

Экстренная и неотложная медицинская помощь – проблемы разграничения понятий и механизма реализации норм закона

Александрова О. Ю.

д.м.н., профессор; профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ГОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова

Рамненко Т. В.

соискатель кафедры основ законодательства в здравоохранении ГОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова

В статье рассматривается действующее законодательство, регулирующее оказание экстренной и неотложной медицинской помощи. Делается вывод, что разделение этих двух форм помощи юридически неоднозначно, не имеет четкого механизма реализации, что повышает риски наступления юридической ответственности для медицинских организаций за неоказание медицинской помощи.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, неотложная медицинская помощь, медицинское страхование, медицинское вмешательство, вред здоровью

В Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ «Об охране здоровья») вводится классификация медицинской помощи по форме оказания (Статья 32. «Медицинская помощь»):

«Формами оказания медицинской помощи являются:

- 1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью».

Соответственно, в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

(Утв. Постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074) медицинская помощь оказывается в тех же экстренной, неотложной и плановой формах.

Новеллой законодательного регулирования является также введение классификации медицинской помощи по условиям оказания. До этого подобная классификация медицинской помощи использовалась в подзаконных нормативно-правовых актах.

В соответствии с ФЗ «Об охране здоровья» (Статья 32. «Медицинская помощь»):

«Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

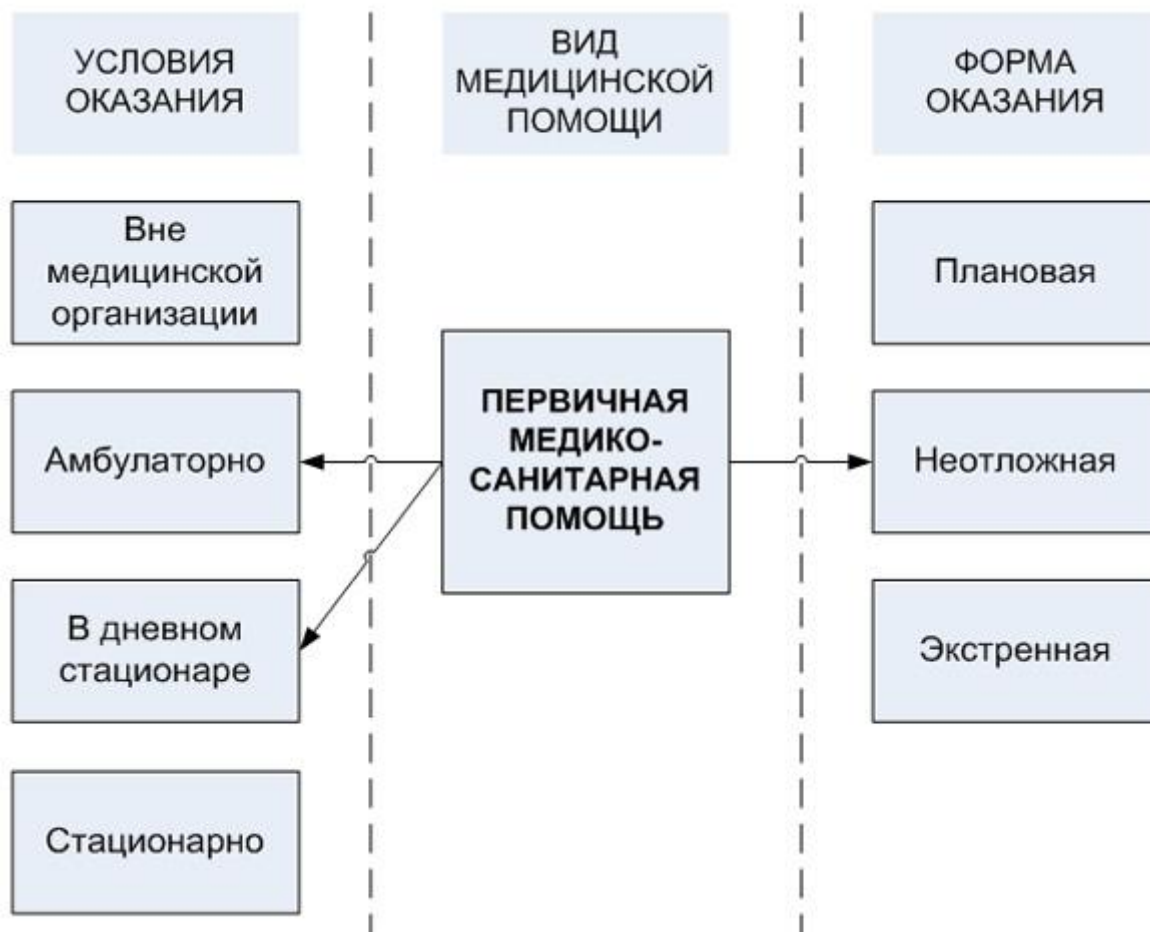
- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)».

