Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Тверской государственный университет»

Институт экономики и управления

Кафедра экономики предприятия и менеджмента

**Отчет**

**по научно-исследовательской работе**

**за 3 семестр**

Направление подготовки

38.34.02 МЕНЕДЖМЕНТ

Магистерская программа

Стратегическое и корпоративное управление

Форма обучения очная

Обучающаяся

группы 23-м:

Мисиевич Максим Вячеславович

Научный руководитель:

Беденко Н.Н., д.э.н., доцент

Тверь 2017

**Содержание**

1. Сбор и обработка данных для написания первой главы магистерской диссертации на тему: «Методологические основы развития системы оказания скорой медицинской помощи»…………………….………..3

1.1 Организация СМП………………………………………………….3

1.2 Анализ развития нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе…………….………….11

2. Библиографический список……………………………………………18

1. **Сбор и обработка данных для написания первой главы магистерской диссертации на тему: «Методологические основы развития системы оказания скорой медицинской помощи»**
   1. **Организация СМП**

Скорая медицинская помощь является самым массовым, доступным, бесплатным видом медицинской помощи, оказываемой населению медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения. Ежегодно эта служба выполняет от 47 до 50 миллионов выездов, оказывая медицинскую помощь более 50 миллионам граждан.

Приоритетный национальный проект «Здоровье» в сфере здравоохранения позволил улучшить состояние службы СМП, выйти на новый этап ее развития. Этому способствовали целевые программы, направленные на оказание СМП пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, пациентам с острым коронарным синдромом, мероприятия по совершенствованию и развитию материально-технической базы СМП, модернизация здравоохранения регионов Российской Федерации.

Система скорой медицинской помощи имеет большой ресурсный потенциал: она насчитывает около 3 тысяч станций и отделений СМП, более 40,7 тысячи выездных бригад, в ее рядах трудится свыше 170,6 тысячи сотрудников.

Последние годы знаменательны значительным изменением материально-технической базы организаций СМП, совершенствованием профессиональной подготовки персонала СМП, внедрением современных технологий в работу до госпитального этапа, развитием госпитального этапа СМП, ростом информатизации и автоматизации процессов управления, формированием системы управления и контроля качества медицинской помощи.

Вместе с тем сложившаяся система организации службы скорой медицинской помощи все еще не обеспечивает необходимую эффективность работы.

В свете принятия и поэтапного вступления 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 были заложены в изменениях ее нормативно-правовой базы, они связаны с рациональным использованием имеющихся ресурсов здравоохранения.

При этом эффективное функционирование системы скорой медицинской помощи определяется следующими системно-образующими факторами:

1) совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить оказание доступной и качественной бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий;

2) развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения СМП, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение медицинских организаций СМП на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

3) наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать поставленные задачи в рамках Российской Федерации.

Система скорой медицинской помощи в современных условиях.

Основными чертами, принципиально отличающими скорую медицинскую помощи от других видов помощи, являются:

А) Безотлагательный характер ее оказания. Специфика развития неотложных, в первую очередь, угрожающих жизни состояний, заключается в скоротечности и неминуемом развитии осложнений вплоть до летального исхода в случае отсутствия адекватной медицинской помощи в ближайшие часы. Доминанта фактора времени и определяет главную специфику организации работы до госпитального и госпитального скорой медицинской помощи.

Б) Безотказный характер ее предоставления. В оказании скорой медицинской помощи не может быть отказано по иным причинам, кроме соответствующим образом оформленного добровольного отказа самого пациента.

В) Диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени. Внезапность возникновения и скоротечность развития неотложных состояний обуславливают необходимость оказания медицинской помощи при отсутствии верифицированного диагноза. Данное обстоятельство определяет специфику оказания помощи на до госпитальном этапе, в ряде случаев ограничивающуюся синдромом диагностикой и терапией. На госпитальном этапе принцип «возможной смены диагноза в ближайшие часы с момента поступления» требует привлечения к ее оказанию большого числа различных специалистов и необходимости работы всех диагностических служб в круглосуточном режиме.

