

## **Заключение о сложившейся практике описания и применения квалификации фельдшер в отечественном здравоохранении и сравнение с международной практикой аналогичных квалификаций.**

Слово фельдшер (от немецкого Feldscher) состоит из двух слов, «Feld» - поле и «Shere» -ножницы, («полевые ножницы»). По определению Всемирной Организации Здравоохранения, фельдшер (от немецкого – Feldscher) — это медицинский работник, который предоставляет различные медицинские услуги, ограниченные экстренным лечением и практикой скорой помощи. (1). Международная стандартная классификация профессий относит фельдшера к категории "среднего медицинского персонала» практикующих парамедиков". (1). Появление термина относят к 15 веку, когда цирюльники, сопровождающие австрийские, швейцарские и прусские армии, крепкими ножницами на поле боя разрезали амуницию раненых солдат, обеспечивая доступ к ранам и помогая лекарю при осмотре, перевязках и ампутациях. При нехватке врачей некоторые манипуляции они выполняли самостоятельно. Эти армейские цирюльники сопровождали лекарей и учились у них непосредственно на практике. В Европе шли войны и большая потребность в таких «цирюльниках» - фельдшерах вызвала необходимость их профессиональной подготовки в специально созданных при госпиталях школах.

Опыт европейских армий был учтен Россией. В 1654 указом царя Алексея Михайловича, при подготовке к войне с Польшей в 1654 г. при Аптекарском приказе создается специальная лекарская школа, куда было набрано 30 учеников для изучения «лекарского, аптекарского и иного дела». Из- за начавшейся в этом же году войны с Польшей, они были отправлены в армию под Смоленск и Вязьму, где их обучение проходило непосредственно на поле боя. Следуя европейскому примеру подготовки лекарей и помощников лекарей для военно – медицинской службы, в Москве в 1707 году при госпитале была открыта первая в России медико – хирургическая школа, а в 1733 году при сухопутном и адмиралтейском госпиталях в Санкт – Петербурге. Потребность в фельдшерах не только русской армии, но и гражданского населения России обусловила открытие в 1829 году школ при по подготовке фельдшеров с четырех летним обучением при крупных больницах для оказания медицинской помощи малоимущим слоям населения. Высокой востребованностью работы фельдшеров было обосновано и открытие в 1854 году первой, в России и в Европе фельдшерской школы для женщин при Петербургском воспитательном доме. (3,4). В 1864 году в 34 губерниях России были созданы органы местного самоуправления в уездах – земства, которые должны были решать и вопросы организации медицинской помощи и подготовки медицинского персонала для сельских лечебных учреждений. Каждый уезд состоял из 12-15

самостоятельных фельдшерских участков. Фельдшер должен был обслуживать один участок, изредка его контролировал уездный врач. Были созданы и врачебные пункты с фельдшером в качестве помощника врача. Организация земской медицины вызвала большую потребность в подготовке фельдшеров, акушерок и врачей. Эта проблема решалась открытием в губерниях 2 – 3-летних фельдшерских школ, обучение в которых носило преимущественно практический характер. (3,5).

Государство контролировало процесс и программы обучения. В 1872 году правительство издало единый нормативный устав фельдшерских школ, действие которого распространялось на все фельдшерские школы, независимо от ведомственного подчинения. Полный курс обучения составлял 3 года. Для повышения качества практической подготовки фельдшерские школы учреждались при губернских больницах. Учебная нагрузка составляла до 46 часов в неделю. Учебный год начинался 1 сентября и заканчивался 1 июня. Выпускные экзамены проводились по всем изучаемым предметам. Каждый выпускник получал кроме диплома фельдшера набор медицинских инструментов и учебники, по которым обучался в школе (3). В России того периода, как и в последующие, подготовка медицинских кадров, включая и фельдшеров, осуществлялась с учетом проблем, обусловленных ростом промышленного и сельско – хозяйственного производства, а также достижений медицинской науки и практики, учитывались и военно – политические проблемы России. В 1897 г. правительство подготовило «Новый нормальный устав земских фельдшерских школ». Были пересмотрены программы обучения, повышены требования к образовательному цензу поступающих в фельдшерские школы, срок обучения продлен с 3 до 4 лет. Было сокращено преподавание общеобразовательных дисциплин и увеличено специальных. Упомянутый устав повысил образовательный ценз поступающих до 3-годовой народной школы, продлил срок обучения до 4 лет, сократил преподавание общеобразовательных предметов и расширил объем специальных дисциплин. Подготовка фельдшеров в тот период истории России диктовалась острым дефицитом врачей в России, участием страны в войнах и свирепствовавшими эпидемиями. Фельдшерская помощь населению была вызвана к жизни потребностью в медицинской помощи беднейшей части населения России (3,5).

