## Введение

Актуальность проблемы. По информации государственного Комитета РФ по статистике в 2011 году в Российской Федерации более 11,5 тыс. муниципальных образований, которые имеют как общие типологические климато-географические, экономические признаки, данные по численности населения, так и индивидуальные обусловленные размещением производств, территориальным расселением населения, общественно-бытовыми, этническими и другими особенностями. Указанные факторы создают предпосылки к развитию сети, инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений и организации скорой медицинской помощи населению.

За период с 2000 по 2011 гг. количество станций (отделений) скорой медицинской помощи в Российской Федерации увеличилось с 3042 до 3172, а количество населения, которому оказана медицинская помощь с 51,5 млн. до 52,3 млн. человек (соответственно на 1000 населения с 348 до 362). При этом диапазон частоты вызовов, в муниципальных образованиях, на 1000 населения колеблется от 220 до 400 и более.

Реструктуризация сети, сокращение коечного фонда и развитие стационарно – замещающих технологий не оказали существенного влияния на объемы деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи. Участково-территориальная сеть поликлинических учреждений характеризуется низким уровнем укомплектованности врачами-терапевтами, при этом их численность имеет тенденцию к снижению, при высоком удельном весе лиц пенсионного возраста.

Сокращение сети лечебно-профилактических учреждений сопровождалось закрытием участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов. При снижении численности населения в сельских поселениях, попытки привести к нормативной обеспеченности медицинскими учреждениями, в какой-то степени объяснима, но вместе с тем население лишалось первичной доврачебной и врачебной медицинской помощи, а расстояния, некачественная телефонизация и состояние дорог создают проблемы в получении скорой медицинской помощи.

Вместе с тем, в научной литературе и в практическом приложении проблемы организации, моделировании оптимальной структуры станций (отделений) скорой медицинской помощи, с учетом экономико-территориальных особенностей недостаточно освещены, поэтому разработка и научное обоснование, технологической модели станции скорой медицинской помощи с учетом экономического состояния муниципального образования, размещение производств, расселение населения, тенденций и прогноза изменений в демографической структуре и заболеваемости приобретают актуальное значение.

Объект курсовой работы – отделения скорой помощи г. Коркино, Челябинской области.

Предмет курсовой работы – практика организации работы отделения скорой помощи г. Коркино, Челябинской области.

Цель данной курсовой работы – оптимизация существующей системы и создание организационно-технологической модели скорой медицинской помощи населению в муниципальном образовании.

Для достижения поставленной цели, в процессе исследовательской работы решались следующие задачи:

1. Изучение правовых аспектов, проблем и системы организации скорой медицинской помощи в муниципальном образовании.
2. Исследование объемов, видов оказываемой скорой медицинской помощи и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений муниципального образования.
3. Изучение функционирующей системы скорой медицинской помощи – станции в г. Коркино, Челябинской области.
4. Обоснование создания организационно-технологической модели станции скорой медицинской помощи в г. Коркино, Челябинской области.

## 1. Теоретико-правовые аспекты организации службы скорой помощи в муниципальном образовании

## 1.1 Правовые основы организации муниципального здравоохранения в РФ

Медицинская помощь в Российской Федерации предоставляется по трехуровневой модели: федеральный уровень, уровень субъекта Федерации и уровень муниципального образования. При этом полномочия каждого уровня власти регулируются федеральными законами, для муниципального уровня это Федеральный закон от 06.10.2003 №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (далее – Закон №131-ФЗ). С целью изучения механизмов реализации полномочий муниципальных органов власти в решении вопросов организации медицинской помощи рассмотрим основные принципы организации местного самоуправления в Российской Федерации, изложенные в Законе №131-ФЗ.

Определяя правовую основу местного самоуправления, в Законе указывается, что ее «составляют общепризнанные принципы и нормы международного права, международные договоры Российской Федерации, Конституция Российской Федерации, федеральные конституционные законы, настоящий Федеральный закон, другие федеральные законы, издаваемые в соответствии с ними иные нормативные правовые акты Российской Федерации (указы и распоряжения Президента Российской Федерации, постановления и распоряжения Правительства Российской Федерации, иные нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти), конституции (уставы), законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации, уставы муниципальных образований, решения, принятые на местных референдумах и сходах граждан, и иные муниципальные правовые акты» (ст. 4).

Законодатель установил полномочия федеральных, региональных и местных органов власти в области местного самоуправления.

К полномочиям федеральных органов государственной власти в области местного самоуправления относятся (ч. 1 ст. 5):

– определение общих принципов организации местного самоуправления в Российской Федерации, устанавливаемых настоящим Федеральным законом;

– правовое регулирование по предметам ведения Российской Федерации и в пределах полномочий Российской Федерации по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации прав, обязанностей и ответственности федеральных органов государственной власти и их должностных лиц, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и их должностных лиц в области местного самоуправления;

– правовое регулирование прав, обязанностей и ответственности граждан, органов местного самоуправления и должностных лиц местного самоуправления по решению вопросов местного значения;

– правовое регулирование прав, обязанностей и ответственности органов местного самоуправления и должностных лиц местного самоуправления при осуществлении отдельных государственных полномочий, которыми органы местного самоуправления наделены федеральными законами в порядке, установленном настоящим Федеральным законом.

Таким образом, федеральная власть при определении своих полномочий в вопросах местного самоуправления оставила за собой полный спектр правового регулирования полномочий всех уровней власти в Российской Федерации в вопросах местного самоуправления, что сделано с целью проведения единой политики по развитию местного самоуправления в Российской Федерации.

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области местного самоуправления относятся (ч. 1 ст. 6):

– правовое регулирование вопросов организации местного самоуправления в субъектах Российской Федерации в случаях и порядке, установленных настоящим Федеральным законом;

– правовое регулирование прав, обязанностей и ответственности органов государственной власти субъектов Российской Федерации и их должностных лиц в области местного самоуправления в случаях и порядке, установленных федеральными законами;

– правовое регулирование прав, обязанностей и ответственности органов местного самоуправления и должностных лиц местного самоуправления по предметам ведения субъектов Российской Федерации, а также в пределах полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации;

– правовое регулирование прав, обязанностей и ответственности органов местного самоуправления и должностных лиц местного самоуправления при осуществлении отдельных государственных полномочий, которыми органы местного самоуправления наделены законами субъектов Российской Федерации в порядке, установленном настоящим Федеральным законом.

