

А.А. Свистунов¹, Г.Э. Улумбекова², З.З. Балкизов²

Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи

Continuous medical education for improvement in quality of care

A.A. Svistunov¹, G.E. Ulumbekova², Z.Z. Balkizov²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

²Association of Medical Societies for Quality in Health-care, Moscow

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

²Ассоциация профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК)

Учиться надо всю жизнь, до последнего дыхания!

Сунь Цзы, предположительно V век до н. э.

Это изречение древнекитайского полководца полуторатысячелетней давности никогда не потеряет актуальности. Особенно сегодня – в век информации, когда объем медицинской информации удваивается почти каждые 3–5 лет. Это наиболее актуально для медицины, потому что от знаний и умений врача зависят здоровье, а зачастую и жизнь пациента. А для того чтобы эти знания и умения были высокого качества и отвечали запросам времени, нужна эффективная система образования. В связи с этим в кадровой политике Минздрава России данному вопросу уделяется повышенное внимание. В конце 2013 г. стартовал пилотный проект Минздрава России по внедрению новой модели непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМО). Цель данного проекта – апробировать новую модель повышения квалификации медицинских работников, сделать ее современной, гибкой и удобной для врачей, а самое главное – отвечающей актуальным запросам практического здравоохранения.

Непрерывное медицинское образование (НМО) – термин, прочно вошедший в жизнь медицинского сообщества. Законы, действующие в нашей стране, регламентируют, что вся система образования должна обеспечивать его непрерывность. Так, согласно ст. 10 Федерального закона № 273 «Об образовании в Российской Федерации», который вступил в силу с 1 сентября 2013 г., под непрерывностью понимается образование в течение всей жизни. В ст. 82 этого же закона, относящейся к медицинскому образованию, указано, что профессиональные программы медицинского и фармацевтического образования должны «обеспечивать непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации» работников. Это положение касается всех образовательных программ для медработников, как основных, так и дополнительных.

За разработку типовых (или примерных) программ повышения квалификации





КАДРОВОЕ РАЗВИТИЕ

по специальностям отвечает Минздрав России (статья 82 273-ФЗ). Обучение по программам повышения квалификации для медицинских работников является обязательным, что регламентируется ст. 73 отраслевого закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». А профессиональные некоммерческие организации (или, как мы их привыкли называть, профессиональные сообщества), согласно ст. 76 этого же закона, могут *«принимать участие в разработке программ подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников»*.

Таким образом, опираясь на действующую законодательную базу, мы можем ввести термин **«непрерывное медицинское образование»** и определить его как **обязательное для медицинских и фармацевтических работников постоянное обучение по программам повышения квалификации, которое начинается после получения специальности и длится в течение всей профессиональной жизни**. При этом программы повышения квалификации по специальностям разрабатываются Минздравом России с участием образовательных учреждений высшего и дополнительного медицинского образования, соответствующих профессиональных обществ и их объединений.

В странах Европы и США под термином НМО подразумевается «непрерывный процесс приобретения новых знаний и профессиональных навыков в процессе всей профессиональной жизни». Таким образом, это непрерывный процесс повышения квалификации специалистов, который направлен на улучшение результатов лечения пациентов и повышение безопасности медицинской помощи. Сегодня во многих странах используют не только термин НМО, но и термин «непрерыв-

ное профессиональное развитие» (НПР). При этом подразумевается, что НПР несколько шире, чем НМО, и включает, кроме совершенствования профессиональных знаний и умений по своей специальности, получение дополнительных компетенций, например, по управлению качеством медицинской помощи, разработке клинических рекомендаций, управлению отделением и др. НПР также учитывает изменения потребностей практикующего врача, которые зависят от меняющихся условий.

