

Рабочие материалы к заседанию Профильной комиссии по медицине катастроф 22 мая 2014 г.

1. Понятие и содержание экстренной консультативной медицинской помощи

Как известно, до принятия Основ законодательства об охране здоровья граждан Российской Федерации в 1993 г. не было понятия «вид медицинской деятельности», а содержание медицинской деятельности излагалось в Положениях о медицинском учреждении или его структурном подразделении, осуществляющем эту деятельность.

Исторически оказание экстренной и планово-консультативной медицинской помощи в России и в зарубежных странах было связано с развитием авиационной промышленности. К 1936 г. в СССР удалось создать не имеющую аналогов в мире систему применения авиации для оказания экстренной и планово-консультативной медицинской помощи сельскому населению страны с привлечением наиболее квалифицированных специалистов ведущих специализированных медицинских учреждений.

При изучении доступных нормативных документов понятие «экстренная и консультативная медицинская помощь» впервые встречается в Положении об областной (краевой, республиканской) и окружной санитарно-авиационной станции, утвержденном Минздравом СССР 17 августа 1950 г.

В этом документе указано, что деятельность санитарно-авиационных станций включает следующие мероприятия: оказание населению отдаленных районов квалифицированной экстренной медицинской помощи на месте и эвакуация тех больных, которые нуждаются в лечении в специализированных лечебных учреждениях; планово-консультативная помощь врачам районных и участковых больниц по вопросам постановки диагноза и повышения качества медицинского обслуживания населения; помощь районным медицинским учреждениям в клинико-диагностической работе.

После реорганизации станций санитарной авиации в отделения экстренной и планово-консультативной медицинской помощи областных (краевых, республиканских, окружных) больниц в 1963 г. в нормативных документах появилось официальное понятие «экстренная и планово - консультативная медицинская помощь». Нормативные правовые документы последующего времени вплоть до 1990 г., в основном повторяли Положение о санитарно-авиационной станции от 1950 г., и, следовательно, содержание этой медицинской деятельности в то время практически не менялось.

Содержание экстренной и планово-консультативной медицинской помощи было дополнено рядом положений после крупномасштабного землетрясения в Армении в 1988 г., когда руководство СССР приняло решение о создании службы экстренной медицинской помощи.

После выхода приказа Минздрава РСФСР от 11.07.90 № 115 «О создании службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях» 25 сентября 1990 г. состоялась Коллегия Министерства здравоохранения РСФСР.

Один из вопросов, обсуждавшихся на Коллегии, был посвящен организации работы отделений ЭПКМП в условиях создания в РСФСР службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях и переходе здравоохранения на новые условия хозяйствования.

В решении Коллегии «Об организации работы отделений экстренной и плановой консультативной помощи республиканских, краевых, областных больниц и мерах по ее дальнейшему совершенствованию» содержание экстренной и планово - консультативной медицинской помощи было дополнено комплексом мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Из деятельности отделений ЭПКМП была исключена плановая консультативная помощь, которая была передана организационно-методическим отделам областных (республиканских, краевых, окружных) больниц.

Временное Положение об отделении (центре) экстренной консультативной помощи республиканской (АССР), краевой, областной больницы, утвержденное Коллегией, впервые установило задачи отделений ЭКМП в различных режимах деятельности, в том числе при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

В решении Коллегии отделения ЭПКМП были названы отделениями экстренной консультативной медицинской помощи, а в целом система экстренной консультативной медицинской помощи называлась службой санитарной авиации.

В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22. 07.1993 № 5487 - 1 впервые появилось понятие «специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь», которое заменило понятие «экстренная консультативная медицинская помощь».

Как показал опыт последующих лет, несоответствие терминологического понятия «специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь» практической деятельности медицинских учреждений, ответственных за оказание экстренной консультативной медицинской помощи, повлекло за собой не только противоречия и путаницу в нормативных и методических документах, но и оказало негативное воздействие на организацию и качество оказания экстренной консультативной медицинской помощи в целом.

В нормативных документах 90-х г. прошлого века понятие «консультативная медицинская помощь» стало применяться достаточно широко. Например, в приказе Минздравмедпрома Российской Федерации от 13 января 1995 г. № 6 «Об утверждении положений о республиканской (краевой, областной, окружной) больнице и о медицинском диагностическом центре» применялись термины «специализированная консультативно-диагностическая, выездная консультативная, планово-консультативная медицинская помощь» без указания на различия между ними. Термин

«планово-консультативная медицинская помощь» в этом приказе относился к деятельности соответствующего отделения больницы.

