

Медицинская

5 октября 2012 г.
пятница
№ 74 (7303)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году
Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ

Специальный выпуск «МГ»

В центре внимания

Готовы ли медики к переменам?

На I Национальном съезде врачей России министр обозначит новые подходы к решению проблем отрасли



Сегодня в Кремлевском дворце состоится грандиозное событие – I Национальный съезд врачей России. По замыслу его организаторов он будет отличаться от предыдущих форумов медицинской общественности тем, что Минздрав России самым внимательным образом выслушает мнение экспертного сообщества. Чтобы на практике реализовать принятые на съезде решения.

Конечно, воплотить в жизнь намеренное будет крайне нелегко. Ведь любые важные изменения влекут за собой и побочные эффекты: конфликт интересов различных групп влияния, необходимость серьезно увеличить финансирование новых направлений и др.

Очень ответственный день 5 октя-

бря и для министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой. Она озвучит на этой своей первой встрече с широкой медицинской общественностью в качестве главы ведомства дальнейшие планы по модернизации отрасли. Веронике Игоревне очень важно быть услышанной, «достучаться» со своей программой обновления до каждого медика.

– На съезд соберутся более 5700 врачей из всех регионов нашей страны, – сообщила журналистам министр накануне открытия национального форума. – Мы хотели бы, чтобы съезд сплотил медицинское сообщество, позволил обсудить вопросы корпоративной этики и ответственности, подходы к развитию системы медицинского образования и подготовки кадров, обеспечения удаленных регионов страны и сельской местности врачами.

Этот номер «МГ», который вы держите в руках, мы выпустили вместе с министерством. В нем опубликованы основные тезисы выступления министра здравоохранения РФ и значительного числа известных врачей, которые захотели выступить на I Национальном съезде (см. стр. 2-10).

«Медицинская газета» поддерживает те добрые перемены, которые сегодня наметились в отечественном здравоохранении. Они должны обязательно состояться. От этого зависит судьба отрасли, жизнь и здоровье тысяч больных людей, будущее врачебной профессии.

И этот шанс нельзя упустить!

НА СНИМКЕ: Вероника Скворцова надеется многое изменить в отечественном здравоохранении.

Первый съезд врачей

Профессионализм, чувство ответственности и равноправие

На этих принципах Минздрав России хочет консолидировать медицинское сообщество

Перед делегатами I Национального съезда врачей сегодня выступит министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. «МГ» публикует текст ее доклада.

В Кремле собрались посланцы отечественного здравоохранения, лучшие представители врачебного сообщества из всех регионов страны. Наш Национальный съезд врачей Российской Федерации является первым в истории современной России и третьим за всю историю нашей страны после I Всесоюзного съезда врачей в декабре 1925 г. и Всесоюзного съезда врачей в октябре 1988 г.

Проведение съезда – это назревшая необходимость, связанная с теми грандиозными задачами, которые поставлены перед отечественным здравоохранением Президентом и Правительством Российской Федерации.

Масштабность предстоящей работы и сжатые сроки, в течение которых мы должны реализовать важнейшие указы Президента РФ, требуют от всего медицинского сообщества сплоченности, высокого профессионализма, наибольшей степени отдачи.

От эффективности нашей работы зависит здоровье россиян, а следовательно, и всё социально-экономическое развитие страны. Ведь здоровье – это «главный рычаг», позволяющий снизить уровень экономических бедствий и определяющий возможность общественного прогресса.

За последние годы в сфере охраны здоровья граждан сделано немало. Демографическая и здравоохранительная политика на деле стала основным приоритетом государства.

Активная реализация за-

пущенных в 2006 г. Национального проекта «Здоровье», в 2011 г. региональных программ модернизации здравоохранения позволила существенно обновить инфраструктуру отрасли, переоснастить амбулаторные и стационарные лечебно-профилактические учреждения, инициировать информатизацию здравоохранения.

