря та ШМД особливо у розділі екстреної та невідкладної допомоги.

**Мета роботи.** Проаналізувати впливу регіональних особливостей Закарпатської області

на показники діяльності служби швидкої медичної допомоги.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз роботи служби швидкої медичної допомоги Закарпатської області за період 2008-2010 рр. При цьому райони області умовно були поділені на три групи. В першу групи увійшли 2 гірські райони (Міжгірський, Рахівський), в другу – 2 рівнинні райони (Виноградівський, Берегівський), а в третій – 9 гірсько-рівнинних районів (Ужгородський, Мукачівський, Перечинський, В.Березнянський, Воловецький, Свалявський, Хустський, Тячівський, Іршавський). Аналіз проводився з використанням структурно-логічного та медико-статистичного методів досліджень за період 2008-2010 рр.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що як кількість бригад швидкої медичної допомоги (ШМД), які надавали невідкладну медичну допомогу на догоспітальному етапі, так і забезпеченість ними населення Закарпатської області за визначений період дослідження достовірно не змінювалися (табл. 1). Так, кількісно населення кожного району області у середньому обслуговувало від  $6,9 \pm 1,1$  до  $7,2 \pm 1,0$  бригад, з яких 30,8% припадало на лікарські, а 69,2% – на фельдшерські бригади. Забезпеченість бригадами становила  $0,8 \pm 0,12$  на 10 тис. населення, що на 5,8% перевищувало середньостатистичні показники по Україні. Кількість виїздів бригад ШМД на виклики мала тенденцію до зменшення, проте величини цих показників у середньому по області статистично не відрізнялись ( $224,3 \pm 45,6$  в 2008 році,  $214,0 \pm 40,2$  в 2010 році виїздів на 1000 населення). Якщо порівняти із аналогічними показниками, розрахованими по Україні, то кількість виїздів бригад ШМД у Закарпатській області була на 18,4% менша, ніж в середньому по Україні. Що стосується кількості осіб, яким була надана невідкладна медична допомога, то вона також мала тенденцію до зниження протягом 2008-2010 років на 5,7%, хоча достовірність цієї різниці статистично не підтвердилась, проте порівняно з середніми показниками по Україні вона була на

10-17% меншою. Як позитивне явище слід відзначити високу питому вагу показника своєчасності прибуття бригад ШМД на місце вик-

лику, що коливалась від  $90 \pm 1,6\%$  до  $91,5 \pm 1,4$ , в той час як в середньому по Україні величина цього показника не перевищувала  $86,0-86,9\%$ .

Таблиця 1

Показники роботи бригад швидкої медичної допомоги Закарпатської області за 2008-2010 роки

Показники	2008	2009	2010
Кількість бригад ШМД (М±т) усього	6,9±1,1	7,0±0,9	7,2±1,0
в тому числі			
лікарських	1,9±0,3	2,0±0,3	2,0±0,4
фельдшерський	5,0±0,4	5,0±0,3	5,2±0,5
Забезпеченість населення області бригадами ШМД (М±ш) на 10 тис. населення усього	0,75±0,11	0,79±0,11	0,8±0,12
в тому числі			
лікарських	0,18±0,006	0,19±0,07	0,19±0,07
фельдшерський	0,57±0,04	0,6±0,03	0,61±0,04
Кількість виїздів бригад ШМД для надання невідкладної медичної допомоги (М±т) на 1000 населення	224,3±45,6	218±46,3	214,0±40,2
Кількість осіб, яким надана невідкладна медична допомога (М±т) на 1000 населення	228±34,7	221±31,2	217±31,9
Питома вага своєчасності приїзду бригад ШМД на місце виклику (М±т), %	91,5±1,4	90,5±1,6	90±1,6

Для визначення показників роботи служби ШМД залежно від умов проживання населення, нами був проведений аналіз роботи бригад ШМД в районах, які відрізнялися рельєфом місцевості, що певною мірою могло впливати на характер роботи служби ШМД.

Проведеними дослідженнями встановлено, що у середньому найбільша кількість бригад ШМД обслуговувала населення гірсько-

рівнинних районів області (6,7 – 7,1 бригади), що на 7% перевищувала їх кількість у гірських районах і на 17% – в рівнинних (табл. 2). У цих же районах, за рахунок станцій ШМД міст Ужгород та Мукачево, кількість лікарських бригад ШМД складала 45% від їх загальної кількості, в той же час питома вага лікарських бригад у гірських та рівнинних районах у середньому становила відповідно 15 і 25%.

