

СПЕЦИАЛИСТЫ СРЕДНЕГО ЗВЕНА И КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Татьяна Владимировна Семёнова

Обеспеченность системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами является важным условием, определяющим доступность и качество медицинской помощи населению. Медицинский персонал относится к дорогостоящим ресурсам, требующим значительных затрат на подготовку квалифицированных специалистов. В отличие от большинства видов кадровых ресурсов, ценность которых со временем снижается, кадры в здравоохранении с накоплением профессионализма и опыта только поднимаются в цене.

Анализ сложившейся кадровой ситуации в системе здравоохранения, необходимость комплексного подхода к решению проблемы определили основные мероприятия по разработанному Министерством здравоохранения Российской Федерации во исполнение пункта 2 «Г» Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации 15 апреля 2013 года №614-р комплексу мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года:

- совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов отрасли;
- модернизация системы подготовки специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием;
- формирование и расширение системы материальных и моральных стимулов медицинских работников.

Основным направлением деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации сегодня является кадровая политика, направленная как на устранение кадрового дефицита в отрасли, так и на ликвидацию сложившегося кадрового дисбаланса в обеспеченности врача-

ми жителей городов и сельских населенных пунктов, укомплектованности кадрами поликлиник и стационаров, соотношении количества врачей и средних медицинских работников. Разработаны и приняты региональные программы, направленные на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита в специалистах, а также содержащие дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников (в первую очередь по наиболее дефицитным специальностям).

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 года №2190-р утверждена Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, включающая динамику примерных (индикативных) значений соотношений средней заработной платы работников учреждений. К 2018 году запланировано повышение до 100% (от нынешней средней заработной платы) для среднего и младшего медицинского персонала.

При всём этом намеченные планы требуют максимально быстрой реализации, так как численность средних медицинских работников в организациях системы Минздрава России и, соответственно, показатель обеспеченности населения такими работниками сейчас переживают устойчивую тенденцию к снижению. Сложившиеся за последние десятилетия негативные явления в обеспечении населения медпомощью среднего медицинского персонала: снижение численности сестринского персонала, неравномерное обеспечение населения субъектов Российской Федерации таким персоналом, нарастание дисбаланса в численности врачебного и среднего медицинского персонала – требуют эффективных мер по исправлению ситуации. Тем более что речь идет не только о подготовке самих специалистов, но и о том, что уровень оснащения образовательных учреждений отрасли отстает от технологических и информационных требований практического здравоохранения; о том, что коллективы преподавателей стареют, нет системы повышения квалификации преподавательского состава; о том, что новые образовательные технологии – в том числе в системе дополнительного профобразования – используются в недостаточной мере. Получается, что среди основных задач в части подготовки среднего медицинского и фармацевтического персонала не только выпуск достаточного количества специалистов, но и обеспечение их высокого образовательного уровня.

Что касается нынешнего положения дел, то в Российской Федерации подготовка специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием проводится в 442 организациях, где обучается более 254,5 тыс. человек. Это колледжи (с филиалами), три из которых подведомственны Минздраву России, три – ФМБА России, один – РАМН (ФАНО России), один – Управлению делами Президента Российской Федерации; факультеты среднего образования 28 вузов Минздрава России и медицинские факультеты 17 классических университетов Министерства образования и науки Российской Федерации, вузы субъектов Российской Федерации и негосударственные вузы, которые реализуют основные образовательные программы по специальностям «сестринское дело», «лечебное дело», «акушерское дело», «медико-профилактическое дело», «стоматология ортопедическая», «стоматология профилактическая», «фармация», «лабораторная диагностика», «медицинская оптика», «медицинский массаж» (последняя – для обучения лиц с ограниченными возможностями по зрению).

Поскольку подавляющее большинство колледжей в настоящее время находится в ведении органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, координацию их деятельности и реализацию по всей стране единых подходов к среднему медицинскому и фармацевтическому образованию ведет Совет директоров средних медицинских и фармацевтических организаций России. Кроме того, с 2014 года в регионах проводятся пилотные проекты по отработке различных моделей привлечения медперсонала к оказанию медицинской помощи населению. Так, в рамках «пилота» в Самарской области изучалась возможность возложения на медицинских сестер врача общей практики следующих функций:

- по самостоятельному приему пациентов;
- по постановке сестринского диагноза;
- по назначению медикаментозного пособия при экстренных ситуациях;
- по направлению на госпитализацию по неотложным показаниям;



- по осмотру пациентов перед проведением вакцинации;
- по осмотру пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением;
- по выписыванию рецептов пациентам с хроническими заболеваниями при стабильном состоянии с учетом ранее назначенных врачом лекарственных препаратов.

Данные, полученные в ходе проекта, показали, что расширение функционала медицинских сестер позволило сократить время, затрачиваемое врачом на выполнение нехарактерных для него функций (с 35–60 до 24,4–28% от рабочего времени).

Во время еще одного пилотного проекта – в Свердловской области – прорабатывались модели организации первичной медико-санитарной помощи на основе формирования комплексных врачебно-фельдшерских бригад. Изучалась возможность передачи от участкового врача-терапевта фельдшеру 26 различных функций, включая анализ состояния здоровья прикрепленного населения; определение тактики ведения пациента; составление индивидуальной программы лечения и оценку ее эффективности в случае типичного течения заболевания; организацию консультации врачей-специалистов; наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями со стабильным течением, не требующим коррекции медикаментозного лечения, и выписывание фельдшером рецептов на лекарственные препараты; подготовку пациента к плановой госпитализации; взаимодействие с врачом-онкологом при оказании пациентам паллиативной медицинской помощи; планирование, проведение, учет и анализ эффективности мероприятий по иммунопрофилактике; организацию проведения осмотров инвалидов, участников Великой Отечественной войны и лиц из приравненных категорий; обследование на дому граждан с малой мобильностью; проведение профилактической работы и составление заявок на лекарственные препараты.