После длительного перерыва внимание вновь было сконцентрировано на организации первичной и скорой медицинской помощи, социальном положении и условиях работы участковых врачей и специалистов амбулаторного звена. Программы «Родовой сертификат», «Неонатальный и аудиологический скрининг», «Пренатальная диагностика» значительно улучшили состояние здоровья беременных женщин, матерей и детей до года. Впервые была оказана беспрецедентная поддержка россиянам для получения высокотехнологичной специализированной медицинской помощи. Начата системная борьба с главными причинами смерти российского населения – сосудистыми и онкологическими заболеваниями, дорожными травмами, туберкулезом.

Принятые за последние 2 года важнейшие системообразующие федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании» определили главные направления всех преобразований российского здравоохранения для укрепления здоровья населения и достижения равной доступности качественной современной медицинской помощи для каждого гражданина страны.

(Окончание на стр. 2-3.)

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 55 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Весь этот комплекс мер уже привел к существенным позитивным изменениям. За 6 лет (с 2005 г.) продолжительность жизни россиян увеличилась почти на 4 года, общая смертность снизилась на 16%, младенческая смертность – на 33%, материнская смертность – на 36%, смертность от болезней системы кровообращения – на 17%, от инсультов – на 28%, от туберкулеза – на 37%, от внешних причин – на 37%, в том числе от острых отравлений алкоголем – на 60%, транспортных травм – на 26%.

Безусловно, положительные изменения были бы невозможны без увеличения финансового обеспечения здравоохранения (в 2,6 раза, по сравнению с 2005 г.). Такое увеличение – не только признак социальной ориентированности и гуманности государства. Необходимо рассматривать финансовое обеспечение отрасли как инвестиции в человеческий капитал, позволяющие получить конкретную отдачу на вложенные средства в виде повышения производительного экономического потенциала страны.

* * *

За всеми успехами отечественного здравоохранения стоит самоотверженный и творческий труд врачей, фельдшеров, медицинских сестер – всех тех людей, чья жизнь неразрывно связана со спасением жизни и сохранением здоровья россиян. Профессиональное врачебное сообщество лучше всех понимает проблемы и сохраняющиеся несовершенства системы оказания медицинской помощи, точно формулирует задачи для ее совершенствования.

Врачам хорошо известно, что важнейшим фактором улучшения здоровья и увеличения продолжительности жизни населения, а также экономики финансовых и материальных ресурсов на оказание медицинской помощи является профилактика.

Если риски для здоровья населения в XX веке были напрямую сопряжены с инфекциями, то сегодня очевидно, что в мире нарастает глобальная эпидемия неинфекционных заболеваний, которые являются лидирующей причиной смертности и инвалидности населения во всем мире и в России и приводят к катастрофическим социальным и экономическим последствиям. Девять из десяти смертей в возрасте до 60 лет происходят от сосудистых, онкологических, респираторных заболеваний и диабета. Несмотря на наличие факторов наследственной предрасположенности, большинство неинфекционных заболеваний формируется постепенно – под влиянием внешних факторов, всех особенностей жизни человека, питания, качества воды и экологии, режима физической активности, эмоционального состояния, наличия вредных привычек (таких, как курение, злоупотребление алкоголем и др.), а также под влиянием социальных факторов – условий труда и отдыха.

Совокупное влияние только поведенческих факторов риска на развитие неинфекционных заболеваний огромно: от 61% при сосудистой патологии до 35% при новообразованиях. Так, со злоупотреблением алкоголем связано почти 12% всех смертей, с курением – 17%, с несбалансированным питанием – почти 13%.

Хотелось бы напомнить, что именно Россия создала концепцию «единой профилактической среды», которая была одобрена всей международной медицинской общественностью и стала основным завоеванием 1-й Глобальной конференции по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний, инициированной нашей страной совместно с ВОЗ. Российская концепция нашла отражение в резолюциях ВОЗ и политической декларации

Генеральной ассамблеи ООН.

Главными компонентами единой профилактической среды определены формирование здорового образа жизни и широкомасштабные профилактические мероприятия, совокупный вклад которых в интегральный показатель здоровья нации составляет не менее 50%.