Отличительные черты скорой медицинской помощи предопределяют специфические принципы и требования к ее организации:

- Определяющая роль фактора времени. Правило «золотого часа» раскрывается через целую систему организационных следствий: рациональным расположением подстанций скорой помощи, организацией работы по принципу «ожидания вызова», жестким контролем за всеми технологическими звеньями обслуживания вызова, необходимость в круглосуточном режиме работы всех основных и вспомогательных служб стационара.

- Непрерывность оказания помощи. Этот принцип базируется на единстве субъекта и цели скорой медицинской помощи вне зависимости от этапов ее оказания. Субъектом помощи является пациент, имеющий неотложное состояние, а целью - борьба с неотложным состоянием и профилактика возможных осложнений. Очевидно, что организационно-функциональная специфика требует выделения этапов помощи. Вместе с тем, непрерывность (или целостность) системы скорой медицинской помощи придает решающее значение вопросам преемственности в работе до госпитального и госпитального этапов.

- Много профилей. Необходимость привлечения большого числа различных, в том числе, узких специалистов на госпитальном этапе оказания помощи может быть обусловлена как характером неотложного состояния, так и его диагностической неопределенностью.

- Высокая ресурсоемкость. Она обусловлена непосредственной тяжестью состояния пациентов и спецификой организации помощи им, включая привлечение различных специалистов, круглосуточный режим работы и т. д.

За период с 2000 по 2011 гг., количество станций (отделений) скорой медицинской помощи в Российской Федерации увеличилось с 3042 до 3172, а количество населения, которому оказана медицинская помощь с 51,5 млн. до 52,3 млн. человек (соответственно на 1000 населения с 348 до 362). При этом диапазон частоты вызовов, в муниципальных образованиях, на 1000 населения колеблется от 220 до 400 и более.

Реструктуризация сети, сокращение коечного фонда и развитие стационарно - замещающих технологий не оказали существенного влияния на объемы деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи.

Территориальная сеть поликлинических учреждений характеризуется низким уровнем укомплектованности врачами-терапевтами, при этом их численность имеет тенденцию к снижению, при высоком удельном весе лиц пенсионного возраста.

Сокращение сети лечебно-профилактических учреждений сопровождалось закрытием участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов. При снижении численности населения в сельских поселениях, попытки привести к нормативной обеспеченности медицинскими учреждениями, в какой-то степени объяснима, но вместе с тем население лишалось первичной доврачебной и врачебной медицинской помощи, а расстояния, некачественная телефонизация и состояние дорог создают проблемы в получении скорой медицинской помощи.

В настоящее время:

- за медицинской помощью по поводу неотложных состояний ежегодно обращается каждый третий житель страны;

- госпитализируется по экстренным показаниям 19,7% пациентов, обратившихся за скорой медицинской помощью;

- более 60% объемов стационарной помощи оказывается в неотложном порядке;

- более 90% больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации;

- неотложные (прежде всего сердечнососудистые) заболевания, травмы и отравления занимают первое место среди причин смерти лиц трудоспособного возраста.

Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе. Негативные тенденции демографической ситуации в стране, рост числа и тяжести техногенных аварий и катастроф со значительными медико-санитарными потерями, усложнение внутри- и внешнеполитической обстановки в связи с ростом терроризма выдвигают дополнительные задачи по совершенствованию организации скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Существенно выросло значение СМП как одного из ведущих факторов национальной безопасности Российской Федерации. Сегодня возникла острая необходимость решения ее задач. Основными проблемами современного этапа развития скорой медицинской помощи следует считать:

- Отсутствие единой системы мониторинга и управления скорой медицинской помощью в Российской Федерации на разных уровнях ее функционирования, приводящее к ослаблению координации и контроля ее деятельности, а также обеспечения научно-методического сопровождения.

- Оказание своевременной медицинской помощи в муниципальных районах происходит не по принципу наиболее близко расположенной бригады, а по принципу территориальной принадлежности, что затрудняет возможность координации деятельности службы СМП с соседними районами обслуживания, делает невозможным ее оказание на территории другого района, что особенно важно в условиях чрезвычайных ситуаций.

