

НОВЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН
Вероника Игоревна
Скворцова



В настоящее время стало очевидным несоответствие системы оказания медицинской помощи потребностям населения. Это несоответствие было проанализировано. На основе анализа разработаны направления развития российского здравоохранения.

В Концепции развития здравоохранения России до 2020 года предусмотрено системное и согласованное совершенствование всех основных составляющих здравоохранения – организационных основ оказания медицинской помощи, кадровой политики, технологического (в том числе информационного), финансово-экономического и нормативно-правового обеспечения, а также инновационной политики.

ОРГАНИЗАЦИОННО-КАДРОВЫЙ МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Правильная организация системы медицинской помощи является гарантом ее доступности и качества. Не побывав в отдаленных регионах, трудно осознать в полной мере реальные размеры нашей страны, степень межрегиональных различий в плотности населения, соотношении городского и сельского населения, климатических, экологических и других условиях. Для такой страны базисом системы здравоохранения, без-

условно, является первичная медико-санитарная помощь, построенная по территориальному принципу, максимально приближенная к месту жительства или работы людей. Территориально-участковый (в том числе производственно-участковый) принцип абсолютно оправдал себя в разные исторические периоды жизни нашей страны. Празднуя в этом году тридцатилетие Алма-Атинской международной конференции, ВОЗ и вся медицинская общественность еще раз отдали дань Советскому Союзу, впервые разработавшему и внедрившему основные принципы первичной медико-санитарной помощи населению, и подчеркнули, что эти принципы и сегодня остаются основополагающими для построения национальных систем здравоохранения.

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи будет направлено на доукомплектование учреждений амбулаторно-поликлинического уровня квалифицированными медицинскими кадрами, на внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи в зависимости от уровня амбулаторно-поликлинического ЛПУ (ФАП, районная и городская поликлиники, КДЦ), на развитие службы активного патронажа. Необходимо, чтобы действовали четкие критерии тех состояний и патологий, при которых следует подключать специализированную помощь. Важное значение имеет поэтапное придание приоритета профилактической работе. При этом профилактической помощью должно быть обеспечено и население, проживающее в сельской местности и отдаленных районах страны, – с помощью формирования мобильных медицинских бригад, оснащенных необходимым лабораторным и инструментальным оборудованием. Особую роль играет развитие телемедицинских технологий для проведения дистанционной консультативно-диагностической деятельности. Развитие этого направления возможно с участием государственно-ведомственного и государственно-частного партнерства. Новые целевые показатели работы медицинских работников позволят иначе

1



2



рассчитывать оплату их труда с учетом качества профилактической и лечебной работы.

Межрайонные специализированные центры начали создаваться в стране в рамках реализуемых с 2008 года приоритетных национальных программ по совершенствованию помощи больным с сосудистой патологией и пострадавшим при ДТП. Так, в рамках сосудистой программы в первых 12 субъектах РФ создано 36 межрайонных отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения, укреплено организационно и кадрами 36 межрайонных отделений для лечения острого коронарного синдрома, создано 12 высокотехнологичных региональных сосудистых центров. Важно отметить, что создание этих подразделений подразумевало не только их реструктуризацию и оснащение, но и укомплектование хорошо подготовленными кадрами. Для реализации только сосудистой программы в 2008 году прошли обучение более 530 специалистов разного профиля. В 2009 году подобная система будет внедрена в следующих 12 регионах. В рамках программы по совершенствованию помощи пострадавшим при ДТП в 12 регионах страны, через которые проходят федеральные трассы, где фиксируется максимальное количество ДТП в год, была создана система транспортировки и оказания помощи больным с сочетанной травмой в 53 хорошо оборудованных и подготовленных профильных отделениях.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

К концу 2009 года будет готова программа национального регистра медицинских кадров, включающего не только сотрудников всех медицинских учреждений, вне зависимости от их формы собственности и ведомственной принадлежности, но и наш резерв – студентов медицинских вузов и учащихся средних образовательных учреждений. Это позволит совершенно иначе подойти к формированию кадровой политики в каждом регионе. Обладая четкой информацией, можно форми-

ровать государственное задание для тех вузов и средних образовательных учреждений, которые готовят специалистов для конкретной территории.

В настоящее время сложилась ситуация, при которой 40% выпускников медицинских вузов и более 80% оканчивающих средние медицинские учреждения не приходят работать в отрасль. Мы анализировали причины такого положения вместе с Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов России. Одна из них – низкое качество и необходимость изменения структуры образования. Сейчас заканчивается подготовка новых образовательных стандартов, принципиальное изменение которых состоит в том, что профессиональная ориентация в подготовке студентов будет осуществляться уже с 1-го курса. Последние 2 года обучения будут непосредственно направлены на введение в практическую деятельность. Выпускник должен иметь возможность, как это было раньше в нашей стране и как это принято в странах Евросоюза, после получения диплома врача работать в учреждениях практического здравоохранения на определенных должностях под контролем главного врача ЛПУ.

