

В настоящее время к клиническим базам добавилась Клиническая больница № 1 УД Президента РФ, что безусловно усилило кафедру.

В период с 2001 по 2013 г. кафедрой подготовлено более 20 специалистов по скорой медицинской помощи для работы в ЛПУ УД Президента РФ. Более 200 практических врачей прослушали циклы сертификационного усовершенствования (144 ч) и успешно сдали экзамены, получив соответствующие удостоверения. По программе первичной переподготовки (500 ч) обучены 12 специалистов. Более 30 врачей аттестованы на различные квалификационные категории по специальности «Скорая медицинская помощь». Кафедрой проведено 18 циклов последипломной подготовки и 5 выездных циклов, опубликовано более 50 работ и методических рекомендаций по актуальным вопросам скорой медицинской помощи; сотрудники кафедры регулярно участвуют

в конференциях, симпозиумах, съездах, проводимых как в нашей стране, так и за рубежом.

Литература

1. А. В. Вахромеев. История создания кареты скорой помощи в Москве *Топ Медицина*, №5-6, 1998.
2. Унифицированная программа последипломного обучения врачей скорой медицинской помощи. ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. Москва, 2003.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.07.2011 г. N 808н "О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками".
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

Правовые основы работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации

А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, Р.Р. Алимов

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Представлены изменения законодательной базы, связанные с организацией работы скорой медицинской помощи.
Ключевые слова: скорая медицинская помощь, организация скорой медицинской помощи.

The changes of legislative base connected with the organization of work of the first help are presented.
Keywords: the first help, the organization of the first help.

В свете изменений законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения в связи с принятием и поэтапным вступлением в силу *Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»* и *Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»* основные направления модернизации скорой медицинской помощи (СМП) заложены в изменениях ее нормативно-правовой базы и связаны с рациональным использованием имеющихся ресурсов здравоохранения [14, 15].

При этом скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь является видом медицинской помощи и оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. СМП оказывается в форме экстренной и неотложной медицинской помощи в разных условиях: вне медицинской организации, амбулаторно и стационарно [14, 15].

Одним из направлений реформирования системы охраны здоровья является возложение на органы исполнительной власти субъектов Российской

Федерации обязанностей по организации медицинской помощи гражданам в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и по развитию сети медицинских организаций субъекта РФ (определяемой не по принципу подведомственности, а по признаку территориального расположения). В результате этого структура службы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в субъектах РФ полностью определяется органами государственной власти субъекта РФ, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья [14, 15]. Органы местного самоуправления наделяются полномочиями по обеспечению организации оказания медицинской помощи в рамках муниципальной системы здравоохранения только в случае делегирования им соответствующих полномочий субъектом РФ.

Важный шаг в развитии системы СМП в Российской Федерации – переход к финансированию в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). К полномочиям РФ в сфере ОМС, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов РФ, относится и организация

ОМС на территориях субъектов РФ в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом. СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП, оказывается в рамках базовой программы ОМС. Финансовое обеспечение СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП, осуществляется за счет средств ОМС с 1 января 2013 г. При этом страховое обеспечение в соответствии с базовой программой ОМС устанавливается, исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [1, 15].

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. №1074 в целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи Правительство Российской Федерации утвердило Программу государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг. [5]. Особенности работы СМП регламентирует также Письмо Минздрава России от 25 декабря 2012 г. №11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» [3, 5, 13].

Источниками финансового обеспечения ПГГ являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства ОМС.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение: 1) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе ОМС); 2) медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения РФ; 3) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень,

работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе ОМС) [3, 5].

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ осуществляется финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи - в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах ОМС.

За счет средств местных бюджетов может предоставляться предусмотренная Программой медицинская помощь в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления.