Таким образом, границы правового регулирования деятельности муниципальных образований органами государственной власти субъекта Федерации определяются федеральным законодателем посредством Закона №131-ФЗ.

В ч. 2 ст. 5 и ч. 2 ст. 6 указано, что осуществление исполнительно-распорядительных и контрольных полномочий федеральными и субъектными органами государственной власти в отношении муниципальных образований и органов местного самоуправления допускается только в случаях и порядке, установленных Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними законами субъектов Российской Федерации.

С целью организации взаимодействия муниципальных образований между собой ст. 8 вводит институт совета муниципальных образований, создаваемый в каждом субъекте Российской Федерации. В целях объединения финансовых средств, материальных и иных ресурсов для решения вопросов местного значения законодатель в ч. 4 ст. 8 указывает на возможность образования межмуниципальных объединений, учреждение хозяйственных обществ и других межмуниципальных организаций.

С целью изложения полномочий местных органов власти в части организации медицинской помощи Закон №131-ФЗ для различных типов муниципальных образований указывает следующие полномочия:

– муниципальный район (ст. 15) – владение, пользование и распоряжение имуществом, находящимся в муниципальной собственности муниципального района (п. 3); организация оказания на территории муниципального района скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов (п. 12);

– городской округ (ст. 16) – владение, пользование и распоряжение имуществом, находящимся в муниципальной собственности городского округа (п. 3); организация оказания на территории городского округа скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов (п. 14).

Отдельно необходимо остановиться на стационарно-поликлинических учреждениях, которые законодателем предусмотрены в городском округе в ущерб амбулаторно-поликлиническим учреждениям, что, на наш взгляд, является нецелесообразным. Помимо этого, в ч. 4 ст. 50 Закона №131-ФЗ, где указываются виды имущества, необходимые для исполнения полномочий органов местного самоуправления городского округа, законодателем не упоминаются стационарно-поликлинические учреждения. Также в ряде приказов Минздравсоцразвития России, например в Приказе от 07.10.2005 №627 «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения», отсутствуют стационарно-поликлинические учреждения.

Для материального обеспечения возложенных полномочий Закон №131-ФЗ определил имущество, которое может находиться в собственности различных типов муниципальных образований (ст. 50). Так, в собственности:

– поселений может находиться (ч. 2 ст. 50) имущество, предназначенное для создания, развития и обеспечения охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов местного значения на территории поселения (пп. 18);

– муниципальных районов может находиться (ч. 3 ст. 50) имущество, предназначенное для оказания на территории муниципального района скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов (пп. 8); имущество, предназначенное для создания, развития и обеспечения охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов местного значения на территории муниципального района (пп. 16);

– городских округов (ч. 4 ст. 50) могут находиться все виды имущества, перечисленные в ч. 2 и 3 ст. 50.

Законодатель особо отметил, что органы местного самоуправления «вправе передавать муниципальное имущество во временное или в постоянное пользование физическим и юридическим лицам, органам государственной власти Российской Федерации (органам государственной власти субъекта Российской Федерации) и органам местного самоуправления иных муниципальных образований, отчуждать, совершать иные сделки в соответствии с федеральными законами» (ч. 2 ст. 51), а также «могут создавать муниципальные предприятия и учреждения, участвовать в создании хозяйственных обществ, в том числе межмуниципальных, необходимых для осуществления полномочий в решении вопросов местного значения» (ч. 4 ст. 51).

Таким образом, посредством ст. ст. 8 и 51 заложена правовая основа организации межмуниципальных медицинских учреждений и организаций, в том числе расположенных на базе медицинских учреждений муниципальных образований, создана основа легитимной передачи части полномочий и одновременно имущества другому уровню власти или иным юридическим лицам, в том числе с целью предоставления медицинской помощи гражданам на территории данного муниципалитета.

Законодатель с целью решения вопросов местного значения, в частности в части предоставления медицинской помощи гражданам, органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов наделил следующими полномочиями (ч. 1 ст. 17): создание муниципальных предприятий и учреждений, финансирование муниципальных учреждений, формирование и размещение муниципального заказа; установление тарифов на услуги, предоставляемые муниципальными предприятиями и учреждениями, если иное не предусмотрено федеральными законами.

В Законе №131-ФЗ предусмотрена возможность наделения органов местного самоуправления (муниципальных районов и городских округов, если иное не установлено федеральным законом или законом субъекта Российской Федерации) отдельными государственными полномочиями Российской Федерации (ч. 2 ст. 19). Процесс наделения муниципалитетов отдельными федеральными полномочиями осуществляется посредством принятия федеральных законов, отдельными государственными полномочиями субъектов Российской Федерации – законами субъектов Российской Федерации. Наделение органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями иными нормативными правовыми актами не допускается. Финансовое обеспечение отдельных государственных полномочий, переданных органам местного самоуправления, осуществляется только за счет предоставляемых местным бюджетам субвенций из соответствующих бюджетов.

С целью осуществления координации и контроля при исполнении органами местного самоуправления отдельных государственных полномочий федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в случаях, установленных федеральными законами и законами субъектов Российской Федерации, в пределах своей компетенции вправе издавать обязательные для исполнения нормативные правовые акты (ч. 1 ст. 20).

Закон установил структуру органов местного самоуправления (ст. 34): представительный орган муниципального образования, глава муниципального образования, местная администрация (исполнительно-распорядительный орган муниципального образования), контрольный орган муниципального образования, иные органы и выборные должностные лица местного самоуправления, предусмотренные уставом муниципального образования и обладающие собственными полномочиями в решении вопросов местного значения (ч. 1 ст. 34).

На наш взгляд, необходимо специально выделить некоторые вопросы, которые отнесены к исключительной компетенции представительного органа муниципального образования (ст. 35):

– определение порядка управления и распоряжения имуществом, находящимся в муниципальной собственности;

– определение порядка принятия решений о создании, реорганизации и ликвидации муниципальных предприятий и учреждений, а также об установлении тарифов на услуги муниципальных предприятий и учреждений;

– определение порядка участия муниципального образования в организациях межмуниципального сотрудничества;

– контроль за исполнением органами местного самоуправления и должностными лицами местного самоуправления полномочий в решении вопросов местного значения.