- Высокая доля несвойственной нагрузки на до госпитальном этапе, низкая эффективность использования дорогостоящих ресурсов. Служба скорой медицинской помощи по-прежнему выполняет несвойственные ей функции, подменяя обязанности АПУ по оказанию помощи на дому, транспортировке больных (в том числе на гемодиализ и обратно, консультации и обследования), доставке препаратов крови и специалистов-консультантов, что приводит к снижению оперативности работы бригад СМП.

- Отсутствие единых технологических требований, протоколов и стандартов оказания скорой медицинской помощи, учитывающих этапы ее оказания и отражающих преемственность в их деятельности, объемы и виды помощи.

- Отсутствие утвержденных на сегодняшний день стандартов скорой медицинской помощи на всех этапах ее оказания и индикаторов качества не способствуют конкретизации государственных гарантий этого вида помощи, определению адекватного финансирования медицинских организаций СМП и рациональному использованию имеющихся ресурсов.

- Отсутствие преемственности оказания медицинской помощи между организациями службы СМП и медицинскими организациями госпитального звена, отсутствие или недостаточное развитие в стационарах структуры СМП приводят к ряду негативных явлений: задержке оказания СМП, затруднениям с эффективной диагностикой, снижению своевременности и качества оказания медицинской помощи, перегруженности специализированных отделений стационара непрофильными больными. В то же время имеющийся опыт зарубежных стран наглядно демонстрирует, что оптимальным вариантом организации приема экстренных больных является создание на госпитальном этапе отделений экстренной медицинской помощи.

- Одна из наиболее острых проблем - дефицит кадров службы скорой медицинской помощи, который сегодня составляет: среди врачей - 49,8%, среди фельдшеров - 20,2%, среди санитаров - 58,5%, среди водителей - 15,5%. Это приводит к работе в условиях неукомплектованных бригад, незакрытых нарядов смены, что сказывается на оперативности и качестве оказания СМП. Неоправданно высокий коэффициент совместительства персонала СМП также приводит к снижению качества ее оказания. В последние годы отмечается незначительное увеличение численности среднего и младшего медицинского персонала, а также водителей при снижении количества врачей СМП. Поэтому одной из главных тенденций в развитии до госпитального звена становится постепенное замещение объемов врачебной помощи фельдшерскими. При этом неэффективно используется потенциал врачебных и специализированных бригад на вызовах и при транспортировке, где медицинская помощь предоставляется в объеме доврачебной помощи. Нецелевое (непрофильное) и неэффективное применение специализированных бригад ведет к нерациональному использованию имеющихся материальных и кадровых ресурсов, дисквалификации медицинского персонала.

- Особого внимания заслуживают показатели оперативности работы службы скорой медицинской помощи: только 80% вызовов соответствует ожидаемому 20-минутному интервалу прибытия бригады к пациенту.

- Материально-техническая база медицинских организаций, оказывающих СМП, не в полной мере соответствует современным требованиям, в том числе по уровню информатизации и автоматизации процессов ее оказания. Автоматизированные системы управления приема и обработки вызовов к 2011 году установлены лишь в 417 (14%) медицинских организациях СМП, что имеет негативные последствия для оперативности работы службы СМП, качества обработки статистических данных, аналитической и организационно-методической работы.

- Состояние автопарка машин службы СМП в настоящее время не соответствует ее запросам. Количество машин скорой помощи со сроком эксплуатации до трех лет составляет 15,5% автопарка СМП; количество автомобилей старше пяти лет - 42%. В ряде регионов страны потребность в обновлении и приобретении недостающего автотранспорта достигает 80-90%. Медицинское оборудование автомобилей СМП также требует модернизации и централизованного контроля закупок.

- Недостаточной является готовность СМП к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

- Ослабление научно-методического сопровождения скорой медицинской помощи и низкий уровень ее контроля качества также требуют пристального внимания.

Проблемы планирования организации службы скорой медицинской помощи.

В настоящее время в силу многих экономических, социальных и административных причин особое значение приобретает разработка и применение на практике современных научно обоснованных методов текущего и перспективного планирования службы скорой медицинской помощи.

Планирование службы СМП населению предусматривает определение расчетных показателей потребности в бригадах и их профиля в крупных городах и населенных пунктах муниципальных районов регионов, определение мощности, материально-технической и кадровой обеспеченности станций (подстанций) СМП, а также больниц скорой помощи.