Каждый вид медицинской помощи (ПМСП, специализированная, скорая, паллиативная) в соответствующих статьях ФЗ «Об охране здоровья» имеет определенные законом формы и условия оказания.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие **неотложную медицинскую помощь** (Статья 33. «Первичная медико-санитарная помощь»). Про плановую и экстренную форму оказания первичной медико-санитарной помощи в ФЗ «Об охране здоровья» не упомянуто (схема 1).

Схема 1. Формы и условия оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»



Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях (Статья 35. «Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь») (схема 2).

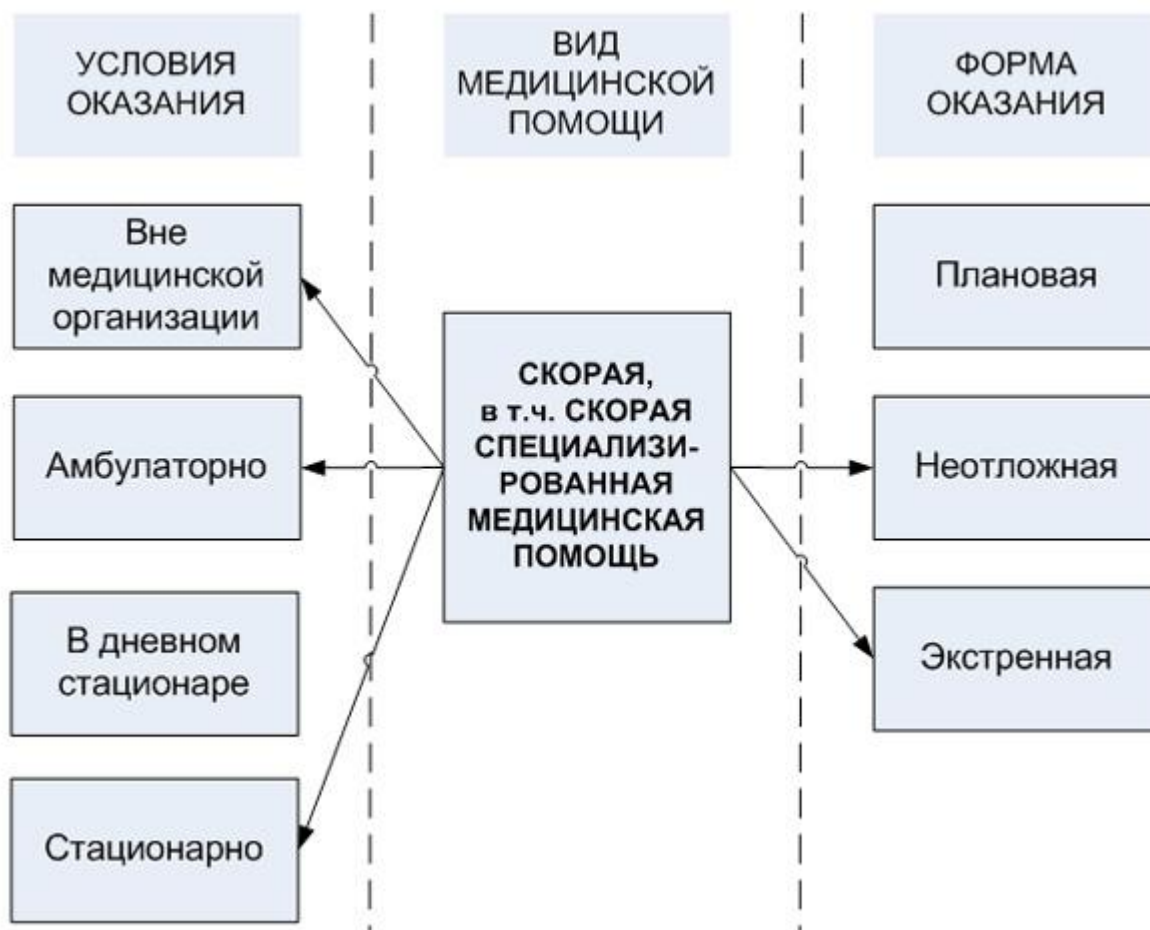
В связи с вышесказанным возникают следующие вопросы, требующие разъяснения и детального регулирования в подзаконных нормативно-правовых актах с целью однозначности толкования и создания механизма реализации норм закона.

