Правительство Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»

###### Факультет Государственного и муниципального управления

###### Кафедра Управления и экономики здравоохранения

**ДИССЕРТАЦИЯ МАГИСТРА ПО НАПРАВЛЕНИЮ**

УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

на тему: **Анализ направлений профессионального развития медицинских работников в свете современной политики здравоохранения**

Выполнила:

студентка группы № 762,

Погорелова С.А.

Руководитель ВКР:

к.м.н., доцент Боярский С.Г.

Рецензент ВКР:

д.э.н., профессор Шишкин С.В.

Москва, 2014

**Содержание**

**Введение**…………………………………….……………………..3 стр.

**Глава 1. Анализ действующих условий профессионального развития медицинских кадров в РФ**………………………..……….11 стр.

* 1. Основные определения и инфраструктура профессионального развития медицинских кадров…………………………..………..…….11 стр.
	2. Государственное инвестирование в человеческий капитал в системе здравоохранения……………...……………………………….18 стр.

1.3.Качество оказания медицинской помощи и проблемы медицинского образования (по результатам контент-анализа)………20 стр.

* 1. Государственное регулирование системы образования и развития медицинских кадров………………………..……………….…31 стр.
	2. Непрерывное профессиональное развитие медицинского персонала, как основное направление развития кадровой политики…39 стр.

**Глава 2. Региональные проблемы и их решения в условиях дефицита медицинских кадров**………………………………………50 стр.

2.1. Региональные кадровые проблемы и опыт решения (на примере Нижегородской области) ………….…………………….……………..50 стр.

2.2. Взаимодействие акторов системы здравоохранения на региональном уровне как эффективный механизм развития..……….56 стр.

**Глава 3. Отношение практикующих врачей к системе последипломного образования и к самообразованию**………..……60 стр.

3.1. Методология исследования……………………………….…61 стр.

3.2. Результаты исследования…………………………………….63 стр.

3.3. Рекомендации и мероприятия по развитию кадровой политики в здравоохранении……………………………………………..……….….78 стр.

**Заключение**…………………………………………………….…83 стр.

**Список литературы**…………………………………….…...…88 стр.

**Приложения**……………………………………………………....97 стр.

**Введение**

В концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации целевым ориентиром является достижение такого уровня экономического и социального развития, при котором Россия бы занимала передовые позиции в глобальной экономической конкуренции и надежно обеспечивала национальную безопасность и реализацию конституционных прав граждан. [1] Поэтому для Российской Федерации, как и для других стран мира, возникает необходимость активизации действующих и поиска новых источников и факторов положительной динамики социально-экономического развития.

Сегодня понятно, что профессиональное образование – это ведущая опора социально-экономического развития и конкурентоспособности страны. Между тем, проблема получения высокой квалификации и специализации дополнительного образования для специалистов в России стоит сегодня очень остро. Еще несколько лет назад, российская система профессионального образования с успехом достигала своих целей, выполняла потребности страны. Однако в период глобализации и сильнейших социально-экономических изменений вся система профессионального образования отстала от требований общества, вскрылись ее системные недостатки. Несмотря на отдельные успехи некоторых профессиональных учебных заведений, можно признать, что система профессионального образования в целом оказалось не готова к переменам. В итоге профессиональное образование не справилось с поставленными перед ним задачами и перестало соответствовать общественным ожиданиям. И без радикальных реформ в системе профобразования, без системы критериев качества и эффективности, без гибкости и динамичности, без соответствия рынку труда, в отсутствии всеобщего повышения профессионального уровня населения обеспечение инновационного развития и конкурентоспособности страны сегодня невозможно, точно также как и невозможно обеспечить эффективное функционирование социально-значимых сфер жизни человека.

 Вышеупомянутая **проблема** заслуживает отдельного внимания и изучения в рамках сферы здравоохранения в силу специфики и большого различия процесса профессионального образования медицинских работников от процесса образования специалистов других отраслей. Очевидное отличие медицинского образования от других - его большая продолжительность, а поэтому и значительные экономические издержки, а также постоянная необходимость в дальнейшем обучении, в силу специфики отрасли и проходящих в ней изменений.

На сегодняшний день в Российской Федерации задачи по модернизации и развитию системы здравоохранения являются одними из важнейших государственных приоритетов. Любые инвестиции в здравоохранения сегодня рассматриваются как долгосрочные вложения, в том числе и в человеческий капитал, качество которого будет напрямую определять конкурентоспособность России в мире и уровень национальной безопасности. В связи с этим во многих государственных программах всех уровней, начиная от федерального и заканчивая муниципальным, главной задачей декларируется повышение качества оказываемых услуг населению и формирование системы устойчивого развития здравоохранения как высокотехнологичной отрасли.

Так, говоря о концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года, необходимо сразу отметить, что раздел, посвященный развитию здравоохранения, является одним из ключевых. Из концепции следует, что первоочередной задачей для Правительства РФ является повышение качества жизни населения.[1] Параметр качества жизни включается как один из базовых в системообразующую парадигму, определяющую развитие системы отечественного здравоохранения на ближайшую перспективу.

Изучение основных направлений развития медицинских кадров в России является **актуальным** на сегодняшний день, т.к. основной  целью государственной политики в области здравоохранения на период до  2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность  медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню  заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям  медицинской науки».[3] В связи с этим выделяют следующие основные направления развития системы здравоохранения в России: технологическая модернизация, внедрение новых стандартов медицинской помощи, а также повышение уровня квалификации медицинских работников. При этом повышение квалификации медицинских кадров является ключевой задачей. Дело в том, что процесс технологической модернизации в здравоохранении подразумевает закупку нового высокотехнологичного оборудования. Работа на таком оборудовании представляет собой достаточно сложный процесс и требует специальной подготовки, точно также как и новые стандарты оказания медицинской помощи, требуют новых знаний у медицинского персонала. По словам Министра здравоохранения В.И. Скворцовой перспективы развития здравоохранения в стране напрямую зависят от качества подготовки медицинских кадров.

**Актуальность темы исследования** состоит в острой необходимости выработки новых подходов к управлению развитием кадрового потенциала в условиях глобального реформирования отрасли.

**Целью работы** является изучение направлений и механизмов развития кадрового потенциала российского здравоохранения.

**Объектом исследования** в данной работе является совокупность отношений и связей в системе профессиональной подготовки квалифицированных медицинских кадров.

**Предметом исследования** выступают основные направления, методы, технологии повышения качества медицинской помощи, напрямую связанные с системой и качеством подготовки медицинских кадров.

В качестве **гипотез** работы выступают следующие предположения:

*Гипотеза 1.* Использование мирового опыта и передовых методов обучения, в частности непрерывного развития медицинских кадров, может служить эффективным методом решения кадровых проблем современной системы здравоохранения в России.

*Гипотеза 2.*  Учитывая территориальные особенности и в условиях современной политики здравоохранения, при решении вопроса профессионального развития медицинских работников, важно наличие взаимодействия между федеральными и региональными органами власти, медицинскими образовательными и лечебными учреждениями, в том числе и коммерческими.

*Гипотеза 3*. Система последипломного медицинского образования, в соответствии с которой, контроль над повышением мотивации медицинских кадров к самообразованию осуществляется непосредственно профессиональным медицинским сообществом, позволит решить проблему дефицита квалифицированных медицинских специалистов и кадровых структурных диспропорций.

Для реализации поставленных целей сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Изучить теоретические материалы по теме подготовки медицинских кадров и понять роль человеческого капитала в системе здравоохранения; изучить условия, в которых сегодня происходит обучение и развитие врачей, выявить особенности российской последипломной системы обучения медицинских кадров;
2. Провести контент-анализ специализированной литературы, на основе которого определить наиболее острые проблемы и выделить эффективные направления подготовки медицинских кадров в современных условиях реформирования и модернизации;
3. Определить особенности управления кадровым потенциалом в здравоохранении с учетом территориальных особенностей РФ;Изучить региональные проблемы в сфере кадрового обеспечения отрасли и рассмотреть пути их решения (на примере Нижегородской области);
4. С помощью социологического опроса определить место и роль самообразования в постдипломной подготовке и в профессиональной деятельности современного врача; изучить текущее отношение медицинских специалистов к существующей системе последипломного развития медицинских кадров.
5. На основе анализа полученных данных и результатов теоретического исследования предложить мероприятия по кадровой политике в области здравоохранения.

Для решения поставленных задач **методологической, теоретической и информационной базами** исследования послужили труды ведущих специалистов по профессиональной подготовке медицинских работников в системе дипломного и последипломного образования, законодательные и нормативно-правовые акты Российской Федерации и субъектов РФ в сфере здравоохранения и образования, данные Федеральной службы государственной статистики, данные отечественных и зарубежных статистических исследований, результаты проведенного автором контент-анализа профессиональной литературы по тематике исследования, а также данные проведенного автором социологического опроса практикующих врачей. В работе были использованы методы системного теоретического анализа; анализ статистических данных и документации; методы сбора фактического материала: наблюдение, интервью, анкетирование, анализ документов; контент-анализ.

Использование различных методов исследования позволило лучше изучить тему, а также выразить некоторые результаты исследования в количественных показателях.

Вопросу профессионального развития персонала посвящено множество работ российских и зарубежных ученых.

Так, подготовке медицинских кадров в России начиная в XIX-XX века, в том числе первым трудам по медицинскому образованию, а также развитию первых медицинских факультетов посвящена докторская диссертация Зимина И.В. [17, 2004]

По общей тематике управления персоналом и дополнительного профессионального образования интересны теоретические работы Кибанова А.Я.[39], Егоршина А.П. [36-38], непрерывность и целостность образовательного процесса раскрывается в работе В.С. Безруковой [34]. Вопрос непрерывного профессионального образования поднимают в своих диссертациях такие исследователи как Филатов С.А. [28, 2005], Рядовой Н.Н. [26, 2011], Черкасова М.А.[31, 2002], Вейс Т.П. [14, 2010] Особенностям развития и образования медицинских кадров также посвящены работы отечественных исследователей. Влияние профессионального последипломного образования на показатели деятельности ЛПУ рассматривается в исследовательской работе Осипенко А.П. [24, 1991], процесс подготовки и повышении квалификации врачей и его технологическое обеспечение исследуется в работах Шестак Н. В.[32, 2010], Шубиной Л.Б [33, 2011]. Управление качеством подготовки в системе медицинского образования рассмотрено в работе Мещеряковой М.А. [23, 2006] Диссертационное исследование Лебедевой Л.А. [22, 2004] посвящено особенностям развития профессионального мышления врача. Вопросу совершенствования организации последипломной подготовки врачей внимание уделено в работах Фоминой Н.А. [30, 2011], Гончар Н.Т. [15, 2012], Тайлашевой М.А. [27, 2002]

Взаимодействие медицинского ВУЗа и органов управления здравоохранение подробно описано в докторской работе Алексеевской Т.И. [12, 2008] Масштабное исследование, посвященное региональной системе здравоохранения провел в своей диссертации Пенкин Н.П. [25, 2006]

Процессу и роли самообразования в работе врача посвящены работы Кирюхиной Т.В. [20, 2009], Коровиной И.А. [21, 2010] Мотивация медицинских кадров к обучению рассматривается в исследованиях Фитьмовой А.А. [29, 2012], Есенковой Н.Ю. [16, 2011] Изучение готовности будущих врачей к использованию современного медицинского оборудования проведено в работе Адыширин-Заде К.А. [11, 2012]

Опыт зарубежных стран изучался на основе материалов и интервью западных экспертов и специалистов сферы здравоохранения.

**Особенностью и новизной исследовательской работы** является методологический подход, при котором медицинское образование рассматривается в рамках реформ двух социальных сфер: образование и здравоохранение. Такой подход к исследованию **актуален**, т.к. при реализации задач возникает вопрос о разграничении полномочий и ответственности между государственными и муниципальными органами власти двух озвученных социальных сфер. Актуальность исследования подкрепляется также и сегодняшними условиями одновременного реформирования обоих систем. Кроме того использован системный подход к определению основных тенденций и направлений развития кадрового потенциала, как на федеральном, так и на региональном уровне. Теоретическая и практическая значимость работы указана в заключении.

**Структура дипломной работы** обусловлена характером и последовательностью поставленных задач. Исследовательская работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и 11 приложений. Список литературы содержит 75 источников. Общий объем печатного текста работы 75 страниц, без учета рисунков, таблиц, списка литературы и приложений.

Во введении обосновывается актуальность выбранной темы, формулируются цель и задачи исследования, указывается объект и предмет исследования, описывается теоретическая база исследования.

В первой главе рассмотрены теоретические аспекты исследуемой проблемы, проанализировано состояние кадрового потенциала в сфере здравоохранения, его роль с точки зрения теории человеческого капитала; рассмотрены современная политика в сфере профессионального развития медицинских работников, изучена действующая система медицинского образования (главным образом последипломного) в России и за рубежом; проведен контент-анализ публикаций профессионального издания врачебной газеты «Медицинский вестник» по вопросу развития медицинских кадров, на основе изучения 127 статей были выделены проблемы и пути их решения, а также направления развития кадрового потенциала в здравоохранении, предлагаемые экспертным сообществом.

Во второй главе уделяется внимание роли регионов в вопросе подготовки медицинских кадров. На примере Нижегородской области описываются проблемы, с которым сегодня сталкиваются регионы в вопросах кадровой политики в сфере здравоохранения. Предлагаются возможные решения, подробно описывается уникальный опыт Нижегородской области в решении медицинских кадровых проблем.

Третья глава посвящена социологическому исследованию. В ней представлены результаты анкетирования 96 практикующих врачей. Цель исследования – понять отношение современных практикующих врачей к существующей системе постдипломного образования, а также изучить роль и место самообразования в профессиональной деятельности современного практикующего врача, понять его мотивацию к обучению.

В заключительной части работы подведены итоги исследования, проведен анализ результатов и даны рекомендации по основным направлениям развития медицинских кадров и кадрового потенциала в здравоохранении.

**Глава 1. Анализ действующих условий профессионального развития медицинских работников в РФ**

* 1. Основные определения и структура системы профессионального развития медицинских кадров

В сфере здравоохранения работают люди преимущественно с высшим медицинским или средним специальным медицинским образованием. Говоря о кадровом обеспечении отрасли, безусловно, нельзя забывать об инженерно-техническом и вспомогательном персонале, которые занимаются медицинским оборудованием, а также об административно-управленческих кадрах, наличие которых так остро необходимо сегодня. Среди планов и перспектив развития кадров в здравоохранении мало внимания уделяется организаторам здравоохранения. «Это представляется очевидным просчетом в реализации политики здравоохранения, поскольку именно организаторы здравоохранения по своим должностным обязанностям являются ключевым звеном в процессе воплощения в жизнь решений федеральных органов исполнительной власти, отвечающих за политику в области охраны здоровья граждан».[35] Однако вышеупомянутые категории выходят за границы данного исследования и требуют отдельной проработки. В рамках данной работы мы будем рассматривать исключительно медицинских работников (преимущественно лиц с высшим медицинским образованием, т.е. врачей).

Итак, обучение кадров – основной путь получения профессионального образования. Обучение **- это** процесс передачи и усвоения знаний, умений, навыков деятельности, основное средство подготовки человека к жизни и труду.[37, 14 с.]

Сегодня в силу возрастающего значения профессионального потенциала кадров, во всех сферах жизни человека, одной из главных функций системы управления персоналом является организация профессионального обучения. Инвестиции в сотрудников сегодня нередко приносят большую эффективность в сравнении с альтернативными направлениями вложения финансовых средств. Исключением не является и сфера здравоохранения. Важность инвестиций в кадровый потенциал отрасли подробно рассмотрена в пункте 1.2 настоящей главы.

Ускорение обновления информации (1 раз в 3-5 лет), ее глобализация и ускорение обмена, увеличение числа высокоэффективных лекарств (на сегодняшний день в РФ их более 16 тыс.), появление новых методов лечения, в том числе дорогостоящих и высокотехнологичных, развитие медицинского оборудования, увеличение числа граждан пожилого возраста (к 2020 г. в РФ 24%), [44] повышение информированности пациентов, современные условия политики здравоохранения, о которых также будет сказано, появление новых видов деятельности в медицинских учреждениях, требуют качественного обучения и постоянного развития медицинских кадров.

Перейдем к рассмотрению основных необходимых определений.

**Развитие персонала** - целенаправленный комплекс информационных, образовательных, которые содействуют повышению квалификации работников данной организации в соответствии с задачами ее развития, потенциалом и склонностями сотрудников. [34, 22 с.]

 Профессиональное развитие персонала в системе здравоохранения происходит путем **профессионального обучения персонала** - процесса совершенствования знаний, умений и компетентности кадров.

Традиционно, в соответствии с теорией управления персоналом выделяют: подготовку персонала (это формирование у человека знаний и навыков в конкретной профессиональной сфере, т.е. обучение людей, которые ранее не имели профессии); переподготовка (или переквалификация – это комплекс мероприятий, направленный на получение новой специальности для лиц, уже имеющих определенную профессию); повышение квалификации персонала  (это расширение, дополнение, углубленнее ранее полученных знаний с учетом уже приобретенной специальности для лиц уже имеющих профессию). Повышение квалификации производится с целью обновления теоретических и практических знаний кадров в связи, например, с повышением требований к уровню их квалификации или с необходимостью использования современных методов при решении профессиональных задач.