Профилактическая среда предполагает, с одной стороны, создание инфраструктурных, информационно-образовательных, нормативно-правовых, налоговых и других условий, позволяющих населению вести здоровый образ жизни, с другой стороны, мотивирование населения к сохранению здоровья и долголетию, формированию ответственности каждого за собственное здоровье и здоровье своих близких.

Профессионализм, чувство ответственности и равноправие

Важно отметить, что формирование единой профилактической среды требует межсекторального, общеправительственного и общесоциального подходов, участия всех министерств и ведомств, каждое из которых должно отчасти стать здравоохранением. Для организации такой работы нужна политическая воля. И в нашей стране она есть.

От имени всего врачебного сообщества позвольте поблагодарить Правительство Российской Федерации и лично вас, уважаемый Дмитрий Анатольевич, за поддержку инициативы Министерства здравоохранения по созданию Правительственной комиссии по охране здоровья граждан, за согласие ее возглавить.

Правительственная комиссия станет главным координатором «единой профилактической среды», отвечая за соотношение «здоровых секторов» каждой отрасли, ведомства и гражданского сообщества между собой, организацию единого понимания приоритетов, выстраивание межведомственных и межсекторальных взаимоотношений.

Приведу один пример такой межсекторальной работы. 30 августа в правительство был внесен проработанный и широко обсужденный законопроект о защите населения от табачного дыма и последствий потребления табака. Это системный документ, содержащий целый спектр ценовых, налоговых, медицинских, административных мер, направленных на достижение единой цели – сокращения бремени болезней, связанных с потреблением табака. Ведь сократив курение даже на треть, мы сохраним сотни тысяч жизней наших сограждан и миллиарды рублей государственного бюджета.

* * *

Врачебное сообщество должно осознать в полной мере приоритет профилактики и задачи, стоящие перед нами.

Нам необходимо совместно реформировать систему оказания медицинской помощи населению с разворотом привычного вектора врач – больной в сторону врач – здоровый человек. Необходимо сформировать и внедрить «систему управления здоровьем». Прежде всего, это касается организации первичной медицинской помощи, участковой, школьной, производственной медицинской службы.

Профилактическая деятельность врачей первичного звена должна занимать не менее 30% рабочего времени. Для этого необходимы новые подходы к организации работы участковой службы, к тарифной политике; новые материальные стимулы оценки работы врача – не по количеству посещений больных и выписан-

ных рецептов, а по конечному результату – состоянию здоровья прикрепленного населения, проценту заболеваний, выявленных на самой ранней излечимой стадии.

Нам предстоит развить пренатальный и неонатальный скрининг, вернуться к ежегодной диспансеризации детей и подростков, регулярным профилактическим осмотрам и диспансеризации взрослого населения.

С учетом сложившегося в последние десятилетия дефицита медицинских кадров в первичном звене необходимо развивать выездные формы диспансеризации в организованных коллективах учащихся и работающих, особенно в сельской местности и удаленных районах страны.

Ни для кого в этом зале не се-

жет, что проводимая сегодня диспансеризация и детей, и взрослых часто носит поверхностный характер и поэтому не всегда приводит к ожидаемым результатам. Нам нужно победить формализм и повысить профессиональный уровень профилактических осмотров и обследований. Важно не только выявлять факторы риска и ранние признаки заболеваний, но и проводить активное предупреждение их развития. Врачи должны не в отчетах, а на деле стать проводниками передовых методов профилактики, формирования здорового образа жизни.

Чтобы реализовать эту программу, безусловно, необходимо оптимизировать нагрузку на врача, изменить существующие многие годы нормативы, устанавливающие чрезмерно сжатое время общения врача и пациента. Нужно дать возможность врачу максимально реализовать свои знания и умения и качественно выполнять свои обязанности.

Еще в 1988 г., на Всесоюзном съезде врачей, звучало много критики в адрес «писанины», замещающей живую работу врача с пациентом. К сожалению, вынуждена констатировать, что массивная бумажная работа, занимающая большую часть рабочего времени врача, пока не изжита.

Более того, сложившийся недостаток среднего и младшего медицинского персонала заставляет врача выполнять несвойственные ему функции.

