МОО РДА (М. Богомолова) является коллективным членом Национальной Медицинской Палаты (НМП), возглавляемой проф. Рошалем Л.М. В Международный день врача публикуем полученное нами обращение от НМП накануне 8 съезда НМП, где РДА примет участие.

Я знаю центральные районные больницы, где на 12 участках остался один терапевт. Знаю детские поликлиники, которые более чем на 50% не укомплектованы педиатрами. Знаю, где врачей активно заменяют на фельдшеров и что есть районы, где вообще нет ни одного врача. Знаю, что сводные цифры Росстата не отражают истинного положения дела.

Сегодня в России кадровая проблема - одна из главных в здравоохранении. Особенно остро она касается первичного звена, включая угрожающий недостаток некоторых узких специалистов, и не только в первичном звене. Я говорю сейчас только об одном аспекте этой проблемы - численности врачей и их уровне нагрузки. Не даю анализ необходимости повышения квалификации медицинских работников, что, конечно же, не менее важная проблема.

Определенную положительную роль в принципиальной постановке кадрового вопроса сыграло обсуждение этой проблемы на заседании подгруппы "Политика в сфере здравоохранения" Общероссийского народного фронта. Желание министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой решить острую кадровую проблему в здравоохранении - ликвидировать дефицит кадров за 2-3 года - нужно только приветствовать. Один из путей, несомненно, - введение аккредитации после окончания

высшего учебного заведения с допуском к работе именно участковым педиатром и участковым терапевтом.

Мы понимаем, что это скрытая форма распределения. Национальная медицинская палата (НМП) активно поддержала идею министра о проведении аккредитации врачей и конкретно помогла в ее реализации, а также активно участвовала в разработке профессиональных стандартов "педиатр участковый" и "терапевт участковый", что является основой для аккредитации. Руководителями всех региональных аккредитационных комиссий были представители НМП.

Вне сомнения, в здравоохранении уже многое сделано. Общий положительный тренд развития в лечебном аспекте за последние 3-4 года ощутимый. Постепенно, несмотря на недофинансирование, развиваются перспективные направления, которые относятся к повышению профессионального уровня медицинских работников. В этом вопросе Национальная медицинская палата также подставила свое плечо Минздраву России. Фактически мы вместе пересматриваем всю систему профессиональной подготовки и переподготовки, допуска к профессии и так далее. Все это направлено на то, чтобы в России было больше квалифицированных врачей.

От успехов к проблемам

Но есть и другой аспект кадровой проблемы. Это численность врачей в первичном звене и нагрузка на них. Мы сейчас почти на дне этой проблемы. Ее решение, по моему глубокому убеждению, менее всего зависит от Минздрава России или Национальной медицинской палаты. Это общегосударственная проблема. Должен быть конкретный профинансированный государственный план ее решения с участием не только губернаторов и глав регионов, но и с учетом межведомственного взаимодействия с участием Министерства финансов, Министерства экономического развития, Министерства образования и науки РФ и т.д. В стороне не должны оставаться и законодатели. Но все по порядку. Надеюсь, что ни у кого не будет возражений - качество обслуживания в любой специальности во многом зависит и от нагрузки на специалиста.

Кадровые проблемы в здравоохранении - проблемы не только России. Они есть в Европе и в Америке. Например, Германия решает проблемы дефицита врачей за счет мощной программы привлечения кадров из других стран. Кадровое состояние

здравоохранения России сегодня, особенно в первичном звене, не позволяет удовлетворить ни население страны, ни само медицинское сообщество. Как и все проблемы, эта не исключение и тоже имеет свою предысторию.

Нещадная переэксплуатация

Кадровая проблема стала стремительно усугубляться с начала 90-х годов. В России была разрушена четкая система восполнения медицинских кадров, в том числе и в практическом здравоохранении. Было ликвидировано распределение выпускников медицинских образовательных учреждений в первичное звено. Приток молодых в поликлиники, амбулатории и участковые больницы стал уменьшаться. Сыграла свою роль низкая заработная плата в первичном звене. Участковый тогда получал всего около 6 тысяч рублей.

Не следует сбрасывать со счета для государственного здравоохранения проблемы, которые создало активное развитие коммерческих структур и переход на работу в них лучших врачей. Государственное здравоохранение перед частным оказалось неконкурентоспособным. Система частного здравоохранения обладает лучшими условиями труда, в ней более высокие зарплаты и меньшая ответственность, включая отсутствие конкретной территории с прикрепленным населением, за которое нужно отвечать по всей строгости закона.

