

## СТРУКТУРА РОЗМІЩЕННЯ АВІАМЕДЦЕНТРІВ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ

Квітко Н.І., Національний авіаційний університет, м. Київ

**Анотація.** В статті розглянута структура розміщення станцій швидкої медичної допомоги та на її прикладі запропоновано концепцію розміщення авіамедцентрів швидкої допомоги.

**Ключові слова:** авіамедцентри, станції швидкої допомоги, структура розміщення.

**Аннотация.** Квітко Н. І. Структура размещения авиамедцентров скорой медицинской помощи. В статье рассмотрена структура размещения станций скорой медицинской помощи и на ее примере предложена концепция размещения авиамедцентров скорой помощи.

**Ключевые слова:** авиамедцентры, станции скорой медицинской помощи, структура размещения.

**Annotation.** Kvitko N. I. Structure of the arrangement of aviamedcenters of fast medical aid. In the article the structure of the arrangement of the stations of fast medical aid is examined and based on its example is proposed the concept of the arrangement of avimedcenters of first aid.

**Key words:** aviamedstentry, the station of fast medical aid, the structure of arrangement.

**Постановка проблеми.** Післявоєнний розвиток «швидкої допомоги» в Україні в рамках концепцій Міністерства охорони здоров'я СРСР приділяв швидкій і невідкладній допомозі серйозну увагу, роблячи ставку на збільшення кількості станцій «швидкої допомоги», автомобілів і медичних бригад. Проте вже через декілька років почався спад розвитку, – кількість бригад швидкої медичної допомоги в Україні, починаючи з 1991 року, почала нестримно зменшуватися. За станом на сьогодні, в Києві знаходяться 16 підстанцій швидкої допомоги, 4 з них розташовані на лівому березі.

**Аналіз досліджень та публікацій на дану тему.** Перший успішний проект створення швидкої медичної допомоги був реалізований в Нью-Йорку в 1868 році. Декілька пізніше – в Англії, Німеччині, деяких інших країнах Європи. Як правило, станції створювалися при лікарнях, але зрідка і в інших місцях – при поліцейських ділянках, пожежних командах і тому подібне У Італії, наприклад, надання першої допомоги покладалося на аптекарів, в Данії – на цирюльників.

Високих оцінок міжнародної громадськості удостоїлася організація роботи станції швидкої медичної допомоги у Відні, всі нові станції швидкої допомоги, що виникли згодом в найбільших містах Європи, створювалися за образом і подобою віденською.

Питаннями методології планування та розміщення, а також формуванням мереж і класифікації станцій швидкої медичної допомоги раніше займалися такі автори, як О. В. Портная, В. В. Русін та інші.

**Формулювання цілей статті.** Ціль статті – проаналізувати та виявити методи розміщення авіамедцентрів швидкої допомоги на прикладах існуючого вітчизняного та зарубіжного досвіду розвитку структури розміщення та роботи станцій швидкої медичної допомоги.

**Постановка завдання.** Розробити рекомендації для створення схеми оптимального розміщення авіамедцентрів .

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Розвиток мережі установ швидкої медичної допомоги та їх матеріально-технічне забезпечення здійснюються в цілому по країні через систему планування міст і населених пунктів, яка в більшості випадків розвивається за принципом територіального ділення міст з врахуванням їх архітектурно-планувального районування.

Мережева система станція ШМД – оптимальний варіант – отримала розвиток в містах, де принцип організації цієї служби передбачає створення центральної станції і районних підстанцій швидкої медичної допомоги.

Підстанції ШМД дислокуються по всій території міста з урахуванням розрахункової чисельності населення планувальних зон. Основним критерієм для визначення потужності підстанції, а також її розташування в населеному пункті є розрахункова можливість прибуття медичної бригади в будь-яку точку закріпленої зони не пізніше 15 мін з моменту здобуття виклику ( Згідно з Положенням про станцію швидкої медичної допомоги). Правда, враховуючи складну ситуацію на дорогах столиці, автомобілі швидкої допомоги насилу укладаються в даний норматив.

Відзначимо, що швидка і невідкладна медична допомога – поняття різні. Їх відмінність полягає в тому, що «швидка» зобов'язана надати допомогу не пізніше 15 хвилин після виклику, а невідкладна «допомога» повинна виїхати через 3-5 хвилин після виклику (час приїзду залежить від місцезнаходження пацієнта). До компетенції «швидкої» відносяться всі екстремальні випадки: падіння з висоти, ДТП, травми, отримані під час пожежі, серйозні отруєння, спроба суїциду і тому подібне У веденні невідкладної допомоги – всі останні випадки.