1. ПМСП может оказываться в неотложной форме. Оказание ПМСП в неотложной форме («при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента») – это, видимо, то, что традиционно называлось «вызовы на дом». Но почему неотложно? Требуется разработка критериев неотложности состояний и неотложности медицинской помощи, а также разработка алгоритмов действия медицинских работников и медицинских организаций при

неотложных состояниях. Такие алгоритмы действий должны исключать возможность причинения вреда жизни и здоровью гражданина неоказанием медицинской помощи.

Таким образом, отдельного регулирования требует деятельность медицинских организаций по оказанию **первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме**.

Схема 2. Формы и условия оказания скорой, в т.ч. скорой специализированной медицинской помощи, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»



2. Скорая медицинская помощь оказывается вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Единственное, что однозначно понятно, так это то, что скорая медицинская помощь оказывается вне медицинской организации. Именно с целью оказания медицинской помощи заболевшим и пострадавшим вне медицинской организации и была создана служба скорой медицинской помощи.

Необходимо разработать критерии (показания, перечень ситуаций или т.п.) и, соответственно, алгоритмы действий медицинских работников и медицинских

организаций, когда скорая медицинская помощь оказывается в амбулаторных и стационарных условиях.

Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме, т.е. законодательно возникают понятия «скорая экстренная» и «скорая неотложная» медицинская помощь. Притом, что существует в соответствии с ФЗ «Об охране здоровья граждан» еще и первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме.

В чем разница между скорой медицинской помощью в неотложной форме и первичной медико-санитарной помощью в неотложной форме?

Видимо, разница в медицинской организации, которая оказывает такую помощь (первичную медико-санитарную помощь в неотложной форме оказывают поликлиники, а скорую медицинскую помощь в неотложной форме – служба скорой помощи), а не в содержании этой помощи.

Если разницы в состоянии больного нет (внезапные острые заболевания, состояния, обострение хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни), и нет разницы в содержании медицинской помощи, и такую медицинскую помощь может оказать как поликлиника, так и бригада скорой медицинской помощи, то, казалось бы, это хорошо для больного. Пациенту все равно, кто ему окажет медицинскую помощь, лишь бы она была оказана своевременно, в нужном объеме и качественно.

Но, к сожалению, опыт последних лет, с введением понятия «неотложная медицинская помощь» в Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи показывает, что ситуации, когда бригада скорой помощи не приезжает на вызов, а диспетчер направляет больного, вызвавшего скорую помощь, в поликлинику для оказания ему неотложной медицинской помощи, часто заканчиваются причинением вреда жизни и здоровью человека не оказанием или несвоевременным оказанием медицинской помощи. И, соответственно, судебными исками против причинителя вреда – медицинских организаций.

Формируя таким образом законодательство, понимая, что экономически очень затратно, когда скорая помощь подменяет обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи на дому и транспортировке больных, мы должны помнить и о последствиях для больного, и о правовых последствиях для медицинских организаций.

На практике ситуация может оказаться противоположной сегодняшней, когда уже поликлиническая служба подменяет обязанности скорой по оказанию медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, поскольку ни диспетчерская служба станций скорой медицинской помощи, ни регистратура поликлиники по телефону не может определить угрозу жизни пациента.