План развития службы СМП должен быть отраслевым и относиться к компетенции МЗ и СР РФ и субъекта РФ. При составлении такого плана развития службы СМП нижестоящие органы здравоохранения должны руководствоваться распоряжениями и указаниями вышестоящих органов.

План развития СМП должен предусматривать комплекс взаимосвязанных разделов работы:

- сеть станций (подстанций) СМП;

- больницы СМП;

- кадры врачей и фельдшеров;

- парк машин СМП;

- медицинское и хозяйственное снабжение.

Планы развития службы СМП на любом уровне должны быть связаны с общим планом развития определенного региона и муниципального образования.

Система учреждений СМП в большинстве населенных пунктов складывалась и развивалась по принципу территориального деления городов. Поэтому наиболее оптимальный вариант развития службы СМП был в городах, где принцип организации этой службы предусматривал создание центральной станции и районных подстанций скорой помощи.

В настоящее время в условиях объединения скорой и неотложной медицинской помощи резко возрос объем деятельности службы, изменился ее характер. На подразделения службы СМП в основном стали поступать вызова по поводу заболеваний («плохо с сердцем», «боли в животе», «температура» и др.) - до 80% всех вызовов.

В новых условиях работы станций и подстанций СНМП возрастают требования к оснащению их связью, работе диспетчерской (в крупных городах и муниципальных районах она должна быть централизованной и технически хорошо оснащенной) и оперативного отдела.

**1.2 Анализ развития нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе.**

До недавнего времени правовое регулирование деятельности приемных отделений (далее – ПО) больниц скорой медицинской помощи (далее – БСМП) на федеральном уровне осуществлялось достаточно ограниченным перечнем нормативно-правовых актов (далее – НПА). Впервые сведения о порядке госпитализации в больницы России появились в «Генеральном регламенте о госпиталях» в начале 18-го века , где описываются такие функции приемных покоев (далее – ПП) как регистрация пациента, актирование вещей и ценностей, их обработку и хранение. В работе А.А. Нечаева 1952 г. и И.Г. Георги 1974 г. описываются помещения ПП: «(ПП) обычно располагался в 1–2 комнатах и имел в своем составе 1–3 кровати. Санпропускника не было…» Описание процесса приема больных и оказания медицинской помощи в Обуховской больнице Санкт-Петербурга дополняет Г. Аттенгофер в работе 1820 г. : «больные осматриваются дежурным медиком в особой комнате. Запрещается размещать больных без осмотра – минуя приемный покой, на койки клиник больницы… Больным весьма слабым здоровьем не отказывают, а на время помещают их и лечат в самой приемной комнате». В «Наставлении для строения богоугодных заведений» (1820–1823) впервые было регламентировано создание при больницах особых «приемных комнат» с ваннами для помывки поступающих больных, и т.о. закреплена за ПП функция санитарной обработки больных. В 1844 году были приняты «Правила о приеме, отказе и размещении больных в больницах» ведомства общественного призрения в Санкт-Петербурге, которыми регламентировался состав помещений ПП, порядок приема, ставшие основой для большинства уставов городских больниц России. Важен вклад выдающихся деятелей отечественной медицины: М.Я. Мудров установил заполнение при приеме больных истории болезни , Н.И. Пирогов предложил принцип медицинской сортировки, С.П. Боткин ‒ сортировочные отделения, дезкамеры, карточную систему учета госпитализированных больных.

К концу 19-го века наиболее крупные больницы России были обеспечены ПП. Приемно-сортировочное отделение с изолятором для заразных больных с 1885 г. существовало в петербургской Обуховской больнице; в московской Солдатенковской больнице был организован ПП с сомнительным отделением динамического наблюдения. С 1924 г. в СССР начались планомерная реконструкция и капитальный ремонт больниц. ПП многих больниц были перестроены. Сортировочные отделения крупных больниц были превращены в диагностические. В 1938 г. приказом Наркомздрава СССР от № 1315 утверждены «Правила приема и выписки больных из городских больниц», определяющие дополнительно показания для госпитализации. Созданный в 1939 году при Наркомздраве РСФСР Больничный совет в одном из своих решений рекомендует: «а) оснащение ПП рентгеновским кабинетом и прочим необходимым оборудованием…; б) обеспечение немедленного осмотра врачом доставленного в ПП… и культурная эвакуация его после установления диагноза в отделение; в) комплектование врачей ПП из числа квалифицированных специалистов». С этого момента к традиционным функциям ПО добавляются экстренная диагностика и срочная медицинская помощь, вводятся показатели сроков оказания помощи и её объема.