В приказе Минздравмедпрома Российской Федерации от 3 апреля 1998 г. № 98 «Об упорядочении деятельности отделений экстренной и консультативной медицинской помощи (санитарной авиации)» название отделения экстренной консультативной медицинской помощи было дополнено словами «санитарная авиация». На наш взгляд, это является абсолютно правомерным, поскольку применение воздушных судов в медицинских целях является исключительной прерогативой этих отделений, а сам термин содержался в названии соответствующих станций, которые позже были преобразованы в отделения ЭКМП.

В 2007 г. при очередном внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 специализированная (санитарно – авиационная) скорая медицинская помощь была исключена из статьи 37 «Виды медицинской помощи», а источник ее финансирования был указан в статье 39 «Скорая медицинская помощь».

Сложившееся исторически, понятие «экстренная консультативная медицинская помощь» нашло свое подтверждение в Постановлении Правительства Российской Федерации от 12 августа 2011 г. № 660 «О внесении изменений в положение о Всероссийской службе медицины катастроф». Согласно этому Постановлению, отделения территориальных центров медицины катастроф, которые оказывают эту помощь, по нашему предложению стали называться отделениями экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

В Федеральном законе от 21 ноября 2013 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее «Основы») отсутствует определение экстренной консультативной медицинской помощи.

В п.1 статьи 35 «Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь» «Основ» дано определение скорой, в том числе скорой

специализированной, медицинской помощи, которое, и это закономерно, не отражает сути понятия «экстренная консультативная медицинская помощь».

В то же время в п.8 этой статьи приводится термин «выездные экстренные консультативные бригады скорой медицинской помощи», с чем нельзя согласиться.

Действительно, выездные экстренные консультативные бригады оказывают специализированную медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, где нет возможности оказания такой медицинской помощи. При этом деятельность этих бригад не имеет отношения к деятельности бригад скорой медицинской помощи.

В программах государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе в программе на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг., утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932, применяется термин «специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь».

В докладе Министра здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцовой на заседании Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан от 8 ноября 2013 г., посвященном вопросам обеспечения доступности и качества выездных форм медицинской помощи, было указано на необходимость развития экстренной консультативной и санитарно-авиационной медицинской помощи. Санитарно-авиационная медицинская помощь рассматривается нами как основная составная часть в системе экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

В протоколе этого заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан № 2 «Обеспечение доступности медицинской помощи: организация выездных форм работы и транспортное

обеспечение» обращено особое внимание на развитие выездных форм работы, включая оказание санитарно-авиационной медицинской помощи.

В связи со сложившейся в действующих правовых и методических документах путаницей понятий «экстренная консультативная медицинская помощь» и «скорая медицинская помощь», считаем необходимым изложить нашу точку зрения, которую разделяет большинство специалистов, задействованных в системе ЭКМП и МЭ.

Между скорой медицинской помощью и экстренной консультативной медицинской помощью существуют принципиальные различия, которые, по нашему мнению, заключаются в следующем.

Организация и оказание экстренной консультативной медицинской помощи возлагаются на отделения ЭКМП и МЭ территориальных центров медицины катастроф и областных (краевых, республиканских, окружных) больниц и не являются задачей Службы скорой медицинской помощи.

Отделения ЭКМП и МЭ не являются структурными подразделениями Службы скорой медицинской помощи.

В настоящее время в рамках сложившейся структуры системы здравоохранения экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают сотрудники более 250 взрослых и детских отделений ЭКМП и МЭ, реанимационно-консультативных и перинатальных центров. В этой работе участвуют более 20 тыс. высококвалифицированных специалистов различного профиля, в том числе сотрудники федеральных и региональных специализированных медицинских учреждений и профессорско-преподавательский состав медицинских вузов.

В режиме повседневной деятельности основной задачей специалистов отделений ЭКМП и МЭ является оказание консультативной помощи врачам медицинских организаций, где на стационарном лечении находится пациент и в которых, в силу определенных причин, не может быть оказана медицинская помощь в необходимом объеме (нет нужных специалистов, необходимого оборудования, недостаточная квалификация специалистов и т.

д.). При выезде/вылете в медицинское учреждение врачи-консультанты отделения ЭКМП и МЭ могут выполнять оперативные вмешательства, инвазивные и неинвазивные процедуры или иные лечебно-диагностические манипуляции в пределах своей компетенции, оказывая при этом, как правило, специализированную медицинскую помощь.

Скорая медицинская помощь в основном оказывается вне медицинских организаций; экстренная консультативная медицинская помощь, как правило, - в медицинских организациях стационарного типа.

Основной задачей бригады скорой медицинской помощи является стабилизация состояния пациента и доставка его в медицинскую организацию стационарного типа, выездные бригады СМП в настоящее время более чем на 60% укомплектованы фельдшерами. Например, согласно сведениям, предоставленным ТЦМК Свердловской области по отдельному запросу, станции скорой медицинской помощи Свердловской области без учета города Екатеринбурга на 66,8% укомплектованы фельдшерами.