При обширности расстояний и острой нехватке врачей удельный вес самостоятельной фельдшерской помощи в 1906 г. составил 34%, а в отдельных отдаленных от центра губерниях — 84 %. К концу 1910 г. в Российской империи было 4657 самостоятельных фельдшерских пунктов (число врачебных пунктов - 3804). (К истории среднего медицинского образования). Если в 1911 году в России вели подготовку 27 фельдшерских школ, из них 12 – мужских, 8 – женских и 7 – для лиц обоего пола, то в

1915 году было уже 80 фельдшерских и фельдшерско – акушерских школ, в которых обучалось около 9500 человек. Они считались средними учебными заведениями, подчинялись различным ведомствам (военному, земству, Обществу Красного Креста, городским врачебно-санитарным организациям и др.) их деятельность координировалась из-за отсутствия Министерства здравоохранения Министерством внутренних дел. (3,5,6).

После 1917 года, в соответствии потребностями здравоохранения и экономическим состоянием страны, неизмеримо возросли масштабы и качество медицинской помощи населению. В 1923 году в Советской России число учебных заведений, участвующих в подготовке кадров среднего медицинского персонала, увеличилось до 94, несмотря на закрытие фельдшерско – акушерских школ.

Решение о сокращении числа фельдшерско - акушерских школ и подготовки фельдшеров обосновывалось необходимостью предоставления квалифицированной медицинской помощи сельскому населению и ликвидации социального различия в её доступности. Оказало влияние и представление о том, что «доктор - барский лекарь, а фельдшер - мужицкий». Но не были полностью учтены, что сохранились особенности страны – её размеры и коммуникации, при прогрессирующей индустриализации, росте сельско – хозяйственного производства и обороноспособности, что требовало создания сети медицинских организаций, приближенных к месту производства и проживания граждан, особенно на отдаленных территориях. Было недооценено, что фельдшер при таких обстоятельствах был и может быть основным исполнителем мероприятий государства, направленных на сохранение здоровья детей и взрослых, проведение профилактических, лечебно – диагностических, реабилитационных мероприятий. (3).

С высокой потребностью здравоохранения страны в подготовке кадров со средним медицинским образованием было связано постановление правительства СССР «О подготовке средних медицинских, зубо врачебных и фармацевтических кадров» (1936 год), в котором предусматривалось увеличение числа средних медицинских учебных заведений. Если в 1936 году в стране насчитывалось 602 средних медицинских заведений со 130 тыс. учащихся, то в 1937 году уже работало 1150 школ с 200 тыс. учащихся, а в 1938 соответственно – 1209 и 231 тыс.(3,5,6). Важный этап в подготовке фельдшеров для системы здравоохранения Советского Союза был связан с постановлением Правительства СССР «Об улучшении подготовки средних медицинских кадров» (1939). Оно было вызвано проблемами страны и задачами, стоявшими перед отечественным здравоохранением на период третьей пятилетки (1938- 1942). Эти задачи заключались в укреплении санитарной обороноспособности страны и снижении эпидемически заболеваний, детской заболеваемости и смертности, и усилении технического оснащения