В процессе реализации органами местного самоуправления полномочий в организации медицинской помощи возникают вопросы, решение которых отнесено к исключительной компетенции представительного органа: организация новых медицинских учреждений на территории; развитие межмуниципальных учреждений здравоохранения, создаваемых по инициативе муниципалитетов с целью рационального решения возложенных полномочий; установление тарифов на платные услуги медицинских учреждений и др.

Устанавливая порядок расходования средств из местного бюджета, Закон в ч. 2 ст. 53 определил, что органы местного самоуправления самостоятельно определяют размеры и условия оплаты труда работников муниципальных предприятий и учреждений, устанавливают муниципальные минимальные социальные стандарты и другие нормативы расходов местных бюджетов на решение вопросов местного значения.

Федеральный законодатель, осуществляя реформу системы власти в Российской Федерации, ввел понятие «заказ» и разрешил его использование в практике муниципального управления. Так, в ст. 54 («Муниципальный заказ») записано, что размещение заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для муниципальных нужд осуществляется в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 21.07.2005 №94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (ч. 1 ст. 54).

Особенностями муниципального заказа в соответствии с Законом №131-ФЗ являются следующие:

– муниципальный заказ оплачивается за счет средств местного бюджета;

– размещение муниципального заказа осуществляется на конкурсной основе;

– порядок формирования, размещения, исполнения и контроля за его исполнением устанавливается уставом муниципального образования и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Учитывая многофакторность Федерального закона №131-ФЗ, а также понимая сложность и опасность поспешного введения его в действие, законодатель устанавливает переходный период со дня его официального опубликования до 1 января 2009 г. (ч. 1.1 ст. 83), предусматривая при этом возможность более раннего окончания указанного переходного периода на отдельных территориях.

Итак, Федеральный закон №131-ФЗ предложил муниципальной власти инструменты для реализации полномочий, возложенных на местное самоуправление. На сегодняшний день Законом определены правовые и финансовые механизмы для реализации органами власти местного самоуправления возложенных полномочий по организации первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением скорой специализированной медицинской помощи), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Закрепленные за муниципальным уровнем власти Законом №131-ФЗ полномочия в сфере здравоохранения были детализированы в Основах законодательства здравоохранения Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 №5487–1 (далее – Основы) в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (далее – Закон №122-ФЗ).

Статьи 8 и 13 описывают муниципальную систему здравоохранения.

Так, в ст. 8 Основ к ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

– контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан;

– защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

– формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения;

– развитие учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; создание условий для развития частной системы здравоохранения;

– организация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, включая обеспечение указанных медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, а также донорской кровью и ее компонентами;

– медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов;

– скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной);

– контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи;

– обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории;

– охрана окружающей природной среды и обеспечение экологической безопасности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

– информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

– санитарно-гигиеническое образование населения.

Проводя анализ полномочий органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан, указанных в Основах, рассмотрим их в свете Закона №131-ФЗ.

1. «Контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан». Данная функция не подверглась изменению в Законе №122-ФЗ и сохранилась, как в первоначальной редакции Основ, однако при сопоставлении ее с аналогичными полномочиями субъекта Федерации («принятие законодательных и иных правовых актов, контроль за их соблюдением и исполнением» – п. 1 ст. 6) она представляется более широкой. При закреплении полномочий за муниципальной властью по «контролю за соблюдением стандартов медицинской помощи» обращают на себя внимание более широкие права муниципального уровня по сравнению с правами субъекта Федерации («участие в осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи, оказываемой организациями независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности в части реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации» – п. 4.1 ст. 6 Основ в редакции Закона от 31.12.2005 №199-ФЗ). По всей видимости, данные логические противоречия в ближайшее время законодателем будут устранены.

2. «Организация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях…». Законом №131-ФЗ заложен ряд механизмов для реализации указанных полномочий: содержание на балансе муниципалитета медицинских учреждений, формирование муниципального заказа и размещение его на конкурсной основе, организация медицинских учреждений совместно с другими муниципальными образованиями. Выбор того или иного пути, а также их сочетание зависят от местных условий развития территории.

3. «Медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов». Появление специального указания на возможность предоставления данного вида медицинской помощи в муниципальных образованиях продиктовано тем, что предоставляется она в большом числе муниципальных образований в специализированных медицинских учреждениях, что согласно п. 5 ст. 6 Основ должно осуществляться на базе специализированных медицинских учреждений субъекта Федерации. Поэтому для сохранения сложившейся практики оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов как на уровне субъекта Федерации, так и в муниципальных образованиях законодатель отдельно указал на возможность предоставления данного вида помощи в медицинских учреждениях муниципалитета. Однако, как нам представляется, корректная формулировка фразы должна быть следующей: «Медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе в специализированных медицинских учреждениях».

Описывая порядок организации муниципальной системы здравоохранения, законодатель в ст. 13 Основ указал, что «к муниципальной системе могут относиться муниципальные органы управления здравоохранением, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами. Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность в пределах своей компетенции. Финансовое обеспечение деятельности организаций муниципальной системы здравоохранения является расходным обязательством муниципального образования. Оказание медицинской помощи в организациях муниципальной системы здравоохранения может также финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования и других источников в соответствии с законодательством Российской Федерации».

В данной статье указана возможность финансирования оказания медицинской помощи за счет средств ОМС. Однако в Законе №131-ФЗ, в ст. 49 «Экономическая основа местного самоуправления», сказано, что «экономическую основу местного самоуправления составляют находящееся в муниципальной собственности имущество, средства местных бюджетов, а также имущественные права муниципальных образований». Указаний на возможность привлечения средств внебюджетных фондов с целью осуществления полномочий муниципальных образований нет. Таким образом, на наш взгляд, имеется противоречие. Однако, учитывая правовое равенство обоих Законов, а также отсроченное введение Закона №131-ФЗ, данным противоречием можно пренебречь и применять нормы Основ.

В заключение хотелось бы отметить, что развитие системы муниципального здравоохранения на сегодняшний день должно, на наш взгляд, опираться на сложившуюся структуру в каждом отдельно взятом муниципальном образовании и развиваться с использованием современных правовых механизмов.