Постепенно в стране нарастал кадровый дефицит. Естественно, нагрузка на тех, кто остался работать в первичном звене, стала увеличиваться. Про норматив 800 детей у участкового педиатра и 1800 человек на терапевта многие забыли. Работа на полторы или две ставки не стала редкостью. Есть неподтвержденные сведения, что сегодня до 25% врачей России работают полностью или совмещают свою занятость в частном секторе.

Для уменьшения перегрузок врачей необходимо разукрупнить участки: 400 - 500 пациентов у педиатра и 1000-1200 - у терапевта

Кроме того, возрос объем дополнительной нагрузки. Это значительное увеличение числа больных, которых необходимо долечивать после более ранней выписки из

стационаров, диспансеризация и отчетность за нее, до конца не продуманное оформление больничных листов с укороченным сроком и продление больничных через врачебную комиссию, увеличение требований проверяющих органов и т.п.

Сейчас участковый врач отвечает буквально за все: за то, что больной должен приобрести конкретное лекарство, за оформление на врачебную комиссию по назначению лекарственных препаратов, не входящих в стандарт оказания медпомощи, за анкетный скрининг по выявлению онкопатологии, за информирование о стоимости лечения в системе ОМС и т.п. Все это участковый делать, конечно, обязан. Но учитывается ли это при расчете потребности в кадрах? Нет, не учитывается.

Остаются без внимания при расчете потребности участковых врачей и другие важные факторы. Прежде всего игнорируется высокий процент женщин среди врачей, работающих в поликлиниках, которые уходят, и в не малом проценте, в декрет. Не принимается во внимание, что врачи тоже болеют и уходят в отпуск.

Интенсификация работы участковых выросла в разы. Они превращаются в загнанных лошадей. В поликлиниках врачи работают в постоянном стрессовом режиме. Да еще при несоразмерно укороченном времени на прием пациентов, почти в два раза меньше, чем в коммерческой структуре. Это нещадная переэксплуатация медицинских работников. В поликлиниках вынуждают обслуживать большее число больных, а некоторые врачи вынуждены это делать, для того чтобы больше заработать. Но страдает качество.

Все это вызывает оправданную негативную реакцию врачебного сообщества. Когда это было видано, чтобы врачи поликлиник голодали? Мне лично приходилось упрашивать педиатров прекращать забастовки. Этим умело пользуются определенные политические силы.

Существуют и другие проблемы у многих дотационных регионов. Речь идет о внутренней миграции из более бедных регионов страны в более богатые, что создает дополнительные трудности для тех регионов, из которых они уезжают.

Попытки спасения

Попытки решить кадровый вопрос предпринимались и предпринимаются. Но были ли они результативны? В один из периодов кадрового дефицита в поликлиниках, при зарплате в среднем в 6 тысяч президент РФ Владимир Путин по предложению комиссии по здравоохранению Общественной палаты увеличил ее на 10 тысяч. И это спасло тогда поликлиники. Но не спасло службу узких специалистов, которым зарплата в поликлиниках не была повышена. Начался их отток. Кроме того, на селе, в малых городах и рабочих поселках городского типа не решались социальные проблемы медицинских работников. Они законодательно не решены и сейчас.

К тому же инфляция постепенно съела деньги, которые увеличивали зарплату участковых. В 2012 году Владимир Путин снова заговорил о необходимости повышения заработной платы медицинских работников в два раза к средней в каждом регионе. Но Минфин России на это дополнительный бюджет не выделил. Многие регионы в связи с дефицитом средств не могут самостоятельно дофинансировать здравоохранение. Это привело к идее оптимизации здравоохранения. Сокращение сотрудников и перераспределения денег на остающихся. Для того чтобы поднять зарплату тем, кто остался работать, но, естественно, с увеличением нагрузки. Экономить стали на всем, лишь бы выполнить поручение президента, но от этого ощутимо страдает качество медпомощи.

Не добавляет позитивного в решение кадрового вопроса и неконтролируемая миграция: заполнение ставок мигрантами из бывших республик Советского Союза, в том числе из Средней Азии. Все это осуществляется без жесткого контроля уровня их квалификации, знаний и умений, что точно не прибавляет удовлетворения пациентами качеством медпомощи. Организаторы здравоохранения идут на это просто потому, чтобы хоть кто-то закрыл участки.