Таблиця 2

Забезпеченість населення Закарпатської області бригадами швидкої медичної допомоги

Райони		Загальна кількість бригад ШМД (М±т)			Забезпеченість населення бригадами ШМД (М±т) на 10 тис. населення		
		всього	лікарські	фельдшерські	всього	лікарські	фельдшерські
Гірські	2008	7,0±1,3	1,5±0,0	5,5±1,1	0,94±0,12	0,13±0,03	0,81±0,07
	2009	7,2±1,2	1,5±0,0	5,7±1,2	0,94±0,12	0,13±0,03	0,81±0,08
	2010	7,3±1,1	1,5±0,0	5,8±1,1	0,94±0,12	0,13±0,03	0,81±0,07
Гірсько-рівнинні	2008	6,9±1,4	3,0±0,7	3,9±0,8	0,75±0,13=2	0,34±0,06	0,41±0,07
	2009	7,1±0,9	3,0±0,4	4,1±0,4	0,75±0,14	0,34±0,07	0,41±0,08
	2010	7,3±1,3	3,2±0,5	4,1±0,7	0,75±0,11	0,34±0,07	0,41±0,05
Рівнинні	2008	6,1±0,9	1,6±0,3	4,5±0,5	0,69±0,13	0,21±0,08	0,48±0,06
	2009	6,1±0,9	1,6±0,3	4,5±0,6	0,69±0,12	0,21±0,07	0,48±0,04
	2010	6,1±0,9	1,6±0,3	4,5±0,6	0,69±0,12	0,21±0,07	0,48±0,05

У той же час, забезпеченість бригадами ШМД була найвища у гірських районах ( $0,94 \pm 0,11$  на 10 тис. населення), з яких переважна більшість припадала на фельдшерські бригади (85%). Друге рангове місце займали гірсько-рівнинні, третє – рівнинні райони, в яких переважну більшість становила забезпеченість фельдшерськими бригадами

(відповідно 60 і 75%).

Що стосується кількості виїздів бригад ШМД, то у 2009 році виявлено збільшення цього показника – на 9,7% у гірсько-рівнинних районах, зменшення на 9,6% у гірських, а у рівнинних районах цей показник залишився на рівні минулого року. (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка виїздів бригад швидкої медичної допомоги протягом 2008-2010 рр.

Показники		Гірський район	Гірсько-рівнинний район	Рівнинний район
Кількість виїздів бригад ШМД (М $\pm$ т)	2008	291,8 $\pm$ 68,330,6 $\pm$ 76,8	176,4 $\pm$ 34,9	204,7 $\pm$ 23,4
	2009	280,8 $\pm$ 81,4	183,2 $\pm$ 35,2	204,1 $\pm$ 28,3
	2010	310,8 $\pm$ 69,5	187,4 $\pm$ 34,9	221,7 $\pm$ 22,3
Кількість осіб, яким надана невідкладна медична допомога всього	2008	294,1 $\pm$ 36,7	179,1 $\pm$ 28,9	207,1 $\pm$ 28,8
	2009	284,3 $\pm$ 42,6	186,8 $\pm$ 24,7	208,8 $\pm$ 27,4
	2010	313,1 $\pm$ 38,8	188,1 $\pm$ 26,9	226,1 $\pm$ 28,8

У наступному 2010 році порівняно з попереднім роком кількість виїздів бригад ШМД у всіх районах збільшилась: у гірських – на 9%, у гірсько-рівнинних – на 2,5%, в рівнинних районах – на 7,7% відповідно.

Аналогічну закономірність було встановлено за показником, який характеризував кількість осіб, яким була надана невідкладна медична допомога. Так, у гірських районах у 2009 році величина цього показника в середньому зменшилась на 3,4 % порівняно з попереднім роком, у гірсько-рівнинних районах збільшилась на 4,5%, а в рівнинних районах збільшилась на 0,8%. У наступному 2010 році кількість осіб у всіх районах, яким була надана невідкладна медична допомога на догоспітальному етапі збільшилась порівняно з попереднім роком на 9,2% в гірських районах, на 0,6% в гірсько-рівнинних та на 7,6% у рівнинних районах відповідно.

Цікаво, що у всіх випадках кількість осіб, що мешкають у гірських районах, викликали бригади швидкої медичної допомоги в середньому в 1,6 разу частіше, ніж жителі рівнинних районів, і в 1,4 разу частіше, ніж жителі гірсько-рівнинних районів.