Задача же врача-консультанта отделения ЭКМП и МЭ, который является «узким» специалистом (нейрохирургом, неонатологом, торакальным хирургом, эндокринологом и т.д.) - оказание методической помощи посредством консультации или практических действий лечащему врачу, оказание экстренной специализированной помощи и, при необходимости, организация медицинской эвакуации, в том числе санитарно-авиационной.

Бригаду скорой медицинской помощи вызывают граждане, а вызов врача-консультанта отделения ЭКМП и МЭ выполняет полномочное лицо медицинской организации, в которой находится пациент (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе; а в ночное время, выходные и праздничные дни - дежурный врач).

Территория обслуживания скорой медицинской помощи точно определена и, как правило, не выходит за границы муниципального района. Специалисты экстренной консультативной медицинской помощи выезжают

во все медицинские учреждения региона (а иногда и за его пределы), куда их доставляют авиационным и другими видами транспорта.

Персонал станций и отделений скорой медицинской помощи работает в режиме дежурств согласно графику по основной деятельности. Значительная часть врачей-консультантов экстренной консультативной медицинской помощи являются совместителями или привлекаются по договору подряда и не находятся на дежурстве непосредственно на рабочем месте, но пребывают в состоянии готовности к выезду/вылету.

Сотрудники скорой медицинской помощи, как правило, не консультируют пациента по телефону. Консультация специалистов отделений ЭКМП и МЭ врача вызывающей медицинской организации по телефону (заочная консультация) является обязательным компонентом его работы, предшествующим выезду/вылету к больному. Развивается оказание консультативной помощи с применением телемедицинских технологий.

В соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н, станции СМП должны создаваться в 20 - минутной доступности от места вызова. Норматива времени прибытия врачей-консультантов экстренной консультативной медицинской помощи не существует и его невозможно установить, поскольку время прибытия зависит от удаленности места вызова, вида транспорта и может составлять несколько часов и более.

Для объема работы бригады скорой медицинской помощи установлен норматив нагрузки - 8,7 выездов в сутки. Установить норматив нагрузки для специалистов экстренной консультативной медицинской помощи не представляется возможным, так как частота и характер обращений по поводу оказания экстренной консультативной медицинской помощи зависят от уровня заболеваемости населения, наличия и уровня подготовки медицинских специалистов того или иного профиля в муниципальных образованиях субъекта Российской Федерации.

Таким образом, вышеуказанные различия по своей сути, задачам, нормативам времени прибытия к месту назначения, объемам оказываемой медицинской помощи и многим другим параметрам не позволяют юридически и практически отнести экстренную консультативную медицинскую помощь к понятию « скорая медицинская помощь».

По нашему мнению, экстренную консультативную медицинскую помощь по ее содержанию следует рассматривать не как отдельный вид медицинской помощи, а как самостоятельную форму медицинской помощи, при которой чаще всего оказывается специализированная медицинская помощь.

Считаем, что внесение в «Основы» изменения о введении понятия «экстренная консультативная медицинская помощь» как самостоятельной формы медицинской помощи крайне необходимо. Введение этого понятия полностью соответствует статье 11; пп.1,2,6 статьи 14; пп.1,6 статьи 16; п. 5 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Понятие «экстренная консультативная медицинская помощь» содержится во многих Порядках оказания медицинской помощи, в том числе в Порядке анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденном приказом Минздравсоцразвития России от 13 апреля 2011 г. № 315н.

Очевидно, что в содержание разрабатываемых Порядков по всем другим профилям медицинской помощи также целесообразно включать понятие «экстренная консультативная медицинская помощь», так как для ее оказания привлекают медицинских работников практически всех специальностей.

Термин «консультативная медицинская помощь» неоднократно упоминается и в программе развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцова в одном из своих интервью отметила, что чрезвычайно важный для нашей страны второй уровень модернизации предполагает создание межмуниципальных центров (ММЦ) для оказания специализированной, прежде всего экстренной, медицинской помощи [официальный сайт Минздрава России www/rosminzdrav.ru].

Например, в нормативных документах по организации работы ММЦ в их функции включено оказание консультативной (амбулаторной, выездной) медицинской помощи взрослому и детскому населению муниципальных образований, закрепленных за ММЦ - приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 6 мая 2011 г. №458П «Об утверждении Положения о межмуниципальных медицинских центрах». Следовательно, в связи с созданием межрайонных специализированных центров целесообразно привлекать специалистов ММЦ в систему экстренной консультативной медицинской помощи.