В медицинском образовании согласно рекомендациям Всемирной федерации медицинского образования, выделяют базовое медицинское образование (преклиника, клиника), последипломное медицинское образование (резидентура или специализация) и непрерывное профессиональное развитие.

Далее необходимо рассмотреть следующие термины:

**Образовательная система** — это все виды и типы образовательных учреждений с их материально-технической базой, финанса­ми, кадрами, научно-методическим обеспечением. В ней осуществляется пере­дача и прием опыта поколений согласно своим целям, программам, структурам с помощью специально подготовленных педагогов. Посредством такого обра­зования идет управление развитием человека. Все образовательные учрежде­ния на определенной территории объединены в единую **систему образования***.* [34, 30 c.]

**Самообразование —** это процесс непосредственного получения челове­ком опыта поколений посредством собственных устремлений и самим выбранных средств.[34, 32 c.]

Итак, рассмотрим систему вузовского медицинского образования в РФ. Сейчас обучение кадров с высшим медицинским и фармацевтическим образованием осуществляется в 47 медицинских вузах, а также на медицинских факультетах государственных университетов. Ежегодно выпускается около 25 000 молодых специалистов. [42] Планированием числа студентов медицинских занимаются территориальные органы управления здравоохранением совместно с Министерством здравоохранения РФ.

Последипломное медицинское образование (система повышения квалификации врачей) осуществляется в 7-ми учреждениях последипломного образования, на факультетах подготовки врачей при медицинских вузах, а также на курсах, базирующихся в научно-исследовательских институтах и крупных учреждениях практического здравоохранения.

Наглядно структура медицинского образования представлена на рис. 1



Рис. 1 Структура медицинского образования в РФ.[49]

Деятельность практикующих врачей регулируется Министерством здравоохранения РФ (Минздрав РФ). Головным учреждением является Российская медицинская академия последипломного образования (РМАПО).

В нашей стране установлены единые требования к организации всех видов последипломного образования, единые сроки периодичности и продолжительности обучения. Используются типовые образовательные программы, утверждены единый порядок проверки знаний и единый образец документов о присвоении квалификации.

Существуют следующие этапы послевузовского профессионального образования: интернатура, ординатура, аспирантура, и дополнительное профессиональное образование – профессиональная переподготовка и повышение квалификации (1 раз в 5 лет).

В системе Минздрава РФ 607,7 тыс. врачей, из которых более 180 тыс. имеют возможность ежегодно бесплатно повысить квалификацию.[48]

В процессе профессиональной деятельности любой врач может получить новую специальность, предусмотренную номенклатурой специальностей, утверждённой Минздравом РФ. Для этого необходимо пройти переподготовку в установленном порядке.

Сравнивая зарубежную систему подготовки медицинских кадров, нужно заметить, что она схожа с российской системой в том плане, что получение диплома врача, как на Западе, так и в РФ означает только то, что специалист изучил выбранный курс по определенному разделу медицины и самостоятельно имеет право лишь на оказание срочной неотложной медицинской помощи, а также получает право работать под контролем других специалистов. Для получения права самостоятельной работы он должен пройти дополнительные программы обучения и получить сертификат (обязательным условием допуска к самостоятельной практике в США и Канаде является резидентура продолжительностью от 3 до 5 лет, в Англии от 1 до 6 лет в зависимости от специализации). Затем врач на Западе расширяет свои знания, получает допуски к другим видам деятельности в течение своей профессиональной деятельности. Но жесткой системы образовательных циклов, как это принято в РФ там нет. На Западе часть допусков можно получить непосредственно в той больнице, где работает врач (при условии, что там есть специалисты, обладающие соответствующими полномочиями), а часть допусков, которые требуют глубоких теоретических знаний и длительной подготовки врачи получают в университетских центрах либо ведущих государственных или даже частных клиниках. Что важно, прохождение этого обучения ведется за счет самого врача, либо специально выделяемых грантов профессиональных ассоциаций, иногда за счет целевых государственных программ. Интересно, что коммерческие курсы позволяют врачу растягивать обучение и разделять программы на подпрограммы, тем самым самому определять скорость обучения, выбирать удобное время для занятий. Кроме того врач сам для себя решает каким новым функциям и навыкам он хочет научиться, сам составляет себе комбинацию допусков.

Если выпускник желает заниматься научно-исследовательской деятельностью, ему следует закончить магистерскую программу, получить степень магистра и продолжить свою научно-исследовательскую деятельность в выбранной сфере.

Напомним, что в РФ диплом медицинского или фармацевтического вуза не является достаточным условием для начала ведения самостоятельной медицинской деятельности. Выпускник имеет право вести лечебно-профилактическую деятельность только под контролем соответствующих специалистов, он имеет право выполнять научно-исследовательскую работу по теоретическим и фундаментальным направлениям медицины и занимать врачебные должности, которые не связанны с самостоятельным ведением больных. Чтобы самому стать сертифицированным специалистом и начать работать самостоятельно, требуется закончить еще, как минимум, ординатуру или интернатуру. После перечисленных курсов послевузовского образования, молодой специалист сдает квалификационный экзамен, получает сертификат специалиста и с этого момента имеет право работать самостоятельно.

На основе анализа англосаксонской и германской моделей медицинского образования можно сделать вывод о том, что, несмотря на определенные различия, национальные особенности и разные системы здравоохранения западных стран, в целом в системах медицинского образования прослеживаются схожие черты: в структуре, в продолжительности обучения.

Отличительной особенностью западной системы медицинского образования является отсутствие деления на «высококвалифицированных» и «малоквалифицированных» специалистов. Для европейских врачей было бы странно увидеть инструкцию с указанием их функциональных обязанностей. Каждый врач и каждое медицинское учреждение в совокупности имеют различные комбинации допусков. В одном из исследований экспертов приводится следующий пример: «Если профессор имеет допуск на пересадку сердца, но в отличии от молодого врача может не иметь допуск на удаление обычной папилломы, это ничуть не унижает его достоинства. Также как и если рядовой врач и профессор имеют допуски на неосложненную аппендектомию, это значит, что рядовой врач выполняет эту операцию не хуже профессора, другое дело, что у профессора, в отличии от менее опытного коллеги, набор допусков будет шире, и он имеет допуски на более сложные операции.[43]

Таким образом, системы подготовки медицинских кадров в РФ и в странах Европы имеют совершенно разные составляющие систем. Отличается также и система аттестации персонала (см. Приложение 1)

В РФ квалификационная категория отражает скорее стаж работы, врачи стремятся получить более высокую категорию в основном из-за надбавок к заработной плате, при этом по факту они продолжают делать ту же работу, что и прежде. Категория присваивается по совокупности прошлых заслуг и абсолютно не учитывает текущие достижения специалиста в его деятельности. Более подробно это вопрос также будет рассмотрен в пункте 1.4. Мнение врачей по данному вопросу будет представлено в Главе 3. Интересно то, что в России уже осуществлялся эксперимент с использованием принципа сертификации врачей и отменой квалификационных категорий, а также установления заработной платы с учетом персональных допусков. В результате был зафиксирован положительный социально-экономический эффект. Описание эксперимента подробно описано в работе Н. Мелянченко. [43] Однако результаты эксперимента никак не повлияли на современную кадровую медицинскую политику.

Еще одной проблемой на пути к эффективной аттестации (с 01.01.2016 г. - аккредитации) врачей, которая реально бы способствовала контролю над качеством оказания медицинской помощи и повышению безопасности пациентов, является отсутствие рейтинговых критериев и оценок, а также индивидуального учета стандартизованных критериев для определения качества работы. Таким образом, действующая система в РФ не обеспечивает выявление врачей с недостаточным уровнем подготовки и плохими показателями деятельности. В странах Европы этот вопрос решается с помощью государственной системы контроля и при участии профессиональных сообществ. При этом важно отметить, что подобная система не должна носить карательный характер, а цель ее создания должна быть направлена на содействие профессиональному развитию личности, выявлению сложностей в работе врача и снижению риска для пациентов. Внедрение подобной системы оценки в РФ обязательно столкнется с проблемой доказательной медицины в силу отсутствия научно-доказательных данных об эффективности тех или иных методов лечения, спорных стандартов оказания медицинской помощи. Таким образом, недооценка роли доказательной медицины сегодня является серьезным препятствием на пути реформирования всей системы медицинского образования, и в целом российской медицины. Кроме того, на основе самих медицинских стандартов можно сформировать более высокие требования к материально-техническому и кадровому обеспечению медицинской помощи.

* 1. Государственное инвестирование в человеческий капитал в системе здравоохранения

Как уже было отмечено в предыдущем пункте, сегодня возрастает значение профессионального потенциала кадров, соответственно и от инвестиций в сотрудников сегодня ждут экономической эффективности.

Инвестиции в образование медицинских кадров – это долгосрочные финансовые вложения. Если рассматривать медицинское образование в контексте теории человеческого капитала, нужно заметить, что его главное отличие от других видов образования – более длительная продолжительность. Это значит, что альтернативные и прямые издержки при прочих равных условиях будут выше. Соответственно и инвестиций по этому направлению образования должно быть больше. Однако, как можно заметить в Табл. 1, отдача от этих инвестиции хоть и положительная, но не так высока, например, как отдача от инвестиций в бизнес-образование.[40]

Таблица 1

Отдача профессионального образования.[40]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Бизнес | Право | Стомато-логия | Общая медицина | Специализи-рованная медицина |
| Годовой доход, $ | 135579 | 139616 | 133050 | 132592 | 219733 |
| Отработанные часы | 2448 | 1959 | 1781 | 2565 | 2707 |
| Доходность инвестиций % | 26 | 23 | 22 | 16 | 18 |

Несомненно, что уровень человеческого капитала, заложенный во врачебные специальности, намного выше, чем в среднем по экономике. Прежде чем стать врачом, необходимо как минимум 6 лет посвятить вузу, а затем достаточно долгий промежуток времени нарабатывать опыт и квалификацию. Однако, на западе отдача от подобных капитальных вложений значительна: доход врача в среднем в 2-3 раза выше, чем в среднем по экономике, чего нельзя сказать о России (по данным на 2010 у нас на 35% ниже, чем в среднем по экономике, в настоящее время декларативно приближается к среднему значению по экономике). [40]

Однако важно понимать, что эти показатели вовсе не означают, что с точки зрения экономической теории, инвестиции в медицинское образование являются нецелесообразными. Во-первых, представленные показатели лишь в очередной раз указывают на необходимость поднятия уровня заработной платы для медицинских кадров. Во-вторых, сама методика оценки в рамках исследования, итоги которого обозначены выше, учитывала только один фактор – заработную плату, что говорит об одностороннем характере исследования, и, наконец, нужно понимать, что медицинская профессия кроме денежных выгод несет в себе множество более важных, немонетарных характеристик.

Необходимо заметить, что во многих странах прямые издержки обучения для студентов в медицинских вузах равны нулю, либо значительно ниже фактических, т.к. медицинские вузы в большей своей части субсидируются государством. Еще в 1963 г. К.Эрроу писал: «Издержки на образование в этой отрасли настолько высоки, что почти никогда они не могут оплачиваться самими студентами. Поэтому в этом вопросе важно участие государства.

Важно отметить общемировую тенденцию привлекательности получения медицинского образования. Количественные данные в динамике по подготовке специалистов с высшим медицинским образованием в Российской Федерации, подтверждающие эту тенденцию представлены в Приложении 2. Также отметим, что в 2011 году было подано 209 тыс. заявлений от абитуриентов, в 2012г. – 243 тыс. (при наличии 21501 бюджетных мест), в 2013 г. было подано уже свыше 263 тыс. заявлений. Максимально высокий конкурс составил 16 человек на место. [51]

 В этом и состоит основной парадокс: с одной стороны мы наблюдаем дефицит медицинских кадров, с другой стороны процедуры поступления в медицинские ВУЗы отличаются большим конкурсом в соответствии с общемировой тенденцией. Проблема в том, что работать по специальности идут меньше трети выпускников, а тех, кто приходит работать по специальности, сама система в силу различных причин не может удержать.

* 1. Качество оказания медицинской помощи и проблемы медицинского образования

 В этом пункте рассмотрим понятие качества медицинской помощи, и его связь с качеством медицинского образования, а также определим основные проблемы в этой сферы, которые наиболее часто поднимаются экспертным сообществом.

 Давно не секрет, что низкая квалификация врачей – это потерянные жизни, здоровье, неэффективное использование материальных и финансовых ресурсов. Так в Великобритании фиксируется 850 тыс. осложнений, которые связаны с неправильными действиями врачей. Ущерб оценивается в 3 млрд. долларов из-за дополнительных дней госпитализации пациентов, которую можно было бы избежать, если сразу назначить правильное лечение. В Канаде врачебные ошибки регистрируют у 1 пациента из 13 госпитализированных, ущерб там оценили в днях – 1,1 млн. дней дополнительной госпитализации. В США 44 тыс., а по некоторым данным до 98 тыс. смертей связаны с врачебными ошибками. Ущерб оценивается по разным методикам от 17 до 29 млрд. руб.

Что важно такой статистики вообще нет в России, поэтому нам необходимы исследования по безопасности лечения, врачебным ошибкам, в том числе и для оценки ущерба.

Понятно, что повышение качества медицинской помощи предусматривает комплексный подход, одной из составляющих которого является качественное медицинское образование и постоянное повышение квалификации медицинского персонала.

В свою очередь качество медицинского образования мы можем оценить по зависящим показателям качества медицинской помощи (Рис.2).

Медицинское образование: базовое, последипломное, самообразование

Квалификация врачей

Качество медицинской помощи и безопасность пациентов

Показатели качества медицинской помощи и их оценка

Рис. 2 Качество медицинского образования.

Из рисунка видно, что качество медицинского образования напрямую влияет на качество оказания медицинской помощи, кроме того напрямую отражается в экономической эффективности деятельности медицинского учреждения, что доказано в исследовании Осипенко А.П. [24] Несоответствие квалификации медицинского персонала целям и задачам медицинского учреждения отрицательно сказывается на всех результатах его деятельности, в том числе и на экономических.

Результаты последних исследований показывают неблагоприятную статистику отношения населения к качеству медицинской помощи, которую им оказывают. Согласно исследованиям ВОЗ, последние 5 лет удовлетворенность среди населения, как системой здравоохранения, так и качеством медицинских услуг падает. Например, в 2013 году 39% опрошенных ответили, что качество оказания медицинских услуг «не изменилось», 25% ответили, что «немного ухудшилось», и еще 15% заметили, что «совсем ухудшилось». Для сравнения, Данные в 2008 г. по этим показателям 48%, 17%, 7% соответственно. [50]

Такая же тенденция наблюдается в сфере образования. В 2013 году на вопрос об удовлетворенности системой образования в России 46% респондентов ответили «скорее нет», 26% ответили «определенно нет», тогда как в 2008 г эти показатели были 30% и 13% соответственно. [50] Детально увидеть данные исследования можно в Приложении 3.

Таким образом, сегодня можно констатировать разрыв между существующей практикой профессиональной подготовки врачей и реальными потребностями в специалистах медицинского профиля и ожиданиями общества.

Для того чтобы лучше разобраться в теме, изучить частоту упоминаний и степень актуальности проблемы развития медицинских кадров в свете современной политики здравоохранения, обозначить направления, которые предлагаются экспертами для решения, был проведен контент-анализ специализированной литературы, в частности материалов на портале российского врача «Медицинский вестник» с 01.09.2007 – 15.04.2014 гг.

Всего из результатов поиска по запросу было отобрано и изучено 127 релевантных статей по тематике исследования, 65 из них носили описательно-декларативный характер, а 62 статьи оказались с высокой степенью релевантности и информативности. Итоги анализа представлены ниже и базируются на подробном изучении 62 релевантных статей по тематике исследования:

Во-первых, в профессиональной литературе очень часто упоминается проблема дефицита медицинских специалистов и структурные диспропорции в системе (упоминается в 38 статьях). Об одной из основных причин - утечке специалистов (за рубеж, в другие регионы, в частный сектор, в смежные отрасли) говорится в 17 статьях. Важно, что данные упоминания не носят исключительно декларативный характер, а являются довольно конкретными. Много сообщений можно найти от представителей региональных систем здравоохранения. Так, например, директор Нижегородского областного центра повышения квалификации специалистов здравоохранения, Людмила Поклад сообщает: «хотя в регионе есть учреждения, в которых укомплектованность кадрами находится на уровне 95% и более, есть и такие, в которых она не превышает 60%. Учебные учреждения в регионе ежегодно выпускают достаточное количество специалистов, то есть дефицит кадров можно было бы закрыть выпуском одного года. Но, например, из выпуска средних медицинских специалистов в 2012 году пришли только 16,2%. Основные причины — низкая заработная плата, падение престижа профессии, тяжелые условия труда». [52]

Приведем еще одно сообщение: «Кадровый дефицит в отрасли ни для кого не новость, найти толкового специалиста непросто для клиники любой формы собственности. Особенно, если речь идет о враче, владеющим знаниями и навыками работы на современном медицинском оборудовании и осведомленном о последних достижениях мировой медицины».[53]

Решение проблемы дефицита кадров эксперты видят в обязательной отработке студентом после обучения, или в ином случае - возврате денег за обучение (6 статей, 1 из которых за возврат к системе распределения, несмотря на то, что в некоторых публикациях было указано на неконституционный характер подобного предложения). Кроме того была предложена интересная инициатива, касающаяся студентов, осуществляющих обучение на коммерческой основе. Было предложено возвращать им денежные средства, которое они потратили на обучение, при условии их определенного срока работы в сельской местности. Подобная система работает в Швеции, Китая и ряде других стран, и уже доказала свою эффективность.