учреждений здравоохранения. Одна из причин реорганизации системы подготовки кадров среднего медицинского персонала в этот период - интенсивное строительство больниц, поликлиник, лечебно - профилактических и санитарно - профилактических учреждений в городе и на селе. 1 января 1941 года общая численность средних медицинских работников в стране составляла 412 тысяч человек, в том числе в городе 264 тысячи и в сельской местности около 150 тысяч. Количество фельдшеров, санитарных фельдшеров и фельдшеров – акушерок – 92 тысячи, акушерок – 60 тысяч, медицинских сестер -154 тысячи, а медицинских сестер для детских садов, яслей и школ – 50 тысяч. Из этого числа только в сельской местности работало более 45 тысяч фельдшеров и фельдшеров – акушерок и 36 тысяч акушерок. К этому времени в стране было 13.5 тысяч сельских врачебных участков и 28.5 фельдшерских, фельдшерско – акушерских и акушерских пунктов. (3,5). Фельдшер, являясь достойным помощником врача, часто осуществлял и самостоятельную работу, играл важную роль в решении задач, стоящих перед здравоохранением страны. Эта особенность подготовки и работы фельдшера в нашей стране, способного работать как совместно с врачами, так и самостоятельно, проявилась особенно положительно во время Великой отечественной войны (1941 – 1945) на фронте и в тылу, а также в трудные послевоенные годы.

Подготовка фельдшеров, их наличие в структуре медицинских кадров практического здравоохранения страны – один из факторов, который позволил обеспечить высокую доступность медицинской помощи для всех социальных групп населения в главном звене системы ПМСП - участковой службы территориальных поликлиник и скорой медицинской помощи городского населения, а также жителям сельской местности и отдаленных территорий в участковых больницах, врачебных амбулаториях и фельдшерско – акушерских пунктах. (3)

Социально – экономические реформы в стране в конце 80-х годов и после 1991 года, новые экономические отношения в деятельности медицинских организаций обострили проблемы качества и доступности медицинской помощи каждому гражданину страны независимо от места его проживания и материального благополучия.

Одна из причин – сокращение численности (как экономически не рентабельных) медицинских организаций первичной медико – санитарной помощи, особенно в сельской местности, и как следствие, обеспеченности населения средним медицинским персоналом, включая и фельдшеров. В настоящее время в Российской Федерации фельдшер может работать в должности заведующего фельдшерско-акушерским пунктом - фельдшера, заведующего здравпунктом - фельдшера, заведующего кабинетом медицинской профилактики - фельдшера, фельдшера скорой медицинской помощи и старшего

фельдшера, фельдшера по приему вызовов скорой медицинской помощи и передачи их выездным бригадам скорой медицинской помощи. (7). В случаях производственной необходимости и жизненных обстоятельств фельдшер после освоения соответствующей программы профессиональной переподготовки может работать и на других должностях среднего медицинского персонала (7).

Медицинский работник по подготовке и компетенциям, соответствующий российскому фельдшеру, имеет различные названия в других странах. В США, как и в странах Европы - это помощник врача (ассистент врача), клинический работник. В англоговорящих странах подготовка ассистента врача для работы в больницах и общеврачебной (семейной) практике осуществляется в университетах по 2-х летней программе магистратуры. За рубежом работа бригад скорой медицинской помощи проводится в основном по двум моделям: англо – американской и европейской. В англоговорящих странах, как правило, работают парамедицинские бригады СМП, задача которых - оказание неотложной помощи и быстрая транспортировка пациента в приемное отделение. По англо – американской модели работает и скорая помощь Японии.

Европейская модель включает бригады парамедиков и врачей. Бригада СМП с врачом направляется на сложные случаи, где может потребоваться медицинская помощь, требующая специальных врачебных знаний, умений и навыков. Решение о выборе бригады принимает диспетчер, исполняющий специальную трудовую функцию по инструкции. В составе бригад скорой помощи нет медицинского работника по уровню и срокам подготовки соответствующего российскому фельдшеру. Его подготовка считается экономически не оправданной и для такой работы не предусмотрена. Вызовы обеспечивают парамедики, прошедшие базовый курс первой медицинской помощи. Задача парамедиков – определить тяжесть состояния пациента, провести стандартные пособия по поддержанию жизни и быстро доставить в госпиталь. В Венгрии для служб скорой медицинской помощи ведется подготовка медицинского спасателя в системе высшего медицинского образования. (8,9,10, 11).