Изменения характера госпитализации за счет увеличения удельного веса ургентных больных в хирургических отделениях до 90 %, в терапевтических до 42 %, а в целом в больницах Ленинграда в 1955 году – до 47 %, потребовали изменения нормативного обеспечения деятельности ПО. В 1963 г. приказом Минздрава СССР № 395 вводится понятие БСМП, там же закрепляются предыдущие положения о деятельности ПО и создается нормативная основа для приемно-выписных отделений. Технологии оказания СМП посвящена методическая разработка Б.Д. Комарова (1981), который описывает новые функции приемных отделений: более детальную диагностику, раннее синдромальное лечение, табель оснащения и должностные инструкции. На её основе, а также на основе ряда локальных актов субъектового уровня (приказа ГУЗ ИК Ленсовета № 803), приказа Минздрава СССР № 404, ПО стало рассматриваться как госпитальный этап оказания СМП. Действующие по настоящее время и определяющие организацию деятельности ПО НПА представлены Приказами Минздрава СССР № 201, № 600, СНиП-69-78 «Нормы проектирования ЛПУ». Таким образом, законодательная база, регулирующая деятельность ПО, не подвергалась изменению более 30 лет.

Значительный рост потребности населения в СМП, наблюдающийся с конца 80-х годов прошлого столетия и продолжающийся в настоящее время, потребовал изменения технологии оказания данного вида помощи и её обеспечения. Исследование работы приемных отделений крупных многопрофильных стационаров в конце 80-х годов группой ученых под руководством Б.Д. Комарова (1981) выявило следующие недостатки и нерешенные вопросы организации работы приемных отделения БСМП:

1) длительные сроки ожидания первичного врачебного осмотра в приемных отделениях, связанное с многопрофильностью поступающих больных, отсутствием возможности обеспечения равномерного обращения в стационар больных и пострадавших, соответственно отсутствием возможности равномерной нагрузки на врачей-специалистов (сокращение времени простоя или значительного ожидания с формированием очереди к врачу), занятостью врача-специалиста оказанием помощи контингенту больных (пострадавших), не требующих специализированного лечения;

2) высокий уровень необоснованной госпитализации на койки специализированного лечения;

3) отсутствие адекватного кадрового обеспечения ПО БСМП (1 врач ПО на 300–400 коек, 50 обращений в сутки, малая взаимозаменяемость врачей-специалистов, связанная с перечнями знаний и навыков их квалификационных характеристик).

Одним из путей оптимизации условий оказания СМП на госпитальном этапе как вида помощи стало расширение функций врача СМП на госпитальное звено оказания скорой медицинской помощи – приемные отделения (покои) стационаров с выполнением дополнительных функций динамического наблюдения и краткосрочного пребывания, введение врача по специальности СМП в штат подразделений как лечащего врача. Исследование опыта оказания помощи на госпитальном этапе на примере СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе показал, что от лечащего врача ПО требуются знания и владение навыками оказания помощи по следующим общим профилям: терапия, хирургия, нейрохирургия, урология, травматология, гинекология, и специализированным профилям: неврология, токсикология, сосудистая хирургия, комбустиология. Поиск специалиста, способного выполнять осмотр больных и пострадавших в соответствии с перечисленными профилями нозологий потребовал анализа нормативных актов, регулирующих компетенции врачей.

Положения Приказов Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» и от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 26.12.2011 № 1644н) не содержат материала о перечне нозологий, по которым врач может оказывать помощь, имеются лишь ссылки на оказание помощи по специальности в соответствии со стандартами. Утвержденные порядки оказания помощи используют только профиль нозологий без уточнения перечня нозологий. К примеру, Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13 апреля 2011 года № 316н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы по профилю “Неврология”» свидетельствует о следующем: «настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю “Неврология”».