Второй проблемой по частоте упоминаний является недовольство экспертов состоянием системы постдипломного медицинского образования и несоответствием образовательных программ современным реалиям (21 статья). Можно встретить негативные отзывы о качестве проработки пунктов в законопроектах, касающиеся подготовки медицинских кадров и медицинского образования. Кроме того, с постоянной периодичностью встречаются сообщения подобного характера: «Государственная система повышения квалификации почти лишена саморегулирующего механизма в силу монополизированности, сложности и неповоротливости,…поэтому и появились организации, которые занимаются дополнительным обучением врачей на коммерческой основе. Можно сделать вывод о том, что существующая система повышения квалификации несколько устарела и не отвечает запросам быстроразвивающейся и меняющейся медицины и общества…другая проблема — качество содержания образовательных программ. По оценкам независимых экспертов, весьма часто на курсах слушателям предлагают устаревшую, потерявшую актуальность информацию». [54]

Некоторые эксперты, в частности академик РАМН Геннадий Котельников, видит положительные тенденции в решении этой проблемы в разработке и внедрении новых федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения, которые ориентированы на повышение практической составляющей в процессе подготовки выпускников. [55] По его мнению, новые уже разработанные стандарты позволят студентам сразу после получения диплома быть готовыми к самостоятельной профессиональной деятельности в амбулаторно-поликлиническом звене в должностях участкового терапевта, участкового педиатра или амбулаторного стоматолога. Однако пока говорить об этом рано. Первый выпуск специалистов, подготовленных по новым стандартам, планируется в 2016—2017 гг., тогда же и отпадет необходимость в интернатуре как в переходном этапе послевузовской подготовки. Нужно отметить, что на эти изменения возлагаются большие надежды со стороны представителей регионального здравоохранения различных субъектов РФ.

Третьей по частоте упоминания является проблема взаимодействия между клиническими базами и образовательными учреждениями, которая описана в 11 статьях. Большое количество экспертов обеспокоены тем, что на сегодняшний день педагогический состав высших медицинских образовательных учреждений не имеет возможности заниматься лечебной деятельность, и по факту врачебные кадры сегодня готовятся в отрыве от лечебного процесса. Часто в литературе описываются сложности взаимодействия вузов и ЛПУ. Эксперты отмечают, что успех программ по повышению качества подготовки медицинских кадров во многом зависит от тесного сотрудничества медицинских ВУЗов и представителей практического здравоохранения. Вопрос взаимодействия также поднимается в рамках образовательных стандартов обучения, которые, по мнению экспертов, должны состыковаться с новыми стандартами оказания медицинской помощи.

Достаточно статей посвящено проблемам управленческих кадров и обучению по направлениям «экономика в здравоохранении» и «менеджмент в здравоохранении» (7 статей). Эксперты отмечают увеличение роли управленческих кадров в свете современной политики здравоохранения.

Переходя к подробному рассмотрению узкой темы последипломного образования, отметим, что среди проблем наиболее часто упоминают: профессорско-преподавательский состав (9 статей), который нуждается в переобучении; коррупцию в медицинском образовании (5 статьи).

Кроме того остро поднимается проблема недостаточного знания английского языка медицинскими специалистами и сокращения часов, отведенных на обучение будущих медиков иностранному языку  (4 статьи), отсутствие курсов по английскому языку в программах последипломной подготовки (2 статьи). Знание иностранных языков позволяет свободно пользоваться источниками специальной информации для самообразования и профессионального развития, участвовать в международном общении специалистов, выезжать на международные конференции, симпозиумы. Без знания языка сложно предложить свои работы к публикации в западных научных изданиях. Таким образом, эта проблема напрямую касается темы непрерывного медицинского развития, ведь все последние результаты и медицинские достижения публикуются на английском языке, а на русский язык переводятся и доходят до наших врачей спустя 2-3 года, когда сведения уже устарели. Также проблема связана с интеграцией российской и зарубежной систем последипломного медицинского образования.

На основе контент-анализа заметен парадокс желания интеграции в европейское образовательное пространство нашей системы медицинского образования и одновременно с этим нежелания кардинального изменения системы в соответствии с международным уровнем. Знаковым в вопросе интеграции также является то, что все профильные медицинские и фармацевтические вузы остались в системе Минздрава России, т.е. была сохранена одноуровневая система получения вузовского образования. Не был также пересмотрен и список медицинских специальностей. Один из экспертов отмечает: «Сегодня, несмотря на подписание Болонской конвенции, российское медицинское образование не признается в большинстве стран мира. Это и неудивительно, например, в России утверждено 110 медицинских специальностей, в то время как в Германии их всего 24, расхождение в подходах к преподаванию очевидно». [53]

 Вопросу интеграции в международное образовательное пространство, в том числе и приглашению зарубежных преподавателей в отечественные ВУЗы посвящено 8 и 4 статьи соответственно. Эксперты в этой области говорят о том, что сегодня достаточно мало иностранных специалистов, которые привлечены в систему медицинского образования на регулярной основе. Обычно они приезжают на краткосрочные узкоспециализированные курсы, мастер-классы, конференции, проводят несколько разовых лекций. Однако все предложения по долгосрочному найму на постоянной основе иностранных преподавателей сталкиваются с негативным и ревностным отношением ряда экспертов и представителей профессионального медицинского сообщества. В частности часть специалистов считают оплату заработной платы иностранным специалистам в соответствие с европейским уровнем, а также оплату проживания для зарубежных коллег слишком затратным способом поднятия качества профессионального медицинского образования в России, а также неэтичным действием по отношению к нашему преподавательскому составу. Но к счастью, есть и те, кто позитивно смотрит на этот опыт. Вот как комментирует эту ситуацию директор Института развития общественного здравоохранения, Юрий Крестинский: «Если мы говорим об интеграции в мировую медицину, в систему международных знаний, нам нужно менять свои подходы к образованию и облегчить доступ к нам специалистов с действительно высокой квалификацией и богатейшим багажом знаний. Ведь это нужно нам, нашему здравоохранению, нашим пациентам. Интеграция с Европой – это не прихоть, а острая необходимость, если мы хотим соответствовать последним достижениям медицинской науки». [53] Интеграция также позволит отправлять наших врачей на различные формы постдипломного обучение за рубеж.

О некоторых сложностях в вопросе интеграции с международным медицинским сообществом говорит Бассам Хелю: «В условиях интеграции в существующую национальную систему медицинского образования вуз должен принять все меры для кооперации с иностранными профильными учебными заведениями и заручиться поддержкой на политическом уровне и в научном сообществе внутри страны. [53]

Говоря о **конкретных предложениях** по решению проблем в сфере постдипломного образования, эксперты выделяют следующие **направления**, проранжированные в соответствии с частотой упоминания:

1. Создание симуляционных центров и использование фантомного обучения (18 статей).

Симуляционные технологии обучения полезны для повышения квалификации врачей всех специализаций, т.к. позволяют тренировать медицинское мышление и, проигрывая разные ситуации, принимать верные решения. На данный момент виртуальные клиники имеются в половине медицинских вузов, по словам Министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой к 2020 году виртуальные учебные клиники появятся во всех медицинских вузах. Первая виртуальная клиника появилась в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова. Основой учебного комплекса является виртуальный стационар многопрофильной больницы с кабинетами акушерства и гинекологии, отделениями педиатрии, первой помощи, реанимации, операционными для отработки различных вмешательств.  Каждый учебно-клинический зал оснащен медицинскими симуляторами, компьютерными программами, и манекенами, имитирующими реальных пациентов. По словам ректора, виртуальные операционные виртуальной клиники укомплектованы точно таким же оборудованием, что и реальные операционные блоки стационаров. Использование симуляционных технологий в процессе обучения снижает количество врачебных ошибок, продолжительность лечения, летальность при оказании экстренной помощи» - отметил ректор Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, член-корр. РАМН, профессор Петр Глыбочко. Многие эксперты отмечали, что симулиционные технологии и фантомное обучение позволяют тренировать медицинское мышление, научиться принимать правильные решения, поэтому они полезны для повышения квалификации врачей любых специальностей.

1. Внедрение системы непрерывного медицинского образования, повышение мотивации врачей непрерывно учиться, получать знания (16 статей).

Что касается развития медицинских кадров, то наиболее часто решение проблемы эксперты видят во внедрении системы с накопительной системой кредитов и получении допусков (подробно описывается в 5 изученных статьях). Кроме того, говорится о недостаточности существующих 144 часов на повышение квалификации 1 раз в 5 лет. Руководитель Комиссии по развитию непрерывного медицинского образования Национальной медицинской палаты Гузель Улумбекова предлагает на основе международного опыта перестроить систему и сделать так, чтобы врач повышал свою квалификацию как минимум раз в год по 50 часов, т.е. минимум 250 часов за 5 лет. [56] Эта система будет подробно рассмотрена в пункте 1.5.

1. Внедрение систем дистанционного образования (9 статей), которое бесспорно эффективно и актуально для медицинских кадров, особенно из сельских местностей.
2. Передача постдипломной подготовки коммерческим образовательным учреждениям (было предложено в 5 статьях). По мнению ряда экспертов, только негосударственные образовательные учреждения могут эффективно расходовать выделяемые финансовые средства на обучение практикующих врачей, а также реализовывать более современные походы к обучению.
3. Внедрение системы аккредитации специалистов, которая эффективно бы оценивала врачей. Эксперты выступают за целесообразность экспертной оценки обучения представителями врачебного сообщества, то есть не только профессорско-преподавательским составом и главными специалистами, но и врачами.
4. Развитие доказательной медицины, как влияющего направления на качественное оказание медицинской помощи и значимого фактора для оценки работы врача. (3 статьи)

По итогам контент-анализа, также хочется отметить, что большинство экспертов и специалистов придерживаются единого мнения о том, что непрерывное профессиональное развитие и последипломное образование современного врача не должно ограничиваться формальным прохождением курсов повышения квалификации один раз в пять лет. Этого недостаточно в условиях высокой скорости развития медицинской науки. Как подчеркнули многие эксперты, органам управления здравоохранением регионов совместно с медицинскими вузами и средними специальными учебными заведениями, а также представителями бизнес-среды, работающих в этой отрасли, необходимо активнее развивать совместные программы дополнительного профессионального образования, в том числе основанные на дистанционном принципе, а также фантомном обучении с использованием симуляторов. О взаимодействие этих акторов отрасли здравоохранения подробнее будет говориться во 2 главе исследовательской работы.

Что касается самих специалистов, то для определения их мнения, и мотивации к самообразованию, совершенствованию профессиональных навыков, а также пониманию ими вышеобозначенных проблем, в 3 Главе исследовательской работы будут представлены итоги социологического опроса практикующих врачей.

В заключение обзора результатов контент-анализа, хотелось бы выделить замечание эксперта Евгения Чазова. По его мнению, целью существования медицинской организации является работа по повышению квалификаций специалистов.[57] Важно, чтобы такой позиции придерживались во всех медицинских учреждениях любой формы собственности.

На основе проведенного контент-анализа были выделены направления развития системы медицинского образования и профессионального развития медицинских кадров, предлагаемые экспертным сообществом. Для того чтобы понять какие еще направления в данный момент предлагаются со стороны государственных органов власти далее рассмотрим программно-целевые, стратегические и законодательные документы, а также иные нормативно-правовые акты, относящиеся к исследуемой теме.

1.4. Государственное регулирование системы образования и развития медицинских кадров

В развитых странах новые потребности населения (увеличение доли лиц пожилого возраста, появление новых орфанных заболеваний) и технологические вызовы повышают место здравоохранения в системе общественных приоритетов. [44] Западные страны стремятся увеличить финансовые поступления в сферу здравоохранения, Россия же напротив, продолжает финансирование системы по остаточному принципу.

Но проблема состоит не столько в нехватке средств, сколько в эффективности использования ресурсов. Из-за неэффективного управления распределением финансовых ресурсов обесценивается значительная часть вложений в здравоохранение. Нужно констатировать тот факт, что из возможных стратегий, предложенных экспертами НИУ-ВШЭ в области здравоохранения: «реформы без денег», «деньги, без реформ», «достойное финансирование плюс комплексные программы», [45] государством была выбрана, к сожалению, вторая. В соответствии с эти выбором выделенные средства оказались «проедены» неэффективной системой без видимого улучшения доступности и качества медицинской помощи . Примером могут служить результаты Национального проекта «Здоровье». Этот проект, реализуемый с 2006 г., несомненно, стал крупной вехой в развитии российского здравоохранения, его главная цель состояла в повышении уровня материально-технического обеспечения отрасли. [45] Однако если теперь попытаться оценить результативность, то возникает вопрос: насколько выбранные приоритеты проекта соответствовали потребностям этой отрасли. Соотношение между вложениями в человеческий капитал и материальную базу были приняты без серьезной экспертизы, в том числе и общественной, поэтому вложения в кадры оказались недостаточными.

В целом, как отмечают эксперты НИУ-ВШЭ, «состояние российской системы здравоохранения и направления ее развития занимают одно из центральных мест в ведущемся сейчас обсуждении долгосрочных перспектив развития нашей страны. Социально-демографические процессы, экономический рост, развитие медицинских технологий предъявляют серьезные вызовы российской системе здравоохранения. Существующая государственная система здравоохранения не способна адекватно ответить на эти вызовы. В ряду ее главных проблем - несбалансированность государственных гарантий медицинской помощи с их финансовым обеспечением и связанное с этим нарастание платности услуг и неравенства в доступности медицинской помощи, недостаточная квалификация значительной части медицинского персонала и т.д. Необходимо модернизировать систему здравоохранения повысив ее технологический, организационный и профессиональный уровень». [45]

Президент России В.В. Путин не раз отмечал важность развития медицинских кадров. Инвестиции в эту сферу рассматриваются главой государства и Правительством РФ как долгосрочные вложения, в том числе и в человеческий капитал, качество которого будет напрямую определять конкурентоспособность России в мире и уровень её национальной безопасности. В связи с этим во многих государственных программах всех уровней начиная от федерального и заканчивая муниципальным, большое внимание уделяется кадровой политике в сфере здравоохранения.

7 мая 2012 г. В.В. Путин подписал важнейшие для отрасли указы – № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации». [6, 7] Главное в этих указах то, что в них поставлена чёткая цель по улучшению здоровья населения: увеличить к 2018 г. ожидаемую продолжительность жизни российских граждан с нынешних 70 до 74 лет. Учитывая, что сегодня значительная часть причин смертей в РФ предотвратимы методами профилактики и своевременного лечения, то во многом выполнение этой задачи будет зависеть от эффективности работы всей системы здравоохранения в целом, и медицинских работников в частности. Поэтому в указах особый акцент сделан на необходимости разработки и реализации в каждом субъекте РФ программ по повышению квалификации медицинских кадров, проведению их аттестации/аккредитации и поэтапному устранению дефицита кадров.

Для реализации поставленных в указах задач были подготовлены соответствующие документы, в том числе распоряжения Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г. и № 614-р от 15 апреля 2013 г., которыми соответственно были утверждены государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» и Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г. [8, 9]

В центральном стратегическом документе развития страны, «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года» было указано, что одной из основных задач развития здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан, является «обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования». [1]

В программе впервые указано, что, несмотря на то, что врачей в нашей стране количественно больше на душу населения, по сравнению с западными странами, качество медицинской помощи и показатели здоровья населения значительно хуже. Указывается на то, что одна из основных причин - недостаточная квалификация врачей и слабая мотивации их к профессиональному совершенствованию.

Уже в концепции была прописана процедура осуществления единой кадровой политики, которая подразумевает глубокие преобразования в сфере управления кадровым потенциалом, согласованность с образовательной политикой в системе непрерывного профессионального образования, направленность на повышение мотивации к обучению и повышении квалификации. В концепции также четко прописаны компоненты кадровой политики и меры для ее развития.

Далее несколько слов уделим Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения». При ее изучении выяснился интересный факт: в паспорте программы, в списке участников программы, среди которых 20 различных министерств, федеральных агентств, служб и т.д., отсутствует Министерство образования РФ, несмотря на то, что в программе выделенная целая подпрограмма, подпрограмма №7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения». Получается, ответственность за её исполнение полностью лежит на Министерстве здравоохранения, несмотря на то, что ряд задач напрямую касается Министерства образования РФ. Кроме того, в характеристике текущего состояния сферы реализации Программы, называется много причин, формирующих недостаточную динамику в состоянии здоровья населения, среди них: низкое развитие технологий, отсутствие выработанных индикаторов качества, однако совсем не упоминается кадровая проблема.

В рассмотренных документах отмечены недостатки и проблемы кадровой политики здравоохранения, основные концептуальные задачи и мероприятия по реализации кадровой политики.