Страны бывшего социалистического лагеря и прибалтийские республики, входившие в состав Советского Союза, отказались от подготовки фельдшеров и переориентировались на подготовку медицинских сестер с разным диапазоном компетенций, соответствующих направлению их работы. Это позволило делегировать часть врачебных функций наиболее квалифицированным медицинским сестрам, что было обусловлено не только необходимостью повышения престижа профессии медицинской сестры, но и политической и экономической ориентацией этих стран, характеризующихся

небольшими размерами территории и транспортной доступностью медицинской помощи. (9,10,11)

Приоритетными направлениями реформирования среднего медицинского образования, которое проходило в Российской Федерации под девизом «Новые медицинские сестры для новой России» в период 1990 – 2000 годов при активном участии специалистов из США и Европы, были выбраны проблемы подготовки и практической работы медицинской сестры в нашей стране. Что касается проблем специальности лечебное дело – фельдшер в Российской Федерации, то они не были широко представлены в планах реформ среднего медицинского образования. Возможно, это было обусловлено тем, что «фельдшерская модель» подготовки среднего медицинского работника в России, не представляла интереса для зарубежных кураторов программ. Во - первых, они не вели их подготовку. Во - вторых, возможно, необходимость подготовки фельдшеров не соответствовала их интересам, поскольку больше соответствовала географическим, территориальным, социально – экономическим, военно – политическим проблемам России. Квалификация Фельдшер не исчезла из отечественной номенклатуры благодаря геополитическим особенностям страны, разницей и особенностям жизни в центральных областях и отдаленных регионах. В системе медицинской помощи нашей страны, как и в прошлом, фельдшер один из основных кадровых ресурсов медицинских организаций первичной медико – санитарной помощи и скорой медицинской помощи в сельской местности, отдаленных территориях. (12). Фельдшера являются брендом отечественной медицины, самостоятельно выполняющими в большом объеме функции врача-лечебника, акушерки, эпидемиолога, зубного врача, медицинской сестры и водителя кареты скорой помощи. Особенно актуальна для обеспечения доступности медицинской помощи работа фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов в районах с низкой плотностью населения. При этом формально, по нормативным документам, фельдшера оказывают доврачебную помощь и относятся к среднему медицинскому персоналу (34).

На начало 2019 года в Российской Федерации функционировало 33.6 тыс. ФАПов, в которых оказывалась доврачебная ПМСП 37327 тысячам жителей села и отдаленных поселков (14,15,16). Фельдшера ФАПов в настоящее время - реальные исполнители государственных программ и соблюдения конституционных прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь.

Фельдшера - основной состав бригад скорой медицинской помощи. Так, из 49088 тыс. обще профильных бригад СМП больше трети из них - 37907 тыс. фельдшерские. Фельдшера входят и в состав 4001 бригад специализированной скорой медицинской помощи (14,15, 16). С учетом цели и задач национальной программы

«Здравоохранение» для работы в составе в составе 1300 новых мобильных медицинских комплексов, оснащенных современным лабораторно - диагностическим потребуются фельдшера. Фельдшера, работающие в составе медицинской бригады такого мобильного комплекса, а в зависимости от региональных особенностей и возглавляющие их, должны обладать расширенными компетенциями, знаниями, умениями, навыками и правами принятия самостоятельных решений и действий, позволяющими рационально применять современное лечебно-диагностическое оборудование, осуществлять дистанционное консультирование и обмен информации с помощью современных информационных технологий. Их задача - обеспечить повышение доступности и качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации, и в первую очередь в малонаселенных и труднодоступных районах. (14).

Цели и задачи национального проекта "Здравоохранение" обусловлены стратегией развития отечественного здравоохранения - движением к прогнозированию, профилактике и здоровому образу жизни, на основе принципов современной медицинской модели настоящего и будущего-4П медицины, активной ролью каждого человека в сохранении своего здоровья и жизни, его информированностью, мотивацией и возможностями (2, 14,19, 20).

В предыдущих программах развития отечественного здравоохранения к приоритетным проблемам были отнесены: выявление и лечение заболеваний.

Факторы, приведшие к смене приоритетов в программе развития здравоохранения РФ, необходимо учитывать при подготовке медицинских кадров.

Первый. Вклад профилактических мер в снижении смертности от неинфекционных - социально значимых заболеваний (сердечно - сосудистой системы, злокачественных новообразований, сахарного диабета) составляет почти 60%, а лечебно - диагностических, включая и высокотехнологические медицинские методы - 35%. Поэтому только лечебно - диагностические меры без профилактических, не позволят достичь стратегической цели национального проекта «Здоровье - достижения средней продолжительности жизни свыше 80 лет (80+ к 2030 году)». (15,16,17).