Единственным НПА, подробно описывающим врачебные квалификационные характеристики, содержащим показатели уровня профессиональной компетентности, объема знаний, перечень нозологий, практических умений и навыков врачей различных специальностей, является Приказ Минздрава СССР от 21.07.1988 № 579 (ред. от 25.12.1997) «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов». Необходимо отметить, что в сборник включены квалификационные характеристики врачей-специалистов по 86 врачебным должностям. Каждая из характеристик содержит требования к общим и специальным знаниям и умениям специалиста, список обязательной литературы. Необходимо отметить, что все квалификационные характеристики прошли рецензию во всех ГИДУВах и ФУВах РФ, в 3-х республиканских министерствах здравоохранения, 10 областных отделах здравоохранения, ряде научно-исследовательских институтов.

Исследования потребности населения в медицинской помощи на госпитальном этапе СМП разными авторами показывают, что наиболее востребованными специальностями являются терапия, хирургия, гинекология. Анализ квалификационных характеристик вышеперечисленного НПА и наиболее распространенных должностей врачебного состава приемных отделений стационаров – врача-терапевта, хирурга и гинеколога – показал, что квалификационные характеристики врача-терапевта не содержат перечня неврологических, токсикологических, хирургических и гинекологических заболеваний, врача-хирурга – гинекологических, токсикологических и терапевтических, врача-гинеколога – заболеваний хирургического, токсикологического и терапевтического профилей и многих других. Предварительный анализ показал, что предъявляемым требованиям к компетенциям врача, работающего в отделении экстренной медицинской помощи многопрофильного стационара, в настоящий момент в наибольшей степени соответствуют квалификационные характеристики специалиста врача СМП. Данные характеристики включают в себя весь перечень нозологий по профилям, которым требуется оказание помощи на госпитальном этапе СМП, при этом следует принять во внимание, что перечень навыков врача СМП не ограничивается догоспитальным этапом СМП.

Необходимо учесть, что наличие в стационаре высокоспециализированных врачей при отсутствии широкопрофильного врача СМП в соответствии с порядками оказания профильной медицинской помощи требует выполнения в ПО именно данными высокоспециализированными врачами первичного осмотра пациента, что приводит к задержкам его осмотра при их занятости. Вместе с тем существующая нормативная база в виде Порядка оказания СМП позволяет врачу СМП оказывать медицинские услуги на госпитальном этапе СМП в стационарном отделении СМП.

Вышедший в 2009 году приказ Минздравсоцразвития России № 415н 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 развитием данного положения стало решение федерального органа управления здравоохранением РФ: 5 марта 2010 года Коллегия Минздравсоцразвития РФ приняла решение об апробации в реальном режиме времени новой модели функционирования ПО БСМП с учетом опыта, накопленного СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, а также некоторыми регионами РФ, такими как Татарстан, Ростов-на-Дону, Республика Чувашия и др. Результатом этой работы стал разработанный и утвержденный 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 медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения», «врач скорой медицинской помощи стационарного отделения скорой медицинской помощи», динамическое наблюдение и краткосрочное лечение на койках СМП. Новшеством данного нормативного акта стали высокий уровень стандарта диагностической оснащенности подразделения и дополнительные функции динамического наблюдения и краткосрочного лечения, направленные на инструментальное подтверждение диагноза стационарного отделения скорой медицинской помощи и повышение обоснованности направления на специализированное стационарное лечение. Введение в штат врача СМП создает условия для ускоренного адекватного диагностического и лечебного пособия, освобождения узких специалистов от несвойственных им функций и повышения объемов и качества оказания ими специализированной помощи в стационаре, уменьшения уровня госпитализации, соответственно более эффективного использования коечных мощностей многопрофильных стационаров.