Таким образом, вопросы кадровой политики и проблемы подготовки медицинских кадров обсуждаются и поднимаются на высшем уровне власти, на официальных заседаниях, конференциях, в неформальных беседах, и даже в официальных аккаунтах представителей экспертного сообщества в социальных сетях (так, например, в мае этого года Л.Рошаль в Твиттере сделал следующий твит: «Сегодня центральный вопрос для здравоохранения – это кадровый»)

В настоящий момент структура последипломного медицинского образования регулируется ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан». Схематично она представлена на рис.3



Рис. 3. Структура последипломного медицинского образования в РФ. [49]

Изменения, внесенные Федеральными законами № 273-ФЗ от 22.12.12 «Об образовании в РФ» и № 323-ФЗ от 21.11.11 « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», существенно позволяют изменить давно сложившуюся систему медицинского образования.

Затрагивая сферу образования, которая также напрямую связана с подготовкой медицинских специалистов, нужно отметить, что сегодня происходят значительные изменения в этой области во всем мире. Изменения, прежде всего, обусловлены повышением спроса на специалистов высокой квалификации, развитием технологий и, как следствие, появлением новых форм обучения. В связи с этим, и в РФ сфера образования сегодня переживает стадию реформирования.

В современных условиях развитие высшей медицинской школы происходит в противоречивой ситуации, которая связана с традиционной системой подготовки специалистов и теми изменениями, которые происходят сегодня сфере здравоохранения.

В соответствии со статьей 82 закона № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» от 22.12.12 определяются содержание, длительность, формы обучения врачей и среднего медицинского персонала, статья 13 предусматривает кредитно-модульную систему обучения, статья 16 – электронное обучение и дистанционные образовательные технологии, статья 96 устанавливает полномочия по контролю качества обучения объединений профессиональных организаций (ассоциаций) и работодателей.

В дополнении к этому статья 69 закона № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.11с 1 января 2016 г. вводит понятие «аккредитация» специалиста и регламентирует порядок ее проведения, статья 73 устанавливает обязанность медицинских кадров совершенствовать профессиональные знания и навыки с помощью обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам, статья 76 предусматривает участие профессиональных некоммерческих организаций в разработке программ подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в аттестации врачей при получении квалификационных категорий.

Важно заметить, что статья 69 закона № 323-ФЗ от 21.11.11 начинает действовать с января 2016 года и изменяет права на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности. (Таблица 2)

Таблица 2

Право на осуществление медицинской деятельности.

|  |  |
| --- | --- |
| Статья 100. Закон № 323-ФЗ от 21.11.11До 1 января 2016 года | **Статья 69**. Закон № 323-ФЗ от 21.11.11С 1 января 2016 г. |
| Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие **сертификат специалиста**; [4] | Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с [федеральными государственными образовательными стандартами](http://base.garant.ru/5632903/) и имеющие **свидетельство об аккредитации специалиста.** [4] |

Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. [4]

 Реализация основных профессиональных образовательных программ послевузовского медицинского образования и фармацевтического образования в интернатуре осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" до истечения нормативных сроков освоения указанных образовательных программ лицами, принятыми на такое обучение. Прием в образовательные и научные организации на обучение по программам послевузовского медицинского и фармацевтического образования в интернатуре прекращается 1 сентября 2016 года. [4]

Существуют положительные тенденции в развитии сферы медицинского и фармацевтического образования. Так, в 2013 г. членами Президиума УМО, Членами Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов, представителями РАМН и профессиональных и медицинских организаций и объединений, коллективом Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова на основе обобщения российского и зарубежного опыта повышения квалификации и переподготовки специалистов в области оказания медицинских и фармацевтических услуг был разработан проект концепции развития профессионального медицинского и фармацевтического образования. Основными приоритетами Концепции развития профессионального медицинского и фармацевтического образования на 2013-2015 годы становится достижение качества медицинского и фармацевтического образования, которое соответствует наилучшей международной практике и обеспечивает эффективное развитие отечественного здравоохранения. [64]

Для реализации эффективной кадровой политики необходимо преодолеть сложившийся стереотип, что низкое качество медицинской помощи определяется исключительно нехваткой дорогостоящего оборудования. [45] Вложения в человека способны дать не меньший эффект, и это надо учитывать при формировании программ развития здравоохранения. Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется среди прочего хорошо подготовленными медицинскими кадрами. Успешность реформы здравоохранения напрямую зависит от их способности и готовности к ее практической реализации. При реформировании системы кадрового обеспечения здравоохранения необходимо: сформулировать приоритеты развития кадрового потенциала в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья в общем контексте целей модернизации отрасли; сформулировать функции специалистов в рамках должностных инструкций и разработать пути непрерывного профессионального развития; разработать перечень компетенций, а на их основании - квалификационные требования; разработать новые или пересмотреть имеющиеся учебные планы и основные образовательные программы. [62]

Удовлетворенность пациента и качество оказываемой населению медицинской помощи, служат главными критериями в оценке эффективности медицинской кадровой политики, оценки системы образования и мотивации врачей.

Наличие точной информации о количестве медицинских специалистов (среднего медицинского персонала и врачей разных специальностей) в каждом субъекте Российской Федерации необходимы для перспективного кадрового планирования.

   Кроме того, создание условий для мотивированного труда медицинского персонала служит  еще одним направлением кадрового развития и залогом повышения эффективности оказания медицинской помощи. Опираясь на зарубежный опыт, можно отметить, что в качестве механизма регулирования может быть создана система профессионального самоуправления в каждом ЛПУ. Внедрение подобных систем контроля врачебным сообществом позволит «изнутри» регулировать медицинскую деятельность каждого врача и ЛПУ, используя экономические и нематериальные факторы повышения мотивации, тем самым влияя на всю систему в целом.

Все эти направления можно комплексно реализовать в условиях системы непрерывного профессионального развития, которую часто упоминают эксперты. Она будет рассмотрена в следующем пункте.

1.5. Непрерывное профессиональное развитие медицинского персонала, как основное направление развития кадровой политики

Как уже было сказано, сегодня, чтобы стать практикующим врачом лишь диплома о высшем медицинском образовании недостаточно. Как отмечает ряд отечественных специалистов (Филатов С.А. [28, 2005], Рядовой Н.Н. [26, 2011], Черкасова М.А.[31, 2002], Вейс Т.П. [14, 2010]), в современное время вместо одного базового образования, служившего раньше человеку фундаментом всей его профессиональной деятельности, требуется образование, которое бы человек получал, а затем дополнял бы на протяжении всей жизни.

Это утверждение касается и медицинского образования, т.к. напрямую соответствует декларируемой Всемирной федерацией медицинского образования смене парадигмы «образование на всю жизнь» на «образование через всю жизнь». Еще в 60-х годах прошлого столетия в основополагающих документах Всемирной организации здравоохранения о постдипломном обучении, говорилось, что «врач — это человек, приговоренный к пожизненному повышению квалификации». На Всемирной Медицинской Ассамблее в октябре 1987 г. в Мадриде было отмечено, что медицинское образование - это процесс непрерывного обучения, который начинается с момента поступления на медицинский факультет, а заканчивается после прекращения лечебной практики. [63]

Говоря о непрерывности в рамках постдипломного обучения медицинских кадров, очень важно понять разницу в понятиях «непрерывное медицинское образование» и «непрерывное профессиональное развитие».

Для этого необходимо рассмотреть зарубежный опыт построения систем постдипломной подготовки. В развитых странах постдипломное развитие проводится в рамках программ, которые называют: непрерывное медицинское образование (англ. continuous medical education — CME) и непрерывное профессиональное развитие (англ. continuous professional development — CPD). Их разница подробно описаны в Приложении 4.

Прежде чем сказать об отличии двух систем, отметим, что за рубежом после завершения обучения врача в резидентуре или ординатуре начинается процесс последипломного образования, который длится всю жизнь. Для того чтобы быть в курсе новых достижений медицины, врачи регулярно изучают современную медицинскую литературу, проходят курсы медицинского образования, посещают медицинские конференции и т.д. Во многих профессиональных журналах и на специализированных медицинских сайтах публикуются специально выделенные разделы (CME) с учебными материалами. После изучения блока с материалами и правильного ответа на проверочные вопросы врач получает «кредит» и соответствующий сертификат. Кредиты в медицинском образовании (баллы, часы) - условные единицы измерения значимости каждого образовательного мероприятия. В кредитах оцениваются все виды учебной работы (самостоятельная проработка материала, написание научных статей, участие в работе конференций и пр.). Определенная сумма кредитов, которая накапливается на протяжении 5 лет, дает право на подтверждение сертификата.

Больницы, лицензирующие коллегии, профессиональные медицинские общества требуют от врачей предоставления отчётов об их участии в различных видах постдипломного образования.

Европейский Союз Медицинских Специалистов (ЕСМС) реализует программы CME и CPD в соответствии определенным принципам, которые описаны в Приложении 5.

На основе материалов Всемирной Федерации Медицинского образования и изучении отличий CME и CPD, можно дать следующие определения:

**Непрерывное медицинское образование** (далее –НМО) – постоянное повышение квалификации медицинских работников, с целью улучшения качества медицинской помощи, управляемое профессиональными обществами и сопровождающееся ежегодным контролем.

**Непрерывное профессиональное развитие** (далее - НПР) - это период образования и подготовки врачей, начинающийся после завершения базового медицинского образования, и продолжающийся в течении всей профессиональной жизни каждого врача. Это долгосрочная деятельность, рассматриваемая как профессиональная обязанность каждого врача. Нужно отметить, что НПР обладает принципиальными отличиями как от знакомых нам этапов традиционного медицинского образования - базового медицинского образования и систематической последипломной медицинской подготовки, от дополнительного профессионального образования, так и от НМО. Все вышеобозначенные системы предполагают соответствие определенным стандартам, правилам и требованиям, в то время как НПР предполагает самонаправленное обучение, контроль за которым осуществляет сам обучаемый. НПР можно рассматривать как направление индивидуального профессионального развития. В термине НПР ключевым словом является "развитие", именно оно отражает широкий контекст этой фазы медицинского образования, а также означает, что ответственность за проведение НПР возлагается в большей степени на врача, и на медицинскую общественность, т.к. государственные нормативно-правовые акты регулируют лишь понятие "образование". Именно поэтому в системе НПР роль профессиональных медицинских сообществ выше роли государства.

Таким образом, НПР является усовершенствованной системой НМО. Если представить это утверждение наглядно, то получается следующая формула: НПР = НМО + внутренняя мотивация врача к самообразованию.

Возвращаясь к российской действительности, выделим предпосылки к изменениям в текущей системе медицинского образования: появление новых фундаментальных знаний, которые в свою очередь меняют концепции и методы; социально-экономическое развитие; ускорение обновления информации (1 раз в 3-5 лет), ее глобализация и ускорение обмена; появление высокотехнологичных методов лечения, требующих высокой квалификации врачей.

Необходимость внедрения подобной системы в Российской Федерации обусловлена рядом причин:

* дефицитом кадров;
* отсутствием непрерывности медицинского образования (врач повышает свою квалификацию только 1 раз в 5 лет, при этом 15% врачей не проходят обучение в положенные сроки);
* низкой мотивацией руководителей ЛПУ и врачей к повышению квалификации;
* отсутствием современных систем контроля качества образования, необходимостью совершенствования технологий преподавания;
* несоответствием образовательных стандартов для базового медицинского образования и требований к послевузовскому профессиональному образованию международным стандартам;
* отсутствием у врачей доступа к высококачественным источникам информации на рабочих местах; в ЛПУ мало медицинских библиотек, рабочие места врачей не везде компьютеризированы и не оснащены системами поддержки принятия клинических решений.

Говоря о РФ и ее опыте создания системы НМО, нужно сказать, что в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 18 февраля 2013 года №82, на территории РФ создан «Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения РФ» для решения, рассматриваемой в данной работе, актуальной задачи российского здравоохранения - повышения качества медицинской помощи и квалификации медицинских кадров. Пока речь идет именно о НМО, хотя нужно отметить, что эксперты и представители совета смешивают понятия НМО и НПР, не видят в них разницы.

По словам заместителя Министра здравоохранения РФ, Игоря Каграманяна: "Перед Координационным советом стоит серьезная задача - модернизировать систему дополнительного профессионального образования, сделать его непрерывным, инновационным и отвечающим запросам практического здравоохранения. Дополнительное профессиональное образование должно стать интересным и удобным для медицинских работников, с возможностью обучаться на рабочем месте. Для этого будут внедряться современные дистанционные, электронные и симуляционные образовательные технологии, как это происходит в большинстве развитых стран".[64]

Возглавляют Координационный совет заместитель Министра здравоохранения И.Н. Каграманян и президент Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаль. Всего в состав Совета входит свыше 40 человек - руководители профессиональных медицинских обществ по различным специальностям, представители Министерства здравоохранения России, ведущие эксперты и специалисты в области отечественной медицинской науки и образования. В составе Координационного совета созданы: Комиссия по оценке соответствия образовательных мероприятий и материалов, установленным требованиям; а также три рабочие группы, с различными направлениям их деятельности: по разработке нормативных документов по развитию НМО; по методологии создания учебных и контрольно-измерительных материалов; по внедрению инновационных образовательных технологий в НМО и проведению пилотных проектов.

На последних заседаниях Координационного совета по НМО в декабре 2013 г. были обсуждены Положение о непрерывном медицинском образовании (НМО), порядок проведения пилотных проектов по развитию НМО, мотивация врачей к непрерывному обучению, выбор актуальных тем и врачей, участвующих в проекте. Все это позволит модернизировать существующую систему дополнительного профессионального образования по программам повышения квалификации.[64]

В рамках внедрения системы НМО в РФ декларируются следующие задачи:

* повысить качество медицинской помощи в РФ;
* повысить доверие пациентов к врачам до 2/3;
* приблизить квалификацию российского врача к международным стандартам. [64]

Компонентами системы НМО выступают нормативно-правовые документы (порядок аккредитации специалистов и методология НМО, кодекс профессионального медицинского сообщества, квалификационные характеристики специалистов, учебные планы по специальностям, требования к образовательным материалам. Систему предусматривает в качестве основных мероприятий – конференции, вебинары, курсы практического обучения, в качестве модулей - интерактивные лекции, проблемно-ориентированные клинические задачи, клинические разборы. Все материалы должны быть аккредитованы. [64]

Основные принципы НМО в России представлены в Приложении 5.

В России пилотный проект по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМО) уже стартовал. Модель отработки основных принципов непрерывного медицинского образования реализуется с 1 декабря 2013 г. по 29 января 2015 г. и направлена на обеспечение качества оказания медицинской помощи путем повышения уровня квалификации медицинских работников.

В рамках пилотного проекта, к врачам будет предложено пройти обучение, как и обычно, в течение 144 часов. Нововведение в том, что из них 108 часов обучения будет проходить в государственном образовательном учреждении, а остальные 36 часов заполнят своими образовательными программами профессиональные медицинские общества (профессиональные некоммерческие организации по специальностям).

В новой модели обучения будут учитываться такие новые виды образовательной активности, как посещение конференций и семинаров, проводимых обществами; самостоятельная работа с электронными интерактивными образовательными модулями, чтение профессиональной литературы и т.д. За один час участия в образовательном мероприятии врач получает один кредит. Важнейшей особенностью получения кредитов станет дистанционное образование. К его преимуществам относится то, что врачи на период обучения не прерывают своей профессиональной деятельности, и то, что любой врач, даже из сельской местности может повышать свои знания в удобном для него месте и времени, не тратя время на дорогу.

Схема распределения кредитов представлена на рис.4



Рис. 4. Распределение кредитов НМО [64]

Методическое сопровождение проекта осуществляют Всероссийский учебно-научно-методический центр Минздрава России, члены Координационного совета. Формирование учебных программ проводится совместно государственными образовательными учреждениями и профессиональными общественными организациями с учетом наиболее актуальных проблем практического здравоохранения тех субъектов России, которые участвуют в проекте. Региональный компонент образовательной программы формируется на основании предложений органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья.

Итак, в проект входят четыре активных равноправных участника: государственные образовательные организации, профессиональные врачебные общества, регионы и сами слушатели. Каждая группа выполняет свои определенные функции, которые описаны в Приложении 6.

Освоение программы завершается сдачей сертификационного экзамена в образовательной организации. К экзамену допускаются медицинские работники, прошедшие обучение в рамках программы в полном объеме и представившие документы, подтверждающие ее освоение.

Сообщается, что в настоящее время в проекте участвуют 735 врачей трех специальностей - терапевты, педиатры, семейные врачи (или врачи общей практики). Все они проходят циклы повышения квалификации в 15 вузах, в 12 субъектах (также в связи с последними политическими событиями планируется включение в проект 13-ого субъекта - Республики Крым) и 16 профессиональных сообществ. При этом каждый вуз заключил договор о сетевой форме реализации образовательных программ с профессиональными некоммерческими организациями и Ассоциацией медицинских обществ по качеству (далее - АСМОК). [64]

Для реализации проекта создан специальный интернет-портал. В настоящее время портал работает в тестовом режиме. На момент написания исследовательской работы доступ к учебным модулям на портале закрыт. В сообщении указывается: «по причинам правового характера доступ к основному тексту электронных модулей временно ограничен».

