

**ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Эрза Мустаф, - Аспирант, Факультет общественного здоровья, Медицинский университет Софии, Болгария

Святослав Гаров, - Главный ассистент, к.м.н., Кафедра медицинской педагогики, Факультет общественного здоровья, Медицинский университет Софии, Болгария

Магдалена Александрова, - Профессор, к.м.н., Кафедра медицинской педагогики, Факультет общественного здоровья, Медицинский университет Софии, Болгария

Аннотация: Глобальные модели неотложной медицинской помощи (НМП) значительно различаются, но в принципе, в странах с хорошо функционирующей неотложной помощью в зависимости от типа медицинских специалистов существуют две основные модели: «специализированная» модель и «междисциплинарная» модель.

Основная задача каждого общества состоит в обеспечении заботы о здоровье людей наиболее возможного уровня, и общество само должно определить, какая из двух традиционных моделей НМП больше подходит и лучше адаптирована к местным потребностям, культурным особенностям, политическим и финансовым факторам.

Ключевые слова: неотложная медицина; медицинские специалисты, парамедик

**STUDY OF SOME INTERNATIONAL MODELS OF ORGANIZATION OF
THE SYSTEM OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES**

Erza Mulaj, - Graduate student. Faculty of Public Health, Sofia Medical University, Bulgaria

Svyatoslav Garov, - ChiefAssistant, Ph.D., Department of MedicalPedagogy, Faculty of Public Health, SofiaMedicalUniversity, Bulgaria

Magdalena Alexandrova, - Professor, Ph.D., Department of MedicalPedagogy, Faculty of Public Health, SofiaMedicalUniversity, Bulgaria

Summary: Global emergency care models (GMS) vary widely, but in principle, there are two main models in countries with well-functioning emergency care, depending on the type of health professionals: the "specialized" model and the "interdisciplinary" model.

The main task of each society is to ensure that people's health is taken care of at the highest possible level, and the society itself must determine which of the two traditional models of NMP is more appropriate and better adapted to local needs, cultural characteristics, political and financial factors

Keywords: emergency medical services, medical specialists, paramedic

Введение

Модели глобальной неотложной медицинской помощи (НМП) сильно различаются, но в принципе в странах с хорошо функционирующей неотложной помощью в зависимости от типа медицинских работников существуют две основные модели:

- «специализированная» модель;
- «междисциплинарная» модель.

Эти две категории соответствуют двум различным философиям, исповедуемым французско-немецкой и англо-американской моделями неотложной медицинской помощи. [5]

Результаты и обсуждение

В таких странах, как США, Великобритания, Канада и Австралия, в состав групп неотложной помощи входят фельдшеры и/или экстренные

(неотложные) медицинские техники. [4] Это не врачи, а медицинские работники, специально обученные оказывать неотложную медицинскую помощь, которые реагируют на внебольничные неотложные ситуации и доставляют пациентов в отделения неотложной помощи. Это означает, что система в значительной степени зависит от компетенции этих медицинских работников, оказывающих первую помощь. [7] По этой причине, врачи скорой помощи в больнице являются скорее медицинскими специалистами, поскольку все пациенты доставляются в отделение неотложной помощи, откуда их направляют к врачу в соответствии с их медицинскими потребностями. [8]

Источниками финансирования служб неотложной медицинской помощи в Германии являются государственные фонды (медицинские страховые компании) и частные источники.

В Германии отдельные региональные правительства несут юридическую ответственность за оказание неотложной медицинской помощи, но они часто делегируют эти обязанности отдельным муниципалитетам. Муниципалитеты предоставляют оборудование и организацию службам пожарной безопасности (пожарной службе), которые в свою очередь предоставляют услуги по пожарной безопасности и спасению (rescue), включая Службу экстренной медицинской помощи (Emergency Medical Service— EMS; на нем.:Rettungsdienst), с необходимым персоналом и оборудованием в соответствии с конкретными медицинскими потребностями местного населения. Однако, скорая медицинская помощь может быть поручена муниципалитетом и ряду других потенциальных поставщиков подобных услуг, включая некоммерческие организации в муниципалитете или частные компании, такие как Немецкий красный крест (Deutsches Kreuzrotes); Немецкая организация фонда „St. John Ambulance“; организация Мальтийского ордена „Order of Malta Ambulance Corps“ и др.