Государственное распределение, вопрос о котором многократно рассматривался, не может быть введено без нарушения конституционных прав граждан. Но есть проверенный эффективный метод целевых наборов в вузы на основе трехсторонних договоров между администрацией конкретного региона, вузом и абитуриентом. Если договоры будут иметь четкое финансово-экономическое содержание и правильное юридическое оформление как отдельный правовой акт, то система заработает.

Концепция – это идеология, внутри нее группируются мероприятия и программы, которые обеспечиваются нормативно-правовыми документами согласно ее установкам.

В настоящее время совместно с юристами рассмотрены финансовые составляющие договоров, на основании которых выпускник обязан отработать 2–3 года в том регионе, который платит за его обучение. Более того, договором предусматривается определенная со-



3



циальная и материальная поддержка молодого специалиста. Конечно, эта система работает эффективнее при постоянном кураторстве регионом «своего учащегося» с организацией его отчетов по результатам сессии, легкой практики в регионе, помощи в выборе конкретного учреждения для работы. Опыт московского факультета РГМУ свидетельствует о высокой эффективности этой системы: более 97% выпускников приходят на работу в учреждения здравоохранения.

Развитие системы ОМС будет способствовать повышению среднего уровня заработной платы медицинских работников.

ПРИНЦИПЫ, КОНТРОЛЬ И МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ

Наша отрасль, как и любая стратегическая, в том числе оборонная, требует единых принципов организации, вертикальной системы управления и контроля. Вместе с тем демократические принципы построения общества основаны на распределении полномочий между федеральным, региональным и муниципальным уровнями. Одно другому не мешает в той концепции, которую мы хотели бы претворить в жизнь, потому что основой экономического становления отрасли мы видим совершенствование государственного страхового механизма. Система ОМС – гарант единого поля оказания медицинской помощи – определяет ее демократизацию. Наличие страхового полиса будет давать право пациенту обратиться в любое лечебно-профилактическое учреждение страны, аккредитованное для оказания соответствующего вида помощи, и к любому врачу, имеющему соответствующую лицензию. При этом помощь будет оказываться по единым для всей страны порядкам и стандартам, разработанным ведущими специалистами для лечения конкретных заболеваний и состояний, на основе единого тарифного принципа.

А систему управления здравоохранением можно и должно выстроить, как это делается во всех демократических странах, на основе продуманной нормативно-

4



правовой базы. Среди федеральных законов будут законы о программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, о медицинском страховании, об охране прав пациентов, о профессиональной ответственности врачей и др. В этих документах будут представлены порядок оценки эффективности исполнения государственных гарантий, ответственность за неисполнение обозначенных показателей, соответствующие санкции, применяемые при неисполнении, и механизмы их применения.

Необходимо реализовать концепцию как можно быстрее, потому что любой документ можно бесконечно обсуждать и совершенствовать. Напомню, что коллегияльная работа над концепцией была начата 5 февраля 2008 года с подписания министром здравоохранения и социального развития приказа о создании комиссии по подготовке концепции и девяти тематических рабочих групп, которые возглавили ведущие ученые и профессионалы. Одновременно был создан сайт для обсуждения концепции, куда поступило около 600 предложений и более 2270 комментариев по поводу этих предложений. Ни один государственный документ никогда не обсуждался так широко и открыто на всех этапах его подготовки. Огромное количество конструктивных предложений было учтено. Но принято только то, что соответствовало идеологии концепции.

Часто спрашивают, почему концепция не детализована по годам? Концепция – это идеология. На ее основании будут создаваться конкретные, просчитанные по годам программы.

В реализации этой задачи есть масса подводных рифов. Нередко все пытаются свести к необходимости нового оборудования и техники. Это, безусловно, необходимо. Но главное все же другое – кто и как будет работать в новых условиях. Явно нужно совершенствовать систему подготовки кадров, систему повышения квалификации тех, кто трудится сейчас, кто будет трудиться в будущем. Повышение квалификации, непрерывность образования должны стать нормой жизни медиков. Нельзя далее мириться с тем, что подчас врачей у нас больше, чем среднего медицинского персонала. Кроме то-



го, при относительном избытке врачебных кадров у нас постоянный дефицит тех или иных узких специалистов. Особенно в сельской местности, в отдаленных районах.

Будущее заманчиво. Но живем-то мы сейчас. Болеем сейчас. И хотим лечиться в хороших учреж-

дениях, у хороших специалистов. Будущее начинается сегодня, а готовится вчера. И ситуация действительно не легкая. Но именно теперь появилась надежда, что в ближайшее время произойдут перемены к лучшему.