На участковых медсестер возлагались функции по выписыванию рецептов на лекарственные препараты, организации диспансерного наблюдения, взаимодействию с родственниками пациента и консультированию их по вопросам ухода за больным, медико-санитарному просвещению и обучению обслуживаемого населения.

И тот и другой проекты показали, что расширение функциональных обязанностей медицинских работников со средним медицинским образованием позволяет врачу эффективнее проводить диагностику и лечение больных.

Например, на медицинскую сестру может быть полностью возложена ответственность за раннее выявление пациентов с минимальными клиническими проявлениями хронических заболеваний и факторами риска их развития, доврачебное обследование больных, реализацию профилактических программ, обучение пациентов и их родственников, динамическое наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями. При этом надо отметить, что мероприятия по передаче функций врача требуют от среднего медицинского персонала высокой квалификации и дополнительной профессиональной подготовки.

Сотрудничество ссузов с медицинскими организациями касается организации и проведения производственной практики, а также практической подготовки специалистов в целом. Это достаточно хорошо отработано и подтверждается договорами, которые наши колледжи заключают с медицинскими организациями. Ведущие колледжи и особенно центры повышения квалификации специалистов здравоохранения (в Нижнем Новгороде, Челябинске, Уфе, Москве, Санкт-Петербурге и других городах) имеют свои учебные аудитории в больницах и поликлиниках, которые активно используют.

Популярными становятся разнообразные практики повышения квалификации наших специалистов на рабочих местах по программам, подготовленным по заказу руководителей медицинских организаций, когда главные врачи четко выявляют те профессиональные компетенции, которые должны быть сформированы по итогам дополнительного обучения.

В 2014/15 учебном году на различные медицинские специальности было принято 98,2 тыс. человек, а дипломы получили 67,0 тыс. медицинских сестер, фельдшеров, акушеров и представителей других специализаций.

По данным образовательных учреждений среднего профессионального медицинского образования, из всех выпускников российских ссузов 2014 года по их окончании получили направ-



ления на работу 45,9%, не получили направления 18,6% и изъявили желание трудоустроиться самостоятельно 25,3%. В результате трудоустроенными оказались 78% выпускников.

Примечательно, что в разных федеральных округах показатели трудоустройства выпускников колледжей отличаются незначительно. Например, в Центральном федеральном округе в 2014 году трудоустройство оказалось таковым:

- по специальности «сестринское дело» – 2535 человек (выпустилось 3480 человек);
- по специальности «лечебное дело» – 1194 человека (выпустилось 1759 человек);
- по специальности «акушерское дело» – 114 человек (выпустилось 140 человек).

Итого – количество трудоустроенных составило 4101 человек из 5379 выпустившихся.

По данным учреждений СПО Северо-Западного федерального округа, в 2014 году закончили обучение по программам среднего профессионального образования (по основным специальностям) 2757 выпускников, а трудоустроились 2347, из них:

- в муниципальные и областные медицинские организации – 2044 человека;
- в частные медицинские организации – 116 человек;
- в ведомственные медицинские организации – 35 человек.

По данным учреждений СПО Приволжского федерального округа, в 2014 году закончили обучение по программам среднего профессионального образования (по основным специальностям) 6416 выпускников, из которых 80% трудоустроились:

- 50% – в муниципальные и областные медицинские организации;
- 20% – в частные медицинские организации;
- 10% – в ведомственные медицинские организации.

Приблизительно такая же картина наблюдается и в других федеральных округах.

В качестве положительных примеров подготовки кадров здравоохранения со средним медицинским образованием можно привести:

- выпуск сестринского персонала, подготовленного из представителей младшего медперсонала по очно-заочной форме обучения (Санкт-Петербургский медицинский колледж №1, Волгоградский, Казанский, Свердловский, Кемеровский медицинские колледжи);
- подготовку сестер милосердия для хосписов, отделений сестринского ухода, домов ребенка, отделений медико-социальной помощи (Свердловский областной медицинский колледж, Рязанский медико-социальный колледж, Новосибирский и Омский медицинские колледжи);
- дополнительное профессиональное образование на базе медицинских организаций (Самарский медицинский колледж имени Н. Ляпиной провел цикл повышения квалификации в объеме 288 часов на базе городской поликлиники №6 для сестринского персонала, ведущего самостоятельный прием больных, проводящего диспансеризацию, уход на дому и т.д.).

Резюмируем вышесказанное. У нас есть все основания смотреть в будущее с оптимизмом, тем более что налицо несомненные плюсы нашей системы среднего профессионального образования в сфере здравоохранения, а именно:

- существование государственного сектора образовательных учреждений среднего профессионального образования;
- поддержание достаточного уровня государственного заказа на подготовку специалистов;
- обновление содержания образования (новые федеральные государственные образовательные стандарты);
- оптимизация технологии обучения с приоритетом практико-ориентированного подхода;
- формирование системы непрерывного профессионального образования;
- апробирование и внедрение системы оценки качества подготовки и системы менеджмента качества;
- создание и развитие информационной образовательной среды в медицинских колледжах и училищах;
- развитие системы социального партнерства и, как результат, контрактно-целевая форма подготовки сохраняют статус-кво и остаются эффективным двигателем развития.