Изменить ситуацию призваны новые подходы, заложенные в основу Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам страны уже в 2013 г., в частности, обновление временных нормативов, включенных в порядок оказания медицинской помощи, обязательные для исполнения на территории всей страны с января 2013 г.

Мы надеемся, что ситуацию облегчит и внедряемая в рамках программы модернизации информатизация здравоохранения. Ведение электронного документооборота не только повысит качество и обеспечит преемственность медицинской помощи больным, но и позволит нам освободить врача от огромного объема бумажной работы. А электронная запись к врачу, которая должна быть внедрена во всех регионах уже в декабре текущего года, сделает общедоступным для просмотра и контроля электронное расписание работы каждого врача, а следовательно, соблюдение временных нормативов и в целом объемов нагрузки.

* * *

Еще одной важнейшей задачей, стоящей перед российской системой здравоохранения, является повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

Международный опыт свидетельствует о том, что для создания системы управления качеством медицинской помощи необходима ее стандартизация – внедрение таких единых порядков и стандартов, которые бы позволили каждому гражданину страны, независимо от его места жительства и работы, получить гарантированный объем медицинской помощи, идентичный при одном и том же патологическом состоянии.

Районный, областной и федеральный стационары должны отличаться только перечнем патологических состояний, при которых они могут оказывать помощь. При отсутствии возможности оказать качественную медицинскую помощь они должны обеспечивать медицинскую эвакуацию больного

в учреждение, имеющее для этого необходимые медицинские кадры и оснащение.

Внедрение единых требований, открытие системы ОМС для участия медицинских организаций всех форм собственности и внедрение права пациента на выбор медицинской организации создают предпосылки для развития механизмов «управляемой конкуренции» и повышения качества и доступности медицинской помощи.

При этом следует подчеркнуть, что внедрение стандартов не означает обезличивания медицинской помощи. Стандарты предназначены в первую очередь для организаторов здравоохранения, а не для врачей. Они необходимы для выравнивания организационных, материально-технических и кадровых условий оказания медицинской помощи стандартного качества в каждом регионе страны.

* * *

С учетом сложившихся глубоких различий между системами здравоохранения субъектов Российской Федерации и отсутствия возможности в каждом регионе выполнять одинаковые, отвечающие требованию сегодняшнего дня стандарты медицинской помощи в 2011 г. была начата беспрецедентная по масштабу и финансовому наполнению модернизация здравоохранения страны. По сути, стартовали разные по содержанию 83 региональные программы модернизации, ориентированные на потребности конкретного региона страны.

Главной целью всех модернизационных преобразований явилось формирование оптимальной для каждого региона трехуровневой системы оказания медицинской помощи, предполагающей в качестве своего фундамента развитие первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях – укрепление сети ФАПов, общеврачебных практик, сельских амбулаторий и поликлиник, широкое внедрение дневных стационаров и стационарозамещающих технологий, телемедицины и выездных форм амбулаторной работы, что особенно актуально для удаленных районов страны и сельской местности.

Такое развитие амбулаторного звена должно сопровождаться продуманной реорганизацией, частичным перепрофилированием коечного фонда в каждом субъекте Российской Федерации на основе анализа маршрутов движения больных, создания необходимого количества реабилитационных коек, коек по уходу и паллиативной помощи, то есть обеспечения полного цикла лечения больных – от интенсивной терапии до наиболее полного выздоровления.

Важнейшее значение имеет развитие службы скорой медицинской помощи и формирова-

ние мобильной телемедицины на основе технологий ГЛОНАСС. Данное направление должно быть реализовано субъектами Российской Федерации до конца 2012 г.

Наряду с этим требует восстановления служба санитарной авиации. Концепция ее развития внутри регионов, а также на межрегиональном и федеральном уровнях, имеет определяющее значение для ряда территорий страны.

Особого внимания заслуживает обеспечение потребности наших граждан в лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в специализированных продуктах лечебного питания. Все мы прекрасно понимаем, что без эффективных и безопасных лекарственных средств невозможно оказание качественной медицинской помощи. Отсутствие необходимых лекарств – это величайшая трагедия для врача и больного.