## 1.2 Система скорой медицинской помощи в современных условиях

Анализ истории развития скорой медицинской помощи (далее – СМП) позволяет определить основные черты этого вида помощи и сформулировать принципы ее организации. На первом этапе своего развития (с 1897 года) скорая медицинская помощь в России была представлена каретами «скорой помощи». Задачами этих подразделений первоначально было оказание помощи при пожарах, стихийных бедствиях, на улице и в общественных местах. Существенный рост числа пациентов, которым была оказана медицинская помощь каретами СМП, экспроприация ряда частных лечебниц после Октябрьской революции, явились предпосылками второго этапа развития скорой медицинской помощи, характеризующегося формированием госпитального ее звена. В 30–50-е годы прошлого столетия наблюдается специализация скорой медицинской помощи на обоих этапах ее оказания. К началу 60-х годов скорая медицинская помощь стала представлять один из основных и наиболее значимых видов помощи. Для ее обеспечения активно функционировали хорошо структурированная служба скорой медицинской помощи (станции, подстанции) и широкая сеть соматических стационаров. К середине 80-х годов ключевым вопросом дальнейшего совершенствования скорой медицинской помощи становится необходимость усиления взаимодействия двух ее этапов – догоспитального и госпитального. При этом требования и нормативы работы станций скорой медицинской помощи и скоропомощных стационаров, координация их деятельности были определены рядом нормативных актов Министерства здравоохранения. Последовавшая перестройка социально-экономической сферы не позволила реализовать принципы реформирования скорой медицинской помощи в полной мере. С переходом к обязательному медицинскому страхованию были внедрены и различные подходы к финансированию двух этапов скорой медицинской помощи: догоспитальный этап – по системе бюджетного финансирования, госпитальный – за счет средств ОМС. Завершением такого пути развития стал выход действующего до настоящего времени приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.1999 №100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации», который посвящен исключительно вопросам развития догоспитального этапа СМП. В результате, организационно, функционально и клинически единый процесс оказания скорой медицинской помощи был разорван на 2 самостоятельных, слабо взаимодействующих этапа. Опыт реализации программ совершенствования только одного из этапов свидетельствует о том, что их медицинская результативность (уровень летальности, число осложнений и т.п.) значительно скромнее планируемой.

В настоящее время:

* за медицинской помощью по поводу неотложных состояний ежегодно обращается каждый третий житель страны;
* госпитализируется по экстренным показаниям 19,7% пациентов, обратившихся за скорой медицинской помощью;
* более 60% объемов стационарной помощи оказывается в неотложном порядке;
* более 90% больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации;
* неотложные (прежде всего сердечно-сосудистые) заболевания, травмы и отравления занимают первое место среди причин смерти лиц трудоспособного возраста.

Основными чертами, принципиально отличающими скорую медицинскую помощи от других видов помощи, являются:

1. Безотлагательный характер ее оказания. Специфика развития неотложных, в первую очередь, жизнеугрожающих состояний, заключается в скоротечности и неминуемом развитии осложнений вплоть до летального исхода в случае отсутствия адекватной медицинской помощи в ближайшие часы. Доминанта фактора времени и определяет главную специфику организации работы догоспитального и госпитального скорой медицинской помощи.

2. Безотказный характер ее предоставления. В оказании скорой медицинской помощи не может быть отказано по иным причинам, кроме соответствующим образом оформленного добровольного отказа самого пациента.

3. Диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени. Внезапность возникновения и скоротечность развития неотложных состояний обуславливают необходимость оказания медицинской помощи при отсутствии верифицированного диагноза. Данное обстоятельство определяет специфику оказания помощи на догоспитальном этапе, в ряде случаев ограничивающуюся синдромальной диагностикой и терапией. На госпитальном этапе принцип «возможной смены диагноза в ближайшие часы с момента поступления» требует привлечения к ее оказанию большого числа различных специалистов и необходимости работы всех диагностических служб в круглосуточном режиме.

Отличительные черты скорой медицинской помощи предопределяют специфические принципы и требования к ее организации:

– Определяющая роль фактора времени. Правило «золотого часа» раскрывается через целую систему организационных следствий: рациональным расположением подстанций скорой помощи, организацией работы по принципу «ожидания вызова», жестким контролем за всеми технологическими звеньями обслуживания вызова, необходимость в круглосуточном режиме работы всех основных и вспомогательных служб стационара.

– Непрерывность оказания помощи. Этот принцип базируется на единстве субъекта и цели скорой медицинской помощи вне зависимости от этапов ее оказания. Субъектом помощи является пациент, имеющий неотложное состояние, а целью – борьба с неотложным состоянием и профилактика возможных осложнений. Очевидно, что организационно-функциональная специфика требует выделения этапов помощи. Вместе с тем, непрерывность (или целостность) системы скорой медицинской помощи придает решающее значение вопросам преемственности в работе догоспитального и госпитального этапов.

– Многопрофильность. Необходимость привлечения большого числа различных, в том числе, узких специалистов на госпитальном этапе оказания помощи может быть обусловлена как характером неотложного состояния, так и его диагностической неопределенностью.

– Высокая ресурсоемкость. Она обусловлена непосредственной тяжестью состояния пациентов и спецификой организации помощи им, включая привлечение различных специалистов, круглосуточный режим работы и т.д.

Анализ истории развития скорой медицинской помощи в России, международного и отечественного опыта свидетельствуют, что сложившаяся система СМП не соответствует современным требованиям. При этом с учетом продолжающегося экономического кризиса можно прогнозировать, что в течение ближайших нескольких лет российская система здравоохранения будет функционировать в условиях недофинансирования. Данное обстоятельство, а также недостаточная эффективность реализации профилактического направления в здравоохранении предопределяют значимость скорой медицинской помощи как одного из факторов национальной безопасности.

## 1.3 Проблемы планирования организации службы скорой медицинской помощи в муниципальном образовании

В настоящее время в силу многих экономических, социальных и административных причин особое значение приобретает разработка и применение на практике современных научно обоснованных методов текущего и перспективного планирования службы скорой медицинской помощи.

Планирование службы СМП населению предусматривает определение расчетных показателей потребности в бригадах и их профиля в крупных городах и населенных пунктах муниципальных районов регионов, определение мощности, материально-технической и кадровой обеспеченности станций (подстанций) СМП, а также больниц скорой помощи.

План развития службы СМП должен быть отраслевым и относиться к компетенции МЗ и СР РФ и субъекта РФ. При составлении такого плана развития службы СМП нижестоящие органы здравоохранения (райздрав, горздрав, облздрав и другие) должны руководствоваться распоряжениями и указаниями вышестоящих органов.