Я искренне преклоняюсь перед теми участковыми, которые еще не убежали в коммерческие структуры. Когда мы говорим о патриотизме, мы должны приводить в пример этих врачей. Вот они настоящие патриоты страны.

Нужно признать, что вводимые новшества, включая дистанционную запись на прием, электронный документооборот, выписку больничных и будущую электронную выписку рецептов и пр., конечно, в какой-то степени облегчат работу участкового врача. Но полностью проблему не решат. Только что президиум Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам

(протокол от 26 июля 2017 г. N 8) утвердил паспорт приоритетного проекта "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь" со сроком окончания в 2023 году.

Могу не дожить. Причем это не утвержденная официальная государственная программа, а мнение уважаемого Президиума по стратегическому развитию. Также новая интересная и полезная программа "Бережливая поликлиника" при внедрении производственной системы "Росатома" (ПСР) не решает кадровых проблем, бюджетной обеспеченности, обучению IT навыкам и пр.

Мощным толчком к улучшению кадровой проблемы на селе врачебными кадрами была начатая президентская программа "Сельский доктор", которая в разных регионах по-разному исполняется. И все почти единогласно высказываются за продолжение этой программы после объективной оценки ее эффективности.

Ясно, что трехсторонние договорные отношения по подготовке специалистов не всегда эффективны и быстро не решат кадровые вопросы. А народ хочет изменений сегодня.

Конечно, для уменьшения перегрузок врачей необходимо разукрупнить участки, чтобы на них было меньше приписного населения. Например, около 400-500 детей у педиатра и около 1000-1200 пациентов у терапевта. Вот тогда можно будет говорить об эффективности нашей амбулаторно-поликлинической службы. Это ставит вопрос о необходимости почти в два раза увеличить штаты. Но вопрос - где их взять и, кстати, куда посадить, и где взять деньги?

Повторюсь, что большинство кадровых проблем лежит не в плоскости самого здравоохранения и Министерства здравоохранения РФ. Это общегосударственная проблема. Знаю, что нельзя врачей загнать на участки, ничего не изменяя. Сегодня я знаю, что правильно поддержать преобразование ФАПов в участки общей врачебной практики, что сегодня уже есть на практике. Необходимо ввести распределение выпускников, обучающихся за государственный счет, в практическое здравоохранение. В зависимости от потребности государства. Ведь, как гласит 3-й пункт 55-й статьи Конституции РФ "Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства". Лучше и не скажешь.

Я прекрасно осознаю тяжелую экономическую ситуацию. Но знаю, что без повышения доли здравоохранения в ВВП хотя бы до 5% у нас ничего не получится и ничего не получится без четкой и профинансированной государственной программы по всеобъемлющему решению кадровой проблемы в здравоохранении, включая социальные аспекты.

Без сомнения, выстроенная в СССР система решения кадрового вопроса в здравоохранении была целенаправленной и эффективной: открывались медицинские институты, новые факультеты, было введено распределение выпускников после окончания институтов, в том числе и в первичное звено, была выстроена система оказания медицинской помощи от фельдшеров ФАПов до областных, республиканских или общесоюзных медицинских учреждений.

Я сам был распределен для работы в поликлинику и считаю это отличной школой на всю будущую жизнь. Кадровая политика была эффективной. Опыт Советского Союза показал, что самые хорошие результаты достигались тогда, когда на одного педиатра приходилось 400 детей. Именно такая система действовала для руководства страны в Четвертом Главном управлении Минздрава. Похуже, но терпимо обстояло дело в государственных поликлиниках для рядовых граждан: 700-800 детей на участке педиатра и до 1700-1800 - у терапевта.

Участковый полностью отвечал за прикрепленный контингент как при обслуживании на дому, так и в поликлинике. Фактически у каждого ребенка и взрослого был свой домашний врач, который знал и все проблемы семьи, и проблемы конкретного ребенка или взрослого. Напомню, именно эта система получила одобрение ВОЗ в декларации, принятой Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи (12 сентября 1978 г.). Отмечу также, что именно подготовленная отечественная медицина внесла огромный вклад в победу в Великой Отечественной войне.

Президент Национальной Медицинской Палаты проф. Рошаль Л.М.