Второй. Стремительное развитие биомедицинских и информационных технологий, сделало медицину информационной отраслью с много миллиардными базами данных о состоянии здоровья людей, полученных с помощью новейших достижений геномных и постгеномных технологий. Концепция 4П медицины, как основа модели Российского здравоохранения включает, и принципы медицины, основанной на ценности (value-based medicine), что дает возможность как объективной оценки достигнутых медицинских результатов и улучшения качества жизни пациентом, его семьей, окружением и

обществом, так и стоимости медицинской помощи.

Реализация национального проекта «Здравоохранение» включает в себя и развитие так называемой «цифровой» медицины, позволяющей собирать, хранить, систематизировать и быстро передавать большие объемы данных в любую отдаленную точку нашей самой большой по территории страны. Основные направления развития цифровой медицины: внедрение электронных медицинских карт; развитие концепции «подключенный пациент» – мониторинг состояния и предоставление медицинских услуг, телемедицина. (2,14,17,18,19).

Тенденции ухудшения демографической ситуации в стране, рост числа и тяжести техногенных аварий, катастроф и терроризма со значительными медико-санитарными потерями, требует не только совершенствования системы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи на всей территории Российской, но и подготовки для такой работы специально подготовленных медицинских кадров, основной состав которых в нашей стране в системе ПМСП составляют фельдшера.

В настоящее время в связи с реализацией Национального проекта «Здравоохранение» существует двойственное отношение к профессиональной роли фельдшера в отечественном здравоохранении.

Первое – потребность в фельдшере минимальна и не актуальна. И вот почему:  
- внедрение в медицинскую практику высокотехнологичных видов помощи, в осуществлении которых фельдшер реально не принимает участия,  
- развитие общеврачебной практики, в которой врач выполняет большую часть функций фельдшера, который оказался не востребованным в городах и территориях с большой плотностью населения.

Второе. Эта профессия востребована: - связи с не структурированностью сельской медицины и дефицитом врачебных кадров в ней, - необходимостью развития первичной медико – санитарной помощи на отдаленных территориях и в сельской местности, - невостребованностью врача общей практики на урбанизированных территориях. (21,22).

Одна из причин такого двойственного положения это совпадение содержания профессиональных компетенций и прямых обязанностей врача терапевта – участкового (врача общей практики) и фельдшера (12, 30, 31). Трудовые функции фельдшера во многом сопоставимы с врачебными и могут позволить ему при отсутствии врача вести самостоятельную лечебно-диагностическую деятельность в стандартных клинических ситуациях (21,22). Результаты мониторинга рынка труда в здравоохранении и мнения 843 работодателей и 123 квалифицированных специалистов, включая и главных врачей медицинских организаций, свидетельствуют о неэффективном использовании фельдшеров



в существующей системе оказания медицинской помощи, о превышении уровня квалификации фельдшеров по сравнению с требованиями типовых должностных инструкций для лиц со средним профессиональным образованием, о возможности самостоятельного выполнения фельдшерами трудовых функций участковых терапевтов и педиатров в части диагностики и лечения типичных заболеваний и состояний, а также оказания неотложной помощи. Возможность выполнения фельдшером трудовых функций участковых терапевтов и педиатров не случайна. Подготовка фельдшера в соответствии с требованиями действующего федерального государственного образовательного стандарта, дает ему возможность, в случае производственной необходимости и права каждого гражданина страны на доступную и качественную медицинскую помощь, выполнять трудовые функции участкового терапевта. (врача общей практики). Основные трудовые функции фельдшера, которые внесены в проект его профессионального стандарта, как и в перечне видов первичной медико-санитарной помощи населению, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», по своему содержанию близки таковым врача-терапевта участкового (врача общей практики). (12, 13, 30,31, 33). Этим объясняется то, что работодатели и эксперты, оценивая работу фельдшера, уверенно отнесли её 6-7 квалификационному уровню с учетом дескрипторов Национальной рамки квалификаций Российской Федерации (НРК РФ) (23). Они выразили обоснованное мнение о заниженной оценке и неэффективном использовании труда фельдшера в существующей системе оказания медицинской помощи. Это может быть и результатом недостаточной интеграции разработки образовательных и профессиональных стандартов, учебных программ по направлению подготовки лечебное дело в системе высшего и среднего медицинского образования. Как результат, фельдшер (специальность лечебное дело) после 3 лет и 10 месяцев обучения, при стаже работы и квалификационной категории, имеет такие же перспективы дальнейшего 6 летнего курса обучения, чтобы стать врачом, как после 11 классов школы и окончания учебного заведения среднего специального образования. Это одна из причин снижения мотивации, престижа профессии фельдшера, и как следствие дефицита фельдшерских кадров. Для реализации федеральной программы «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», которая входит в Национальный проект «Здравоохранение» потребуется дополнительная подготовка фельдшерских кадров или интенсификация труда уже работающих фельдшеров. Последнее может способствовать повышению физической и эмоциональной усталости, риску развития синдрома профессионального выгорания, и как следствие, снижению мотивации, повышению текучести кадров и уходу