Современный период времени преодолел «болезни», которые подробно обсуждались в 1988 г. на Всесоюзном съезде врачей: физическое отсутствие лекарств и рождение их черного рынка. Однако нашему времени свойственны иные проблемы – наличие широкого спектра высокоэффективных, преимущественно зарубежных, препаратов при недостаточной их ценовой доступности для некоторых слоев нашего населения.

Согласно Указу Президента Российской Федерации, нам предстоит в ближайшее время представить на обсуждение стратегию лекарственного обеспечения населения и внести ее в правительство до 1 января 2013 г.

Хотелось бы обратить внимание на то, что предполагаемое в будущем внедрение дополнительных государственных гарантий, таких как лекарственное страхование граждан или частичное возмещение стоимости лекарств при лечении в амбулаторных условиях, должно быть напрямую увязано со встречными обязательствами со стороны граждан. Такими обязательствами должны стать: ведение здорового образа жизни, регулярное прохождение профилактических осмотров, выполнение назначений врача.

Система здравоохранения в каждой стране – это продукт ее уникальных условий, истории, политической жизни и национального характера. Не существует универсальной идеальной модели здравоохранения, пригодной для любой страны.

Во всех странах мира системы здравоохранения сталкиваются с проблемами постоянного удорожания медицинской помощи за счет внедрения новых технологий и инновационных медицинских изделий и лекарств.

Особенностью системы здравоохранения нашей страны является ее выход из советской государственной монополии, обеспечивающей равнодоступность населению идеальной модели медицинской помощи одинакового для всех качества. Это определяет ожидания большинства населения России, особенно старшего возраста.

Сложным вызовом и одновременно важнейшей задачей отечественного здравоохранения является создание условий для сохранения принципов социального равенства и солидарности и при этом постоянного обновления стандартов медицинской помощи с включением в них наиболее эффективных и качественных современных медицинских технологий.

Подобная гармония может быть достигнута лишь с помощью параллельной реализации двух процессов: оптимизации и повышения внутренней эффективности системы здравоохранения и активного инновационного развития медицины.

* * *

По прогнозам экспертов, в ближайшие десятилетия страны с развитой экономикой полностью

сменяют технологический уклад и перейдут на использование новейших достижений в области биомедицины, информатики, нанотехнологий.

Внедрение современной персонализированной высокоэффективной медицины позволит преодолеть неизлечимые на сегодня заболевания, увеличить продолжительность жизни, существенно изменить представления о параметрах здоровья и потенциальных возможностях организма человека. Здоровье превратится в отрасль индустрии, производящую высококачественный интеллектуальный продукт.

В России сохраняется огромный научный потенциал для развития биомедицинских технологий, но в то же время существуют организационные, кадровые, инфраструктурные проблемы, мешающие нам сделать «рывок» и догнать развитые в технологическом отношении страны.

За последнее время Министерство здравоохранения провело большую работу, собрав и проанализировав все компетенции в области биомедицины, имеющиеся в нашей стране, – во всех ведомствах, занимающихся биомедициной. На сегодня мы знаем, каких критических технологий у нас нет, какие базовые биомедицинские технологии слабо развиты. Среди более 20 тыс. научных сотрудников – биомедиков лишь 25% у нас в возрасте до 39 лет. А из сотен научных лабораторий лишь 2% соответствуют международным рейтингам. Неслучайно мы, занимая четвертое место в мире по числу научных работников, не входим в передовую двадцатку стран по значимости публикаций.

Но оживление в сфере биомедицины в нашей стране уже началось. Так, после долгого перерыва 2011 г. был озвучен регистр 18 новых отечественных лекарств, 2 из которых – инновационные.

В состоянии высокой готовности находятся несколько биомедицинских проектов, которые уже к 2016 г. смогут быть реализованы в «прорывные» продукты, не имеющие аналогов в мире. Это клеточные продукты для восстановления тканей и органов человека, новый класс препаратов для регенерации, методы направленной адресной доставки лекарств и клеточных продуктов. Россия может стать первой страной в мире, где будет проводиться эффективная молекулярная диагностика и мониторинг злокачественных опухолей, доступный в общенациональном масштабе. В степени высокой готовности технологии создания уникальных вакцин и противовирусных препаратов. Огромную значимость имеет и разработка нейрокомпьютерных технологий – управления мыслью работой экзоскелетов и протезов, компьютерных устройств, что особенно важно для пациентов с ограниченными способностями к речевым и двигательным контактам.