Відносно зарубіжного досвіду в цій сфері відзначимо, що аналіз 10 тис. виїздів машин швидкої допомоги у Франкфурті-на-Майні (площа 195 кв. км.) показав, що в будь-яке місце випадку машина може прибути в середньому через 7 хвилин після виклику. При цьому проблема транспорту в Германії вирішується двома шляхами: існують наземні засоби транспорту, а також застосовуються вертольоти і літаки. У Франції, наприклад, для перевезення постраждалих і хворих використовуються три види транспорту: машини швидкої допомоги, вертольоти і в деяких випадках санітарні літаки. А національні стандарти Англії передбачають виїзд машини швидкої допомоги на місце випадку в екстреному випадку протягом 3 хвилин з моменту виклику і прибуття на місце випадку – впродовж 7 хвилин.

Важлива також роль загальних містобудівних вимог. Установи швидкої медичної допомоги, які знаходяться на околиці міста, мають бути досить доступними і рівномірно розміщеними по території, а також знаходитися біля центральних швидкісних автомагістралей.

У великих містах з великим радіусом обслуговування для прискорення прибуття на місце випадку або раптового захворювання виїзні бригади розташовуються на підстанціях в розрахункових точках району або міста.

У районному центрі і в населених пунктах сільського району швидка і невідкладна допомога здійснюється відділенням ШМД, що входить до складу центральної районної лікарні (ЦРБ), а в деяких випадках – самостійними районними станціями ШМД. Типова структура відділення швидкої медичної допомоги ЦРБ включає диспетчерську службу і виїзні бригади.

Найбільш раціональною і доцільною системою організації швидкої медичної допомоги на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я і медицини є розгортання лікарень швидкої допомоги і об'єднання їх із станціями ШМД.

Таким чином, для надання швидкої медичної допомоги населенню створена широка мережа спеціальних установ – станцій, лікарень і відділень ШМД. Це самостійні установи, що підкоряються безпосередньо відділу охорони здоров'я або що входять до складу лікарень.

З метою наближення швидкої медичної допомоги до населення і підвищення оперативності роботи станцій СМП в містах організується мережа підстанцій на правах відділень. Основний принцип побудови роботи міської станції – централізація прийому викликів і оперативне управління виїзними бригадами при децентралізації розміщення виїзних бригад на підстанціях по території міста.

У сільській місцевості з метою наближення швидкої допомоги до населення в центрах систем розселення (малі міста, селища міського типа, крупні сільські поселення) можуть бути організовані висувні опорні пункти СМП (філії відділення швидкої медичної допомоги ЦРБ), які здійснюють самостійно прийом викликів і оперативне управління виїзними бригадами. У перспективі має бути передбачена централізація прийому викликів від сільського населення району і управління бригадами висувних опорних пунктів на базі районного центру.

Установи догоспітальної ланки швидкої медичної допомоги (станція, підстанція) повинні розташовуватися в геометричному центрі населеного пункту (в умовах крупного міста – в центрі планувального району), поблизу транспортних магістралей з врахуванням розташування установ, що надають стаціонарну швидку допомогу. При дислокації станції (підстанції) слід враховувати розташування адміністративних, промислових і культурних центрів, місця скупчення людей, потоки їх руху, інтенсивність транспортних потоків та інші фактори.

**Висновки.** Отже, з точки зору розміщення медичних центрів первинної допомоги у плані міста можна виділити ділянки на окраїні міста та ділянки, що розміщені серед міської забудови. При проектуванні медичних центрів первинної допомоги в межах міської забудови слід максимально зменшити процент забудови ділянки, вивільняючи при цьому площу для парку, що особливо цінно в умовах міста. Важлива в цих умовах і роль загальних містобудівних вимог. Медичні центри первинної допомоги, що знаходяться на окраїні міста, повинні бути достатньо доступними і рівномірно розміщеними по території, а також знаходитись біля центральних швидкісних автомобільних шляхів.

**Література:**

1. Приказ Министерства здравоохранения СССР «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению».
2. Портная О. В. «Методология и оценки деятельности учреждений здравоохранения» – Харьков, 1996.
3. Русін В. В. Формування мережі лікувально-профілактичних закладів в сучасних умовах великого міста (на прикладі Полтави), автореф. – К., 2004 р.
4. Аллен Р. «Пособие по проектированию больниц».
5. Інформаційний сайт «Медпром инфо» ([www.medprom.com.ua](http://www.medprom.com.ua)).

*Надійшла до редакції 26.11.2008*