Вместе с тем важным и в настоящее время нерешенным вопросом является необходимый перечень компетенций врача СМП стационарного отделения СМП. Результаты исследования показали, что квалификационные характеристики врача СМП, утвержденные приказами Минздрава СССР № 579 (1988 г.), Минздравсоцразвития РФ от № 541н (2010 г.), не учитывают изменившиеся кадровые потребности данного вида помощи. Так, например, отсутствуют компетенции врача, предполагающие выполнение основных функций стационарного отделения СМП согласно положению об организации деятельности данного типа подразделений (приложение № 1 к порядку оказания СМП Приказа Минздравсоцразвития РФ № 586н). В частности, пункт 10. «Отделение осуществляет следующие функции: определение медицинских показаний для направления больных (пострадавших) в специализированные отделения лечебно-профилактического учреждения, в котором создано Отделение, или в другие лечебно-профилактические учреждения; … оказание скорой медицинской помощи больным (пострадавшим) в стационарных условиях, … включая: – проведение лечебно-диагностических мероприятий, требуемых по состоянию здоровья больного (пострадавшего), в том числе в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии и операционной для проведения противошоковых мероприятий, до направления его в специализированное отделение лечебно-профилактического учреждения, в котором создано Отделение, или в другие лечебно-профилактические учреждения; – уточнение диагноза, динамическое наблюдение за состоянием больного (пострадавшего) не более суток, краткосрочное лечение в течение 3-х суток».

Подготовленный профильной комиссией экспертного совета МЗ РФ проект порядка оказания СМП предусматривает приведение компетенций врача СМП в соответствие с потребностями стационарного отделения СМП, так, дополнительно к уже имеющимся будут отнесены: оценка данных УЗИ внутренних органов, рентгенографии, применение шкал оценки тяжести травм, краткосрочное лечение и др. Уточнение компетенций врача СМП позволит сформировать требования к профессиональному стандарту, после принятия которого возникнут правовые основания к пересмотру образовательного стандарта по специальности.

Необходимость пересмотра компетенций врача СМП связана и с реализацией приказа Минздравсоцразвития РФ № 586н, утвержденного в мае 2012 года, и приказа Минздравсоцразвития России № 555н, которые регламентировали новый тип коек в номенклатуре коечного фонда по профилям медицинской помощи – койки СМП. Данный тип коек используется для суточного динамического наблюдения и краткосрочного лечения (не более 3-х суток) в стационаре.

Внесены изменения в статотчетность о деятельности медицинских учреждений, касающиеся врача СМП на госпитальном этапе и коек СМП в стационаре. Так, в формах № 30, 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».

В настоящее время госпитальный этап СМП закреплен на законодательном уровне статьей 35, Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» условиями оказания этого вида помощи – «2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме в стационарных условиях».

К пробелам существующего нормативного регулирования относится отсутствие разработанных и утвержденных приказами МЗ РФ стандартов оказания СМП на госпитальном этапе и методических рекомендаций по их использованию в практике. Очевидно, что утверждение и внедрение стандартов оказания СМП, на госпитальном этапе позволит приблизить решение такой важной проблемы организации деятельности стационарных отделений СМП как их недофинансирование, в наибольшей степени связанное с применением в расчетах существующих (утвержденных на уровне субъектов РФ) тарифов специализированной стационарной помощи. Приведение в соответствие доходов и расходов отделения на основе медико-экономических стандартов оказания СМП на госпитальном этапе с последующим формированием окладов персонала, дополнительно учитывающих коэффициенты вредностей и интенсивности оказания помощи, и дополнительные денежные выплаты позволят сформировать кадровый резерв, повысить уровень мотивации к труду персонала и в целом качество помощи.

1. **Библиографический список**
2. Гайворонский И.В., Ничипорук Г.И., Гайворонский А.И., Виноградов С.В.Основы медицинских знаний (анатомия, физиология, гигиена человека и оказание первой помощи при неотложных состояниях): учебное пособие
3. Миронова Т.К. Правовое регулирование бесплатного оказания медицинской помощи: учебное пособие
4. Невзгодина Е.Л. – Проблема соотношения крайней необходимости и обоснованного врачебного риска при оказании медицинской помощи
5. Вестник Омского университета серия "Право" - 2015г. №1
6. Т. А. Постовалова – Правовое регулирование оказания бесплатной медицинской помощи: концептуальные подходы. Право и демократия - 2014г. №25