

М.Д. Близнюк, В.П. Печиборщ, М.М. Михайловський, О.Ю. Шурігін
 Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», Київ

Особливості діяльності Національної системи невідкладної медичної допомоги США «Emergency Medical Services»

Система надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) потерпілим в Україні при невідкладних станах в умовах повсякденної діяльності радикально не змінила існуючу раніше систему академіка Семашка. Розвиток структури лікувальних закладів відстав від потреб суспільства і стандартів охорони здоров'я світового рівня. Матеріальне забезпечення працівників ЕМД, технічний стан медичного обладнання та санітарного транспорту єдиної державної системи медичного захисту населення, гарантії соціального захисту його працівників не відповідають світовим стандартам. Застосування в Україні елементів структури ЕМД при невідкладних станах, подібних таким у США, безумовно, буде позитивним, але потребуватиме прийняття системи соціального захисту її працівників, оновлення та оснащення санітарного транспорту, перекваліфікації значної кількості медичних кадрів.

Ключові слова: екстрена медична допомога, невідкладні стани, Emergency Medical Services.

Актуальність проблеми

В Україні надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) постраждалим в умовах повсякденної діяльності залишається однією зі складних проблем і потребує подальшого вдосконалення. Висока летальність та розвиток ускладнень, що призводять до інвалідності постраждалих, окреслюють високу медико-соціальну значимість проблеми, що також зумовлює необхідність розробки та практичного впровадження нової медичної концепції.

Система надання ЕМД у США

США — федеративна республіка, поділена на 50 штатів, у складі яких — чисельні адміністративно-територіальні й місцеві громади. У кожній громаді за єдиним законом, єдиними стандартами та протоколами працює єдина система невідкладної медичної допомоги (Emergency Medical Services — EMS), яка визнана однією з найефективніших і найдосконаліших систем ЕМД у світі. США розбудували систему EMS протягом 80 років за єдиною концепцією, відповідною до неї програмою, нормативно-правовим забезпеченням, не шкодуючи на її вдосконалення і діяльність мільярдних асигнувань.

Згідно з прийнятим у 1973 р. Федеральним Законом «Emergency Medical Services», визначено правові засади поділу повноважень між Федерацією та місцевими органами державної влади. Федеральна влада забезпечує правову та нормативну базу системи (закони, протоколи рівня та обсягу медичної допомоги, загальні вимоги обсягу підготовки фахівців, системи їх атестування та сертифікації, стандарти транспортних засобів, обладнання та фахівців медичних невідкладних станів (МНС)). Влада штатів та окремих регіонів забезпечує реалізацію вимог Федеральних законів і наказів, деталізує та адаптує до своїх умов їх нормативну базу, утворює служби ЕМД, визначає і додатково до федеральних використовує для створення служб ЕМД власні можливості та джерела фінансування.

У кожному штаті створене і діє провідне агентство з ЕМД, яке координує діяльність служб ЕМД та контролює виконання ними вимог стандартів та законодавства. Крім того, в більшості штатів створюється представницький орган — консультативний комітет ЕМД, який включає висококваліфікованих і авторитетних медичних працівників та представників населення — споживачів послуг ЕМД. Агентство зазвичай очолює лікар з МНС. У своїй діяльності він спирається на систему незалежних і діючих у правовому просторі Закону «Emergency Medical Services» юридичних, контролюючих, плануючих організацій, які адміністративно і фінансово незалежні від стандартної системи ЕМД, але визначають і ведуть реєстри сертифікованих фахівців системи та її санітарного автотранспорту; навчальних закладів, що готують фахівців для системи; сил і засобів для реалізації функцій системи залежно від особливостей

регіону (щільність населення, інфраструктура транспортних систем, наявність особливостей впливу несприятливих природних ризиків — узбережжя океанів, бурхливих річок тощо).

З урахуванням ризиків та на випадок виникнення на території обслуговування надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру законодавством передбачене включення до складу ЕМД США, окрім єдиного типу санітарного автотранспорту, системи санітарного авіатранспорту (гелікоптери, літаки), санітарних плавзасобів тощо. Ці окремі складові служби фінансово та адміністративно незалежні від основної системи ЕМД і зазвичай фінансуються штатом окремо. Але їх робота спрямована перш за все на надання допомоги конкретним пацієнтам, тому ці складові взаємозалежні функціонально і з метою чіткої взаємодії потребують узгодженого планування, стандартизації та взаємного коригування всіх видів діяльності.