На сегодняшний день, основными барьерами для реализации системы непрерывного образования в РФ является отсутствие:

* у врача – обязательства, возможностей и мотивации;
* у профессиональных медицинских сообществ – обязательств повышения квалификации медицинских кадров и отсутствие единой обучающей методологии, ответственности за повышения знаний медицинских специалистов;
* у государства - порядка аккредитации и отсутствие статьи расходов на НМО.
* Практическая направленность, дистанционные образовательные технологии граничат с низкой доступностью современных, основанных на доказательной медицине клинических рекомендаций, электронных библиотек и систем поддержки принятия клинических решений

В связи с перечисленными проблемами возникает ряд вопросов: а нужно ли вообще в РФ внедрение системы НМО, в том числе и по предложенной схеме с ежегодным накоплением кредитов? Кто должен производить управление системой персонифицированного непрерывного медицинского образования ( медицинские сообщества, еще одно новое или уже имеющееся подразделение Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Министерство образования и науки?

Можно выделить несколько групп экспертов и специалистов по данному вопросу, которые имеют противоположные точки зрения. Часть экспертов считает, что вопросом медицинского образования должно заниматься исключительно Министерство здравоохранения, оно несет ответственность за пересмотр учебных программ, за приведение номенклатуры медицинских специальностей к международным стандартам. Другие говорят о важной роли Министерства образования, оно должно заниматься интегрированием новейших подходов в образовательной сфере в систему подготовки медицинских специалистов. Третья группа считает, что вопрос постдипломного образования лежит полностью на медицинских вузах и на крупных медицинских учреждениях в совокупности, среди них эксперт Евгений Костюков. И, наконец, часть экспертов контроль над непрерывным развитием медицинских кадров относят к функции профессиональных медицинских сообществ. Так, д.м.н., профессор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Л.М. Житникова отмечает: «Мировой опыт и нарождающаяся российская практика свидетельствуют, что гарантом медицинской профессии и высокого качества медицинской помощи, строгих требований к специалисту со стороны коллег призвано быть профессиональное медицинское сообщество». С этой точки зрения на федеральном уровне значимую роль в вопросах повышения эффективности последипломного образования должны играть Национальная медицинская палата Общероссийская общественная организация «Российское медицинское общество» (РМО).

Важное замечание сделал Премьер министр Д.А. Медведев на одной из встреч с медицинским сообществом. Он отметил: «Применительно к медицинской корпорации, медицинскому сообществу, медицинским саморегулируемым организациям, — они могут быть эффективными только в том случае, когда у них есть права по наведению порядка». Также Премьер министр добавил: «изгнание из медицинской корпорации на Западе означает, по сути, прекращение медицинской деятельности, и государство к этому не имеет никакого отношения — само сообщество принимает решение. Очень важно, чтобы такие права были у наших саморегулируемых организаций, в том числе медицинских». [65]

Указанные обстоятельства диктуют необходимость повышения роли законодательных органов здравоохранения в создании и функционировании системы непрерывного роста профессионального уровня работников.

Возможные направления развития определились вполне четко. Есть понимание важности инвестиций в медицинские кадры, идет тенденция к использованию зарубежного опыта в медицинском образовании. Подготовлены законопроекты и уже приняты определенные изменения в законах, но нет главного – поддержки законодательных инициатив профессиональным медицинским сообществом.

Даже самая совершенная система контроля не может заменить главный стимул — внутреннюю мотивацию врача на получение знаний, понимание им своей миссии, своей роли в жизни людей, доверивших ему своё здоровье. Только тогда, когда сам медицинский работник понимает необходимость постоянного повышения своих знаний и навыков, непрерывное профессиональное развитие медицинских кадров можно рассматривать как ресурс повышения качества оказания медицинской помощи.

Далее рассмотрим региональный аспект кадровой проблемы и обозначим место контроля над развитием врачей в региональной системе здравоохранения.

**Глава 2. Региональные проблемы и их решения в условиях дефицита медицинских кадров**

2.1. Региональные кадровые проблемы и опыт их решения (на примере Нижегородской области)

Практически каждому региону России приходится сталкиваться со следующими проблемами в системе регионального здравоохранения:

* Медико-демографические;
* Экономические (дефицит финансирования);
* Кадровые (дефицит кадров и дисбаланс рабочих мест);
* Организационные (отсутствие четкости в управлении);
* Неполноценное лекарственное обеспечение на всех уровнях.

Рассмотрим проблему дефицита кадров и дисбаланса в распределении рабочих мест в регионе более подробно.

Сегодня, как уже было отмечено в 1 главе, благодаря реализации Государственной программы РФ "Развитие здравоохранения" и Национального проекта «Здоровье» российская система здравоохранения перестала быть бедной с точки зрения технического оснащения. Так, например, всего за 2 года в 143 лечебных учреждениях Нижегородской области было закуплено 9 282 единицы оборудования на сумму 4 млрд. 926 млн. руб., из которых было установлено 9 139 ед. (98%). [66]

Но в регионах появилась новая проблема – на медицинском оборудовании некому работать . Поэтому не случайно, что сегодня плановые проверки Прокуратуры РФ выявляют все новые и новые факты простоя дорогостоящего медицинского оборудования, поставленного в региональные больницы в рамках данной программы. Примеров подобных ситуаций можно привести достаточно много. Вот один из наиболее ярких примеров обнаружения фактов длительного неиспользования медицинского оборудования: «во время рядовой проверки прокуратура установила, что в рамках реализации программы модернизации здравоохранения в начале 2013 года в больницу поступили передвижной лечебно-диагностический комплекс и колонофиброскоп для эндоскопии на общую сумму свыше 3 млн рублей. Однако обследования на них не проводились. Причина — отсутствие врачей-специалистов. Виновное должностное лицо, а им посчитали главного врача больницы, привлекли к дисциплинарной ответственности». [67]

В 2009 году, сразу после реализации Национального проекта «Здоровье», прошла общероссийская проверка использования диагностического оборудования, поставленного по нацпроекту «Здоровье» в 1550 лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). На момент проверки всего было зафиксировано 1197 случаев простоя медицинской техники. (более чем в 77% случаев). Среди причин, кроме отсутствия лицензий, невозможности постгарантийного технического обслуживания, невозможность закупки дорогостоящих расходных материалов, немаловажное место занимала проблема отсутствия медицинских специалистов, способных работать на новом оборудовании.

Подобные проблемы, возникающие из-за дефицита квалифицированных кадров можно найти практически в каждом регионе.

Так, общий объем финансирования здравоохранения в Нижегородской области в 2013 г. составил 39,2 млрд. руб., что на 26% больше объема финансирования отрасли в 2012 году, однако на показателях обеспеченности медицинскими кадрами это не сказалось. По итогам 2012 г. обеспеченность врачами в Нижегородской области сохраняется на уровне 2011 года и составляет в среднем по региону 32,9 чел. на 10 тыс. населения. Обеспеченность средним медицинским персоналом уменьшилась и составила в 2012 году 87,4 чел. на 10 тыс. населения при показателе 88,8 чел на 10 тыс. населения в 2011 году. [66]

Обеспеченность врачами и средним персоналом в Нижегородской области остается ниже, чем в среднем по РФ, это можно наглядно увидеть на Рис.5



Рис. 5. Кадровое обеспечение системы здравоохранения Нижегородской области (на 10 тыс. чел). [66]

Соотношение врачей к среднему медицинскому персоналу имеет незначительную тенденцию к уменьшению с 2,7 до 2,66. Отрицательная динамика выявлена у педиатров (-51), терапевтов (-39), психиатров (-21), хирургов (-15), врачей скорой помощи (-29), ЛОР-врачей (-4).

По укомплектованности кадрами среди различных категорий персонала наименьшая укомплектованность сохраняется у врачей (89,5%).

Коэффициент совместительства составляет от 1,3 у среднего персонала до 1,6 – у врачей.

В целом дефицит медицинских кадров в Нижегородской области составляет свыше 4500 чел., 73% дефицита обусловлено поликлиникой, 27% - стационаром.

Что касается среднего медицинского персонала, то для имеющегося количества врачей среднего персонала достаточно. Однако при уменьшении дефицита врачей с учетом текущего соотношения врачи/средний медицинский персонал = 2,7 дополнительно потребуется подготовить 12 652 специалистов.

Однако даже имеющие специалисты, которые работают в системе здравоохранения, сегодня не отвечают современным требованиям этой сферы. Вот как комментирует ситуацию главный врач одной из нижегородских больниц, пожелавший остаться неизвестным: «Врачей нет, они уходят в частные клиники, а тем, кто вместо них приходит, надо выдавать бейджик: «Осторожно – специалист!», – такой нынче уровень знаний у выпускников медицинских вузов». [68]

Ежегодно в Нижегородской медицинской академии 500 врачей проходят переподготовку и повышение квалификации, из них примерно одна десятая часть восполняет дефицит специалистов, получая вторую специальность. Более ста студентов проходят обучение по целевым программам и соответственно с последующим обязательством трудоустройства. Однако, несмотря на эти обстоятельства, руководство Нижегородской медицинской академии уже заявило, что не справляется с решением проблемы и отметило, что за счет выпуска специалистов данного вуза существенно сократить дефицит врачебных кадров в регионе не представляется возможным.

Важно отметить, что рассматриваемая проблема, безусловно, касается не только государственных и муниципальных медицинских учреждений, но и всецело затрагивает частные медицинские центры. Сегодня большую часть сотрудников многих частных клиник составляют молодые специалисты, имеющие пока недостаточные профессиональные навыки и компетенции.

Сегодня повышение квалификации и устранение дефицита медицинских кадров относится к компетенции регионов. Поэтому необходимо искать возможные инструменты и принимать меры для решения сложившихся проблем на региональном уровне. Безусловно, необходимо интегрировать глобальные тенденции развития образования в систему медицинского образования РФ, пересмотреть дизайн учебных планов и программ, создать систему непрерывного профессионального образования. В регионе большие надежды на решение вопроса кадров в первичном звене возлагают отмену интернатуры с 2016, а и выпускники Медицинской академии смогут сразу после окончания вуза работать самостоятельно в поликлиниках и районных больницах. Каждый из них должен будет отработать три года, после чего сможет пройти повышение квалификации.

Заметим, что в рамках таких изменений, выпускники должны были готовы к самостоятельной работе. По словам Бориса Шахова это значит, что постигать практические навыки студентам нужно как можно раньше, буквально с первого курса.

Но нужно понимать, что действительно качественное обучение практическим навыкам и обучение квалифицированного специалиста должно производится только на настоящем современном высокотехнологичном оборудовании, на котором бы разрешалось учиться практическим навыкам студентам, но которого нет в ни в медицинских ВУЗах, ни зачастую в региональных медицинских учреждениях, служащих клинической базой для того или иного учебного заведения.

Одним из эффективных решений в данной ситуации может явиться взаимодействие бизнеса и государства; где бизнес, являясь источником дополнительных финансовых ресурсов, готов сотрудничать с государственными учреждениями (например, с образовательными) для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях.

Что касается этого вопроса, и развития кадрового потенциала региональной системы здравоохранения в целом, Нижегородская область имеет уникальный опыт взаимодействия различных акторов, входящих в систему здравоохранения, позволяющий уменьшить остроту проблемы. Безусловно описанный далее пример комплексно не решает всей проблемы дефицита качественно-подготовленных специалистов, однако может являться интересным механизмом снижения ее остроты в совокупности с другими мерами, принимаемыми Правительством области, которые представлены в Приложении 7.

Так, в Нижнем Новгороде уже с 2008 года работает первый уникальный частный медицинский центр «Александрия». Этот медицинский центр был создан совместно с ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» при финансовой поддержке Группы Компаний «РОСТ». Этот проект является примером взаимовыгодного сотрудничества государства и бизнеса в сфере здравоохранения, где объединяются усилия государственной медицинской академии и коммерческой структуры. «Клиническая база, выдающиеся нижегородские ученые, практикующие специалисты, собственный центр научных исследований позволяют медицинскому центру «Александрия» обеспечивать высочайший, уровень медицинских услуг населению. Сотрудниками клиники являются преподаватели медицинской академии, 65% состава - кандидаты и доктора медицинских наук. Медицинский центр подобного рода является уникальным не только для Нижнего Новгорода, но и для России в целом». [69] Иными словами, подобное сотрудничество позволяет решить две проблемы: медицинский университет получает клиническую базу для отработки практических навыков студентов со всем необходимым оборудованием, с другой стороны - частная клиника получает высокопрофессиональных специалистов, обладающих достаточными профессиональными компетенциями и готовых работать на новом высокотехнологичном оборудовании.

Нужно отметить, что для реализации подобных проектов, как в сфере здравоохранения, так и в любой другой, в регионе помимо необходимой нормативно-правовой базы должен быть и соответствующий бизнес-климат, основанный на доверии между бизнесом и властью, который на данный момент установлен далеко не во всех субъектах РФ. Изменение ожиданий у представителей бизнеса сможет произойти только тогда, когда улучшение деловой среды станет общим делом предпринимателей и властей. Пока органы государственной власти самостоятельно определяют приоритеты, утверждают планы, индикаторы и целевые показатели, представители бизнеса не будут заинтересованы в реализации этих программ. Поэтому сегодня очень важно установить такой формат взаимодействия, когда будет создано достаточное количество инструментов для реального участия предпринимателей в решении социальных проблем.

Кроме того, следует отметить эффективность создания ассоциаций частных медицинских клиник, работающих на территории одного региона. В Нижнем Новгороде такая ассоциация была создана в 2012 году по инициативе самих представителей частных клиник. Безусловно, только объединив усилия можно достигать реализации масштабных проектов, защищать свои интересы и решать общие проблемы. Так, 14 марта 2014 в Нижнем Новгороде было подписано Соглашение о сотрудничестве между Ассоциацией нижегородских частных медицинских центров и государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Нижегородская медицинская академия» по вопросам подготовки высококвалифицированных специалистов, проведения научных исследований, организации практики, а также по иным вопросам, представляющим взаимный интерес. [70] Соглашение только что вступило в силу, поэтому пока рано говорить о конкретных результатах, однако, даже сам факт двустороннего внимания к вопросу можно рассматривать как позитивный момент.

2.2. Взаимодействие акторов на региональном уровне как эффективный механизм развития системы здравоохранения

Итак, взаимодействие коммерческого сектора здравоохранения, государственных медицинских образовательных учреждений и органов управления здравоохранением на региональном уровне может служить достаточно эффективным инструментом решения проблем федерального масштаба. Сегодня представители бизнеса, объединившись в ассоциации, а также профессиональное врачебное сообщество и обычные граждане, объединившись в ассоциации и НКО, могут взаимодействовать между собой, взаимодействовать с государственными органами власти, вовлекаться в процесс принятия политических решений в социальных сферах, тем самым позитивно влиять на развитие общества. Причем в рамках сетевого взаимодействия, решение поставленных задач, достижение целей происходит в условиях доверия участников друг к другу, с получением выгод каждой стороной.

Важную роль во взаимодействии играют медицинские образовательные учреждения. Медицинский ВУЗ сегодня является социально-экономическим институтом, который при взаимодействии с региональными органами здравоохранения влияет на решение проблем сферы здравоохранения. При этом и сами ЛПУ получают ряд преимуществ от этого взаимодействия, подробнее о них в Приложении 8.

Реформы в системе здравоохранения и в сфере медицинского образования должны осуществляться в условиях взаимодействия региональных органов управления здравоохранением и медицинских вузов. Проблемы взаимодействия часто обусловлены отсутствием четко сформулированных принципов, целей, задач и структуры акторов деятельности. Анализ материалов, находящихся в открытом доступе по взаимодействию вузов, медицинских учреждений и органов управления здравоохранением показывает, что существующая нормативно-правовая база всех уровней должным образом не способствует эффективному взаимодействию. Существующие стратегические программы и разработанные направления зачастую не учитывают развитие рыночных отношений, мнения участников системы.

Когда стратегические приоритеты в области здравоохранения региона будут отвечать приоритетам и целям федеральной политики, а региональные акторы системы здравоохранения, как ее жизненно важные элементы, будут иметь стратегии, в достаточной мере удовлетворяющие региональной политике того региона, где они находятся, только тогда мы можем говорить о повышении качества медицинского образования и как следствие, о повышении качества оказания медицинской помощи. Чтобы нагляднее представить влияние этого элемента, в ходе исследований была разработана следующая схема (Рис.6):

Рис.4

Высокое качество жизни

Высокое качество жизни наче

Высокое качество оказания медицинской помощи

**Взаимодействие представителей государства (органы управления+образовательный учреждения) и бизнеса**

Высокоэффективное управление со стороны власти

Эффективная система медицинского образования

Эффективность работы гос. и частных ЛПУ

Региональный капитал – (ресурсы)

инновационный

институциональный

информационный

человеческий

финансовый

инфраструктурный

Рис. 6. Модель высокого качества оказания медицинской помощи.

Сегодня именно регионы и региональные образовательные системы способны уменьшить остроту проблем путем создания региональных отраслевых систем образования, предусматривающих передачу функций по решению региональных проблем в области медицинского образования региональному органу управления здравоохранением, организационную форму интеграции медицинских образовательных учреждений и клинических ЛПУ, придание медицинскому ВУЗу, обладающему высоким образовательным, научным и лечебным потенциалом, статуса системообразующего элемента. [25, 2006]

Медицинскому образованию нужны государственные образовательные программы, учитывающие национально-региональные особенности, особенности медицинских образовательных, клинических лечебных учреждений, региональных органов управления, потребности региона в медицинских кадрах. Здесь целесообразна территориальная интеграция медицинских образовательных учреждений и клинических ЛПУ. На западе похожей формой реформирования образования является создание консорциумов. В этом процессе в качестве партнеров могут выступать как государственные, так и негосударственные образовательные учреждения, государственные и частные ЛПУ. Консорциум это не просто подписанное соглашение о сотрудничестве между его членами, он может также подразумевать создание отдельного юридического лица. Сама модель схожа с кластерным подходом в промышленности, которая уже доказала свою эффективность во всем мире.