В условиях, когда в рамках оказания амбулаторно-поликлинической помощи (даже в форме неотложной), устранить угрозу жизни невозможно, врач неотложной службы поликлиники будет вынужден все равно либо самостоятельно госпитализировать пациента, либо вызывать все ту же скорую помощь. Однако время может быть потеряно, и могут наступить последствия несвоевременного оказания медицинской помощи (как для пациента, так и для медицинской организации в виде юридических последствий неоказания медицинской помощи).

Для ликвидации вышеуказанной юридической и организационной неоднозначности необходимо в подзаконных нормативно-правовых актах МЗ РФ определить четкие, юридически и организационно однозначные критерии экстренной медицинской помощи с жесткой регламентацией функций по оказанию такой медицинской помощи. Также требуется разработка и принятие подзаконных нормативно-правовых актов, с четкими алгоритмами действий медицинских работников и медицинских организаций (как амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, так и медицинских организаций скорой помощи) при неотложных состояниях.

Данные юридические и организационные критерии должны быть определены в целях исключения возможности причинения вреда жизни и здоровью гражданина неоказанием медицинской помощи.

Таким образом, отдельного регулирования требует как деятельность медицинских организаций по оказанию **первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме**, так и медицинских организаций по оказанию **скорой медицинской помощи в неотложной и, отдельно, в экстренной форме**. Акцент при разработке данного регулирования должен быть сделан не только на экономическую эффективность деятельности службы скорой медицинской помощи, но и на **недопустимость неоказания медицинской помощи пациенту**.

3. В соответствии с п.2 ст.11 «Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи» ФЗ «Об охране здоровья»:

«...2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается...»

К обязанностям медицинских организаций (всех, включая медицинские организации частной системы здравоохранения) в соответствии с п.1 статьи 79 ФЗ «Об охране здоровья» относится «обеспечивать гражданам оказание экстренной медицинской помощи». Но не неотложной медицинской помощи.

Главным критерием экстренной медицинской помощи является наличие угрожающих жизни состояний. Угрожающие жизни состояния перечислены в Приказе Министерства

здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

В соответствии с данным приказом:

«6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее – угрожающее жизни состояние):

6.2.1. шок тяжелой (III-IV) степени;

6.2.2. кома II-III степени различной этиологии;

6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотеря;

6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;

6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;

6.2.8. расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоемболии) сосудов головного мозга или легких;

6.2.9. острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского применения, в том числе наркотиками или психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему, или алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление, вызвавшее угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев;

6.2.10. различные виды механической асфиксии; последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма); последствия воздействия высокого

или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь); последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электротравма); последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма), вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев».

Все вышеперечисленные состояния не могут быть компенсированы организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью.

Именно при этих состояниях медицинских организации в соответствии с п.1. ст. 79 обязаны оказывать медицинскую помощь (независимо от того, являются ли нуждающиеся в такой помощи гражданами РФ или нет, застрахованными в системе ОМС или нет).

На оказание неотложной медицинской помощи («без явных признаков угрозы жизни пациента») обязанности медицинских организаций не распространяются. Подразумевается, что неотложная медицинская помощь должна быть оказана в амбулаторных условиях или скорой помощью в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ПГГ), т.е. медицинскими организациями, участвующими в реализации данной программы, а при переходе на одноканальное финансирование в системе ОМС – только для застрахованных в ОМС лиц. Например, медицинские организации частной системы здравоохранения, не участвующие в реализации ПГГ, могут оказывать неотложную медицинскую помощь на платной основе. То же касается лиц, не являющихся гражданами РФ и не застрахованных в ОМС – медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения могут оказывать такую медицинскую помощь данным лицам на платной основе.

Но представим себе такую ситуацию. На платный прием к гинекологу приходит женщина (не гражданка РФ, не застрахована в ОМС), у которой выявляется внематочная беременность. Данное состояние не относится к состояниям с «явными признаками угрозы жизни», непосредственно не угрожает жизни пациентки. Но неоказание медицинской помощи такой пациентке (хирургической в условиях стационара) обязательно приведет к угрожающему жизни состоянию, перечисленному в вышеуказанном приказе МЗ СР РФ.