План развития СМП должен предусматривать комплекс взаимосвязанных разделов работы – сеть станций (подстанций) СМП; больницы СМП; кадры врачей и фельдшеров; парк машин СМП; медицинское и хозяйственное снабжение. Планы развития службы СМП на любом уровне должны быть связаны с общим планом развития определенного региона и муниципального образования.

Система учреждений СМП в большинстве населенных пунктов складывалась и развивалась по принципу территориального деления городов. Поэтому наиболее оптимальный вариант развития службы СМП был в городах, где принцип организации этой службы предусматривал создание центральной станции и районных подстанций скорой помощи.

В настоящее время в условиях объединения скорой и неотложной медицинской помощи резко возрос объем деятельности службы, изменился ее характер. На подразделения службы СМП в основном стали поступать вызова по поводу заболеваний («плохо с сердцем», «боли в животе», «температура» и др.) – до 80% всех вызовов.

На этапе реализации закона о местном самоуправлении были созданы новые муниципальные образования, многие лечебные учреждения получили статус юридических лиц. Традиционно сложившиеся условия работы скорой и неотложной медицинской помощи были нарушены, что привело к еще большему ухудшению оказания экстренной медицинской помощи, особенно при угрожающих жизни больных и пострадавших состояниях, в муниципальных районах.

Постановка для службы СМП новых задач, возросший объем ее деятельности, изменение административной структуры регионов требуют при организации службы СМП муниципальных районов учитывать и то, что зоны обслуживания вызовов ее подразделениями, не всегда совпадают с административными районами. Выделение мест дислокации подстанций скорой помощи должно происходить с учетом 20-ти минутного прибытия бригады СМП к больному или пострадавшему (независимо город это или район), а для этого необходимо учитывать протяженность жилых массивов в городах, расстояния между населенными пунктами муниципальных районов, численности, плотность и возрастно-половую структуру населения, наличие транспортных магистралей и их состояние, структуру, возможности и расположение стационарных и амбулаторно-поликлинических лечебных учреждений, климатические условия и ряда других факторов, с обязательной привязкой подстанции (мелких самостоятельных отделений СМП при ЛПУ района не должно быть) к определенной больнице скорой помощи. Учитывая вышеизложенное должны просчитываться нормативы обеспечения службы СМП городов и муниципальных районов бригадами СМП и их материально-технического оснащения.

В новых условиях работы станций и подстанций СНМП возрастают требования к оснащению их связью, работе диспетчерской (в крупных городах и муниципальных районах она должна быть централизованной и технически хорошо оснащенной) и оперативного отдела.

Изучив существующее состояние службы СМП в городе или районе, собрав необходимые статистические данные ее работы необходимо выработать рекомендации о наиболее рациональной ее организации учитывая основные критерии ее оценки – это оперативность, объем медицинской помощи и ее качество. Особенно это актуально в настоящее время в условиях существующих финансовых, материально-кадровых и других ограничений.

Вышедший (действующий и в настоящее время) в 1976 г. приказ МЗ СССР регламентировал норму оснащения станций и отделений скорой и неотложной медицинской помощи санитарным автотранспортом – санитарный автомобиль с носилками на каждые 10000 городского и сельского населения.

До настоящего времени проводилось комплексное исследование объема и характера экстренной внебольничной медицинской помощи в городах разного типа, что позволило установить для них уровни общей обращаемости населения за скорой медицинской помощью.

Плотность населения в городах, развитие в них сети лечебных учреждений могут позволить подразделениям СМП при существующих нормативах материально-технического и кадрового обеспечения их обеспечить более оперативное и качественное оказание медицинской помощи больным или пострадавшим. Этого не скажешь в настоящее время про организацию СМП в муниципальных районах.

Низкая плотность населенных пунктов муниципальных районов и их значительная отдаленность друг от друга, не достаточно развитая автомагистральная сеть, отдаленность многопрофильных ЛПУ, недостаточность телефонной и радиосвязи, отсутствие в большинстве подразделений СМП муниципальных районов врачебных бригад, неукомплектованность фельдшерских бригад (один фельдшер и водитель), социальные факторы присущие многим населенным пунктам сельской местности часто делают практически невыполнимой основную задачу стоящую перед бригадой СП: быстро (до 20 мин.) прибыть к месту вызова, в достаточном объеме и качественно оказать медицинскую помощь, оперативно и щадящее доставить пациента в стационарное лечебное учреждение.

Определению потребности населения в скорой медицинской помощи должно предшествовать предварительное изучение организационных основ и особенностей оказания скорой помощи населению данного муниципального района. Для определения потребности населения в выездных бригадах скорой медицинской помощи необходимо знать затраты времени персоналом бригад на обслуживание вызовов. Также необходимо учитывать частоту и длительность задержек выезда бригад СП и доезд их к больному или пострадавшему в течение сверхнормативного времени (более 20-минут)

Следует иметь ввиду, что среднее время обслуживания вызовов колеблется в различных местностях в довольно широких пределах, что объясняется объемом диагностической лечебной помощи, состоянием дорог, скоростью движения автомашины, числом и дислокацией подстанций, частотой обслуживания городского и сельского населения, трудностями в поиске места происшествия, погодными условиями, плохой или отсутствием телефонной и радиосвязи с диспетчером и вызывающим.

Имеющиеся методики определения потребности населения в бригадах СМП основаны на эмпирических данных о пропускной способности бригад, методах средних величин и нормировании нагрузки бригад в течение суток. Существенным недостатком этих методик является то, что они не учитывают неравномерности, случайности моментов поступления вызовов. Метод средних величин не в состоянии учесть реально существующие колебания исходных данных, особенности оказания населению скорой медицинской помощи в разных городах и муниципальных районах страны.

Для станции СМП важно знать, какое число бригад разного профиля необходимо иметь, чтобы вероятность обслуживания вызовов с опозданием не превышала определенной заданной величины. Необходимо разработать простую аналитическую формулу учитывающую все ведущие факторы для определения необходимого числа станций для конкретного района.