Таким образом, органы государственной власти субъектов РФ в соответствии с ПГГ разрабатывают и утверждают территориальные ПГГ, включая территориальную программу ОМС, установленные в соответствии с законодательством РФ об ОМС, при этом в рамках территориальной ПГГ финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет: а) средств ОМС; б) бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе ОМС). При этом за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС гражданам, а также санитарно-авиационная эвакуация. В рамках подушевого норматива финансирования территориальной ПГГ за счет средств соответствующих бюджетов субъектом РФ устанавливаются объем и стоимость единицы объема скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи [3, 5].

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС, установленный ПГГ, включает для СМП расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, а также расходы на денежные выплаты врачам, фельдшерам и медицинским сестрам СМП [3, 5].

Финансовое обеспечение скорой (за исключением специализированной – санитарно-авиационной) медицинской помощи застрахованным лицам в 2013 и 2014 гг. осуществляется за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъекта РФ в бюджет территориальных фондов ОМС, в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на указанные цели в предыдущем году.

Средние нормативы объема СМП на 1 жителя, установленные ПГГ, корректируются с учетом транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте РФ, демографических особенностей населения региона и других факторов. Объем СМП, оказываемой станциями (подстанциями) СМП, структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением скорой специализированной – санитарно-авиационной медицинской помощи), по базовой программе ОМС определяется, исходя из среднего норматива объема СМП, установленного ПГГ (0,318 вызова на 1 застрахованное лицо) и численности застрахованных лиц. С учетом особенностей регионов используются дифференцированные объемы СМП, рассчитанные на 1 жителя в год, для Пермского края, республик Карелия, Коми, Бурятия, Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Амурской, Томской, Мурманской, Тюменской областей - в среднем 0,330 вызова; для Красноярского, Камчатского, Хабаровского, Забайкальского краев, Архангельской, Сахалинской, Иркутской, Магаданской областей, Чукотского автономного округа - в среднем 0,360 вызова [5].

При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты СМП, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации): 1) по подушевому нормативу финансирования; 2) за вызов скорой медицинской помощи; 3) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов СМП [3, 5]. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях в отделениях экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи) медицинских организаций, работающих в системе ОМС, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу ОМС, оплачивается за счет средств ОМС и включается в объем посещений и/или койко-дней по территориальной программе ОМС.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и др.) оплата дежурств бригад СМП осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий [3].

Территориальной ПГГ устанавливаются критерии доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики показателей. Помимо общих показателей (удовлетворенность населения медицинской помощью, смертность населения от дорожно-транспортных происшествий, количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной ПГГ и др.), специфическими показателями деятельности медицинских организаций по оказанию скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи являются: а) количество вызовов СМП в расчете на 1 жителя; число лиц, которым оказана СМП; б) доля лиц, которым СМП оказана в течение 20 мин после вызова, в общем числе лиц, которым оказана СМП (в процентах) [5].

В соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. №230, к контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по ОМС [6]. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления СМП по ОМС осуществляется в соответствии с нормами, утвержденными Федеральным фондом ОМС (Письмо ФФОМС от 24.12.2012 N 9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»), рекомендуемыми перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, для случаев оказания СМП вне медицинской организации [4].

Переход СМП к финансированию в системе ОМС не ведет к структурным изменениям службы СМП в Российской Федерации, а влечет за собой изменения системы учета и контроля организации СМП (в связи с изменением источника финансирования), что должно способствовать повышению оперативности и качества ее работы. А это в свою

очередь поднимает вопросы целевого использования средств ОМС, вопросы оптимального использования ресурсов СМП, ставит задачи совершенствования функционирования организаций СМП, повышения эффективности их работы [2]. Переход в ОМС системы СМП будет способствовать обеспечению за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках базовой и территориальной программ ОМС, соблюдению государственных гарантий прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика, созданию условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.

Одна из центральных проблем СМП – кадровый дефицит в системе скорой медицинской помощи. Частично решают его приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации, продиктованные Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с частью 5 статьи 69 Федерального закона *Приказ Минздравсоцразвития России от 19 марта 2012 г. №239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала»* (зарегистрирован в Минюсте России 13 июня 2012 г. № 24563) определяет порядок допуска к осуществлению медицинской деятельности лиц в данных условиях, открывая дорогу притоку в систему СМП молодых кадров из числа студентов медицинских вузов [7].