Необходимость перемен

Почему потребовалось модернизировать российскую систему повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников? В отличие от развитых стран, где медицинские работники обязаны ежегодно подтверждать свои знания и ежедневно использовать современные руководства на рабочих местах, российские врачи проходят курсы повышения квалификации раз в 5 лет, и зачастую, лишены возможности пользоваться современными источниками информации на рабочих местах. Однако даже эти курсы, по данным Росздравнадзора, около 15% врачей не проходят в положенные сроки. Ситуация усугубляется тем, что прохождение квалификации зачастую носит формальный характер и содержание образовательных программ не отвечает запросам практического здравоохранения. Более того, отсутствие дистанционных технологий преподавания приводит к тому, что врачам приходится почти на 2 мес отрываться от практической работы, что снижает доступность медицинской помощи населению там, где трудно заменить этих врачей (особенно в сельской местности) (Улумбекова Г.Э., 2010).





А.А. Свистунов, Г.Э. Улумбекова, З.З. Балкизов
Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи

Главная причина, по которой перемены в медицинском образовании стали так необходимы, — неудовлетворительное качество медицинской помощи и недовольство пациентов. Так, по данным Минздрава России (отчет о реализации Программы государственных гарантий в 2011 г.), всего доля удовлетворенных качеством медицинской помощи пациентов в нашей стране — не превышает 36%. В 2013 г. на заседании Президиума Госсовета, посвященном повышению доступности и качества медицинской помощи в регионах, Президент РФ В.В. Путин привел неутешительную цифру. «Состояние отечественного здравоохранения люди оценивают исходя из личного опыта, — сказал он. — Есть и положительные, разумеется, оценки, но в целом картина непростая. Лишь 35,4% граждан страны удовлетворены уровнем (качеством) медицинской помощи».

Свою статистику ведет и Росздравнадзор: $\frac{1}{3}$ от всех обращений (жалоб), поступивших в это ведомство с 2005 по 2012 г., связаны с качеством медицинской помощи. В основном наши граждане хотят от здравоохранения качественной медицинской помощи и уважительного отношения к себе. Здесь можно возразить, что мнение пациентов — это субъективный показатель. Однако объективные показатели качества медицинской помощи также малоутешительны. Например, по данным ФОМС за 2012 г., доля нарушений в лечении пациентов, выявленных при экспертизе качества медицинской помощи, составляет более 30% от всех экспертиз. И на протяжении нескольких лет этот показатель практически не меняется. Аналогичные данные получены и российским обществом патологоанатомов — доля умерших пациентов с расхождением клинического и патологоанатомического диагнозов

в первичном звене здравоохранения составляет 30–40%. Иными словами, в РФ, как минимум, в каждом третьем случае допускается ошибка в лечении пациентов. Кроме того, сравнение объективных показателей качества и безопасности медицинской помощи показывает, что в нашей стране они значительно хуже, чем в развитых странах. Так, показатель внутрибольничной летальности пациентов с инфарктом миокарда в РФ в 2–3 раза выше, чем в странах Евросоюза в среднем (соответственно 18 и 5%), инфекционные осложнения в стационарах в 2 раза выше (соответственно 8 и 4%). Конечно, тому есть и организационные причины, но главное — это квалификация врачей.

Другая важная причина — дефицит медицинских кадров. Сегодня престиж медицинской профессии — врача, медицинской сестры, фельдшера, научного работника, по оценкам самих медицинских работников, — один из самых низких за всю историю здравоохранения в нашей стране. Низкий престиж профессии и слабая мотивация к качественному труду медицинских работников обусловлены крайне низкой заработной платой, которая не компенсирует им высокую ответственность, тяжелый и небезопасный труд (Улумбекова Г.Э., 2010). Низкие оплаты труда медицинских работников за последние 15–20 лет привели российскую систему здравоохранения к упадку. Так, вплоть до 2012 г. заработная плата врачей и профессорско-преподавательского состава вузов была ниже, чем в среднем в экономике страны. Это главная причина дефицита кадров в государственной системе здравоохранения. По данным Минздравсоцразвития России (<http://medvestnik.ru/archive/2009/16/2239.html>), в государственном и муниципальном секторах трудятся от 10 до 30%





КАДРОВОЕ РАЗВИТИЕ

лиц в возрасте старше пенсионного и 50–60% – предпенсионного возраста. С учетом того, что ежегодный выпуск медицинских вузов и училищ будет сокращаться из-за демографического провала (сегодня в РФ молодежи в возрасте 21 года в 2 раза больше, чем детей в возрасте от 5 до 14 лет), такая ситуация может привести к дефициту кадров в здравоохранении и необходимости использовать труд пенсионеров.