## 2. Анализ практики организации станции скорой медицинской помощи г. Коркино, Челябинской области

## 2.1 Анализ деятельности станции скорой медицинской помощи г. Коркино, Челябинской области

На этапе реализации закона о местном самоуправлении в г. Коркино были созданы новые медицинские организации, многие лечебные учреждения получили статус юридических лиц. Традиционно сложившиеся условия работы скорой медицинской помощи в г. Коркино были нарушены, что привело к ухудшению оказания экстренной медицинской помощи, особенно при угрожающих жизни больных и пострадавших состояниях. Появилась необходимость длительного согласования вопросов кто, когда, в каком порядке выезжает на вызов. Все это происходит в период, когда больному или пострадавшему необходима помощь в считанные минуты. Отделения скорой медицинской помощи в г. Коркино при Центральной городской больнице (1–2 бригады) и Детской городской больницы напрямую подчиняются главному врачу ЦГБ г. Коркино. Заведующими отделений скорой медицинской помощи является фельдшера, которые проводят только статистический анализ работы отделения. Контроль за организацией работы и качеством медицинской помощи населению этими бригадами СМП со стороны главного врача и начмеда ЦГБ практически не ведется.

Анализ деятельности станций скорой медицинской помощи в г. Коркино, входящих в состав ЦГБ, показал, что такие показатели работы станций как своевременность выезда бригады на вызов, время доезда до больного или пострадавшего, качество оказания медицинской помощи населению, своевременность госпитализации резко отличаются в худшую сторону от этих показателей работы МУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Челябинска».

В отделении станций скорой помощи при ЦГБ на фоне значительно превышающего норматив числа выездов бригад на 1000 населения отмечается очень низкий% госпитализации (от 4.7 до 13%), значительное число непрофильных выездов (от 5.4 до 9.7%), большой% амбулаторных обращений (от 12.3 до 33.1%), выезды по скорой помощи составляют от 27 до 38%.

Складывается впечатление, что большая часть объема работы отделения станции скорой помощи – это работа на поликлинику и стационар данных ЦГБ.

Недостаточное количество бригад скорой медицинской помощи и их неудокомплектованность. В подавляющем большинстве случаях скорая помощь г. Коркино оказывается в основном фельдшерскими бригадами в состав которых входят один фельдшер и водитель. То есть не соблюдаются требования приказов №100 МЗ РФ от 26.03.99 г. и №179 МЗ и СР от 01.11.04 г. касающиеся укомплектованности бригад скорой медицинской помощи. Такое положение фактически делает реально невыполнимыми многие рекомендации и стандарты (протоколы), утвержденные МЗ и СР, по оказанию скорой медицинской помощи. Бригада скорой медицинской помощи должна состоять не менее чем из 2-х медицинских работников. Кроме того, определяя обязанности фельдшера (большинство из которых женщины) принимать участие в переносе больного или пострадавшего, данные приказы противоречат Постановлению Правительства РФ №105 от 06.02.1993 г., согласно которому предельно допустимая нагрузка для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную составляет 10 кг. Одни носилки (громоздкие, «древние» и совершенно непригодные в функциональном отношении для использования их бригадами скорой медицинской помощи), которыми оснащены практически бригады скорой медицинской помощи г. Коркино, весят значительно больше 10-ти кг.

Различной степени несовершенство и материально-техническое обеспечение медицинской помощи на всех этапах ее оказания в г. Коркино, что в большей степени связано, мягко говоря, с недостаточным финансированием здравоохранения, по различным причинам.

Большое расхождение между возрастающей потребностью в медицинской помощи на догоспитальном этапе и возможностью ее оказания силами здравоохранения г. Коркино, особенно при чрезвычайных ситуациях.

Постоянное психоэмоциональное напряжение. Многие сотрудники скорой медицинской помощи г. Коркино лишены нормальных бытовых условий жизни. Несмотря на «экстренность» службы, отсутствуют социальные гарантии, предусмотренные законодательством для сотрудников правоохранительных органов, сотрудников службы спасения и других категорий лиц.

Отсутствие ответственности за необоснованный или ложный вызов и эффективных мер их предупреждения. Расстояние до места подобного вызова в районах города может достигать нескольких десятков км. Гражданская правовая ответственность возможна только при условии признания необоснованного вызова скорой медицинской помощи противоправным деянием. Действующее законодательство этого не устанавливает.

Отсутствие юридически определенного объема I-й медицинской помощи и порядка ее оказания приводит к целому ряду проблем, которые в конечном итоге приводят в ряде случаях задержке начала оказания этой помощи и в последующем не эффективности или недостаточной эффективности оказания медицинской помощи бригадами скорой медицинской помощи. Особенно это актуально для районов г. Коркино, в которых до места вызова приходится преодолевать большие расстояния или до прибытия к месту вызова уходит по ряду объективных причин много времени. Отсутствие прав граждан по оказанию первой помощи и их защиты при неблагоприятном исходе и возможных осложнениях, возникающих у пострадавшего в процессе оказания ему первой помощи приводят к тому, что большинство лиц не имеющих медицинского образования, опасаются ответственности и первую помощь не оказывают.

Рост числа потенциально опасных объектов и производств на территории г. Коркино увеличило опасность возникновения чрезвычайных ситуаций и катастроф.

Отсюда вывод: оказание первой медицинской помощи пострадавшим в первые часы после катастрофы будет проводится силами скорой медицинской помощи, формированиями спасательных служб, пожарными, милицией, ГБДД, а так же в большом объеме в форме самопомощи и взаимопомощи. В России эти вышеуказанные службы относятся к разным министерствам: полиция, ГБДД – МВД; пожарные, спасатели – МЧС; СМП и МК – МЗ и СР РФ.

Причем служба скорой медицинской помощи в Коркино раздроблена на мелкие станции, которые входят в состав разных больниц и подчиняются главным врачам этих больниц.

Эти станции имеют свои зоны обслуживания, работа их не согласована друг с другом. Уровень подготовки медицинского персонала и материально-техническая база в них разная и в большинстве случаях недостаточная.

На мой взгляд, назрела настоятельная необходимость в создании и организации в рамках муниципальных районов централизованной службы скорой медицинской помощи, единой диспетчерской службы с современным техническим оснащением, которая бы объединила бы работу всех выше перечисленных служб. Должно быть разработано и утверждено Положение об их повседневной совместной деятельности и в условиях ГО и ЧС с обязательным выполнением всеми всех его пунктов.

Небольшая плотность населения в г. Коркино, большие расстояния между небольшими населенными пунктами в зоне (которая в радиусе достигает 60 км) обслуживания станции скорой медицинской помощи в различных районах г. Коркино, и порой затрудненный проезд к ним приводят к значительному увеличению времени прибытия бригады скорой медицинской помощи к месту вызова. А если учесть то, что на такую зону обслуживания по нормативам утверждается 1 круглосуточная бригада скорой медицинской помощи (на 10000 населения – 1 круглосут. пост), то понятным становятся длительные по времени задержки прибытия бригад скорой медицинской помощи к больному или пострадавшему. Поэтому давно назрела необходимость разработки и принятия дополнительных положений к приказам МЗ РФ №100 и №179 об организации скорой медицинской помощи в муниципальных районах регионов РФ.