2. Нормативно-правовое обеспечение экстренной консультативной медицинской помощи в современных условиях

Нормативно-правовое обеспечение экстренной консультативной медицинской помощи, на наш взгляд, является одной из ключевых проблем, без решения которой дальнейшее ее развитие не представляется возможным.

В период до начала 90-х г. прошлого столетия нормативные правовые и методические документы, регламентирующие оказание экстренной и планово-консультативной медицинской помощи, разрабатывались и утверждались регулярно, с периодичностью один раз в 5 лет.

Кроме того, регулярно разрабатывались и утверждались межведомственные документы, регламентирующие порядок применения санитарной авиации.

В 1993 г. был принят федеральный закон от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья

граждан». Согласно Закону, как уже отмечалось выше, экстренная и консультативная медицинская помощь была названа скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощью и, тем самым, юридически отнесена к скорой медицинской помощи.

После выхода федерального закона № 5487-1 вопросы оказания скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи стали включать в нормативные документы, регламентирующие оказание скорой медицинской помощи.

После 1993 г. Минздрав России утвердил только один документ, посвященный оказанию экстренной консультативной медицинской помощи – разработанные специалистами ВЦМК «Защита» методические рекомендации МР от 23.12.1999 № 99/149 «Организация работы отделений экстренной и планово-консультативной помощи территориального центра медицины катастроф». В настоящее время эти рекомендации не вполне отвечают современным требованиям, так как не содержат информации о применении авиационного транспорта.

Как уже отмечалось, после принятия Правительством Российской Федерации решения о создании службы экстренной медицинской помощи в сентябре 1990 г. состоялось заседание Коллегии Минздрава РСФСР. Одним из вопросов, рассмотренных на Коллегии, был комплекс мероприятий по перестройке работы отделений экстренной и планово-консультативной помощи республиканских, краевых, областных больниц с учетом создания в РСФСР службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях и перехода здравоохранения на новые условия хозяйствования.

Как показал анализ деятельности отделений ЭКМП и опыт общения с заведующими этими отделениями и представителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, решение Коллегии Минздрава РСФСР (далее - решение Коллегии) от 25.09. 1990 г. «Об организации работы отделений экстренной и плановой консультативной медицинской помощи республиканских (АССР), краевых, областных

больниц и мерах по их дальнейшему совершенствованию» осталось без должного внимания.

В то же время до сих пор решение Коллегии является единственным официальным документом Минздрава России, наиболее полно отражающим проблемы экстренной консультативной медицинской помощи и меры по их решению.

По указанным причинам считаем необходимым более подробно рассмотреть содержание этого документа.

В аналитической части решения Коллегии отмечалось, что в РСФСР для оказания экстренной и планово-консультативной помощи имеется 100 отделений ЭПКМП; оказание консультативной помощи осуществляется специалистами медицинских и научно-исследовательских институтов, республиканских (АССР), краевых, областных больниц; внедряются заочные консультации, дистанционная автоматизированная диагностика острых заболеваний. В службе санитарной авиации имеется 189 единиц воздушного транспорта (95 самолетов и 94 вертолета), санитарный автотранспорт. Ежегодно оказывается помощь более чем 200 тыс. больных.

Функции методического центра федерального уровня выполняет отделение экстренной и планово-консультативной помощи Центральной республиканской клинической больницы Минздрава РСФСР, которое имеет соответствующее оснащение и автоматизированную систему поиска консультантов, что позволяет улучшить сроки обслуживания вызовов.

В 1987-1989 гг. количество санитарных заданий, выполненных отделением по СССР, выросло на 10% и составило в 1989 году 1641 случай, в том числе по РСФСР – 1275.

Таким образом, в начале 90-х гг. прошлого века в СССР функционировала система оказания экстренной и планово-консультативной медицинской помощи больным, имелось достаточное количество воздушных судов.

В решении Коллегии отмечалось, что в то же время развитию службы санитарной авиации не уделяется достаточного внимания, нередко ее ресурсы используются нерационально, без учета материальных затрат на содержание, а также было указано на недостаточное обеспечение отделений ЭПКМП реанимобилями.

Кроме того, большинство отделений ЭПКМП было размещено в помещениях, не соответствовавших санитарным нормам. Диспетчерские службы зачастую не имели связи с санитарным автотранспортом.

Отсутствовали автоматизированные системы диагностики неотложных состояний даже на таких территориях, где в связи с метеорологическими условиями выполнение санитарных заданий затруднено; не было спецодежды для сотрудников.

Половина региональных управлений Гражданского Воздушного Флота - ГВФ не имели вертолетных служб, в связи с этим отделения ЭПКМП были вынуждены заключать договоры с авиаотрядами других территорий, что затрудняло работу и снижало оперативность выполнения санитарных заданий.