Еще одна проблема – это перегруженность врачей. В государственной системе здравоохранения наблюдается крайне неоптимальное соотношение между врачами первичного контакта (участковыми педиатрами и терапевтами, ВОП) и врачами-специалистами. Это соотношение в РФ составляет 1:6,6 (рассчитано по числу врачей, работающих в государственной и муниципальной системе здравоохранения; в первичном звене, по данным Росздравнадзора, работает 73,4 тыс. врачей), что выше, чем в странах ОЭСР, где оно равняется 1:2. Это означает, что обеспеченность врачами первичного контакта на 1000 человек в РФ в 1,8 раза ниже, чем за рубежом. Такая низкая обеспеченность в РФ усугубляется недостаточной укомплектованностью (дефицит медицинских кадров определяется на основании показателя укомплектованности штатных должностей, который рассчитывается как число занятых ставок, деленное на число ставок и умноженное на 100%) участковыми врачами и ВОП; высоким коэффициентом совместительства (1,3) (коэффициент совместительства рассчитывается как отношение числа физических лиц к числу занятых этими физическими лицами должностей); перегруженностью бумажным документооборотом, участием в реализации программы ДЛО (ОНЛС) (ДЛО – дополнительное

лекарственное обеспечение; ОНЛС – обеспечение населения лекарственными средствами) и нехваткой медицинских сестер. Все это в условиях возросшей заболеваемости приводит к большим очередям в амбулаторно-поликлинических учреждениях, снижению доступности первичной медико-санитарной помощи населению РФ и к ухудшению качества медицинской помощи тем пациентам, которые все-таки попали к врачу на прием.

Вместе с тем именно участковые врачи и ВОП должны нести основную ответственность за здоровье прикрепленного населения и организацию медицинской помощи пациентам. Следует отметить, что благодаря приоритетному национальному проекту «Здоровье» ситуация в первичном звене несколько улучшилась, но по-прежнему остается неудовлетворительной (Г.Э. Улумбекова, 2010).

Общая заболеваемость в расчете на 100 тыс. населения с 1990 по 2012 г. в РФ выросла на 50%. Чтобы обслужить всех пациентов, врачи вынуждены работать более интенсивно – на 1,5 и более ставки. В такой ситуации работодатели, особенно в малых городах и сельской местности очень неохотно отпускают врачей на месяц учебы даже в соседний город, не говоря уже о другом регионе. Встает вопрос: кто будет лечить пациентов?

К перечисленным проблемам необходимо добавить, что за последние 20 лет серьезно повысились требования к уровню квалификации врача, а значит, и к системе его образования. Современный врач, в отличие от его коллеги четверть века тому назад, должен владеть новыми сложными диагностическими и лечебными технологиями, которые зачастую хоть и высокоэффективны, но не безопасны для пациента. Он должен уметь в каждом конкретном





А.А. Свистунов, Г.Э. Улумбекова, З.З. Балкизов **Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи**

случае правильно оценить возможные риски от их применения. Врачу приходится сталкиваться с большим объемом информации: на данный момент, в России зарегистрировано более 16 тыс. наименований лекарственных средств. Ежегодно Росздравнадзор регистрирует около 3 тыс. новых медицинских изделий, приборов и аппаратов; за последние 2 года в медицинские учреждения поставлено более 280 тыс. единиц сложного высокотехнологичного оборудования.

Все вышеперечисленное (недовольство пациентов, неудовлетворительное качество медицинской помощи в сочетании с дефицитом врачей и усложнением медицинских технологий) означает, что существующая система повышения квалификации медицинских работников в стране дает сбои и требует серьезной модернизации.