Самое главное – нарастить скорость развития биомедицины в нашей стране. В Государственной программе развития здравоохранения до 2020 г. предусмотрена специальная подпрограмма по инновационному развитию. Совместно с РАМН и всем экспертным сообществом нам предстоит определить единые государственные приоритеты в области биомедицины, укрепить научные школы, сформировать научно-образовательные кластеры на базе лучших университетов и придав креативный характер образованию.

Ускорение инновационного развития потребует не просто параллельной, а опережающей подготовки квалифицированных кадров научных и медицинских работников – носителей технологий.

Начиная с 2013 г. мы планируем технологически обновить научную инфраструктуру – создать сеть центров доклинических исследований, вивариев, лабораторий

и операционных для животных, биоинформационных подразделений, зон коллективного пользования. В этих центрах будут созданы условия для разработки моделей заболеваний человека у животных, собраны коллекции различных биоматериалов и клеточных культур, сконцентрированы уникальные аппаратно-технологические возможности.

Чрезвычайно важно активнее внедрять программно-целевое финансирование биомедицинских проектов, привлекать бизнес к управленческим функциям и сопровождению процессов внедрения новых продуктов.

В декабре, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации, Минздрав внесет в правительство стратегию развития медицинской науки.

Детализация стратегий и конкретные тактические шаги закладываются в государственной программе развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., в подготовке которой наряду с Министерством здравоохранения и другими федеральными ведомствами принимали участие ведущие эксперты по всем основным направлениям медицины и здравоохранения. В настоящее время обсуждение проекта государственной программы активно проводится не только в государственных структурах, но и на площадках Открытого правительства, Общественной палаты, сайте интернет-форума. Все предложения и комментарии будут с благодарностью приняты и максимально учтены при доработке программы.

* * *

При всей значимости решения организационных, научно-методических, материально-технических, финансовых вопросов судьбу преобразований отечественного здравоохранения будут решать кадры, каждый из более чем 3-миллионной армии медицинских работников.

Принципиальное значение имеет подготовка будущих врачей – сегодняшних студентов медицинских вузов. Даже поверхностный просмотр учебных программ медицинских вузов свидетельствует о том, что подготовка студентов и врачей в наших университетах и академиях находится на очень разном уровне. Во многих вузах программы обучения фундаментальным биомедицинским дисциплинам, без которых современная медицина существовать не может, существенно отстают от сегодняшнего дня.

Чтобы изменить ситуацию, Министерством здравоохранения инициирован пересмотр и обновление рабочих программ и учебных планов медицинских вузов в рамках принятых государственных образовательных стандартов третьего поколения. Рабочая группа, объединяющая ведущих специалистов по медицинскому образованию, научных сотрудников РАМН и РАН, экспертов Сколково, уже завершила анализ лучшего отечественного и зарубежного опыта и на его основе подготовила обновленные образовательные программы по наиболее значимым фундаментальным блокам – молекулярной биологии, молекулярной физиологии, биоинформатике и др.

Первого октября начата широкомасштабная работа по повышению квалификации профессорско-преподавательского состава всех медицинских вузов. В полном объеме данная работа будет проведена за 2 учебных года – до сентября 2014 г. Это очень непростая задача. К ее выполнению подключены не только лучшие медицинские вузы, но и классические университеты, имеющие в своем составе сильные медицинские факультеты, в частности, Московский и С.-Петербургский государственные университеты, а также Открытый университет Сколково.

Сближение высшего медицин-

ского образования и современных научных школ будет осуществляться путем создания научно-образовательных кластеров на базе ведущих медицинских университетов и активного привлечения студентов к исследовательской работе. Работа уже начата и будет всемерно развита в 2013 г.