## 2.2 Регулирование проблем работы станций скорой медицинской помощи путем организации централизованной станции скорой медицинской помощи в г. Коркино Челябинской области

С целью повышения эффективности и качества работы станции скорой медицинской помощи г. Коркино, более оперативного управления ею, более эффективного контроля за организацией и качеством ее работы, улучшения материально-технического обеспечения подразделений скорой медицинской помощи, а так же более эффективного контроля за расходованием бюджетных средств, предлагается с 2012 года в г. Коркино разработать и реализовывать проект по централизации станции скорой медицинской помощи в рамках всего города.

Проект централизации службы скорой медицинской помощи г. Коркино предлагается реализовать в три этапа:

1. Создание материально-технической базы подразделений скорой медицинской помощи (станции и отделений при ЦГБ), соответствующей нормативам, утвержденным Приказами МЗ РФ.

Разработка и внедрение в практику единых форм статистической отчетности, форм контроля оперативности и качества работы подразделений скорой медицинской помощи. Подготовка персонала подразделений скорой медицинской помощи г. Коркино к работе в условиях централизованной службы скорой медицинской помощи. Эта задача должна быть выполнена в 2012 году за счет реализации региональной целевой программы «Совершенствование организации скорой медицинской помощи в Челябинской области на 2012–2015 гг.» и работы проведенной на станции и координационным советом по скорой медицинской помощи при Комитете по здравоохранению Челябинской области по созданию единых форм статистической отчетности, форм контроля качества оказания скорой помощи бригадами скорой медицинской помощи.

2. С целью улучшения контроля за целевым использованием бюджетных средств выделенных на организацию и работу службы скорой медицинской помощи г. Коркино, более рационального их использования необходимо передать бюджеты заложенные в ЦГБ на работу их отделение скорой медицинской помощи головному подразделению МУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Коркино».

С целью более оперативного управления подразделениями скорой медицинской помощи при ЦГБ с помощью не только оперативного, но и административного воздействия, улучшения качества их работы и профессиональной подготовки медицинского персонала, необходимо передать штаты скорой медицинской помощи в МУЗ «Система скорой медицинской помощи г. Коркино». Основанием данной передачи должно являться Постановления главы администрации г. Коркино.

3. Для более оперативного управления бригадами скорой медицинской помощи всего муниципального образования третьим заключительным этапом проекта должно быть предусмотрено создание единой централизованной диспетчерской службы, которая будет располагаться в здании Системы скорой медицинской помощи г. Коркино. Реализация этого этапа требует определенного времени на подготовку диспетчеров, создание подробной электронной карты района с указанием всех населенных пунктов и садоводств. Так же для реализации этого этапа потребуются определенные финансовые вложения для технического оснащения центральной диспетчерской современным оборудованием.

Объединение всех подразделений скорой медицинской помощи г. Коркино с созданием единой службы скорой помощи в рамках муниципального района позволит:

1. Повысить оперативность выезда бригад скорой медицинской помощи к больному или пострадавшему за счет более мобильного управления бригадами скорой медицинской помощи г. Коркино. Имевшееся разграничение зон обслуживания населения подразделениями скорой медицинской помощи, входивших в состав самостоятельных медицинских уреждений снижало оперативность и эффективность оказания экстренной медицинской помощи, что касалось в первую очередь маломощных отделений скорой медицинской помощи, в составе которых было 1–2 бригады скорой помощи.

2. Улучшить качество оказания скорой медицинской помощи г. Коркино за счет более рационального использования консолидированного кадрового потенциала и материально-технических ресурсов, повышения квалификации медицинских работников, повышения контроля качества оказания скорой помощи.

3. Повысить контроль целевого расходования бюджетных средств, выделяемых для функционирования скорой помощи.

4. Более оперативно управлять санитарным транспортом и улучшить его содержание в надлежащем техническом состоянии за счет организации единой ремонтной базы.

5. Повысить готовность службы скорой помощи к объединенным действиям в условиях ликвидации последствий возможных ЧС.

Таким образом, реструктуризация и создание объединенной службы скорой медицинской помощи населению г. Коркино Челябинской области логическое научно обоснованное решение в реформировании здравоохранения муниципального образования, обусловленное организационными технологиями и интеграцией с лечебно-профилактическими учреждениями.

Сокращение объемов непрофильной деятельности станции скорой медицинской помощи в муниципальном образовании возможно с совершенствованием системы первичной медико-санитарной и неотложной помощи в организационной деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. При этом изменения должны проходить синхронно или опережающими темпами в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

## Заключение

В Российской Федерации более 11,5 тыс. муниципальных образований, которые имеют как общие типологические климато-географические, экономические признаки, данные по численности населения, так и индивидуальные обусловленные размещением производств, территориальным расселением населения, общественно-бытовыми, этническими и другими особенностями.

Изменение сети, сокращение коечного фонда и развитие стационарно – замещающих технологий не оказали существенного влияния на объемы деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи.

Участково-территориальная сеть поликлинических учреждений характеризуется низким уровнем укомплектованности врачами-терапевтами, при этом их численность имеет тенденцию к снижению, при высоком удельном весе лиц пенсионного возраста.

Проблемы организации, моделирования оптимальной структуры станции (отделений) скорой медицинской помощи с учетом экономико-территориальных особенностей недостаточно освещены, поэтому разработка и научное обоснование технологической модели станции скорой медицинской помощи с учетом экономического состояния муниципального образования приобретает актуальное значение.

Отличительным признаком организации станции и отделений скорой медицинской помощи населению в г. Коркино является размещение производств, связанное с разработкой, добычей и переработкой полезных ископаемых, расселением населения и лечебно-профилактических учреждений.

Организация скорой медицинской помощи населению муниципального образования представлена станцией скорой медицинской помощи и двумя отделениями МСЧ и участковой больницы. Организация их работы в автономном режиме не создает мотивации технологической системы организации скорой медицинской помощи населению в районе. При этом бригады скорой медицинской помощи вынуждены оказывать экстренную медицинскую помощь, в зоне действий отделений, при чрезвычайных ситуациях, автоавариях, катастрофах. Таким образом, априорно станция скорой медицинской помощи оказывала помощь населению района.