Процес надання ЕМД у США складається з трьох етапів: виклик бригади ЕМД для надання допомоги; догоспітальний та ранній госпітальний етапи. Виклик бригади ЕМД у США для громадянина (членів його сім'ї, оточуючих у місті пригоди, співробітників, де працівник опинився у невідкладному стані (НС) і потребує медичної допомоги), як правило, здійснюється по телефону за номером 9-1-1.

У державі діє розвинена (фантастична, на наш погляд) унікальна автоматизована система зв'язку, яка здатна терміново надати стійкий зв'язок з найближчою до місця пригоди диспетчерською і сповістити її про місцезнаходження і номер телефону з місця виклику, навіть якщо пацієнт знепритомнів або поклав трубку. Система зв'язку об'єднує також пожежників, поліцію, рятувальників штату за допомогою провідного телефонного зв'язку, радіозв'язку, супутникового мобільного зв'язку тощо.

Федеральною комісією комунікацій (Federal Communications Commission — FCC) для ЕМД виділені певні радіочастоти в діапазонах дуже високих та ультрависоких частот з метою стабільної роботи диспетчерської служби та медичних комунікацій, включаючи телеметрію. Між спеціалізованим транспортом і лікувальним закладом діють функціональні канали зв'язку для передачі кардіограм, моніторингу основних фізіологічних параметрів хворого.

Згідно зі звітами територіальних центрів ЕМД та медицини катастроф за формою 22, в Україні у 2015 р. в середньому за добу спеціалізовані бригади надавали допомогу 7,3, лікарські багато-профільні та фельдшерські — по 7,7, а в 2016 р. — 7,8; 8,1 і 8,0 особам у НС відповідно.

На відміну від служби швидкої медичної допомоги (ШМД) України, в США щорічна кількість бригад у системі ЕМД незмінна, в кожному штаті та адміністративній громаді щоденно і цілодобово чергує постійна кількість бригад ЕМД, які внесені до відповідного

реєстру бригад ЕМД. Якщо термін контракту, що виданий власнику бригад, закінчився, керівництво штату на конкурсній основі передає патент новому переможцю конкурсу. Аналогічно незмінна й кількість авіаційних, водних та інших спеціалізованих додаткових формувань і транспортних засобів підсилення системи ЕМД, призначених на випадок надзвичайної ситуації природного чи техногенного характеру на території обслуговування окремих адміністративно-територіальних громад.

У санітарному автотранспорті ЕМД США штатні водії відсутні. Визначений стандартом DOT (ККК 1822С) штат санітарного транспорту передбачає, що кожний член бригади працює за контрактом, має певний рівень підготовки, внесений до реєстру і, згідно з контрактом, має відповідну підготовку до додаткового виконання обов'язків водія санітарного транспорту щодо обслуговування автомобіля на місці виклику, при перевезенні хворого та при підготовці до чергового виїзду. За це він отримує відповідну надбавку до заробітної плати, яка визначена в його контракті.

Санітарний транспорт усіх бригад ЕМД США, згідно з Федеральним стандартом DOT (ККК 1822С), забезпечений на 100% обов'язковим обладнанням, медикаментами, умовами для розміщення пацієнта (Смайли Д. Р., 2002). Весь санітарний транспорт укомплектований та обладнаний згідно з вимогами для надання сучасної невідкладної медичної допомоги з використанням інвазивних методів надання допомоги при різних НС. Стандарт вимагає при чергуванні на санітарному автомобілі наявності двох медичних техніків певного рівня підготовки. Місця чергування автотранспорту ЕМД мають бути наближені до місць проживання населення на певну відстань. Так, в сільській місцевості відстань від місця чергування автотранспорту не може перевищувати 30-хвилинний період під'їзду до найвіддаленіших об'єктів.

ЕМД, крім бригад ЕМД, в США можуть надавати автомобільні транспортні засоби інших відомств та організацій, санітарна авіація (гелікоптери, літаки), транспортні засоби річкових та морських санітарних суден, які за особливих умов регіонів (гори, ріки, морське узбережжя) виконують допоміжні функції. Підготовка особового складу всіх зазначених транспортних засобів відповідає законодавству.