Таким образом, медицинская организация *de facto* не может не оказать медицинскую помощь не только экстренную, при явных признаках угрозы жизни, но и при состояниях без явных признаков угрозы жизни, но когда неоказание медицинской помощи **может привести** к угрожающему жизни состоянию.

Напомним, что неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного, либо причинение тяжкого или средней

тяжести вреда его здоровью является преступлением (статья 124 УК РФ). И неважно, в какой системе здравоохранения работает медицинский работник, не оказавший медицинскую помощь, в чьи полномочия входит финансирование данной системы здравоохранения, и гражданам какого государства не оказана медицинская помощь.

Соответственно, возникает вопрос, кто оплатит медицинской организации медицинскую помощь, не относящуюся к экстренной (нет явных признаков угрозы жизни), но неоказание которой может привести к угрозе жизни, не застрахованным в ОМС лицам, и не гражданам РФ. Или изначально предполагается, что расходы на оказание такой медицинской помощи будут возмещены только медицинской организации, работающей в рамках ПГГ и оказавшей медицинскую помощь застрахованному в ОМС лицу?

Таковы неясные вопросы, связанные с новым законодательным регулированием оказания экстренной и неотложной медицинской помощи в РФ.

Правовой механизм реализации норм, закрепленных в федеральном законодательстве, создается принятием подзаконных нормативно-правовых актов. Мы проанализировали подзаконные НПА, регулирующие оказание экстренной медицинской помощи в РФ.

В соответствии с Порядком оказания скорой медицинской помощи, утв. приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179 (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 N 586н, от 15.03.2011 N 202н, от 30.01.2012 N 65н), «На **догоспитальном** этапе скорая медицинская помощь осуществляется медицинскими работниками станций скорой медицинской помощи, отделений экстренной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений, отделений скорой медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений...».

На сегодняшний день остается непонятным, что это за отделения экстренной медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи в поликлиниках («на догоспитальном этапе»)?

При том, напомним, что в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010, 2011 и 2012 годы: «В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба **неотложной медицинской помощи**». Но никак не экстренной и скорой.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (Утв. Постановлением

Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074) уже выделен отдельный норматив объемов медицинской помощи – для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2013 год – 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо. Но речь идет исключительно о первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в неотложной форме. НЕ О СКОРОЙ медицинской помощи.

В соответствии с Порядком оказания скорой медицинской помощи, утв. приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179 (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 N 586н, от 15.03.2011 N 202н, от 30.01.2012 N 65н):

«38. В целях оказания скорой медицинской помощи на **госпитальном** этапе может создаваться отделение **экстренной** медицинской помощи как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, имеющего коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 больных (пострадавших) для оказания **скорой** медицинской помощи.

39. Отделение **экстренной** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения обеспечивает оказание **скорой** медицинской помощи больным (пострадавшим), доставленным выездными бригадами скорой медицинской помощи, бригадами специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, а также самостоятельно обратившихся за оказанием **скорой** медицинской помощи.

40. Отделение **экстренной** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения функционирует в режиме круглосуточной работы и осуществляет свою деятельность в соответствии с Положением об организации деятельности отделения **экстренной** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения».

Далее в приказе имеются приложения, в которых представлены Положение об организации деятельности отделения **экстренной** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (приложение 1), и почему-то Рекомендуемые штатные нормативы стационарного отделения **скорой** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (приложение 2), и Стандарт оснащения стационарного отделения **скорой** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (приложение 3).

Понятие «неотложная медицинская помощь» в Порядке оказания скорой медицинской помощи, утв. приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179 (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 N 586н, от 15.03.2011 N 202н, от 30.01.2012 N 65н) не употребляется.

Таким образом, в подзаконном нормативно-правовом акте «Порядок оказания скорой медицинской помощи», утвержденном МЗ СР РФ, вновь нет ясности в понятиях «экстренная медицинская помощь» и «неотложная медицинская помощь», и нет четких алгоритмов действий по оказанию этих форм медицинской помощи.