Конечно, нельзя забывать и о практической стороне подготовки молодого врача. Для этого новыми образовательными стандартами предусмотрено увеличение доли практик, начиная с младших курсов обучения. В ближайшие годы запланировано активное внедрение новых образовательных технологий – симуляционных и тренинговых классов, экспериментальных операционных для животных, виртуальных ситуационных программ и дистанционных интерактивных сессий, электронных информационных баз и библиотек, систем помощи в принятии решений.

Приобретаемые учащимися практические навыки должны быть оптимально интегрированы в будущую профессиональную деятельность. Нужно подчеркнуть, что при обновлении учебных программ особое внимание уделяется сближению перечня навыков и умений выпускника медицинских вузов с клиническими протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Мы все понимаем, что врач должен учиться всю свою профессиональную жизнь. Внедрение системы непрерывного медицинского образования является настоящим требованием времени и должно проводиться максимально комфортно, по возможности, без длительного отрыва специалиста от рабочего места – с использованием механизмов накопления кредитных баллов, дистанционных методов обучения.

Министерство здравоохранения призывает всё медицинское сообщество принять самое активное участие в отработке профессиональных стандартов и состыковке их с образовательными вузовскими и послевузовскими программами, в совершенствовании механизмов неформальной квалификационной аттестации врачей.

Предусмотренное Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внедрение аккредитации медицинских работников позволит нам с 2016 г. перейти на новое для нашей страны формирование индивидуальных листов «допуска» к конкретным видам медицинской деятельности, что повысит ответственность каждого врача за результаты своей работы.

* * *

Обеспечение отрасли здравоохранения кадрами – одна из самых сложных стоящих перед нами задач. Необходимо обеспечить не просто достаточное количество медицинских работников, но соответствие их профилей и квалификации реальным потребностям трехуровневой системы оказания медицинской помощи.

За период с 2000 до 2010 г. доля работников здравоохранения в возрасте до 45 лет сократилась на 12%. Не все выпускники медицинских вузов, колледжей и училищ приходят работать по профессии. Сохраняется отток высококвалифицированных специалистов из медицинских организаций государственной системы здравоохранения. Причиной этого является низкий уровень заработной платы и сложное социальное положение медицинских работников в государственных и муниципальных медицинских организациях.

По данным Росстата, среднемесячная заработная плата работников государственного здравоохранения за I квартал текущего года составила менее 18 тыс. руб., или 73,5% от средней зарплаты по экономике страны. При этом среднемесячная зарплата работников муниципальных учреждений

здравоохранения, составляющих 45,7% от всех медиков, составила всего 14,6 тыс. руб., то есть 62,7% от средней зарплаты по стране.

Повышение социального статуса врачей и других медицинских работников и улучшение их материального положения является одним из наиболее значимых факторов их мотивации к творческому труду и самоотдаче. Без обеспечения этих условий нам не удастся укрепить кадровый потенциал отрасли, повысить престиж медицинской профессии, ликвидировать отток медицинских кадров.

Мерой чрезвычайной важности является повышение к 2018 г. средней заработной платы врачей до уровня, двукратно превышающего средний уровень зарплаты по региону, а заработной платы среднего и младшего медперсонала – до 100% от среднего уровня по региону, в соответствии с Указом Президента РФ «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Необходимо подчеркнуть, что законодательно заложенное развитие системы ОМС на базе новых стандартов медицинской помощи позволит обеспечить необходимые темпы роста заработной платы медицинских работников до 2015 г., при условии правильного проведения тарифной политики субъектами Федерации.

Обязательным условием эффективного функционирования всей системы здравоохранения является закрепление подготовленных кадров на конкретных рабочих местах, в том числе в удаленных районах страны и сельской местности. Имеющиеся на сегодня целевые системы обучения не могут гарантировать возврата специалиста в тот регион, по направлению которого осуществлялась его подготовка. В среднем по стране до 35% целевых студентов и ординаторов не отработывают свое обучение, а в ряде регионов этот показатель достигает 70%.