До медичних закладів обслуговування пацієнтів у системі ЕМД відносять багатопрофільні лікарні, спеціалізовані центри (опікові, травми, травм хребта, інтенсивної терапії новонароджених і дітей). В державі інтенсивно розвивається структура системи допомоги при травмах, утворюються центри травми 1-, 2- та 3-го рівня і травматологічні заклади 4-го рівня. Діють розроблені Американським інститутом хірургії (American Institute of Surgery) «Стандарти для оптимального лікування пацієнтів із травмою».

Служби ЕМД при госпіталізації постраждалого з травмою сьогодні стали надавати перевагу центрам травми. При цьому між лікарнями укладаються угоди щодо подальшого переведення пацієнтів в інші лікувальні заклади для надання спеціалізованої медичної допомоги та реабілітації.

Система надання ЕМД в Україні

В Україні діє служба ШМД — правонаступниця аналогічної служби, розбудованої в СРСР у минулому столітті за моделлю академіка Семашка, яку в багатьох чинних правових та нормативних актах і виступах керівників відомств Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України називають співзвучно «Служба екстреної медичної допомоги України» і намагаються ідентифікувати у правовому просторі чинного в Україні Закону «Про екстрену медичну допомогу» як українську систему екстреної медичної допомоги, подібно такій у США, що по суті не відповідає істині.

Дані про діяльність служби ШМД України систематизуються і вивчаються науковцями нашого закладу, починаючи з 1990 р. Так, перший довідковий посібник за редакцією Г.Г. Рощіна «Діяльність швидкої медичної допомоги України за 1990–2002 роки» (а після цього такі матеріали систематизувались і друкувались до сьогодні) містить основні статистичні показники стану і діяльності закладів і бригад ШМД, як в Україні загалом, так і в регіонах. Короткий висновок аналізу чисельних статистичних даних щодо показників стану діяльності закладів ШМД свідчить, що до 2012 р., тобто до прийняття Закону України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» (Верховна Рада України, 2012), ніяких концептуальних змін ні МОЗ України, ні уряд, ні науковці не ініціювали.

Доцільно відзначити, що в структурі служб ЕМД України та в органах управління нею передбачені юридичні підрозділи: в територіальному центрі ЕМД та медицини катастроф — юридична служба, в інших підрозділах — штатні юристи. Кожний документ (наказ, угода, акт тощо) перед підписом керівника має перевірятись і візуватись юристом. На жаль, юридичний нагляд у системі ЕМД за дотриманням вимог нормативно-правового поля держави в повному обсязі не забезпечується внаслідок дефіциту зазначених фахівців.

Як показав досвід контролю (звіти територіальних центрів ЕМД та медицини катастроф за 2016 р.), зв'язок бригад ШМД з місця пригоди з приймальним відділенням лікарні, куди буде доставлений пацієнт в Україні, у 80% не спостерігається (Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», 2017). Тим більше, що, згідно з нормативними документами України, бригада має зв'язатись і консультуватись не з лікарем приймального відділення, а з лікарем-консультантом диспетчерської служби адміністративної території (а не лікарні!).

Згідно з нормативом обслуговування, на одну бригаду ЕМД в середньому покладається територія з населенням 40 тис. жителів. Норматив обслуговування однією бригадою ЕМД одного виклику тривалістю до 1 год, тобто навантаження на одну бригаду ЕМД повинно складати 25 виїздів протягом доби.

В Україні в період 2015–2016 рр., згідно зі звітами територіальних центрів ЕМД та медицини катастроф за формою 22, утримували відповідно 12 547 та 12 498 штатних водіїв санітарного транспорту України. Водії санітарного автотранспорту, як і медичний склад бригади, не мають соціального захисту, аналогічного тому, що має персонал бригад ЕМД США: страхування на випадок ризиків роботи (не завжди при виїздах у соціально небезпечні регіони їх супроводжує поліція чи сили безпеки).

Служба протягом звітного періоду не розвивалася, концепція її структури та діяльності здавалася керівництву МОЗ України логічною. Уніфіковане державне управління задовольняло недостатньо кваліфікований апарат МОЗ України. Спочатку управління було повністю централізоване, а потім формально частково передано в комунальне управління адміністративних територій. Ніякого реального впливу на реформу служби ШМД громадських структур і вчених колективів України за означений період не зареєстровано. Водночас продовжувались заходи центрального апарату МОЗ України щодо централізованих закупівель автомобільного санітарного транспорту, медикаментів і медичної апаратури. Відсутність системи страхової медицини, функціонального управління фахівцями, постійні проблеми з фінансуванням наклали свій відбиток на реалізацію заходів реформування. Працівники служби не мають реального соціального захисту і достатнього фінансового забезпечення. Вартий уваги штатний склад служби, який за віковим станом, станом здоров'я поступається за якістю більшості цих показників інших держав.