Использование вертолетов затрудняло отсутствие вертолетных площадок рядом с центральными районными больницами, из-за чего возникала необходимость дополнительного использования автотранспорта для доставки специалистов, медицинских грузов и транспортировки больных и пострадавших и увеличивалась стоимость выезда и сроки выполнения заданий.

В решении Коллегия отмечалось, что подчинение, согласно сложившейся системе, заведующих отделениями ЭПКМП заместителям главных врачей областных (краевых) больниц по организационно-методическим вопросам, в компетенцию которых не входит организация госпитализации больных и привлечение специалистов к экстренной

медицинской помощи, значительно затрудняет оперативную работу заведующих отделениями, снижает их ответственность и инициативность.

После выхода решения Коллегии заведующих отделениями ЭПКМП перевели в подчинение заместителей главного врача по МСГО, что способствовало подготовке и привлечению специалистов этих отделений к работам в режиме ЧС.

Коллегия указала на наиболее значимые недостатки в организации оказания экстренной и планово-консультативной медицинской помощи.

В частности, на большинстве административных территорий не проводился анализ эффективности работы отделений ЭПКМП при принятии решений по развитию специализированных видов помощи в районах. При этом в 20-30% случаев причиной обращения в отделение являлось отсутствие специалиста в районе, а каждый пятый из числа больных, получивших консультативную медицинскую помощь специалистов санитарной авиации, для оказания помощи эвакуировался в республиканские (АССР), краевые, областные больницы.

В решении Коллегии было указано, что при обслуживании вызовов специалистами отделений ЭПКМП, как правило, не изучалось качество оказания помощи больному на месте, не разрабатывались мероприятия по устранению имеющихся недостатков. В то же время, в более чем половине случаев причиной обращения в отделение являлось критическое состояние больного. В структуре помощи, оказанной больным специалистами службы санитарной авиации, 8,5% составляли операции и оперативные вмешательства по экстренным показаниям. Их объем в период 1985-1989 гг. увеличился с 18429 до 19700 случаев, что являлось свидетельством недостаточной квалификации врачей лечебных учреждений в районах, их неумения прогнозировать течение заболевания и своевременно привлекать квалифицированных специалистов.

При оказании помощи больным с тяжелыми формами позднего токсикоза беременности, акушерскими кровотечениями, криминальными

абортами в 50-60% случаев допускались грубые ошибки в проведении интенсивной терапии.

Практически повсеместно не проводилась оценка эффективности работы специалистов-консультантов, не осуществлялся контроль выполнения их рекомендаций.

Имели место случаи, когда для консультации и оказания помощи направлялись консультанты, не имевшие специальной подготовки. Достаточно часто для проведения анестезиологических пособий и интенсивной терапии акушерско-гинекологическим больным и детям раннего возраста направляли специалистов, не имевших достаточных навыков и опыта работы с данными контингентами, что приводило к диагностическим, тактическим и лечебным ошибкам.

Не были отработаны научно-обоснованные модели деятельности службы санитарной авиации с учетом региональных особенностей административных территорий РСФСР.

На основании анализа и в целях дальнейшего совершенствования организации и повышения качества службы санитарной авиации РСФСР (редакция Решения Коллегии) перед органами исполнительной власти и руководителями здравоохранения был поставлен ряд основных задач.

Считаем целесообразным рассмотреть каждую задачу отдельно.

Одной из них являлась перестройка работы отделений экстренной и планово – консультативной помощи республиканских, краевых, областных больниц с учетом создания в РСФСР службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях и перехода здравоохранения на новые условия хозяйствования.

По нашему мнению, эта задача отражала требования ситуации, сложившейся в то время в стране и в здравоохранении. К сожалению, механизмы реализации этой задачи не были указаны ни в решении Коллегии, ни в принятом Коллегией временном Положении об отделении экстренной и

консультативной медицинской помощи областной (республиканской, краевой, окружной) больницы и центра экстренной медицинской помощи.

Роль и место отделений ЭКМП в системе лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС не были обозначены достаточно четко.

Эта задача не нашла отражения и в других нормативных документах Министерства здравоохранения Российской Федерации вплоть до выхода приказа Минздрава России от 03.04.1998 № 98 «Об упорядочении деятельности отделений экстренной и консультативной медицинской помощи (санитарной авиации)».

Таким образом, задача перестройки работы отделений ЭКМП с учетом создания Службы медицины катастроф не могла быть решена в те годы и полностью не решена до настоящего времени.

В решении Коллегии Минздрава России было указано, что основной задачей деятельности отделений ЭКМП, как в условиях повседневной деятельности, так и при работе по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций следует считать оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим и больным.