Что касается контроля над последипломным образованием, и допуском врачей до медицинской деятельности, то значимую роль должно играть медицинское сообщество.«Медицинское сообщество в деятельности медицинской системы во всем мире играет значительную роль. В этом плане нам еще только предстоит сделать первые шаги» - отметил Д.А. Медведев на одной из встреч с Л.Рошалем. Он отметил, что «у нас все забюрократизировано, а решения принимаются на административном уровне, в то время как во всем мире медицинское сообщество решает подчас гораздо больше. По мнению Л.Рошаля и Д.А.Медведева государство должно способствовать созданию саморегулируемых медицинских организации – «когда [медицинское сообщество отвечает за качество работы](http://doctorpiter.ru/articles/2568/) каждого доктора…Создание подобных организаций — это тот путь, который должен привести к повышению качества медицинской помощи». [65]

Конечно, помимо внешнего контроля над профессиональным развитием медицинских кадров должен быть внутренний самоконтроль и внутренняя мотивация к обучению, этому посвящено исследование, результаты которого представлены далее.

**Глава 3. Отношение практикующих врачей к непрерывному профессиональному развитию и самообразованию.**

3.1. Методология исследования

Актуальность проблемы самообразования медицинских кадров возрастает в связи с необходимостью постепенного введения системы НМО и возможного внедрения системы НПР в будущем, о которых говорилось в первой главе работы. Как показывает практика, пробелы в знаниях врачей очень велики, однако они могут совсем не означать нежелания врачей их восполнять. Существует множество причин текущей негативной ситуации: незнание специалиста об источниках информации, неэффективные системы последипломного образования, низкая внутренняя и внешняя мотивация сотрудника и т.д.

Научится находить нужную информацию, постоянное самообразование, использование новых знаний в решении повседневных профессиональных задач - все это повышает качество оказания медицинских услуг населению, увеличивает безопасность пациентов. Однако, как уже было отмечено в начале работы, такое поведение врача возможно лишь в условиях системы НПР, именно она позволит врачу сохранить профессионализм и идти по пути приращения знаний.

В данной главе исследовательской работы, предлагаются для изучения результаты практической части исследования на предмет мотивации и готовности практикующих врачей к непрерывному профессиональному развитию, изложено их мнение по вопросу последипломного образования, их отношение к самообразованию.

Именно из суждений отдельных сотрудников, которые сегодня работают в системе отечественного здравоохранения, и складывается общественное мнение медицинских кадров нашей страны.

Полученные результаты опроса позволили проанализировать текущее отношение врачей к действующей системе последипломного образования, к самообразованию. На основе анализа этих данных, а также результатов исследования, представленных в главах 1 и 2, были разработаны рекомендации и предложения по развитию кадрового потенциала отрасли.

3.1. Методология проведения исследования

В ходе реализации исследовательской части работы, для полного достижения поставленных целей и задач, был проведен комплекс работ, который включал в себя:

* Определение и обоснование географии проведения исследования;
* Определение и обоснование целевых групп, выступающих в качестве респондентов в исследовании;
* Выбор метода исследования;
* Разработка дизайна выборки;
* Подготовка полевых документов исследования;
* Реализация выборочного исследования, достаточного для отработки навыков проведения исследования в рамках студенческого исследовательского проекта;
* Обработку и анализ данных исследования.

*География исследования*

Уровень экономического развития региона, потенциал региональной образовательной системы могут влиять на мотивацию и эффективность подготовки медицинских кадров, и на потенциал кадровой политики в целом. В более развитых регионах врачи могут больше внимания уделять самообразованию и профессиональному развитию, по сравнению с их коллегами из менее развитых регионов, где уровень конкуренции врачей значительно ниже.

Исходя из региональной социально-экономической дифференциации и регионального аспекта изучения проблемы, в исследование было решено включить три типа субъектов РФ: города федерального значения (г. Москва и г. Санкт-Петербург); благополучные регионы; проблемные регионы.

Деление регионов происходило в соответствии с рейтингом социально-экономического положения субъектов РФ разработанного Рейтинговым агентством «РИА-Рейтинг» [71]. Регионы до 40 места в рейтинге относились к группе «Благополучные регионы», после 40 места к группе «Проблемные регионы». В каждой типовой группе были опрошены врачи различных специальностей.

*Выборка*

Целевой аудиторией для включения в выборку были практикующие врачи в возрасте 28-65 лет. Выбор возрастных характеристик обусловлен тематикой исследования: вопрос последипломного образования актуален именно для выбранной возрастной категории.

Всего в опросе приняло участие 96 респондентов-врачей, средний медицинский персонал довольно редко откликался желанием принять участие в опросе, его доля составила менее 6%, поэтому данную категорию было решено исключить из выборки.

*Метод исследования*

В качестве метода исследования в силу определенной географии исследования, и желания включить в исследование представителей из регионов с разным социально-экономическим положением, было принято решение проводить онлайн-анкетирование с помощью специализированного программного обеспечения «Google Формы». Такой метод позволил без затрат и в короткие сроки опросить респондентов из разных регионов.

*Анкета*

Опросный лист был составлен в электронном виде в «Google Формы». Он содержит 19 вопросов. Всего в анкете 5 вопросов общего характера (пол, возраст, город, отрасль медицины и т.д.), 13 специальных вопросов (из них 2 вопроса типа «Сетка», где необходимо оценить те или иные факторы, 8 вопросов, где необходимо выбрать один вариант ответа из предложенных, 2 открытых вопроса (1 обязательный, 1 необязательный)). Также было предусмотрено отдельное свободное поле, для того, чтобы желающие могли оставить комментарии к вопросам анкеты и поделиться мнениями по теме постдипломного медицинского образования. Нужно сказать, что было неожиданным получить довольно много комментариев врачей и увидеть такую заинтересованность, готовность обсуждать проблему, уделять ей время. Кроме того, была проведена процедура апробации анкеты в формате интервью и пробного запуска анкеты, после чего были учтены критика врачей и предложения по улучшению анкеты.

Ознакомится с формой анкеты, можно в Приложении 9, для лучшего отображения посмотреть анкету желательно по ссылке: https://docs.google.com/forms/d/1VzXjZoNj4OXmzchGQ5ZB9g8UlU1aWoZx32HH8rSB9Vo/viewform

3.2. Результаты исследования

Всего в опросе приняли участие 102 респондента, 96 из которых оказались врачи, и только 6 респондентов относились к категории среднего медицинского персонала. На основании сбора данных уже можно сделать вывод о том, что в профессиональных медицинских сообществах в социальных сетях Facebook, ВКонтакте, Twitter, где и размещалась ссылка на опрос, в основном зарегистрированы врачи, кроме того ссылка распространялась в группах, созданных отдельными врачами (в настоящий момент в социальных сетях заметна тенденция создания своих личных групп врачами, где они самостоятельно проводят бесплатные консультации, формируют вокруг себя постоянных пациентов-подписчиков, эта тенденция интересна и требует отдельного изучения). В связи с малым количеством ответов от респондентов со средним медицинским образованием, было принято решение об исключении среднего медицинского персонала из выборки. Анализ строился на основе данных, полученных от 96 врачей.

Самому младшему из них 28, самому старшему 63 года.

В соответствии с полученными данными, респонденты были поделены на 4 возрастные группы, примерно равные по количеству.

* 28-30 лет- 25 респондентов;
* 32-38 лет -20 респондентов;
* 41-49 лет -28 респондентов;
* 50-63 года – 23 респондента.

Среди них 49 женщин и 47 мужчин. Выборка по половому составу представлена на рис. 7.

Рис. 7. Соотношение респондентов по половому составу, %.

Профессиональная принадлежность респондентов, а также количественный состав респондентов из каждой географической группы представлены в Приложении 10.

Структура респондентов представлена на рис. 8

Рис. 8. Соотношение респондентов по географическим группам, %.

Говоря о результатах исследования, во-первых, нужно отметить большое самостоятельное желание и стремление врачей участвовать в опросе. На этапе апробации анкеты незнакомые врачи были заинтересованы в обсуждении, предлагали свои формулировки вопросов, новые факторы, с удовольствием обсуждали исследуемую тему. Некоторые врачи попросили прислать результаты после окончания исследования им на почту.

Итак, перейдем непосредственно к результатам анкетирования.

На вопрос: «Считаете ли вы эффективной существующую систему постдипломного медицинского образования?», 66% респондентов ответили «нет», еще 15% затруднились с ответом. Такой результат в очередной раз доказывает необходимость изменения системы постдипломного образования. Среди комментариев, относящихся к данному вопросу встречались следующие:

«Последипломное образование отдано на самообразование и совесть обучающегося, а также его возможности (в т.ч. финансовые). Стандарт по последипломному образованию, если и есть, то выполняется сугубо формально (на бумаге). В моём случае, ординатура на кафедре ВУЗа прошла, как 2-х летняя интернатура, т.е. нам на всех клинических базах говорили: найдите себе любого врача по специальности и бегайте за ним, а врачам таких "помощников" как мы не надо, они в том числе и вымогательством занимаются с больных и обучающихся. Спрашивается: зачем тогда кафедра последипломного образования?»

«Хотелось бы, чтобы постдипломное образование, если и оставалось обязательным, то было бы привязано к реальной работе в существующих условиях, а не преподавалась бы сплошная теория и недоступные первичному звену методики».

«В России все хорошие начинания в плане обучения, к сожалению, превращаются в вопрос получения бумажки или "корки" об обучении. И без нее - ты никто. Раньше также в комсомол принимали - надо и все! А качество самого обучения и образования особенно никого не волнует. Необходимо в корне менять всю систему последипломного образования».

Однако есть и те 19% респондентов, которые считают систему эффективной. Вот, например, мнение одного респондента из г. Брянск: «Меня лично устраивают курсы последипломного образования. Особенно приятно удивил последний курс. Он по-настоящему у нас прошел очень интересно и познавательно».

Таким образом, результаты опроса в целом подтверждают недовольство системой последипломного образования не только экспертов, но и непосредственно участников этой системы - практикующих врачей.

Примечательно, что среди ответивших положительно на данный вопрос 78% респондентов (14 чел.) работают в городах федерального значения, оставшиеся 22% (4 чел.) работают в благополучных регионах.

Почти 90% респондентов, отвечая «нет» на вопрос о достаточности знаний, полученных во время обучения в ВУЗе для дальнейшей медицинской деятельности, тем самым выражают понимание важности дополнительного медицинского образования после окончания ВУЗа на протяжении всей профессиональной деятельности.

Затрагивая проблему связи медицинских категорий и качества оказания медицинской помощи в России, о которой говорилось в 1 главе, отметим, что более 42% респондентов говорят об отсутствии этой зависимости. Такой ответ является еще одним сигналом того, что высшая категория в России не говорит о высоком качестве оказываемой медицинской помощи, а система получения квалификации требует пересмотра. Многие респонденты (31%) в комментарии к вопросу писали о том, что официальная корочка не всегда соответствует реальным умения и навыкам, хотя по факту это должно бы быть именно так, но происходит «не всегда».

Далее поговорим о самообразовании врачей. Структура ответов распределения времени на самообразование представлена на Рис.9

Рис. 9. Количество часов, которое врачи готовы уделить самообразованию.

Если сделать разбивку этих данных по возрастным характеристикам, то получим следующие результаты рис.10 и рис. 11:

Рис. 10. Количество часов, которое врачи готовы уделить самообразованию в год (респонденты 1 возрастная группа), %.

Рис.11. Количество часов, которое врачи готовы уделить самообразованию в год (респонденты 1 возрастная группа),%.

Таким образом, 48% молодых специалистов готовы уделять более 200 часов личного времени на самообразование в год, т.е. всего около 230 (200 самообразование +144/5повышение квалификации) часов в год на обучение, если учитывать еще и обязательную программу повышения квалификации. Среди специалистов старшего поколения появляется ответ менее 100 часов, целых 26% респондентов выбирают его. Однако радует наличие 30% тех, кто, несмотря на возраст и «закат» карьеры еще готовы уделять время на самообразование и продолжать профессиональное развитие.

Говоря о финансовой составляющей самообразования, были получены следующие данные рис. 12-15:

Рис. 12. Часть личного дохода, которую врачи готовы тратить на самообразование, %, (в среднем по РФ).

Рис.13. Часть личного дохода, которую врачи готовы тратить на самообразование, %, (регион-группа 1).

Рис.14. Часть личного дохода, которую врачи готовы тратить на самообразование, %, (регион-группа 2).

Рис.15 Часть личного дохода, которую врачи готовы тратить на самообразование, %, (регион-группа 3).

Таким образом, большинство врачей готовы потратить в среднем 5-10% от своего личного дохода на самообразование. Доля врачей, которые готовы тратить свыше 15% своего дохода в городах федерального значения составляет 15%, в благополучных их доля сокращается до 6%, в проблемных регионах таких врачей нет вообще. Еще более наглядно это можно на Рис.16.

Рис. 16. Доли дохода, которые врачи готовы отдать на самообразование (%, по регионам).

где: 1 – Города федерального значения, 2 – Благополучные регионы, 3- Проблемные регионы.

В среднем всего 6% опрошенных не готовы тратить свои личные средства на самообразование.

Для того чтобы узнать факторы, стимулирующие врачей к самообразованию рассмотрим полученные результаты рис. 17, рис. 18

Рис. 17. Факторы мотивации к самообразованию в %.

где, 1-8 – это факторы:

1- повышение заработной платы;

2 - получение новых знаний, которые потом можно применить в работе;

3 - неформальное общение с коллегами из других учреждений (конференции, курсы);

4 - личностный и профессиональный рост;

5 -  расширение профессиональных обязанностей в рамках своей должности;

6 - получение новых знаний и навыков для новой должности;

7 - подтверждение своей компетентности в глазах коллег;

8 -  внутреннее подтверждение своей компетентности (для себя).

Эти данные представлены также в другом виде (рис. 18):

Рис. 18 Факторы мотивации врачей к самообразованию, %.

Итак, наиболее важными факторами врачи считают: получение новых знаний, которые потом можно применить в своей работе, личностный и профессиональный рост, внутреннее подтверждение своей компетентности (для себя). Что интересно, именно подтверждение для себя, я не в глазах коллег является мотивирующим фактором во врачебном сообществе.

Совсем не важны для довольно большой части респондентов такие факторы, как получение новых знаний и навыков для новой должности, подтверждение своей компетентности в глазах коллег.

Наименее важны также: расширение профессиональных обязанностей в рамках своей должности, неформальное общение с коллегами из других учреждений (в процессе конференций, курсов).

Фактор важности заработной платы разделился между респондентами примерно на половину: 64% считают его важным или скорее важным, 46% считают его не важным или менее важным. Таким образом, на основе полученных данных, заработную плату нельзя считать основным фактор повышения мотивации для современных практикующих врачей к самообразованию. Более значимую ценность несут нематериальные факторы. Этот вывод имеет практическую значимость и может быть полезен при разработке программ по повышению мотивации медицинских кадров к непрерывному профессиональному развитию.

Довольно много комментариев касалось посещения конференций и факторов, которые мотивируют врачей на их посещение. Среди прочих факторов посещения по своей инициативе конференций, в том числе и платных, которые озвучивали сами врачи, были следующие: «посещаю по своей инициативе конференции, в том числе и платные, т.к. только там я получу актуальную информацию, которая будет преподнесена интересно», можно задавать вопросы не стесняясь, возможность получить новые впечатления от путешествия и экскурсий во время поездки. Факторами мотивации к другим формам самообразования, предложенных врачами также были: «Узнать о новых методиках, получить новую информацию, а не послушать то же самое, что слушала 5 и 10 лет назад», повысить эффективность своей работы, получить возможность предложить современное лечение для своих пациентов, обмен опытом.

Для определения текущей активности врачей в самообучении, был проведен опрос с целью изучения данных о частоте использования тех или иных методов обучения (Рис. 19):

Рис. 19 Предпочтение форм профессионального самообразования.

где: 1-7 формы самообразования:

1- Чтение информации о глобальных тенденциях в медицине;

2- Чтение последних достижений медицинской науки в целом и в смежных областях Вашей специальности;

3- Чтение последних достижений медицинской науки в рамках Вашей специальности;

4- Чтение периодической специализированной литературы (профессиональные журналы, газеты, в том числе и их онлайн версии);

5- Посещение и участие в конференциях;

6- Регулярное обсуждение Ваших профессиональных рабочих вопросов с коллегами;

7- Чтение, участие, обсуждения в профессиональных сообществах и форумах в сети интернет.

На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что самыми распространенными способами получения новых знаний и самообразования являются: чтение последних достижений медицинской науки в рамках своей специальности, чтение периодической специализированной литературы (профессиональные журналы, газеты, в том числе и их онлайн версии), регулярное обсуждение профессиональных рабочих вопросов с коллегами.

Среди респондентов 64% никогда или практически никогда не читают о глобальных тенденциях в медицине. На мой взгляд, нужно учесть этот фактор и в рамках обязательного повышения квалификации проводить лекции на темы последних тенденций в развитии мировой медицины в целом. С точки зрения психологии личности, для врача такие лекции будут мотивирующими, повыситься его самооценка он начнет ощущать себя частью важной сферы, где происходят масштабные изменения.