В сентябре 2012 года в субъекты РФ «для использования» было направлено совместное Письмо Минздрава России и Федерального Фонда ОМС (Письмо Минздрава России № 14-0/10/2-2564, ФФОМС № 7155/30 от 26.09.2012), содержащее «Методические рекомендации «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития», подготовленные ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова» – (далее Письмо (Методические рекомендации)).

Данное Письмо (Методические рекомендации) было направлено в регионы в связи с осуществлением обеспечения скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) с 01.01.2013 в соответствии со ст. 51 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ за счет средств обязательного медицинского страхования.

В данном Письме (Методических рекомендациях) определено понятие срочного медицинского вмешательства: «срочным является медицинское вмешательство, требующее соблюдения определенных требований к срокам начала его проведения, исчисляемых с момента обращения пациента, нуждающегося в медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, в медицинскую организацию» (приводится в падежах в тексте документа). Таким образом, для **срочного** медицинского вмешательства должны быть **определены сроки** его осуществления, в отличие от планового медицинского вмешательства, отсрочка которого возможна на неопределенный срок.

Однако далее в данном документе вновь происходит путаница в критериях экстренной и неотложной медицинской помощи.

В Письме (Методических рекомендациях) сформулированы основные черты, принципиально отличающие скорую медицинскую помощь (СМП) от других видов помощи:

«1) безотлагательный характер ее предоставления в случаях оказания экстренной медицинской помощи и отсроченный – при неотложных состояниях (неотложная медицинская помощь...».

Если предоставление медицинской помощи можно отсрочить, то это же плановая медицинская помощь. Или требуется разработка опять же временных критериев (сроков оказания). Например, неотложная медицинская помощь – это медицинская помощь, отсрочка в оказании которой возможна до 1 суток (2,3,4... и т.д. суток). За пределами же этих сроков медицинская помощь будет считаться плановой.

К сожалению, в Письме (Методических рекомендациях) четких критериев неотложной медицинской помощи нет. Далее в Письме (Методических рекомендациях) приводятся определения экстренной и неотложной медицинской помощи, в первой части определений дублирующие определения, данные в ст.32 ФЗ «Об охране здоровья», во второй части – собственное дополнение («требующих срочного медицинского вмешательства»):

«Выделяют формы оказания СМП, критериями которых являются признаки угрозы жизни пациента и связанные с ними требования к срокам ее оказания. Формами оказания СМП являются:

- 1) экстренная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства;
- 2) неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства».

И далее: «Явные признаки угрозы жизни – выраженные проявления заболевания (состояния), которое может привести к смерти пациента». Данное определение не соответствует определению, данному в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

В соответствии с данным приказом:

«6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее – угрожающее жизни состояние..».

По сути, может быть, это и одно и то же, но формирование нормативно-правового регулирования требует точности и однозначности понятий.

Дополнение «требующих срочного медицинского вмешательства» вносило бы конкретику в данные определения и отличало бы эти формы медицинской помощи от плановой, если бы содержало сроки оказания такой помощи.

В Письме (Методических рекомендациях) временные сроки указаны лишь для мест расположения и территории обслуживания медицинских организаций скорой медицинской помощи (МО СМП) и её подразделений – устанавливаются с учетом 20-минутной транспортной доступности. Но данные требования качаются медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь как в экстренной, так и в неотложной форме.

В другом нормативно-правовом акте – Приказе МЗ РФ от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» в приложении 5 «Правила организации деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра врачей общей практики (семейной медицины))» п.7 четко регламентированы временные рамки оказания неотложной помощи. «Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому».

Но данный нормативно-правовой акт регулирует оказание первичной медико-санитарной помощи, а не скорой медицинской помощи.

В Письме (Методических рекомендациях) же сказано:

«Выездные бригады СМП направляются на вызов фельдшером (медсестрой) по приему вызовов СМП и передаче их выездным бригадам СМП МО СМП с учетом профиля бригады, повода и срочности вызова и форм оказания СМП (экстренной и неотложной). Передача вызова СМП по экстренным показаниям выездным бригадам СМП фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче их выездной бригаде осуществляется безотлагательно, на вызов направляется ближайшая свободная бригада СМП. Направление бригады СМП по неотложным показаниям осуществляется по мере освобождения бригад СМП при отсутствии вызовов по экстренным показаниям».