Для обеспечения оказания экстренной консультативной медицинской помощи в режиме повседневной деятельности решением Коллегии предусмотрено использование специализированных бригад постоянной готовности, создаваемых в соответствии с приказом Минздрава РСФСР от 11.07.90 № 115 «О создании службы экстренной медицинской помощи в ЧС».

Это указание позволяло обеспечивать своевременное выполнение заявок муниципальных лечебных учреждений на оказание экстренной консультативной медицинской помощи врачами-специалистами.

В целях улучшения организации и повышения качества реанимационно-анестезиологической помощи беременным, роженицам, родильницам и детям Коллегия поставила задачу организовать выездные бригады на базе специализированных медицинских учреждений независимо

от их подчиненности, определив порядок их работы с учетом региональных особенностей.

Как показывает анализ, в настоящее время оказание экстренной консультативной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и, особенно, детям остается одной из наиболее важных задач. Решению проблемы способствует открытие в субъектах Российской Федерации перинатальных центров, но этот процесс, во-первых, не закончен; во-вторых, выездные бригады перинатальных центров оказывают экстренную помощь только новорожденным. Дети других возрастных групп получают эту помощь от специалистов различных медицинских учреждений, чья деятельность, как правило, организационно регулируется недостаточно. Таким образом, проблема улучшения организации и повышения качества реанимационно-анестезиологической помощи беременным, роженицам, родильницам и детям, поставленная в решении Коллегии, не решена полностью до настоящего времени.

Решением Коллегии, кроме того, предусматривалось создание посадочных вертолетных площадок при каждой центральной районной больнице и разработка предложений в Министерство гражданской авиации СССР по организации вертолетных служб для санитарной авиации на каждой административной территории РСФСР.

Решение Коллегии предусматривало создание резерва медикаментов и аппаратуры для оснащения отделений ЭКМП, обеспечение этих отделений транспортом, помещениями, медицинскими кадрами, организацию диспетчерской службы, решение других вопросов материально-технического обеспечения.

Впервые специалистам отделений ЭКМП было рекомендовано проводить экспертный анализ качества медицинской помощи на основе карты экспертизы, разработанной специалистами облздравотдела Алтайского края (приложение 2 к решению Коллегии) и оказывать методическую помощь муниципальным лечебным учреждениям.

Как уже было сказано ранее, в соответствии с п.1.4 решения Коллегии из объема работы отделений ЭКМП была исключена плановая консультативная медицинская помощь. Задача оказания плановой консультативной медицинской помощи была возложена на организационно-методические отделы областных (республиканских, краевых, окружных) больниц.

Несмотря на то, что отдельного пункта об изменении названия отделения ЭКМП в решении Коллегии нет, в названии утвержденного временного Положения об отделении (центре) экстренной консультативной медицинской помощи республиканской, краевой, областной больницы и далее по его тексту отделение называется «отделение экстренной консультативной медицинской помощи».

Во временном Положении было установлено, что отделение (центр) экстренной консультативной медицинской помощи является структурным подразделением республиканской (АССР), краевой, областной больницы, а при создании территориального центра экстренной медицинской помощи отделение может входить в его структуру.

Таким образом, во временном Положении допускались два варианта организационно-штатной принадлежности отделений ЭКМП - территориальному центру медицины катастроф и областной (республиканской, краевой, окружной) больнице. Возможно, по этой причине Положение об отделении ЭКМП было утверждено как временное, во всяком случае, все другие позиции решения Коллегии и временного Положения об отделении ЭКМП, на наш взгляд, не вызывают сомнений и сегодня.

Как показал опыт последующих лет, возникшее разнообразие организационно-штатной принадлежности отделений ЭКМП явилось серьезным препятствием в организации привлечения специалистов областных (республиканских, краевых, окружных) больниц при лечебно-эвакуационном обеспечении пострадавших в ЧС.

Целесообразно рассмотреть основные позиции временного Положения об отделении (центре) экстренной консультативной медицинской помощи республиканской, краевой, областной больницы.

В этом документе впервые были установлены два режима работы отделений: режим повседневной деятельности и режим деятельности в условиях чрезвычайной ситуации.

В режиме повседневной деятельности сотрудники отделения должны были обеспечивать:

- оказание экстренной консультативной медицинской помощи при угрожающем жизни состоянии больного, трудностях диагностики, неэффективности лечения и прогрессирующем ухудшении состояния;

- срочную доставку медицинских грузов, необходимых для спасения жизни людей;

- медицинскую эвакуацию больных по показаниям в лечебные учреждения областного (краевого, республиканского) центра для оказания медицинской помощи и их обратную эвакуацию в больницу по месту жительства для долечивания;

- организацию медицинской эвакуации больных, нуждающихся в лечении за пределами области (края, республики);

- доставку специалистов и необходимых грузов для проведения противоэпидемических мероприятий и др.