Позитивный результат получился по форме «Чтение периодической специализированной литературы (профессиональные журналы, газеты, в том числе и их онлайн версии»: 75% часто или довольно часто выбирают эту форму для самообразования, поэтому нужно с особым вниманием контролировать качество периодической специализированной литературы.

Говоря о конференциях, отметим, что 59% опрошенных посещают их «часто» или «довольно часто», и 41% соответственно «редко» или «практически никогда». Т.к. посещение конференций, является одной из наиболее эффективных форм самообразования, то была подробно изучена частота посещения международных конференций, проводимых в России и за рубежом. Результаты представлены на рис. 20-21

Рис. 20. Участие в медицинских международных конференциях, проводимых в России за последние 5 лет , %

Рис. 21. Участие в зарубежных медицинских конференциях за последние 5 лет, % .

Структура участия респондентов в конференциях, проходящих за рубежом по региональным группам представлена далее рис. 22 и рис. 23

Рис. 22. Участие в зарубежных конференциях, %.

Рис. 23 Участие в зарубежных конференциях (%, по региональным группам).

Среди причин большинство респондентов, не участвующих в конференциях называли: отсутствие финансовых возможностей (в разных формулировках), а также невозможность изменить свой график и освободить время для подобных мероприятий. Наиболее интересные дословные комментарии причин непосещения конференций респондентов: «напряжённый график работы с низкой оплатой труда», «финансовый голод», «не отпускают с работы». Шесть респондентов подняли проблему незнания языка для участия в международных конференциях, что еще раз сигнализирует о необходимости решения этой проблемы. Еще один из респондентов ответил «не приглашали», такой ответ можно скорее отнести к отсутствию инициативы со стороны самого врача.

Таки образом, наряду с другими факторами важную роль для участия врача в медицинских конференциях играет фактор оплаты этого участия. Для понимания ситуации с оплатой в текущей ситуации рассмотрим следующие результаты (Рис. 24):

Рис. 24 Структура оплата проезда и пребывания на конференциях,%.

Таким образом, в 30% случаев врач не оплачивает самостоятельно участие в зарубежных конференциях. Это довольно неплохой показатель, при условии, что еще в 35% случаев оплата производилась частично. И лишь в 35% случае врачи ездили за свой счет. В данном распределении есть лишь один негативный момент – лишь 5%ЛПУ оплачивают участие в конференциях своим работникам. Безусловно, что эта цифра должна быть гораздо выше. В случае финансового дефицита руководство ЛПУ должно заботиться хотя бы о донесении информации до своих сотрудников о том или ином мероприятии, о возможных грантах и фондах, которые могут профинансировать эту поездку. Здесь будет уместно вспомнить слова одного из экспертов о том, что «целью существования медицинской организации является работа по повышению квалификаций специалистов».[30]

И последний вопрос, предложенный респондентам в анкете, задавался с целью узнать их мнение о возможной передаче денег на образование непосредственно напрямую в ЛПУ (где работает специалист) с целью последующей закупки образовательных услуг самим ЛПУ с учетом мнения врачей. Вопрос был встречен оживленно, собрал большое количество замечаний, комментариев и предложений. В целом, большинство врачей (73%) высказались положительно (Рис.25). Среди причин такого решения наиболее часто указывалось, то что обязательное обучение 1 раз в 5 лет формально, врачи не получают там необходимые знаний.

Рис. 25 Отношение врачей к передачи денег на образование в ЛПУ, %.

Лишь 2% высказались против данного предложения, один из них аргументировал это следующим образом: «ничего хорошего не выйдет, думаем как лучше, получим как всегда», скорее всего такой ответ аргументирован просто неверием в улучшение ситуации. Важно, что лишь 2% респондентов выразили свое безразличие к возможному решению проблемы неэффективности последипломного образования.

Важно заметить, что и те, кто положительно ответил на вопрос, озвучили разного рода опасения данного предложения: «Работодатели разные, а вдруг мы не договоримся и тогда, все равно, отправят туда, куда мне не интересно», «оцениваю положительно, но начальство может надавить, чтобы мы обучение все равно проходили там, откуда оно получит потом откат», «хорошая идея, но только если работодатель будет в этом заинтересован, в чем я сомневаюсь», «поддерживаю, но нашему руководству не нужны грамотные специалисты», «я поддержу инициативу, но я не уверен, что наше начальство распорядиться деньгами грамотно».

Одним из респондентов была высказана идея о передаче денег непосредственно самим врачам, но с условием их обязательного прохождения обучения в том месте и по той тематике, которые они выберут самостоятельно, и которые действительно необходимы им для работы. Инициатива передать деньги напрямую врачам объяснялась недоверием к принятию грамотных решений руководством.

В целом после обработки результатов опроса практикующих врачей и личных встречах с ними можно сделать вывод о том, что большинство участников врачебного сообщества стремятся к профессиональному развитию. Что очень важно это разрушение мифа о том, что врачи не повышают свои знания из-за низких заработных плат, как показали результаты исследования мотивация повышением заработной платы стимулирует лишь 46% врачей, кроме того для них это не единственный фактор мотивации. Врачи заинтересованы и хотят улучшения системы постдипломного образования. По итогам опроса сложилось впечатление, что они «заложники» этой системы, врачи хотят повышать квалификацию, но неэффективная система тратит их время, которого и так очень мало, впустую. Многие не верят в эффективность изменений, сетуют на коммерциализацию медицины. Однако вопрос о передаче денег на последипломное образование в ЛПУ, с последующей возможностью выбирать место прохождения обучения был одобрен врачебным сообществом и активно комментировался респондентами.

3.3. Рекомендации и мероприятия по развитию кадровой политики в здравоохранении

На основе анализа теоретической литературы, зарубежного опыта, контент-анализа публикаций, результатов опроса практикующих врачей можно предложить следующие рекомендации, которые могут быть учтены при разработке комплексных долгосрочных стратегических программ подготовки медицинских кадров в рамках медицинской кадровой политики:

1. Основным приоритетным направлением медицинской кадровой политики должно стать совершенствование системы подготовки и переподготовки врачей и среднего медицинского персонала, в том числе из отдаленных от центра населенных пунктов. Подготовка медицинских работников должна включать 3 этапа: преддипломный уровень, последипломный вровень, и непрерывное профессиональное развитие.
2. Необходимо интегрировать глобальные тенденции развития образования в систему медицинского образования в РФ путем:
* формирования системы медицинского образования на основе контекстного принципа с пересмотром дизайна учебных планов и программ (при разработке которых не забывать о необходимости включения обязательного английского языка);
* внедрения активных форм практической клинической подготовки в условиях симуляционных центров и фантомного обучения;
* совершенствования подготовки и переподготовки управленческого сектора здравоохранения, обновление квалификационных характеристик организаторов системы здравоохранения;
* переобучения, повышения роли и социальной ответственности преподавателей во вновь формируемой системе.
* создания системы непрерывного профессионального образования.
1. В условиях создания и внедрения системы НМО рекомендуется:
* Ввести систему образовательных кредитов (часов) и начислять их за посещение врачами аккредитованных общероссийских и зарубежных конференций, семинаров, написание научных работ и аналитических обзоров, стажировки, подготовка разборов сложных клинических случаев и т.д. [64]
* Актуализировать нормативную базу: актуализация, образовательных программ, методик оценки знаний; учет ежегодно накопленных кредитов при выдаче сертификата специалиста и при составлении реестров медицинских работников в регионах; учет ежегодно накопленных кредитов при лицензировании МО; регламентация процедуры прохождения НМО; аккредитация образовательных мероприятий системы НМО. [64]
* Обеспечить материально-технические условия для НМО: создание условий в вузах: современные лабораторное оборудование и библиотеки, центры отработки практических навыков, технические средства для дистанционного обучения; создание условий в медицинских учреждениях и организациях: доступ к современным высококачественным источникам информации. [64]
1. Обучение практических врачей современным методам диагностики и лечения должны быть основаны на результатах доказательной медицины.
2. Создать систему мотивации медицинских работников к обучению. При разработке программ развития медицинских кадров не концентрироваться лишь на экономических факторах мотивации врачей и среднего медицинского персонала к обучению.
3. Будущая система аккредитации должна быть привязана к оплате труда, однако уровень заработной платы должен зависит от текущего качества, ее результатов и последних достижений, а не от квалификации (т.е. по факту - от выслуги лет). Для этого необходимо составление и публикация рейтингов врачей и рейтингов медицинских учреждений; контроль качества медицинской помощи по международным показателям (например, доля врачей, которые используют в работе клинические рекомендации профессиональных обществ). Модернизация системы начисления заработной платы – одна из центральных задач для повышения эффективности работы медицинских учреждений. Она должна отражать степень заинтересованности медицинского специалиста в конечных результатах своего труда, а также быть ориентированной на совершенствование управления материальными, кадровыми и финансовыми ресурсами учреждений. Такой подход позволит связать заработную плату с качеством работы медицинских кадров.
4. Эффективным было бы приглашение в Россию зарубежных специалистов на долгосрочной основе, с целью обучения наших врачей, передачи опыта и знаний, а также с целью внедрения новых подходов к лечебному делу.
5. Требуется «аккуратное» заимствование зарубежных образовательных, управленческих и медицинских технологий. Расхождение в подходах к образованию мешает российскому медицинскому образованию быть признанным в большинстве стран мира.
6. Необходимо сместить акценты от реформ «сверху» к инициативным предложениям регионов. Больше внимания уделять региональному опыту в решении проблем. Слишком высокая степень централизации приводит к слабой гибкости программ, т.к. при разработке программ на федеральном уровне невозможно учесть все региональные особенности и аспекты. Требуется провести инвентаризацию наработок в регионах. Когда на федеральном уровне заинтересуются региональным опытом, региональные органы власти поймут свою роль в этом процесс, начнут более активную работу.
7. Обсудить возможность и необходимость создания законодательного документа о здравоохранении, в котором был бы прописан раздел по вопросам взаимодействия всех участников системы регионального здравоохранения для обеспечения ее целостности, достижению поставленных целей и задач.
8. Поощрять привлечение бизнеса не только для решения задач по материально-техническому обеспечению, но и с целью участия частных клиник в образовательном процессе медицинских кадров.
9. Решающую роль в проведении аккредитации медицинских работников отдать врачебным организациям. Профессиональное медицинское сообщество должно формировать новые требования к уровню квалификации врачей и медицинского персонала, выделять и поощрять наиболее компетентных специалистов, освобождать сферу от наименее квалифицированных работников [44], тем самым повышая безопасность оказания медицинской помощи для пациентов. Нельзя контроль за качеством оказания медицинской помощи перекладывать на медицинские страховые организации. Решающую роль должны играть сами врачи – через различные формы самоорганизации и корпоративного контроля [45]. Профессиональные врачебные организации должны взять на себя распространение современных медицинских технологий, создание современных систем обеспечения качества. Все это предполагает повышение ответственности врачей.
10. Только после преобразования системы, увеличить финансовые вложения в развитие и повышение профессионального уровня врачей и среднего медицинского персона, с особым вниманием на их регулярное переобучение и освоение новейших медицинских технологий.
11. Попытаться разрушить сложившееся представление о коммерциализации медицины. Гражданское общество и экспертное сообщество должны влиять на пассивных наблюдателей и критиков всех предложений, в том числе и на членов профессионального врачебного сообщества, привлекать их к участию в реформировании системы.

**Заключение**

В ходе выпускной квалификационной работы все поставленные задачи были выполнены, гипотезы подтверждены. В исследования были рассмотрены система профессионального развития медицинских кадров, система последипломного медицинского образования, выделены основные направления ее развития. Итак, подведем итоги проделанной работы.

Главной задачей функционирования системы здравоохранения сегодня является повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению. В соответствии со стратегическими приоритетами развития отрасли важнейшую роль в этом процессе играет подготовка высококвалифицированных медицинских кадров.

Качество оказания медицинской помощи определяются не только организацией и состоянием материально-технической базы ЛПУ, но и в значительной степени наличием квалифицированных сотрудников, обладающих современными специализированными знаниями и отработанными навыками. Доказано, что улучшение качества оказания медицинской помощи напрямую связано с совершенствованием профессиональных знаний и умений медицинских кадров. Именно поэтому система профессионального развития медицинских кадров должна носить регулярный характер, являясь залогом стабильности и успешного развития.

Основной путь реализации профессионального развития персонала лежит через его непрерывное профессиональное обучение. Медицинским учреждениям и частным клиникам все затраты на развитие и повышение квалификации своих сотрудников следует рассматривать как инвестиции в основной капитал, повышающие экономическую эффективность деятельности.

В настоящий момент в качестве основного направления развития медицинских кадров предлагается система НМО. Важно понимать, что она пока далека от зарубежной системы НПР, в ней мало внимание уделяется повышению внутренней мотивации медицинских кадров к обучению, кроме того ее реализация сталкивается с проблемами оценки качества оказания медицинской помощи.

Сама система последипломного образования (в независимости будет ли она в дальнейшем кредитно-рейтинговой, как предлагается сейчас или иной), во-первых, должна взаимодействовать с эффективной системой заработной платы и четко определенной системой аккредитации специалистов, которые отражали бы реальные текущие результаты работы медицинских специалистов. Кроме того, она должна учитывать международные стандарты медицинского образования, взаимодействовать с зарубежными системами, строиться на основе современных гибких образовательных программ, с использованием симуляционного и фантомного оборудования, с учетом последних достижений в медицинской науке и в образовательных технологиях (дистанционное образование и т.д.).

Организация системы последипломного образования должна осуществляться с участием всех игроков системы здравоохранения: органов управления здравоохранения федерального и регионального уровней, медицинских и образовательных учреждений (государственных и частных), профессионального медицинского сообщества. Только совместными усилиями, чутко реагируя на запросы практического здравоохранения, можно добиться реальных успехов. Важно понять, что представители частных клиник также могут играть важную роль в решении проблем. Кроме того необходимо следить за региональными инициативами в решении проблем и учитывать их опыт при разработке федеральных программ развития.

В новых условиях существенно меняются методы управления, как органами, так и учреждениями здравоохранения. Наступают времена, когда по основным вопросам текущей деятельности медицинская организация будет сама принимать решения. Наряду с этим существенно возрастет и ответственность за своевременность, и качество принимаемых решений, в том числе по вопросу развития медицинских кадров. Важно, чтобы позиции одного из экспертов, озвученной в результатах контент-анализа, а именно утверждения: «целью существования медицинской организации является работа по повышению квалификаций специалистов» придерживались как можно больше медицинских учреждениях любой формы собственности. Руководство ЛПУ должно быть заинтересовано в постоянном совершенствовании профессиональных качеств рабочих кадров, оно должно стимулировать работников к обучению.

Решающую роль в проведении аккредитации медицинских работников наоборот целесообразно отдать врачебным организациям. Профессиональное медицинское сообщество должно формировать новые требования к уровню квалификации врачей и медицинского персонала, выделять и поощрять наиболее компетентных специалистов, освобождать сферу от наименее квалифицированных работников, тем самым повышая безопасность оказания медицинской помощи для пациентов.

В работе также было показано, что система последипломного медицинского образования должна быть нацелена не только на повышение знаний работников, но и на формировании у них систем ценностей и установок, соответствующих перспективному развитию и повышению мотивации к самообразованию. Внутренняя мотивация самих врачей и среднего медицинского персонала является ключом к успеху реформирования всей системы.

На основе результатов социологического опроса можно сделать вывод о том, что большинство современных практикующих врачей стремятся к развитию, причем мотивацией являются не только экономические факторы. В целом медицинский персонал сегодня готов к обучению, действительно заинтересован в развитии, готов тратить личные финансы и свое свободное время, важно предложить им эффективную систему получения новых знаний и навыков.

По итогам исследования большинство врачей поддержали одно из возможных предложений, направленных на повышения качества последипломного образования врачей, а именно - идею о передаче денег на последипломное медицинское образование в ЛПУ, чтобы руководство ЛПУ самостоятельно могло решать, в какое образовательное учреждение направлять врачей на обучение.

В целом настроение во врачебном сообществе относительно медицинского образования довольно подавленное, заметно недовольство её текущим состоянием, однако самое важное, что даже на основе анкет 96 респондентов видно, что часть врачебного сообщества продолжает повышать квалификацию, несмотря на все негативные тенденции, видно огромное желание большинства врачей изменить систему, а это главное. Говоря о готовности врачей вкладывать даже личные средства в свое непрерывное обучение, хочется отметить и то, что они, возможно, делали эти вложении более охотно, если бы эти инвестиции потом компенсировались высокой заработной платой. Кроме того, все решения и изменения, внедряемые в систему, необходимо тщательно объяснять непосредственно участникам этой системы – медицинским кадрам, в противном случае, любые предложения рассматриваются как еще один этап и шаг на пути к полной коммерциализации медицины и приобретают негативный оттенок у врачебного сообщества.