Реальными механизмами целевого трудоустройства специалистов должны стать новые формы целевой контрактной подготовки в медицинском вузе, колледже или училище, включая и целевую послевузовскую и дополнительную профессиональную подготовку. Данные контрактные формы разработаны Министерством здравоохранения совместно с Министерством образования и науки и закреплены в новом законопроекте «Об образовании», внесенном на рассмотрение в Госдуму.

Целевая контрактная подготовка основана на профориентационной работе среди сельских школьников, отборе перспективных абитуриентов, создании программ дополнительной социальной и образовательной поддержки студентов из сельской местности, организации медицинских практик будущих молодых специалистов на планируемом рабочем месте и подготовке рабочего места, а также жилья к их приезду.

Условия контракта позволяют определить юридически обоснованные обязательства сторон: со стороны администрации региона – социальная и финансовая поддержка абитуриенту, студенту и выпускнику, со стороны молодого специалиста – обязательная отработка в течение не менее 3 лет после окончания вуза на подготовленном рабочем месте.

Важнейшей и эффективной инициативой Правительства Российской Федерации, повышающей заинтересованность молодых специалистов в трудоустройстве в сельских медицинских организациях, явилось введение единовременных выплат 1 млн руб. Благодаря этой инициативе только за 2012 г. сельскую медицину пополнили 3900 врачей. Считаем полезным продолжить данную программу на 2013 г. и распространить ее на молодых специалистов, приступивших к работе в медицинских организациях рабочих поселков.

Вместе с тем следует отметить

значительную долю ответственности за организацию и предоставление мер социальной поддержки медицинским работникам со стороны органов управления субъектами РФ.

Необходимо напомнить, что по Указу Президента страны каждый субъект должен сформировать региональную программу кадрового обеспечения здравоохранения, содержащую механизмы привлечения молодых специалистов в отрасль, и сохранения имеющегося кадрового потенциала. К таким механизмам относятся обеспечение дополнительных выплат врачам остродефицитных специальностей, с вредными условиями труда, молодым специалистам; предоставление жилых помещений, земельных участков и жилищных субсидий медицинским работникам; предоставление детям отдельных категорий медицинских работников права на внеочередное зачисление в дошкольные образовательные учреждения.

Для мониторинга кадрового профиля здравоохранения каждого региона страны, выявления и прогнозирования кадровых дисбалансов, а также определения оптимальных путей их устранения Министерство здравоохранения разработало Национальный регистр медицинских работников и на его основе – электронную аналитическую прогнозную систему. Надеемся, что данное программное обеспечение существенно упростит и повысит эффективность решения кадровых проблем.

* * *

Не только профессионализм, но и чувство ответственности, доброты и милосердия являются отличительными чертами представителей врачебной профессии.

Большую тревогу вызывает тот факт, что в последнее время одной из главных жалоб на медицинских работников стало нарушение ими норм деонтологии и медицинской этики. Не вызывает сомнения, что большинство врачей верны профессии и данной ей некогда клятве. Однако грубость, равнодушие и невнимательность со стороны отдельных медицинских работников, ставшее повседневым явлением финансовое вымогательство порочат не только отдельных представителей, но и в целом профессию врача.

Мы надеемся, что общими усилиями мы восстановим доверие к медицинскому сообществу, доверие к врачу.

Особую роль при этом должно сыграть формирование корпоративной ответственности в здравоохранении. Главное, что должно быть предпринято, – это совершенствование организации самого врачебного сообщества. Врач, позволивший себе недопустимое поведение в отношении больного, должен быть, прежде всего, осужден коллегами, отторгнут самим врачебным сообществом.

Масштаб вызовов, стоящих перед отечественным здравоохранением, требует объединения усилий всего врачебного сообщества.

Назрела необходимость развития медицинских профессиональных общественных организаций, способных координировать вопросы развития всех основных направлений современной медицины, объединять врачей на основе корпоративной ответственности и корпоративной этики.

Созданная в настоящее время законодательная и нормативная база позволяет активно и последовательно формировать профессиональное самосознание и саморегулирование врачебного сообщества.

Только консолидация на принципах профессионализма, ответственности, честности и равноправия позволит нам достойно ответить на вызовы современности и укрепить главное достояние нашей страны – здоровье и жизнь россиян.