В режиме деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций в соответствии с приказом Минздрава РСФСР от 11.09.1990 г. № 115 «О создании службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях» сотрудники отделения должны были обеспечивать:

- создание банка данных об имеющихся медицинских кадрах и материальных ресурсах и местах их дислокации в территориальной СМК;

- разработку оптимальных маршрутов и способы быстрой доставки медицинских сил и средств в зону ЧС;

- организацию срочной доставки специалистов и медицинских грузов по назначению, а также медицинскую эвакуацию пострадавших в лечебные учреждения;

- обеспечение круглосуточной связи по приему и передаче информации между структурными подразделениями территориальной СМК и Минздравом РСФСР.

Для организации работы отделения ЭКМП во временном Положении предусматривались:

- круглосуточная диспетчерская служба, имеющая оперативные документы, позволяющие в сжатый срок перестроить работу с режима повседневной деятельности на режим ЧС;

- штат специалистов, который укомплектовывался исходя из потребности в экстренной консультативной медицинской помощи и с учетом местных условий - численности и плотности населения административной территории, состояния уровня медицинской помощи в районах, географических и климатических особенностей;

- возможность привлечения специалистов из различных лечебных учреждений республики, края, области;

- обеспечение средствами диагностики и оперативной связи между лечебными учреждениями, службами МВД и ГВФ.

Таким образом, временное Положение определяло функционирование медицинских сил и средств СМК, обеспечивающих бесперебойную работу отделений ЭКМП во всех режимах деятельности и при переводе на работу в режиме ЧС.

Согласно временному Положению специалисты отделения ЭКМП были обязаны систематически анализировать объем и качество работы основных (штатных) и привлекаемых специалистов по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи, а при выполнении вызовов проводить углубленный анализ качества оказанной медицинской помощи.

Содержание временного Положения об отделении (центре) экстренной консультативной медицинской помощи республиканской, краевой, областной больницы рассмотрено нами подробно, так как и в настоящее время его основные положения являются актуальными, а некоторые, такие как организация круглосуточной диспетчерской службы, дистанционного консультирования и обмена информацией, подбор квалифицированных кадров в отдельных субъектах Российской Федерации полностью не выполнены до сих пор.

Таким образом, анализ решения Коллегии Минздрава РСФСР от 25.09.1990 г. позволяет сделать следующие выводы.

Как документ федерального уровня, решение Коллегии имело большое значение, так как в нем впервые был проведен углубленный анализ состояния экстренной планово-консультативной медицинской помощи в Российской Федерации и дан перечень основных мероприятий по повышению качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению Российской Федерации в условиях создания в стране службы экстренной медицинской помощи.

Коллегия Минздрава РСФСР впервые возложила на службу санитарной авиации страны задачу участия в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

В то же время роль и место отделений ЭКМП в системе лечебно-эвакуационных мероприятий при ликвидации последствий ЧС не были четко определены.

Временное Положение об отделении ЭКМП, утвержденное Коллегией, до настоящего времени является единственным нормативно-методическим документом, подробно осветившим задачи и порядок функционирования отделений ЭКМП в различных режимах деятельности.

Решение Коллегии Минздрава РСФСР от 25.09.1990 г. не было реализовано в полной мере в связи с экономическим кризисом начала 90-х гг. и сложившейся в результате него политической ситуацией.

С 1990 г. заседания коллегии Министерства здравоохранения по проблемам санитарной авиации не проводились.

В результате спада экономики финансовые расходы на организацию и оказание медицинской помощи сократились. Многие регионы утратили возможность применения авиационного транспорта в медицинских целях, что отрицательно повлияло на своевременность и доступность оказания экстренной консультативной медицинской помощи, в первую очередь сельскому населению.

В то же время с 1994 г. в стране развивалась Всероссийская служба медицины катастроф, основной задачей которой является своевременное и качественное оказание экстренной медицинской помощи и проведение медицинской эвакуации пострадавших в ЧС.

В этой связи на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.04.1998 № 98 «Об упорядочении деятельности отделений экстренной и консультативной медицинской помощи (санитарной авиации)» было принято решение о переводе отделений ЭКМП из республиканских, краевых, окружных, областных больниц в состав территориальных центров медицины катастроф, которое до последнего времени не выполнено в 34 субъектах Российской Федерации.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 августа 2011 г. № 660 «О внесении изменений в Положение о Всероссийской службе медицины катастроф» в российском здравоохранении стал вновь употребляться термин «экстренная консультативная медицинская помощь».