Зміни стану з 1990 р., на жаль, мали суто технічний характер, що відображалось виведенням станцій ШМД зі складу базових лікарень, періодичними змінами кількості та якості бригад тощо.

Цікаво, що аналіз діяльності паралельно діючих в державі приватних систем і бригад ШМД у відкритих статистичних матеріалах і наукових працях не проводився.

Нормативно-правові документи потребують узгодження та серйозної розробки. Необхідно розробити і включити в дію систему громадського контролю фінансування діяльності ШМД, зупинити активну роботу щодо реалізації неіснуючої концепції майбутньої служби ШМД. Створити колективний тимчасовий орган за участю іноземних фахівців і вітчизняних вчених і розробити концепцію, затверджену владними структурами держави та Всесвітньої організації охорони здоров'я. Водночас потрібно завершити в державі адміністративно-територіальну реформу та реформу реорганізації системи охорони здоров'я.

Пропозиції щодо вдосконалення служби ШМД в Україні

Важливими невіршеними болючими питаннями, які можна розв'язати, щодо глобальної реорганізації діяльності служби ШМД за концепцією Семашка за зразком системи демократичних, економічно розвинених держав світу (на наш погляд, бажано подібну до концепції США), є:

1. Ліквідація посад водіїв санітарного автотранспорту. За період до введення нової більш демократичної концепції — забезпечення підготовки водіїв за другою, суто медичною, спеціальністю і введення

їх у склад медичних працівників бригади. Водночас необхідно вирішити питання уніфікованої підготовки всього штату бригад, ведення реєстру цих штатів, системи їх атестації та забезпечити їх соціальний та економічний статус, аналогічний таким у США, Великобританії тощо. Необхідно сформувати всі бригади ШМД за контрактами.

2. Уніфікація та спеціалізація профілю бригад не за бажаннями керівників підрозділів і органів місцевої влади, як це наразі дозволяють нормативні документи, а за статистично доведеними особливими потребами населення регіонів, визначених фахівцями. Вихідним завданням щодо планування складу бригад в регіонах має бути уніфікована система бригад, здатна забезпечити реальні потреби всього населення регіону. Утримання в місті, області 1–2 бригади «екзотичних» призначень означає незабезпечення потреб усього населення.

3. Вирішення питання щодо введення в систему ШМД служб окремих приватних структур. Сьогодні про їх статус та про ЕМД надана ними навіть офіційна статистика не афішує даних. Система ЕМД США та інших сучасних цивілізованих країн вважає можливим утримання приватними структурами бригад ЕМД, але на них поширюється правова та адміністративна відповідальність.

4. Враховуючи відсутність інших джерел фінансування служби ШМД, крім державного та місцевих бюджетів (страхової медицини тощо), необхідно в процесі підготовки до прийняття нової концепції проведення детального розрахунку коштів, що мають бути заплановані для фактичних витрат на реалізацію заходів реорганізації нових нормативно-правових актів урядовими, законодавчими та громадськими структурами.

5. Служба ШМД України є суб'єктом медичного захисту населення при НС. Одним із фундаментальних правових актів є найголовніший — початковий період розбудови ЕМД та систем медичного захисту населення України. На виконання розпорядження Президента України від 30.11.1994 р. № 177/94-рп «Про план підготовки проектів актів законодавства, спрямованих на реалізацію положень доповіді Президента України «Про основні засади економічної та соціальної політики» Кабінет Міністрів України Постановою від 07.07.1995 р. № 501 затвердив Концепцію створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації (Президент України, 1994; Кабінет Міністрів України, 1995). Свого часу ця фундаментальна концепція була покладена в основу розвитку створення та функціонування Державної служби медицини катастроф України, частково вплинула на розвиток правової та нормативної бази розвитку ЕМД та медичного захисту населення, але багато положень концепції були виконані формально чи ними знехтували. З того часу чинних правових документів не підготовлено і не впроваджено.