В соответствии со статьей 70 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» *Приказ Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 г. №252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»* (зарегистрирован в Минюсте России 28 апреля 2012 г. №23971) устанавливает настоящие правила возложения отдельных функций лечащего врача на фельдшера и акушерку при оказании СМП, под-

нимая статус и расширяя полномочия сотрудников среднего звена СМП [8].

Неотъемлемым элементом оказания СМП является медицинская эвакуация, включающая транспортировку пациента в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий) с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования. Перечень федеральных государственных учреждений, имеющих право осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, закреплен *Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №500н «Об утверждении Перечня федеральных государственных учреждений, осуществляющих медицинскую эвакуацию»* [9].

Скорая медицинская помощь как самостоятельный вид медицинской помощи представляет собой сложную многокомпонентную систему оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме не только на догоспитальном, но и на госпитальном этапе. При сохранении тенденции к сокращению коечного фонда стационаров СМП на фоне устойчивой тенденции к ежегодному росту госпитализации совершенствование организационных технологий оказания СМП на госпитальном этапе является важной составляющей повышения качества оказания СМП населению страны.

Вышедший в 2009 г. *Приказ Минздравсоцразвития России № 415н* [10] утвердил квалификационные требования к врачу по специальности «скорая медицинская помощь» и перечень занимаемых должностей, в том числе должность врача приемного отделения (в специализированном учреждении здравоохранения или при наличии в учреждении здравоохранения соответствующего специализированного структурного подразделения). Важным стало решение Коллегии Минздравсоцразвития РФ от 5 марта 2010 г. по апробации новой модели функционирования приемных отделений больниц СМП (с учетом накопленного опыта СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе и других регионов РФ). Результатом этой работы стал *Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 №586н «О внесении изменений в Порядок оказания СМП, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 1 ноября 2004 г. № 179»*. Данным приказом впервые были нормативно закреплены такие принципиально новые понятия, как «госпитальный этап скорой медицинской помощи» и «стационарное отделение скорой ме-

дицинской помощи лечебно-профилактического учреждения», «врач скорой медицинской помощи стационарного отделения скорой медицинской помощи», «динамическое наблюдение и краткосрочное лечение на койках СМП».

Примечателен Приказ Минздравсоцразвития России № 555н [11], который регламентировал новый тип коек в номенклатуре коечного фонда по профилям медицинской помощи – койки скорой медицинской помощи. Данный тип коек используется для суточного пребывания в стационаре, в том числе для динамического наблюдения, а также для краткосрочного пребывания в стационаре (не более 3 сут), в том числе краткосрочного лечения. Внесены изменения и в статистическую отчетность о деятельности медицинских учреждений, касающиеся госпитального этапа СМП: в формах № 30 и 17 государственной статистической отчетности учреждений системы здравоохранения (Приказ Росстата от 29.12.2011 №520, от 14.01.2013 №13) появились койки СМП для краткосрочного пребывания и койки СМП динамического наблюдения, новое наименование учитываемых врачебных специальностей – «скорая медицинская помощь». Таким образом, мы являемся свидетелями «возрождения» госпитального звена СМП на современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации.

Модернизация СМП является целью и одной из основных задач Государственной программы развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2020 г. [12]. Задачами ее являются снижение времени ожидания СМП, снижение смертности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта, совершенствование системы управления скорой медицинской помощью, снижение больницы летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, поддержка развития инфраструктуры скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Ожидаемым результатом развития СМП до 2020 г. является увеличение доли выездов бригад СМП со временем доезда до больного менее 20 мин с 80% в 2011 г. до 90% в 2018 г. Для достижения ожидаемого результата планируется: 1) создание единой диспетчерской службы СМП в каждом субъекте РФ и увеличение числа станций (отделений) СМП, оснащенных автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов с 14% в 2011 г. до 100%; 2) обновление парка автомобилей СМП и снижение доли автомобилей СМП со сроком эксплуатации более 5 лет с 42% в 2011 г. до 0%; 3) организация стационарных отделений СМП в субъектах РФ к 2018 г. с учетом реальной потребности и на основании комплексного плана развития здравоохранения субъектов Российской Федерации [12].