Как уже отмечалось, приказом Минздравсоцразвития России от 26 октября 2009 г. № 846 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи» термин «скорая (санитарно-авиационная) специализированная медицинская помощь» был отменен. При этом в некоторых субъектах

Российской Федерации этот термин еще применяется при лицензировании медицинской деятельности территориальных центров медицины катастроф.

Как отмечалось выше, наиболее серьезным нормативно-правовым пробелом, на наш взгляд, является отсутствие термина «экстренная консультативная медицинская помощь» в федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. В этом законе экстренная консультативная медицинская помощь отсутствует как вид медицинской помощи (статья 32), как форма и как комплекс медицинских услуг (статьи 33-36).

Считаем, что такое положение во многом вступает в противоречие с некоторыми положениями статей 3, 4, 7, 10, 11 указанного закона, так как нарушаются приоритет интересов пациентов, приоритет охраны здоровья детей, положения о доступности медицинской помощи и недопустимости отказа в ее оказании.

В то же время в соответствии с федеральным законом от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»; Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности...»; приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 г. № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи...» - любая медицинская деятельность подлежит лицензированию.

Медицинскую деятельность составляют работы (услуги) по перечню согласно приложениям к указанным документам. Требования к организации и выполнению указанных работ (услуг) в целях лицензирования установлены соответствующими нормативными документами Минздрава России, однако экстренная консультативная медицинская помощь в них не отражена.

Несовершенство нормативной базы часто является причиной противоречий между действующими нормативными и методическими

документами и существующей практикой оказания экстренной консультативной медицинской помощи.

Правовая структуризация системы здравоохранения Российской Федерации полностью построена на понятии «медицинская помощь». В федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 32) выделены следующие виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная.

Критерии, на основании которых те или иные организационные медицинские явления включают в систему медицинской помощи, законом не определены. Структурное разделение всех организационных медицинских явлений осуществляется по степени вложения материально-экономических ресурсов на один законченный случай и уровню организации государственного управления, сопряженного с затратностью определенного вида медицинской помощи. В то же время законченные случаи первичной медико-санитарной и высокотехнологичной медицинской помощи имеют совершенно разную стоимость, а экстренная консультативная медицинская помощь не «нацелена» на законченный случай по определению.

По мнению проф. В.С.Нечаева с соавторами (Национальный институт общественного здоровья РАМН), которое мы поддерживаем, отсутствие законодательно закрепленных критериев включения отдельных организационных медицинских явлений в общее понятие медицинской помощи исключает возможность точного определения того, что непосредственно относится к отдельному виду медицинской помощи, является его структурной частью или не является медицинской помощью вообще.

Именно из-за этого теоретического и нормативно-правового пробела большая группа организационных медицинских явлений выпала из-под регулирования и контроля. Например, де-факто активно развивающаяся в

настоящее время заочная консультативная медицинская помощь де-юре не существует. По этой причине для оказания, например, заочных медицинских консультативных услуг не требуется фактически ничего, даже медицинского образования, кроме желания такую помощь предоставлять.

Консультации «узких» специалистов в том или ином виде существуют не только в России, но и в зарубежных странах. Общей базовой функционально-структурной единицей консультативной медицинской помощи является врач-консультант как облигатный элемент системы, без которого система не может существовать. Например, базовой функционально-структурной единицей отделения ЭКМП и МЭ территориального центра медицины катастроф являются врачи-специалисты, которые консультируют специалистов центральных районных больниц.

В отделениях ЭКМП и МЭ функционируют выездные специализированные консультативные бригады, которые, как правило, комплектуются из специалистов лечебных учреждений для оказания специализированной медицинской помощи в рамках системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

Таким образом, при оказании экстренной консультативной медицинской помощи соблюдается принцип функциональной взаимосвязи между различными видами медицинской помощи, основанный на достижении максимально возможного уровня оказания медицинской помощи для каждого пациента. Кроме того, экстренная консультативная медицинская помощь — это ключевой момент в продвижении пациента по иерархическим горизонтальным уровням (видам) системы медицинской помощи, ее важный интегративно-организационный элемент.

Таким образом, анализ нормативно-правового обеспечения экстренной консультативной медицинской помощи в современных условиях позволил прийти к заключению о необходимости пересмотра действующих документов и внесении соответствующих поправок и дополнений,

регламентирующих оказание этой помощи в соответствии с современными требованиями.

Считаем, что разработка и нормативно-правовое закрепление основных теоретических позиций по базовым организационным понятиям, таким как экстренная консультативная медицинская помощь, являются важным шагом по преодолению противоречивости и несоответствия отечественного законодательства в сфере здравоохранения реалиям настоящего времени.