Предпосылки внедрения НМО в России

Положительным моментом создавшейся ситуации является наличие серьезных предпосылок для эффективной модернизации системы последипломного медицинского образования. Во-первых, это готовность и желание профессиональных медицинских обществ активно заниматься образованием и повышением квалификации медицинских работников. Эти общества, возглавляемые ведущими специалистами страны – А.А. Барановым, В.Т. Ивашкиным, Н.А. Мухиным, Е.Л. Насоновым, В.И. Покровским, А.Г. Чучалиным, Н.Д. Юшуком и др., сделали самое главное – определили тот необходимый объем знаний, которым должны владеть врачи соответствующей специальности.

За последние 5 лет медицинскими обществами разработаны и постоянно обновляются клинические рекомендации и Национальные руководства по более чем 50 специальностям, издаются образовательные журналы для врачей. В 2007 г. был запущен в работу электронный информационно-образовательный портал – «Консультант врача»; на нем размещаются основанные на доказательной медицине современные информационно-образовательные ресурсы. В настоящее время начата работа по разработке *мультимедийных электронных образовательных модулей*. Врач, обучаясь по такому модулю, сможет не только прослушать лектора, но и увидеть, например, как происходят патологические процессы в организме, проследить ход операции и т.п., а также ответить на тестовые вопросы, чтобы оценить, правильно ли он усвоил материал. Отработка практических навыков возможна путем освоения врачом программ симуляционного обучения, обучения в виртуальной клинике и работе с экспериментальными животными. Можно с уверенностью сказать, что в здравоохранении (по сравнению с другими отраслями экономики) профессиональные общества ведут активную работу, что значительно облегчит внедрение программ НМО.

Во-вторых, это активное внедрение в отрасли современных информационных технологий, что позволит реализовать обучение медицинских работников на новом технологическом уровне. Например, только за 2012 г. в медицинские организации страны поставлено более 286 тыс. единиц компьютерной техники, количество локальных медицинских сетей выросло в 3,5 раза. Министр здравоохранения В.И. Скворцова заявила, что к декабрю 2013 г. до 25% рабочих мест врачей первичного звена должны быть полностью компьютеризированы.





КАДРОВое РАЗВИТИЕ

7 мая 2012 г. Президент РФ подписал важнейшие для медицинской отрасли указы – № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации». Главное в этих указах то, что они направлены на осуществление комплекса мер по улучшению здоровья населения (в частности, увеличение к 2018 г. ожидаемую продолжительность жизни российских граждан с нынешних 70 до 74 лет). Учитывая то, что сегодня более 80% причин смертей в РФ предотвратимы методами профилактики и своевременного лечения, во многом эта задача ляжет на сферу здравоохранения, а значит, на медицинских работников. Важно, что в указах обозначены и основные направления достижения этой цели, а именно: увеличение ежемесячной оплаты труда врачей в 2 раза, а средних медицинских работников – до уровня средней зарплаты в регионе, решение вопросов по лекарственному обеспечению населения, развитие профилактического направления в медицине и др. Особый акцент сделан на необходимость разработки и реализации в каждом субъекте РФ программ по повышению квалификации медицинских кадров, проведению их аттестации и поэтапному устранению дефицита кадров.

Для реализации поставленных в указах задач были подготовлены соответствующие документы, в том числе распоряжения Правительства № 2511-р от 24.12.2012 и № 614-р от 15.04.2013, которыми были утверждены государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» и «Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 г.».

В июле 2013 г. на заседании Президиума Госсовета В.В. Путин вновь вернулся к теме подготовки медицинских кадров, повышения их квалификации, подчеркнув, что медицина – это не сфера обслуживания в виде медицинских услуг, а искусство врачевания. Губернатор Астраханской области А.А. Жилкин, возглавляющий рабочую группу по подготовке заседания Президиума Госсовета, в числе наиболее актуальных проблем обозначил недостаточный уровень подготовки медицинских кадров. *«Сегодня практика такая, что они [врачи] раз в 5 лет должны отрываться от производства [на несколько недель]. Мы считаем, что это не совсем эффективно»*, – отметил А.А. Жилкин и предложил разработать и внедрить систему непрерывного профессионального образования медицинских работников с накопительным принципом обучения.

Таким образом, начиная с 2012 г. идет формирование важнейших нормативных документов для обеспечения конструктивных перемен в области здравоохранения в целом и медицинского образования в частности.