Заявленные планы позволяют с оптимизмом смотреть в будущее СМП, так как цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности качественной медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг. При этом здоровье граждан как социально-экономическая категория является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны.

Литература

1. Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Стожаров В.В., Барсукова И.М. и др. Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития: Методические рекомендации (утв. Минздравом России)/ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России. - СПб. – 2012. - 72 с.
2. Парфенов В.Е., Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М. //Журнал «Здоровье нации (Healthy Nation)». – Казань. - № 4(11) 2012. – 88с. – С.16-19.
3. Письмо Минздрава России от 25 декабря 2012 г. № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
4. Письмо ФФОМС от 24.12.2012 №9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. №1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
6. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 N 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 19 марта 2012 г. N 239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала».
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 г. N 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организа-

ции при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»

9. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 500н «Об утверждении Перечня федеральных государственных учреждений, осуществляющих медицинскую эвакуацию».

10. Приказ Минздравсоцразвития России № 415н от 7 июля 2009 г. «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

11. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по

профилям медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.06.2012 N 24440) // Российская газета. — N 132. — 13. 23.

12. Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации»».

13. Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М. // Российский научно-практический журнал «Скорая медицинская помощь». — СПб. — 1/2013. — 80с. — С.4-9.

14. Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

15. Федеральный Закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Значение симуляционного обучения в подготовке медицинских специалистов скорой и неотложной помощи

С.А. Блашенцева, В.В. Бояринцев, З.З. Балкизов, Н.Н. Баранова
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Процесс обучения медицинских специалистов в современных условиях наиболее эффективен при использовании инновационных обучающих технологий с использованием компьютерных симуляторов, специальных фантомов, муляжей и тренажеров, обеспечивающих создание виртуальных медицинских вмешательств и процедур. Симуляционные технологии сегодня предназначены не только для формирования и совершенствования профессиональных и коммуникативных умений и навыков по основным медицинским специальностям, но и для оценки уровня практических умений и навыков при их аттестации на присвоение (подтверждение) квалификационных категорий. Особенно актуальны симуляционные технологии при подготовке медицинских специалистов по скорой и неотложной помощи.

Ключевые слова: симуляционные технологии, роботы, симуляторы, манекены, дополнительное профессиональное образование медицинских специалистов, скорая и неотложная помощь.

Innovative educational technologies in medical specialty trainings when computerized simulators, special phantoms, training devices are used for creating virtual medical interventions and procedures are effective and reasonable. Currently, simulative technologies are used not only for developing and perfecting professional skills in basic medical specialties but also for profession category attestation or confirmation. Simulative technologies are specifically actual for medical staff working in urgent medical centers.

Key words: simulative technologies, robots, simulators, dummies, additional profession education for medical specialists, urgent and intensive medical care.

Медицинские кадры были и остаются наиболее ценным и значимым ресурсом здравоохранения. В условиях бурно развивающихся технологий диагностики и лечения различных заболеваний требования к уровню подготовки медицинских кадров многократно возрастают. И они не ограничиваются получением знаний и практических умений. Важное значение приобретает необходимость постоянного поддержания навыков и компетенций на должном уровне.

Одновременно мы наблюдаем изменения в системе медицинского образования. Переход на федеральные государственные образовательные стандарты

среднего и высшего профессионального образования третьего поколения, отличительной особенностью которых по сравнению со стандартами второго поколения является увеличение в общем объеме образовательной программы доли практической подготовки, требует от образовательных учреждений высшего медицинского и среднего медицинского образования внесения изменений в образовательные программы.

Эти процессы не могут протекать изолированно от лечебных учреждений, для которых и готовятся медицинские кадры. К числу инноваций, которым в последнее время уделяется особое внимание, относится симуляционное обучение. Выступая на