из профессии.

Одним из показателей низкого имиджа в обществе работы фельдшера, служат данные о подготовке специалистов среднего звена для сферы здравоохранения, которую осуществляют 428 организаций среднего профессионального образования, 19 центров повышения квалификации работников здравоохранения, факультеты среднего образования 28 вузов Минздрава России и медицинские факультеты 17 университетов Минобрнауки России, вузов субъектов РФ и негосударственных вузов. (24).

В 2018 выполнили программы обучения, прошли аккредитацию и получили право на допуск к осуществлению профессиональной деятельности без дополнительной подготовки, в том числе на должностях специалистов «первичного звена» здравоохранения – 45792 человека (70.4%) из 65000 человек, принятых на обучение в 2014-2015гг. (14,15,16). Из них, по специальности 31.02.01 -лечебное дело, квалификация фельдшер – 10.4 тысячи человек, что пополнило фельдшерские кадры в медицинских организациях федерального и муниципального подчинения только на 1.7 тысячи: соответственно с 132.8 до 134.5 тыс. в 2017 и 2018 г.г. (15,16).

Почти во всех экономически развитых странах сформировалась проблема, не только дефицита кадров, сколько проблема их неравномерного распределения с концентрацией большей части специалистов в городах и наличием значительного дефицита в сельской местности. В России, также отмечается проблема несоответствия между сложившейся профессионально-квалификационной структурой и потребностями местного населения в медицинских услугах. Проблема кадрового дефицита и структурных диспропорций особенно резко выражена в экономически депрессивных регионах [15,16, 25,26].

Проблемы качества подготовки и дефицита фельдшерских кадров связана не только с возможностями учебных организаций, профессорско-преподавательским составом, материально техническим обеспечением, взаимодействием с работодателями, но и отсутствием взаимосвязанной – интегрированной системы (модели) подготовки медицинских кадров со среднее и высшее образование по направлению лечебное дело. Создание такой модели актуально для специальности Лечебное дело. Российское кардиологическое общество разрабатывает 4-х уровневую модель лечебного дела с нарастанием профессиональной компетентности от уровня к уровню: фельдшер (СПО) – клинический фельдшер (прикладной бакалавр) - врач-лечебник (терапевт участковый после специалитета) – врач-терапевт (после ординатуры), как потенциал взаимодействия всех участников подготовки по специальности Лечебное дело, интеграции образовательных стандартов и программ обучения, преемственности среднего и высшего

медицинского образования.

Уже сегодня подготовка медицинских кадров для отечественного здравоохранения должна учитывать результаты четвертой технологической революции, включая развитие биомедицины и применение результатов современной науки и техники, цифровизацией медицины и развитием информационных технологий. (2,12, 18,27, 28).

Реальные потребности отечественного здравоохранения в фельдшерских кадрах требуют интеграции программ СПО и ВПО по направлению подготовки лечебное дело и определения перечня необходимых компетенций и трудовых функций для возможности автономной профессиональной деятельности фельдшера в мероприятиях по оказанию ПМСП.

К недостатку действующего ФГОС СПО и образовательных программ следует отнести то, что содержание каждой ступени – учебного курса обучения (компетенции, знания, умения и навыки) не определяют конкретные трудовые функции (младшей медицинской сестры, медицинской сестры, фельдшера), которые может и должен выполнять учащийся, учитывая потребности практической медицины (30).