Контроль повышения квалификации медицинских кадров

Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова неоднократно подчеркивала, что развитие здравоохранения невозможно без высококвалифицированных кадров и что *«качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников»*. При этом она указывала, что модернизация медицинского образования должна проходить с внедрением инновационных технологий – дистанционных, симуляционных, электронного обучения.





А.А. Свистунов, Г.Э. Улумбекова, З.З. Балкизов
Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи

Важным шагом в реализации подпрограммы № 7 «Развитие кадрового потенциала» «Программы развития здравоохранения» стало создание Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования (приказ Минздрава России № 82 от 18.02.2013). Контроль над деятельностью этого совета осуществляет лично министр здравоохранения, а возглавляют его заместитель министра И.Н. Каграманян и президент Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаль. В составе совета более 40 членов – представители Минздрава России, руководители профессиональных медицинских обществ по специальностям, специалисты в области отечественной медицинской науки и образования. Среди них Е.И. Гусев (председатель правления Всероссийского общества неврологов), И.Н. Денисов (президент Ассоциации врачей общей практики), Г.П. Котельников (председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов), И.В. Маев (директор Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России), А.И. Мартынов (президент Российского научного медицинского общества терапевтов), А.Г. Чучалин (председатель правления Российского респираторного общества), Л.К. Мошетова (ректор Российской медицинской академии последипломного образования, РМАПО), Н.Д. Ющук (президент Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова) и др.

Перед Координационным советом стоит серьезная задача – модернизировать систему повышения квалификации российских врачей, сделать ее по-настоящему непрерывной, инновационной, гибкой и отвечающей запросам практического

здравоохранения. Предстоит разработать нормативную базу НМО, требования к программам повышения квалификации, образовательным материалам и мероприятиям, порядок внедрения НМО.

Национальная медицинская палата (НМП) во главе с Л.М. Рошалем занимается развитием НМО с момента своей организации в апреле 2010 г. НМП предложила ввести в России дистанционное персонализированное контролируемое современное последипломное образование, которое частично могло бы заменять общее. Такое образование должно быть бесплатным и необременительным для врачей, чтобы облегчить доступ к знаниям. В НМП был создан специальный комитет по развитию НМО, и за 2 последних года были разработаны проекты документов и проведены 2 международных конференции по развитию медицинского образования в РФ. Наряду с российскими специалистами по последипломному образованию активное участие в работе конференций приняли зарубежные коллеги: вице-президент Европейского союза медицинских специалистов (UEMS) Златко Фрас, президент Ассоциации по медицинскому образованию в Европе (АМЕЕ) Мадалена Патрисио, вице-президент Национального совета медицинских экзаменаторов (NBME) Агата Батлер, руководство Всемирной федерации по медицинскому образованию (WFME) и др. Опыт этих организаций во многом помог подготовить проект Концепции развития НМО.

Следует отметить, что сегодня страны Евросоюза имеют единые требования к процессу повышения квалификации врачей. Так, наши коллеги за рубежом должны набрать не менее 250 ч (кредитов) образовательной активности за 5 лет, из них ежегодно – около 50 ч. Это посещение





КАДРОВОЕ РАЗВИТИЕ

семинаров, конференций, самостоятельное обучение, обучение в симуляционных центрах, участие в мероприятиях по повышению качества медицинской помощи на рабочем месте и др. При этом все образовательные мероприятия и материалы должны удовлетворять установленному набору требований. К тому же в странах ЕС и США активную роль в повышении квалификации врачей играют профессиональные общества по специальностям. Контроль качества обучения по программам осуществляют государство и объединения профессиональных обществ, а образовательные мероприятия проводят на равных как образовательные учреждения, так и сами общества, а также другие аккредитованные организации.

Говоря о приоритетах развития НМО в России, Л.М. Рошаль подчеркнул, что им должны быть охвачены в первую очередь врачи первичного звена, прежде всего — участковые педиатры, участковые терапевты и другие специалисты. По его мнению, должна быть мотивация и у самих врачей к обучению, чтобы *«дополнительная нагрузка не была им в тягость. Для этого часть обучения надо организовать дистанционно и в удобное для врачей время. Необходимо также, чтобы обучение для всех врачей оставалось бесплатным»*.