До сьогодні не створена система підготовки медичних працівників-рятувальників, не затверджено МОЗ України і вищими органами влади положення про формування служби медицини катастроф МОЗ України та правових документів щодо підготовки й атестації медичних формувань та фахівців-рятувальників зі складу бригад і фахівців служб ШМД, які за умов надзвичайних станів виконують обов'язки формувань служби медицини катастроф МОЗ України та центрів ЕМД та медицини катастроф. В апараті МОЗ України відсутній підрозділ фахівців — Державна служба України з надзвичайних ситуацій, який відповідає за стан медичного захисту рятувальників і населення при НС. Стан динаміки розвитку служби ЕМД та показники захворюваності та смертності в державі спричинили передостаннє місце України у світі.

Одна з причин незадовільного стану виконання вимог Кодексу цивільного захисту України службою ЕМД України є ігнорування створення служби медицини катастроф МОЗ України та центрів ЕМД України, ігнорування в терміновій перспективі Концепції створення Єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації.

Висновки

Основними причинами принципових відмінностей концепції надання ЕМД потерпілим при НС є те, що в США протягом останніх десятиліть принципово на всіх рівнях державного управління реалізовувалась єдина концепція, в основу якої закладено матеріальні, наукові та моральні фактори заохочення населення.

США мають унікальну за своєю ефективністю та якістю систему ЕМД, яка в реальних умовах сьогодні може бути прикладом для впровадження в Україні.

Список використаної літератури

Верховна Рада України (2012) Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» (<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>).

Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» (2017) Довідник «Показники діяльності станцій (відділень) швидкої медичної допомоги та центрів екстреної допомоги та медицини катастроф в Україні за 2016 рік».

Кабінет Міністрів України (1995) Постанова від 07.07.1995 р. № 501 «Про концепцію створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації» (<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/501-95-%D0%BF>).

Президент України (1994) Розпорядження Президента України від 30.11.1994 р. № 177/94-рп «Про план підготовки проектів актів законодавства, спрямованих на реалізацію положень Доповіді Президента України «Про основні засади економічної та соціальної політики» (<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/177/94-%D1%80%D0%BF>).

Смайли Д.Р. (2002) Федеральный стандарт DOT (ККК 1822С). Краткий обзор систем неотложной медицинской помощи. Информационный сборник АМОЗ. Нью-Йорк, 1: 1–26.

Особенности деятельности Национальной системы неотложной медицинской помощи США «Emergency Medical Services»

М.Д. Близнюк, В.П. Печиборщ, М.М. Михайловский, А.Ю. Шурьгин

Резюме. Система предоставления экстренной медицинской помощи (ЭМП) пострадавшим в Украине при неотложных ситуациях в условиях повседневной деятельности радикально не изменилась по сравнению с существовавшей ранее системой академика Семашко. Развитие структуры лечебных учреждений отстает от потребностей общества и стандартов здравоохранения мирового уровня. Материальное обеспечение работников ЭМП, техническое состояние медицинского оборудования и санитарного транспорта единой государственной системы медицинской защиты населения, гарантии социальной защиты его работников не соответствуют мировым стандартам. Применение в государстве элементов структуры ЭМП при неотложных ситуациях, аналогичных таковым в США, безусловно, будет положительным, но потребует принятия системы социальной защиты ее работников, обновления и оснащения санитарного транспорта, перекалфикации значительного количества медицинских кадров.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, неотложные состояния, Emergency Medical Services.

Features of the National System of the USA «Emergency Medical Services»

M.D. Bliznyuk, V.P. Pechyborshch, M.M. Michalovsky, A.Yu. Shurygin

Summary. The development of the structure of medical institutions is behind of the needs of society and health standards of world level. The emergency medical care system (EMS) for victims of the emergency situations in everyday conditions in Ukraine hasn't radically changed compared to the existing system of academician Semashko. The development of the structure of medical institutions lags behind the needs of society and world health standards. The material provision of EMS workers, the technical condition of medical equipment and sanitary transport of the unified state system of medical protection of the population, guarantees for the social protection of its employees do not meet the world standards. The use of elements of the EMS structure in emergency situations, similar to that of the United States, will certainly be positive, but will require the adoption of the system for the social protection of its employees, renovation and equipping of sanitary transport, retraining a significant number of medical personnel.

Key words: emergency medical care, emergency conditions, Emergency Medical Services.

Адреса для листування:

Близнюк Микола Дмитрович
Київ, вул. Братиславська 3
Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
E-mail: disastermed2@ukr.net

Держано 12.05.2017