Магистерская диссертация имеет научно-практическую значимость. Разработана концептуальная теоретическая основа по тематике исследования. Научная новизна исследования состоит в системном подходе к определению основных тенденций и направлений развития кадрового потенциала, как на федеральном, так и на региональном уровне. Результаты контент-анализа профессиональной литературы могут быть полезны широкому кругу лиц, интересующихся современными кадровыми проблемами системы здравоохранения. Выдвинутая в работе идея о взаимодействии органов власти, управления образованием и здравоохранением, также представителей бизнеса по вопросу медицинских кадров является полезной для изучения представителями перечисленных акторов. Количественные данные социологического опроса практикующих врачей, проведенного в рамках исследования, могут быть интересны специалистам и экспертам, занимающимся вопросами и разработкой программ постдипломного медицинского образования. На основе анализа результатов теоретического исследования и данных социологического опроса автором исследования предложены мероприятия по развитию кадровой политики в области здравоохранения.

Выводы, полученные в исследовании, дают более глубокое и широкое представления о концепции профессиональной подготовки медицинского персонала существующее в научной литературе и могут использоваться в процессах развития кадровой политики, совершенствования образовательной системы, касающейся постдипломного медицинского образования. Разработанные рекомендации на основе результатов исследования могут учитываться в комплексных долгосрочных программах подготовки медицинских кадров.

Результаты работы, представленные в данной выпускной квалификационной работе, прошли апробацию на III Международной научно-практической конференции «Регион в период модернизации: актуальные проблемы политической жизни» 18 апреля 2014 года, а также на V Международной конференции молодых ученых, студентов и аспирантов «Сети в политике. Политика в сетях» и вошли в опубликованные сборники по результатам данных конференций. Всего за время обучения в магистратуре «Управление и экономика здравоохранения» факультета Государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ было опубликовано 7 научно-исследовательских работ (Приложение 11).

**Список литературы**

*Нормативно-правовые документы и программы развития*

1. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года от 17 ноября 2008 г. № 1662-р

2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» от 11 ноября 2010 г. № 1950-р.

3. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.

4. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

5. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".

6. Указ Президента Российской Федерации от 7.05.2012. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в части разработки комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами».

7. Указ Президента Российской Федерации от 7.05.2012. № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».

8. Распоряжения Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г которыми соответственно были утверждены государственная программа РФ «Развитие здравоохранения».

9. Распоряжение Правительства РФ от 15 апреля 2013 г. № 614-р “Об утверждении Комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г.”

10. Приказ Министерства здравоохранения № 66н от 3.08.2012 «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путём обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

*Авторефераты диссертаций и диссертации*

11. Адыширин-заде, К. А.-кызы Технология формирования готовности будущих врачей к использованию современного медицинского оборудования: афтореф. дис. … кан. пед. наук: 13.00.08 / Адыширин-Заде, Каира Алим кызы; Поволж. гос. соц.-гуманитар. акад.- Самара: 2012 – 22 с.

12. Алексеевская Т.И. Научное обоснование совершенствования совместной деятельности медицинского вуза с органами управления и учреждениями здравоохранения субъекта федерации: автореф. … дис. док. мед. наук : 14.00. 33 / Алексеевская Татьяна Иннокентьевна; Нац. науч. – исслед. ин-т обществ. здоровья РАМН.- Москва: 2008 - 48 с.

13. Байгожина З.А. Оценка системы последипломного образования средних мед работников и пути ее совершенствования / З.А. Байгожина; автореф дис. … канд. мед. наук .- Астана :2009 – 27 с.

14. Вейс Т.П. Интегрированное профессиональное образование как фактор развития института образования в современной России : автореф. дис. … кан. соц. наук : 22.00.04 / Вейс Татьяна Павловна; Тул. гос. ун-т. – Т. : 2010 – 24 с

15. Гончар Н.Т. Научное обоснование совершенствования системы последипломного медицинского образования в северо-западном федеральном округе РФ: дис. …д-ра. мед. наук : 14.02. 03 / Гончар Николай Тимофеевич; ГОУВПО Военнно-мед. акад. – СПб.: 2012 - 337 с

16. Есенкова Н.Ю. Взаимосвязь учебной мотивации и профессиональной направленности врача на этапе обучения в вузе: дис. …кан. псих. наук: 19.00.07 / Есенкова Наталья Юрьевна; Кур.гос.ун-т. – Курск: 2011 – 249 с.

17. Зимин И.В. Подготовка медицинских кадров в России: XIX-начало XX вв. : автореф. дис. …д-ра ист.наук : 07.00.02 / Зимин Игорь Викторович ; Сев.-Зап. акад. гос. службы. – СПб. : СПГМУ им. акад. И.П. Павлова : 2004. – 52 с.

18. Зинкина А.П. Непрерывное профессиональное образование специалистов по социальной работе в процессе взаимодействия вуза и лечебно-реабилитационного учреждения : автореф. дис. … кан. пед. наук : 13.00.08 / Зинкина Анна Петровна : Омск. гос. пед. ун-т. – О. : 2011 – 21 с.

19. Каменский А.Б. Реформы в России XVIII века: опыт целостного анализа : автореф. дис. ... док. ист. наук : 07.00.02 / Каменский Александр Борисович ; Рос. гос. гуманитар. ун-т. – М. : РГГУ : 1998. - 48 с.

20. Кирюхина Т.В. Роль самообразования в профессиональном совершенствовании врача: дис. …кан. мед. наук: 14.00.52 / Кирюхина Татьяна Владиславовна; ГОУВПО Волгоград. гос. мед. ун-т. – Волгоград : 2009. -128 с.

21. Коровина И.А. Самообразовательная деятельность как фактор направления студента-медика: автореф. дис. …кан. пед. наук 13.00.08 / Коровина Ирина Алексеевна; гос пед ун-т.- Оренбург : 2012.- 23 с.

22. Лебедева Л.А. Акмеологические особенности развития профессионального мышления врача-терапевта : автореф. дис. … кан. псих. наук : 19.00.13 / Лебедева Лариса Александровна ; Ульян. гос. ун-т. – С. : 2004. – 24 с.

23. Мещерякова М.А. Управление качеством профессиональной подготовки специалистов в системе высшего медицинского образования : дис. … док. пед. наук : 13.00.08 / Мещерякова Мария Александровна ; Моск. пед. гос. ун-т. – М. : 2006. – 429 с.

24. Осипенко А.П. Профессиональное последипломное образование как фактор совершенствования медицинской помощи в современных условиях: автореф. дис. … кан. мед.наук: 14.00.33 / Осипенко Анатолий Павлович ; Рос. мед. ак-ия послед. образования. – М. : 1991. – 22 с.

25. Пенкин Н.П. Формирвоание эффективной региональной отраслевой системы образования (на примере здравоохранения): дис. …кан. эк. наук: 08.00.05 / Пенкин Николай Павлович; Ижевск. гос. мед. ак. - Ижевск: 2006.- 180 с.

26. Рядовой Н.Н. Непрерывное профессиональное образование как фактор инновационного развития производства : автореф. дис. … кан. эк. наук : 08.00.05 / Рядовой Николай Николаевич ; Науч.-исслед. ин-т труда и соц. страхования. – М. : 2011 – 22 с.

27. Тайлашева М.А. Совершенствование системы последипломного образования в здравоохранении ( на примере алтайского края) : дис. кан. эк .наук: 08.00.05 / Тайлашева Марина Анатольевна; Алтайский гос универ. – Барнаул: 2002 - 173 с.

28. Филатов С.А. Непрерывное профессиональное образование в контексте экономики, основанной на знаниях : автореф. дис. … док. эконом. наук : 08.00.01 / Филатов Сергей Анатольевич ; Новосиб. гос. ун-т эк-ки и упр-ия – Н. : 2005. – 369 с.

29. Фитьмова А.А. Развитие мотивации будущих врачей в процессе обучения в вузе: дис. … кан. псих наук: 19.00.07 / Фитьмова Анна Александровна; пятигор. гос. лингвист. ун-т – Ставрополь: 2012. - 253 с.

30. Фомина Н.А. Совершенствование организации последипломной подготовки среднего медицинского персонала на базе многопрофильного ЛПУ: дис. … канн. мед. наук : 14.02.03 / Фомина Наталья Александровна ; ГОУВПО Красн. гос. мед. акад. – К. : 2011 – 163 с.

31. Черкасова М.А. Непрерывное профессиональное образование в свете социокультурного подхода : дис. … кан. фил. наук : 24.00.01 / Черкасова Марина Александровна ; Рост. гос. ун-т. – Р. :2002. – 132 с.

32. Шестак Н.В. Технологическое обеспечение системы дополнительного образования в здравоохранении : дис. … д-ра пед. наук : 13.00.08 / Шестак Надежда Владимировна; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. – СПб. : РГПУ, 2010. - 512 с.

33. Шубина Л.Б. Имитационное обучение в системе непрерывного профессионального образования медицинских кадров : дис. … кан. мед. наук : 14.02.03 / Шубина Любовь Борисовна ; Центр. науч.-исслед. ин-т орг. и инф-ии здр-ия. – М. : ФГУ ЦНИОиЗ, 2011. – 187 с.

*Основная литература*

## 34 Безрукова В.С. Педагогика. Проективная педагогика. -- Екатеринбург : Деловая книга, 1999

35. С.Г. Боярский Концепция развития российского здравоохранения: проблемы обеспечения кадрами в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья.

36. Егоршин А.П. Мотивация трудовой деятельности: учебное пособие. – 3-е изд., перераб и доп. – М.: ИНФРА-М, 2011.

37. Егоршин А.П. Организация труда персонала: учебник / А.П. Егоршин, А.К. Зайцев. – М.: ИНФРА-М, 2011

38. Егоршин А.П. Управление персоналом.  4-е изд., испр. - Н.Новгород: 2003. — 720 с. [электронный ресурс] URL: <http://www.alleng.ru/d/manag/man304.htm> (10.05.2014)

39. Кибанов А.Я. Управление трудовыми ресурсами: учебник / А.Я. Кибанов, Е.А. Митрофанов, И. А. Эсаулова. – М.: ИНФРА-М, 2010.

40. Экономика здравоохранения. Учебник (под ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина). М.: Издат.дом ГУ ВШЭ, 2009

41. Красноженова Г.Ф., Симонин П.В. Управление трудовыми ресурсами: учебное пособие. - М.: ИНФРА-М, 2008

42. Лисицын Ю.П., Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. - 512 с. [электронный ресурс] URL:<http://vmede.org/sait/?page=9&id=Obshesyvennoe_3d_lisitsin_2010&menu=Obshesyvennoe_3d_lisitsin_2010> (10.05.2014)

43. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008 – 2017 г.г.) [электронный ресурс] URL: http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=90 (10.05.2014)

44. А.Г. Вишневский, Я.И. Кузьминов, В.И. Шевский, И.М. Шейман, С.В. Шишкин, Л.И. Якобсон, Е.Г. Ясин Российское здравоохранение как выйти из кризиса. Высшая школа экономики Доклады [Текст] / редколл. Я.И. Кузьминов, Л.И. Якобсон, Е.Г. Ясин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики».-М.: Изд. дом Высшей щколы эконокими, 2013 – 1000 экз ISBN 978-5-7598-1055-1 Доклады 2006-2008.-677, [3]с. – ISBN 978-5-7598-1059-9

45. В.И. Шевский, И.М. Шейман, С.В. Шишкин Модернизация российского здравоохранения 2008-2020 гг. Концепция Государственного университета – Высшей школы экономики Высшая школа экономики Доклады [Текст] / редколл. Я.И. Кузьминов, Л.И. Якобсон, Е.Г. Ясин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики».-М.: Изд. дом Высшей щколы эконокими, 2013 – 1000 экз ISBN 978-5-7598-1055-1 Доклады 2009-2010.-727, [1]с. – ISBN 978-5-7598-1058-2

46. Шишкин С. В., [Шейман И. М.](http://www.hse.ru/org/persons/65022) [Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи](http://publications.hse.ru/view/82222111). М. : Добросвет, 2009.

47. [Колосницына М. Г.](http://www.hse.ru/org/persons/65012), [Потапчик Е. Г.](http://www.hse.ru/org/persons/8333194), [Селезнева Е. В.](http://www.hse.ru/org/persons/8752880), [Темницкий А. Л.](http://www.hse.ru/org/persons/61255), [Шейман И. М.](http://www.hse.ru/org/persons/65022), Шишкин С. В. [Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении)](http://publications.hse.ru/view/77477155) / Препринты. Высшая школа экономики. Серия WP8 "Государственное и муниципальное управление". 2012. № 12.

*Дополнительная литература и источники*

48. Официальный сайт Российской ассоциации специалистов функциональной диагностики [электронный ресурс] URL: <http://www.rasfd.com/index.php?productID=586> (01.05.2014)

49. Официальный сайт Некоммерческого партнерства «Национальная Медицинская Палата» [электронный ресурс] URL: <http://www.nacmedpalata.ru/> (04.04.2014)

50. Общественное мнение – 2013. М.: Левада-Центр, 2014. -252 [электронный ресурс] URL: <http://www.levada.ru/books/obshchestvennoe-mnenie-2013> (04.04.2014)

51. Маштак Ю. Лучшие медицинские вузы России [электронный ресурс] // Медицинский вестник. Портал российского врача [сайт] URL: <http://academica.ru/stati/stati-o-pervom-vysshem-obrazovanii-i-magistrature/725842-luchshie-medicinskie-vuzy-rossii/> (10.05.2014)

52. Колбасова Т. Стратегические ресурсы [электронный ресурс] // Медицинский вестник. Портал российского врача [сайт] URL: http://www.medvestnik.ru/articles/strategicheskie\_resursy/

53. Литвиненко С. Мы наш, мы новый [электронный ресурс] // Медицинский вестник. Портал российского врача [сайт] URL: http://www.medvestnik.ru/articles/my\_nash\_my\_novyy/

54. Колбасова Т. Счет не в нашу пользу [электронный ресурс] // Медицинский вестник. Портал российского врача [сайт] URL: http://www.medvestnik.ru/articles/schet\_ne\_v\_nashu\_polzu/

55. Петрухина И. Обоюдный интерес [электронный ресурс] // Медицинский вестник. Портал российского врача [сайт] URL: http://www.medvestnik.ru/articles/oboyudnyy\_interes/

56. Колбасова Т. Самая сложная специальность [электронный ресурс] // Медицинский вестник. Портал российского врача [сайт] URL: http://www.medvestnik.ru/articles/samaya\_slozhnaya\_specialnost/

57. Диалог продолжается [электронный ресурс] // Медицинский вестник. Портал российского врача [сайт] URL: <http://www.medvestnik.ru/articles/dialog_prodolzhaetsya/>

58. Улумбекова Г.Э., Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование "Стратегии развития здравоохранения РФ – М. «Гэотар-Медиа», 2010 – 96 с. [электронный ресурс] URL: http://www.biometrica.tomsk.ru/guzel.pdf

59. Официальный сайт российского медицинского сайта для врачей - медицинский портал [электронный ресурс] URL: Doktornarabote.ru http://www.doktornarabote.ru/medicinskij-sajt/

60. Официальный аккаунт Минздрава РВ в социальной сети Twitter [электронный ресурс] URL: https://twitter.com/MINZDRAV\_RF

61. Официальный аккаунт Л.Я. Рошаля в социальной сети Twitter [электронный ресурс] URL: https://twitter.com/Leonid\_Roshal

62. Современные проблемы эффективности управления здравоохранением, научно-практической конференции с международным участием [электронный ресурс] URL: <http://www.farmedinfo.ru/download/Materials_Konferens_2012.pdf> (10.05.2014)

## 63. Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправление врачей, Мадрид от 10.1987 [электронный ресурс] URL: http://www.evrika.ru/show/2536

64. Официальный сайт Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации [электронный ресурс] URL: http://www.sovetnmo.ru/

# 65. Расширение роли медицинского сообщества в системе здравоохранения [электронный ресурс] URL: http://www.agmu.ru/news/rasshirenie-roli-meditsinskogo-soobshestva-v-sisteme/

66. Официальный сайт министерства здравоохранения Нижегородской области // [Электронный ресурс] Код доступа: // http://government-nnov.ru/?id=1581(15.05.2014)

67. Информационный новостной портал // [Электронный ресурс] Код доступа: <http://karelinform.ru/news/incident/43919/> ( 20.04.2014)

68. Официальный сайт Интернет-газеты «Правда ПФО» // [Электронный ресурс] Код доступа: <http://pravdapfo.ru/> ( 24.04.2014)

69. Официальный сайт медицинской клиники «Александрия»// [Электронный ресурс] Код доступа: <http://clma.nnov.ru/> ( 15.04.2014)

70. Официальный сайт **Ассоциации нижегородских частных медицинских центров** // [Электронный ресурс] Код доступа: http://amcnn.ru/

71. Официальный сайт Рейтингового агентства «РИА-Рейтинг» // [Электронный ресурс] Код доступа: <http://riarating.ru/infografika/20130610/610567256.html> ( 24.04.2014)

*Список источников на иностранном языке*

72. Linos D. The American Model in CME: <http://www.aemh.org/pdf/Linos.pdf>

73. Parboosingh J. Continuing education and professional development for hospital doctors and dentists //Ó Blackwell Science Ltd Medical education. – 2000: <http://inmeds.com.ua/upload/documents/cme/14.pdf>

74. Peck С., McCall M., McLaren B. and Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons; http://www.lsmolinette.unito.it/biblioteca/bdssito/peckcontinuingmedical.pdf

75. Continuing Professional Development (CPD). A summary of the state of knowledge about physician training English version 1 · 2012 · ISBN 978-91-979706-1-7; <http://www.sls.se/Global/cpd/cpd2012_english.pdf>