Служба скорой медицинской помощи в Германии выполняет две основные функции:

□ Emergency Services – экстренные службы, отвечающие на все звонки, связанные с состояниями, представляющими непосредственную опасность жизни и /или здоровью человека.

□ Non-Emergency Services – не экстренные услуги - организация и транспортировка не спешных пациентов (т.е. перевоз до, из и между больницами).

В Германии до сих пор участковые врачи по-прежнему часто проводят домашние визиты к пациентам, которые не могут сами посещать медицинскую практику.

Медицинские специалисты, работающие в системе НМП - это врачи и помощники врачей (с профессиональной квалификацией, аналогичной фельдшеру или парамедику). Врачи не специализируются на неотложной медицинской помощи, поэтому они на самом деле не являются врачами неотложной медицинской помощи в смысле определения, используемого в англо-американских странах. Они должны иметь удостоверение о последипломной подготовке для работы в Скорой помощи, которое выдается после обязательного минимального стажа работы в службе скорой помощи и дополнительного обучения после окончания медицинского училища. Преобладающая их часть - это анестезиологи и реаниматологи. Немецкий парамедик (фельдшер), как и медсестры, обладает навыками и квалификацией и обучен проводить интенсивную реанимацию на местности, а не в больничных условиях. Согласно немецкому законодательству, Rettungsassistent (букв.помощник по спасению - немецкая версия парамедика или фельдшера в других странах) может, в порядке исключения, самостоятельно проводить лечение в соответствии с юридически определенными правилами. При нормальных обстоятельствах Rettungsassistent должен работать под руководством врача. [9]

Во Франции финансирование системы НМП осуществляется из государственного бюджета.

Французские департаменты (округа) оказывают неотложную медицинскую помощь в регионе через организацию под названием «Служба скорой медицинской помощи (Service d'Aide Médicale Urgente- SAMU)», которая является французской скорой медицинской помощью располагающей своими больницами. При определенных обстоятельствах неотложная помощь также может быть оказана Региональной пожарной службой.

Каждая команда, работающая в SAMU, состоит из врача, медсестры и водителя скорой помощи. Фельдшер в смысле медицинского работника, который является помощником врача в качестве медсестры, как это понимается в англо-американской системе, во Франции не существует. [2]

Во Франции экстренная медицина только недавно признана медицинской специальностью. Большинство врачей фактически готовятся к другим специальностям, таким как анестезиология и реанимация, а система неотложной медицинской помощи использует и врачей общей практики, и врачей других специальностей, пополняя графики, когда не хватает врачей неотложной помощи. Ситуация осложняется еще и тем, что у врачей из аварийных бригад низкая заработная плата. Это приводит к текучести кадров и трудностям в обеспечении штатными сотрудниками.

В Италии финансирование системы НМП осуществляется из государственного бюджета.

Что касается организации, то Италия следует франко-германской модели, которая, по сути, состоит из 5 уровней экстренной помощи:

1. Basic Life Support(BLS) - базовые машины скорой помощи;
2. Advanced Life Support(ALS) - скорая медицинская помощь;
3. Модифицированные машины скорой помощи ALS;
4. «Машины быстрого реагирования» (rapidresponseunit) - самый высокий уровень реагирования во времени;
5. Специальный медицинский транспорт.

Машины скорой помощи BLS обычно предоставляются добровольными организациями (Итальянский Красный Крест и т. д.), работают в сельской местности и медицинский работник не обязательно является врачом.

Машины скорой помощи ALS обычно доступны в крупных центрах. В большинстве случаев они укомплектованы персоналом больницы, а команду возглавляет врач. Высший класс наземного транспорта - это так называемые «Машины быстрого реагирования», в которых персонал состоит из врача (обычно врача скорой помощи или анестезиолога) и квалифицированной медсестры. [10]

Специальный медицинский транспорт включает в себя: воздушный транспорт (вертолеты) и морской транспорт в прибрежных районах (лодки, катера и т. д.).