В соответствии с действующим ФГОС специалитета по специальности Лечебное дело продолжительность подготовки врача – терапевта участкового составляет 5 лет 10 месяцев. Студентам, выполнившим учебную программу 4 – 5 курсов, разрешено работать медицинской сестрой, но не фельдшером (32), хотя они проходят, в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом специалитета лечебное дело, врачебную практику. (30). Это, не смотря на то, работодатели крайне заинтересованы в подготовке фельдшеров, способных к самостоятельной работе без врача при оказании медицинской помощи пациенту в случаях типичных проявлений заболеваний и проведении профилактических мероприятий. Об этом свидетельствует приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 г. №252н [29] о привлечении фельдшеров к выполнению функций участкового врача.

Новые образовательные стандарты (интегрированные между собой) многоуровневой системы подготовки по специальности лечебное дело: фельдшер – фельдшер (бакалавр) – врач – лечебник (терапевт участковый) – врач-терапевт последипломное образование должны включать развернутую характеристику каждой квалификации и четкое разграничение их автономных трудовых функций. При этом необходимо учесть, как потребность в фельдшерских кадрах, так и затраты на приобретение и повышение каждого уровня знаний (курс обучения), чтобы была реализована возможность (для тех, кто его освоил этот курс) выполнения конкретных трудовых функций медицинских работников, в которых нуждается практическая

медицина. Демографическая ситуация, данные о состоянии здоровья населения страны, размеры её территории и географическое положение, цели и задачи долгосрочной программы развития здравоохранения Российской Федерации свидетельствуют, что подготовку фельдшера-бакалавра и его трудовые функции необходимо ориентировать на обеспечение медицинских организаций ПМСП и мобильных (выездных) форм её оказания с возможностью применения современных методов диагностики и лечения, дистанционного консультирования и цифровых технологий управления лечебно-диагностическим процессом, повышения качества, безопасности и доступности медицинской помощи.

Разработку новых учебных программ и образовательных технологий, соответствующих целям, задачам развития отечественного здравоохранения и современной парадигме медицины, а также их апробирование могут осуществлять на принципах партнерства: вузы, колледжи, научно – исследовательские, национальные медицинские исследовательские центры, участвующие в подготовке медицинских кадров и располагающие соответствующими кадровыми, научным и техническими ресурсами. Опыт такой работы Национального медицинского исследовательского центра имени В. А. Алмазова свидетельствует, что это позволяет не только эффективно использовать ресурсы и потенциал, но и быстрее разрабатывать и внедрять в учебный процесс информационные технологии, современные методы биомедицинских исследований, цифровых и 3D технологий, новации обработки научной информации, принципы персонализированной и трансляционной медицины.

## Литература

1. World Health Organization (2010). [“Occupation group: Paramedical practitioners. Feldsher \(Examples of occupations\)”](#)(PDF). Classifying Health.
2. Указ президента Российской Федерации от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».URL: [http://www:// kremlin.ru / Указ Президента Российской Федерации](http://www.kremlin.ru)
3. История сестринского дела в России: учебное пособие/В.П. Романюк, И.Л. Самодова, В.А. Лапотников. - 2-е изд., испр., доп.-СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2011.283 с.
4. Военно-фельдшерское образование. 200 лет в истории / О.С. Ишутин [и др.] // Военная медицина: научно-практический рецензируемый журнал / учредитель Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет». — 2016. — № 2. — С. 2—8
5. Подготовка медиков в России в XVII – начале XX века / В.Ю. Кузьмин//Вестник ОГУ. – 2003.- №4.- С. 108-111
6. Развитие сестринского медицинского образования в России в XIX-XX веках/Л.Н. Касирук, Ю.В. Крюкова // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2013.- №4(40). - С. 55-61
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 февраля 2016 г. № 83н “Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием”
8. Особенности современной системы подготовки среднего медицинского персонала во Франции/Е.В. Харлашина, П.И. Образцов//” Ученые записки“ Орловского государственного университета. Научные труды. 2012.- №2.- С.354-357
9. Деятельность медицинской сестры в России и за рубежом/Калининская А.А., Гаджиева Л.А., Гажева А.В., Сулькина Ф.А., Терентьева Д.С. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики/ 2017 г.- № 1.- С. 19-24
10. Российское и зарубежное медицинское образование. Болонский процесс и наш опыт// [https://akvobr.ru/rossiiskoe\\_i\\_zarubezhnoe\\_medicinskoe\\_obrazovanie.html](https://akvobr.ru/rossiiskoe_i_zarubezhnoe_medicinskoe_obrazovanie.html)
11. Организационная структура скорой медицинской помощи в зарубежных странах/Коновалов В.М., Квасова М.О., Довмалова Т.С., Булычева О.С.//

- Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 2-2.; URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=13054> (дата обращения: 11.05.2020)
12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» с изменениями и дополнениями от 23 июня, 30 сентября 2015 г., 30 марта 2018 г., 27 марта 2019 г., <http://base.garant.ru/70195856/>
  13. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер», подготовлен Минтрудом России 17.08.2018, <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56664000/>
  14. Об итогах работы министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2018-godu-i-zadachah-na-2019-god>
  15. Российский статистический ежегодник. 2019: Стат.сб. М.: Росстат. 2019.
  16. Россия в цифрах.2018: Крат. Стат. Сб. М.: Росстат. 2018.
  17. 85 проекций национально проекта “Здравоохранение”. Презентация – доклад Министра Здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на Гайдаровском форуме. URL:<http://www.rosminzdrav.ru/news/2019/01/15/10468-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-h-gaydarovskom-forume>
  18. Национальный проект «Здравоохранение» URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf>
  19. В.И. Скворцова о национальном проекте «Здравоохранение»: “Изменения почувствует каждый”. Кто есть кто в медицине.2018:3-4:9-16.
  20. М.А. Пальцев, Н.Н. Белушкина, Е.А. Чабан. 4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015:2:48-54.
  21. Артамонова О.А. Оценка профессиональной подготовки врачей и фельдшеров в системе первичного здравоохранения.14.00.05 – внутренние болезни 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Пермь – 2007

22. Подольская М.Н. Профессиональная роль фельдшера в современной России. 14.02.05 – Социология медицины Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. Волгоград – 2013
23. Блинов В.И., Сазонов Б.А., Лейбович А.Н., Батрова О.Ф., Волошина И.А., Есенина Е.Ю., Сергеев И.С. Национальная рамка квалификаций Российской Федерации. – М.: ФГУ «ФИРО», Центр начального, среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, 2010. 7 с.
24. Двойников С.И. Современное состояние сестринской практики и сестринского образования. Пути развития. URL:  
[http://www.vmsb.ru/media/file/binary/2017/4/25/201252043361/dvoynikov\\_pdf](http://www.vmsb.ru/media/file/binary/2017/4/25/201252043361/dvoynikov_pdf).
25. Дьяченко, В. Г., Костакова Т.А. Проблемы кадровой политики здравоохранения Дальневосточного федерального округа // I Медицинский форум Сибири: сборник материалов конференции. – Новосибирск, 2011. – С. 50-52.
26. Кульман Э. «Ответственные профессионалы» и «разборчивые клиенты»: изменения во взаимодействии медицинских профессионалов, государства и общества // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / Под. Ред. В.А. Мансурова. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2007.
27. Карпов О.Э., Субботин С.А., Шишканов А.В., Замятин М.Н. Цифровое здравоохранение. Необходимость и предпосылки. Врач и информационные технологии. 2017: №3: 7-21
28. Шляхто Е.В., Конради А.О. Медицина, основанная на ценности, – новая парадигма в здравоохранении. Ремедиум. 2018:3(163):4-8.
29. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 г. № 252н (ред. От 31.10.2017 г.) «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». [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_129222/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb\\_b1ddafdaddf518/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129222/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb_b1ddafdaddf518/)
30. ФГОС ВО Специалитет. Специальность 31.05. Утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016 г. N 95. Fgosvo. Ru

31. ФГОС СПО по специальности 31.02.01 Лечебное дело (утв. [приказом](#) Министерства образования и науки РФ от 12 мая 2014 г. N 514) [base.garant.ru](http://base.garant.ru)
32. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 июня 2016 г. № 419н «Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение 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» [base.garant.ru](http://base.garant.ru)
33. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 21 марта 2017 г. N 293н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)". [base.garant.ru](http://base.garant.ru)
34. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» <https://base.garant.ru/12178397/>