Анализ преемственности в работе станции и отделений скорой медицинской помощи с поликлиническими и стационарными отделениями МСЧ, больницами и выполнение функций несвойственных службе скорой медицинской помощи показывает, что если алгоритмы взаимодействия разработаны и тактика введения больных на догоспитальном этапе в сфере действия станции достаточно четко обозначены, то в сфере отделений они нуждаются в корректировке, так как схема их взаимодействия в значительной степени носит произвольный характер.

Результаты наших наблюдений подтверждают, что подход к реструктуризации скорой медицинской помощи в муниципальном образовании целесообразно проводить в эволюционной последовательности в целом модели организации медицинской помощи и сети лечебно-профилактических учреждений.

Объединение всех подразделений скорой медицинской помощи г. Коркино с созданием единой службы скорой помощи в рамках муниципального района позволит:

1. Повысить оперативность выезда бригад скорой медицинской помощи к больному или пострадавшему за счет более мобильного управления бригадами скорой медицинской помощи г. Коркино.

2. Улучшить качество оказания скорой медицинской помощи г. Коркино за счет более рационального использования консолидированного кадрового потенциала.

3. Повысить контроль целевого расходования бюджетных средств, выделяемых для функционирования скорой помощи.

4. Оперативно управлять санитарным транспортом и улучшить его содержание в надлежащем техническом состоянии за счет организации единой ремонтной базы.

5. Повысить готовность службы скорой помощи к объединенным действиям в условиях ликвидации последствий возможных ЧС.

## Список литературы

1. Постановление Правительства РФ от 28 февраля №195 Вопросы Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Постановление Правительства РФ от 26.10.99. №1194. О Программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью // Здравоохранение, 2000. №2. – С. 95 – 99.
3. Правовые основы здравоохранения в России (под ред. Ю.Л. Шевченко) М.: 2000. – Изд. Гэотар Медицина.
4. Приказ МЗ РФ от 26.03. 99. №100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации».
5. Приказ Минздрава Российской Федерации от 14.02. №265 «Об организационно-методическом отделе станции скорой медицинской помощи».
6. Приказ Министра Здравоохранения России от 11 марта 2003 г. IST 93 об отраслевой программе «Скорая медицинская помощь»
7. Алексеев H.A., Структурная перестройка стационаров в условиях крупного города / Алексеев H.A., Якушев А.М. // Здравоохранение РФ, 2000.– №1.-С. 10 – 11.
8. Белокриницкий В.И., Применение диагностических систем в работе скорой медицинской помощи/./ Белокриницкий В.И., Кириенко Г.П. и др. // Специализированная скорая медицинская помощь. Уроки. Реальность. Перспективы. // Екатеринбург: 2000 г. – С. 91 – 93.
9. Блохин А.Б., К проблемам эффективности управления лечебно-профилактическими учреждениями / Блохин А.Б. // – Здравоохранение РФ, 2003. – №5.-С. 24–27
10. Бойков A.A., О платных медицинских услугах как дополнительном источнике финансирования службы скорой медицинской помощи / Бойков A.A., Ханин А.З., Николаева И.П. // Экономика здравоохранения. – 2003. – №4. – С. 20 – 24.
11. Брускин K.M., Принципы антидотной терапии при острых отравлениях на догоспитальном этапе / Брускин K.M., Капустин П.С // Специализированная скорая медицинская помощь. Уроки. Реальность. Перспективы. // – Екатеринбург.: 2000 г. С. 179 – 181.
12. Бахрушина М.Н. Вопросы эффективности управленческих решений / Бахрушина М.Н. // Экономика здравоохранения, 2000. – №1 (42). – С. 28 -35.
13. Вялков А.И., Информационные технологии в управлении лечебно-профилактическими учреждениями в условиях ОМС / Вялков А.И., Гройс-ман В.А. // Вестник обязательного медицинского страхования, М., -2001. – №1.-С. 4–8.
14. Герасимов A.A., Первая медицинская помощь при дорожно-транспортных происшествиях / Герасимов A.A., Руднов В.А., Бровкин В.А. // Методическое пособие. // Екатеринбург: 2000. – 20 с.
15. Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 2000 году // Здравоохранение Российской Федерации, 2002. №1–3. – С. 3 – 9.
16. Гулевский Б.А., Последипломная подготовка врачей скорой помощи в Самаре // Специализированная скорая медицинская помощь. Уроки. Реальность. Перспективы. / Гулевский Б.А., Старостина JI.H. и др. // – Екатеринбург.: 2000 г.-С. 59–61.
17. Доклад о состоянии здравоохранения в мире // World Health Organization М.: Изд. «Весь Мир» – 2001 – 217 с.
18. Желнин В.В., Опыт работы экспертно-методического совета скорой медицинской помощи в Первоуральске / Желнин В.В., Сорокин A.B. и др.
19. Специализированная скорая медицинская помощь. Уроки. Реальность. Перспективы. // Екатеринбург.: 2010 г. – С. 48 – 53.
20. Загоруйко Н.Г. Эмпирическое предсказание./ Загоруйко Н.Г. // Новосибирск, Наука, 2008. – 124 с.
21. Зимин В.П. Мониторинг качества медицинской помощи: связь с управлением, экономикой стационара и страховыми медицинскими организациями / Зимин В.П. // Здравоохранение, 2009. – №9. – С. 145 – 154.
22. Золотов В.П., Автоматизированная информационная система объединенной больницы с поликлиникой: состояние и перспективы / Золотов В.П., Губин И.М., Пьяных А.Е. // Кремлевская медицина, 2007. – №5. – С. 81 – 86.
23. Иванов О.П., Современные информационно-аналитические технологии: экспертиза и контроль за рациональным использованием средств в ЛПУ и системе ОМС./ Иванов О.П., Синявский В.М., Сосновский Б.И. // – Ж. «Здравоохранение», 2005. №8. – С. 39 – 46.
24. Иванова П. Система медицинского обеспечения в Болгарии /Иванова П. // Ж. Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2003. – №2 – С. 45.
25. Итоги работы органов и учреждений здравоохранения в 2010 году и мерах по повышению качества медицинской помощи населению. (Сборник докладов расширенного заседания Коллегии Минздрава Российской Федерации 18–21 марта 2011 г.) 253 с.