Т.е. определяет «экстренность» или «неотложность» медицинской помощи фельдшер по приему вызовов по телефону.

Трудно представить себе большую неопределенность в правовом регулировании важнейшего вопроса оказания медицинской помощи населению. Подобная неопределенность может привести к неоказанию медицинской помощи в конкретные

сроки, что, опять же, может привести к причинению вреда жизни и здоровью пациента неоказанием медицинской помощи.

Проблемы приобретают еще более острое звучание в связи с переводом финансирования СМП через систему ОМС.

Традиционно медицинские организации скорой медицинской помощи имели одноканальное финансирование – из средств бюджетов (муниципальных до 2012 года, бюджетов субъектов РФ с 2012 года). В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи **на 2012 год** (Утв. Постановлением Правительства РФ от 21 октября 2011 г. N 856), и в предыдущие годы был определен норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи – на 1 вызов (в 2012 году – на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи – 1710,1 рубля из средств бюджета субъекта РФ).

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (Утв. Постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074) уже выделен отдельный норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи – на 1 вызов скорой медицинской помощи **за счет средств обязательного медицинского страхования** – 1435,6 рубля.

Подразумевается, что система ОМС оплачивает только вызовы скорой медицинской помощи застрахованным лицам. Однако значительный объем СМП оказывается незастрахованным лицам, и вообще не гражданам РФ. Поскольку нельзя отказать в оказании экстренной медицинской помощи, оплата ее незастрахованным лицам должна производиться за счет средств бюджетов субъектов РФ. Таким образом, переход в финансировании здравоохранения страны на одноканальное финансирование, обернулся для скорой помощи уходом от одноканального, и переходом на 2-канальное финансирование.

Неважно, сколько и каких каналов финансирования существует для скорой медицинской помощи. Важно, чтобы ограничения в финансировании (как и юридическая неоднозначность) не способствовали неоказанию медицинской помощи медицинскими работниками и медицинскими организациями, и, соответственно, не приводили к причинению вреда жизни и здоровью пациента неоказанием этой помощи.

В анализируемом Письме (Методических рекомендациях) формулируются вопросы, требующие решения, в связи с переходом СМП в ОМС. Прежде всего, это вопросы финансирования:

«а) определение способа оплаты скорой медицинской помощи (за единицу объема медицинской помощи –1 выезд СМП, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации, за пролеченного больного в соответствии со стандартами)

б) определение плановых заданий и оплата сверхнормативного объема оказания СМП;

с) оплата медицинской помощи, оказанной больным (пострадавшим), не идентифицированным на этапе скорой медицинской помощи, а также имеющим проблемы с определением страховой принадлежности; оплата СМП иностранным гражданам;

д) оплата услуг СМП, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи: ложные вызовы, безрезультатные выезды, участие СМП в обеспечении культурно-массовых и спортивных мероприятий; транспортировка консультантов, доставка крови и ее компонентов и т.д.;

е) обеспечение СМП современными финансово-статистическими информационными системами, обеспечивающими внутриучрежденческий учет и взаимодействие с участниками ОМС (ТФОМС, СМО) и др...».

В Письме (Методических рекомендациях) приводятся принципы выбора способов оплаты СМП, которые, по мнению авторов, должны решить вышепоставленные вопросы и быть следующими:

1) тарифы СМП должны соответствовать текущим и перспективным расходам на оказание медицинской помощи, то есть включать не только возмещение текущих затрат, но и обеспечивать развитие деятельности;

2) дифференцированный подход к оплате вызовов СМП в соответствии с профилем бригады и объемом оказанной помощи;

3) тарифы должны стимулировать персонал СМП к качественному оказанию медицинских услуг на высоком профессиональном уровне, в соответствии со стандартами и Порядком оказания СМП, к рациональному использованию имеющихся сил и средств;

4) способ не должен мотивировать персонал к оказанию излишней (недостаточной) по объему медицинской помощи.