Поскольку экстренная медицина в Италии только сейчас и все еще медленно становится новой признанной медицинской специальностью, врачи, работающие в ней, обычно являются специалистами в других областях медицины, зачастую терапевтами, хирургами или анестезиологами и реаниматологами. Пока еще нет требований к врачам о специализации в области экстренной медицины. Из-за неудовлетворительных вознаграждений и характеристик рабочего времени в системе НМП наблюдается относительно высокий показатель текучести кадров (врачей). [1]

Выводы

В таких странах, как Германия и Франция, специалист по неотложной медицинской помощи - врач (чаще всего анестезиолог или реаниматолог) является частью команды, которая движется в машине скорой помощи. Он оказывает стабилизирующую помощь на месте, а не в больнице. Только после стабилизации пациент доставляется в соответствующее отделение в больницу, поэтому в Германии и Франции неотложная помощь оказывается гораздо более многопрофильной, чем в англо-американской модели. [3]

Это означает, что команда может оставаться на месте в течение длительного времени (гораздо больше, чем обычные 10 минут, которые в большинстве других стран машина скорой помощи проводит на месте, прежде чем принять пациента). Это часто называют стратегией «stayandplay» («остаюсь и лечу»), в отличие от стратегии «scoopandrun» («беру и бегу», в данном случае - везу), используемой в аварийных службах США и в Соединенном Королевстве. Цель первой стратегии - сначала реанимировать пациента, оказать ему интенсивную помощь и стабилизировать на месте, а затем доставить его в больницу, но в рамках так называемого «золотого часа». Этот подход противоречит доктрине англо-американской модели, при которой принцип состоит в том, чтобы доставить пациента в больницу как можно быстрее. [6]

Цель англо-американской модели состоит в том, чтобы быстро перевести пациента в больницу с меньшим количеством вмешательств. Реализация этой модели, как правило, идет в тесном сотрудничестве с пожарной службой и полицией и для выполнения поставленной задачи с помощью подготовленных медработников и других специалистов НМП часто используются их транспортные средства. Реализация такой модели сильно зависит от наземного транспорта. В этих странах, как правило, экстренная медицина признается в качестве отдельной медицинской специальности. При англо-американской модели почти все пациенты транспортируются в специализированные отделения неотложной помощи, а не в отделения больниц. Эта модель характерна для США, Канады, Новой Зеландии, Австралии и др.

Заключение

Существует целый ряд исследований, пытающихся сравнить две основные модели организации НМП с точки зрения последствий для здоровья и конечного финансирования. Тем не менее, их трудно сравнивать, потому что они работают в разных контекстах с различными общественными потребностями и не имеют общего эталона. На данный момент нет четких доказательств, что одна модель превосходит другую.

Основная задача любого общества состоит в обеспечении наилучшей заботы о здоровье людей, и общество само должно определить, какая из двух традиционных моделей НМП более подходит и лучше адаптирована к местным потребностям, культурным особенностям, политическим и финансовым факторам.

Литература

1. Юнаков, Т., Чупетловска, Р., Ангелов, А. Проучване на добри европейски практики в сферата на спешната медицинска помощ. София, Министерство на здравеопазването, 2010.
2. Adnet, F., Lapostolle, F. International EMS systems: France. – In: *Resuscitation*, 2004, Oct, 63(1):7-9.
3. [Al-Shaqsi](#), S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. – In: *Oman Med. J.*, 2010, Oct, 25(4):320-323.
4. Black, J. J., Davies, G. D. International EMS systems: United Kingdom. – In: *Resuscitation*, 2005, Jan, 64(1):21-29. Review.
5. Dick, W. F. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, 2003, 18(1):29-35; discussion 35-37.
6. Fassbender, K., Balucani, C., Walter, S., Levine, S. R., Haass, A., Grotta, J. Streamlining of prehospital stroke management: The golden hour. – In: *Lancet Neurol.*, 2013, 12(6):585-596.
7. Halter, M., Marlow, T., Tye, C., Ellison, G. T. Patients' experiences of care provided by emergency care practitioners and traditional ambulance practitioners: A survey from the London Ambulance Service. – In: *Emerg. Med. J.*, 2006, Nov., 23(11):865-866.
8. Pan American Health Organization. Emergency Medical Services Systems. Lessons learned from the United States of America for Developing Countries. K-eHoltermann (Ed.). Washington D.C: PAHO HQ Library Cataloguing-in-publication, 2003.

9. Riediger, G., Fleischmann-Sperber, T. Efficiency and cost-effectiveness of advanced EMS in West Germany. – In: *Am. J. Emerg. Med.*, 1990, Jan, 8(1):76-80.

10. Stout, J., Pepe, P. E., Mosesso, V. N. Jr. All-advanced life support vs tiered-response ambulance systems. – In: *Prehospital Emergency Care*, [Research Support, Non-U.S. Gov't], 2000, Jan-Mar, 4(1):1-6.