Відомо, що ефективність надання невідкладної медичної допомоги багато в чому залежить від її своєчасності, а це безпосередньо пов'язано з часом прибуття бригад ШМД на місце виклику. Зважаючи на значущість фактора часу, нами проаналізована своєчасність прибуття бригад ШМД на місце виклику з урахуванням визначеного часового інтервалу між викликом і початком надання невідкладної медичної допомоги. Встановлено, що за величиною цього показника у 2008 році перше рангове місце припадало на бригади ШМД рівнинних районів (96,0 $\pm$ 2,2% виїздів), друге – на гірсько-рівнинні райони (94,5 $\pm$ 2,1% виїздів) і лише третє місце – на гірські райони (83,7 $\pm$ 1,7% виїздів) (табл.4).

Таблиця 4

Питома вага своєчасності приїзду бригад ШМД на місце виклику

Показники		Гірський район	Гірсько-рівнинний район	Рівнинний район
Питома вага своєчасності приїзду бригад ШМД на місце виклику	2008	83,7 $\pm$ 1,7	94,5 $\pm$ 2,1	96,0 $\pm$ 2,2
	2009	84,8 $\pm$ 1,1	93,0 $\pm$ 1,6	94,1 $\pm$ 1,3
	2010	89,1 $\pm$ 1,2	90,4 $\pm$ 2,1	91,2 $\pm$ 1,4

У 2009 році перше і друге місце за цим показником припадали відповідно, на рівнинні (94,1 $\pm$ 1,3%) і гірсько-рівнинних районах (93,0 $\pm$ 1,6%), а гірські райони знову знаходилися на третьому місці (84,8 $\pm$ 1,1%). Такий же розподіл залишився і в 2010 р.

**Висновки.** Доведено, що показники діяльності ШМД з 2000 року, коли зароджувалась сімейна медицина на Закарпатті, не дуже відріз-

няються від показників роботи швидкої медичної допомоги протягом 2008 – 2010 рр. Це свідчить про слабе реформування в напрямку роботи сімейного лікаря, особливо це стосується гірських та гірсько-рівнинних районів, де зовсім не зменшилась кількість виїздів ШМД, а також не зменшилась кількість фельдшерських бригад, робота яких мала би замінюватися роботою сімейних лікарів.

Визначено, що населення гірських районів потребує невідкладної медичної допомоги частіше, ніж населення гірсько-рівнинних і рівнинних районів відповідно у 1,4 і 1,6 разу.

Встановлено, що бригади ШМД у більшості випадків прибували на місця виклику своєчасно, проте у гірських районах величина цього показника була найменшою.

Потребують додаткового вивчення об'єктивні причини несвоєчасного доїзду бригад ШМД, на що можуть впливати: зв'язок, стан доріг, технічний стан автотранспорту та відстані розташування лікувально-профілактичних закладів, тощо.

Надзвичайно актуальним є потреба визначення ролі лікаря АЗПСМ (сімейної медицини) в етапності надання екстреної та невідкладної медичної допомоги населенню на первинному етапі.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Волошин В.О. Інформаційне забезпечення Державної служби медицини катастроф України / В.О. Волошин, А.В. Терентева, І.М. Рогач, Н.Л. Загоруйко // Український журнал екстремальної медицини. — 2001. — №2. — С. 16—18.
2. Рошнін Г.Г. Аналіз роботи швидкої медичної допомоги в Україні у 2000 році / Г.Г. Рошнін, В.О. Волошин // Український журнал екстремальної медицини.—2001. — №3. — С11—15.
3. Чопей І.В. Організація роботи закладу первинної медико-санітарної допомоги в умовах гірського району Закарпаття/ І.В. Чопей, І.М. Рогач, В.П. Бондар// Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина. — 2001. — Вип.16. — С.212—215.
4. Чопей І.В. Реформування первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини в Закарпатській області / І.В. Чопей, І.М. Рогач// Охорона здоров'я України. — 2002. — №3—4(6—7). — С.48—51.
5. Фера О.В., Рогач І.М. Особливості медико-санітарного забезпечення населення Закарпаття під час повені / О.В. Фера, І.М. Рогач // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина. — 2001. — Вип.21. — С.273—275.

**Стаття надійшла до редакції 15.03.2011**

I.M. RONACH, N.V.SHUSTOVA, S.P. KOZODAEV

Uzhgorod National University, Faculty of Postgraduate Education, Cathedra of Public Health, Uzhgorod

#### ANALYSIS OF TRANSCARPATHIAN AMBULANCE SERVICE FOR THE PERIOD 2008-2010

This article reviews the influence of regional peculiarities Transcarpathia the performance of the ambulance service. Analyzes the service ambulance service in Transcarpathia region and relative to the average across Ukraine. Proved that the performance ambulance service since 2000, when the emerging family medicine in Transcarpathia, not very different values of the ambulance during 2008 – 2010, which indicates a weak reform in the direction of the family doctor.

**Key words:** ambulance service, organization, first aid