Дифференцированный подход к установлению тарифов СМП должен обеспечивать рациональную оплату за оказанную медицинскую помощь, пропорциональную затратам кадровых и материально-технических ресурсов организации. Критериями здесь могут

быть состав бригады, квалификационная подготовка персонала, тип автомобиля СМП, материально-техническое оснащение бригады, объем и сложность оказанной помощи. В связи с этим целесообразным является:

установление отдельных тарифов на оказание экстренной и неотложной СМП,

дифференцированные тарифы на оказание СМП специализированными, общепрофильными (врачебными и фельдшерскими), педиатрическими, транспортными бригадами (при условии соблюдения профильности использования бригад);

дополнительные тарифы (к основному) на выполнение мероприятий особой сложности – реанимационного пособия, анестезиологического пособия, тромболитической терапии и др.

перспективным является оплата медицинской помощи по медико-экономическим стандартам (МЭС).

Установление плановых заданий для медицинских организаций, работающих в оперативном режиме и в условиях ЧС в соответствии с принципом безотказности оказания экстренной медицинской помощи (СМП), является вопросом неоднозначным...»

Вышеуказанные предложения, на наш взгляд, на сегодняшний день выглядят идеалистичными. Медицинские организации, много лет работающие в системе ОМС, на практике знают следующее.

1. Тарифы в системе ОМС не покрывают затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи. Идея, что «тарифы СМП должны соответствовать текущим и перспективным расходам на оказание медицинской помощи, то есть включать не только возмещение текущих затрат, но и обеспечивать развитие деятельности», мягко говоря, не соответствует реалиям.

2. В системе ОМС устанавливаются плановые объемы медицинской помощи (в том числе будут установлены для МО СМП). За пределами согласованных объемов медицинская помощь в системе ОМС не оплачивается (или оплачивается с большим трудом).

3. Законодательно введены обязанность медицинской организации исполнения стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи (ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья»). Понятия медико-экономического стандарта нет в федеральном законодательстве, поскольку идеология обязательности ЕДИНЫХ (а не разнообразных региональных МЭСов), соответственно, утвержденных на федеральном уровне стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи

закреплена в ФЗ «Об охране здоровья» с целью создания единообразия оказания медицинской помощи на всей территории страны.

Проблемами являются, во-первых, отсутствие в полном объеме разработанных и утвержденных стандартов медицинской помощи, во-вторых, недостаточность финансовых средств на оплату медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи в полном объеме по всем нозологиям. Поэтому на практике на сегодняшний день ситуация следующая: стандарты медицинской помощи (уже принятые) однозначно медицинские организации исполнять обязаны, а оплата медицинской помощи в полном объеме стандарта медицинской помощи не происходит.

Дополнительные тарифы (к основному) на выполнение мероприятий особой сложности – реанимационного пособия, анестезиологического пособия, тромболитической терапии были бы очень хороши, но, скорее всего, произойдет реальное установление отдельных тарифов на оказание экстренной и неотложной скорой медицинской помощи, причем снижение их за оказание неотложной. В ряде регионов уже пытаются оплачивать вызовы скорой медицинской помощи, не связанные с угрожающими жизни состояниями, по нормативам финансовых затрат на оказание амбулаторной помощи (на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 340,9 рубля), что значительно ниже оплаты вызова при оказании СМП.

Таким образом, разделение в законодательстве медицинской помощи по формам на «экстренную» и «неотложную» юридически неоднозначно, не имеет четкого механизма реализации, способствуют неоднозначности организационных мероприятий, что повышает риски наступления юридической ответственности для медицинских организаций за неоказание медицинской помощи.

Urgent and emergency care – the problem of differentiation of the concepts and mechanisms of implementation of the provisions of the law

Aleksandrova O. Yu.

MD, I.M. Sechenov First Moscow State University, Chair of Introduction to Health Care Law

Ramnyonok T. V.

I.M. Sechenov First Moscow State University, Applicant at the Chair of Introduction to Health Care Law

The article analyzes the current legislation on the provision of emergency and urgent care. Conclusions are drawn that the separation of these two forms of assistance is legally ambiguous, does not have a clear mechanism for implementation. That increases the risk of occurrence of legal responsibility for the organization of health care for lack of medical care.

Key words: emergency medical care, urgent medical care, health insurance, medical intervention, injury