В итоге, благодаря совместной активной работе НМП и Учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию, возглавляемого ректором ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России П.В. Глыбочко, был разработан проект Концепции непрерывного профессионального медицинского и фармацевтического образования. Этот документ был представлен П.В. Глыбочко на

общем собрании Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России в Санкт-Петербурге в феврале 2013 г. и был одобрен Советом.

НМО в России

Главный принцип НМО в России — оно должно осуществляться на основании партнерства государственных бюджетных образовательных учреждений (ГБОУ) и профессиональных обществ, а существующая система последипломого образования должна развиваться. ГБОУ и общества будут совместно разрабатывать образовательные программы для медицинских работников с тем, чтобы темы взаимодополняли друг друга и не дублировались, а требования к образовательным материалам и мероприятиям были едины (рис. 1). За 5 лет общее количество часов планируется увеличить до 250, с учетом того, что в обучении будут учитываться такие новые виды образовательной активности, как посещение конференций и семинаров, проводимых обществами, самостоятельное обучение, активная деятельность, направленная на улучшение качества медицинской помощи и пр.

Принцип *непрерывности образования* будет реализован путем равномерного распределения модулей (блоков) программы по годам. Напомним, что ранее и вплоть до настоящего времени в большинстве случаев врач проходил положенные часы обучения за 1 раз на 5-й год, подгоняемый необходимостью продлевать сертификат специалиста.

Важным принципом станет установление *обратной связи с региональными органами государственной власти субъектов РФ* в сфере охраны здоровья с целью прибли-





ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ С 2016 г.

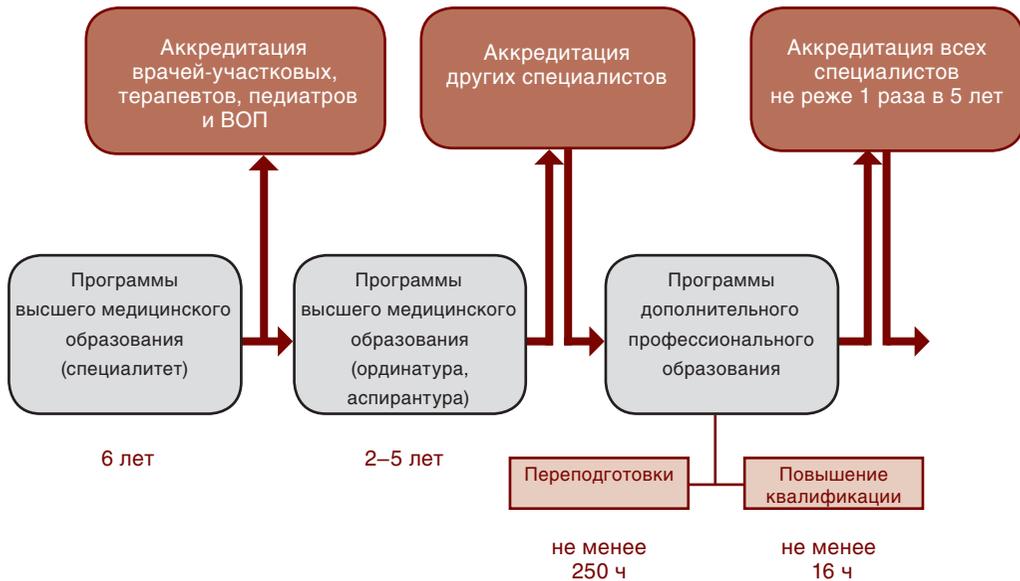


Рис. 1. Организация системы медицинского образования с 2016 г. на основании ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (в ред. Федеральных законов от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

жения содержания образовательных программ к актуальным потребностям здравоохранения соответствующего региона. Акцент должен быть сделан на снижении наиболее частых причин смертности, заболеваемости, врачебных ошибок. Качество образовательных мероприятий и материалов будет обеспечено путем установления требований к ним и контроля над их соблюдением, в том числе путем проведения общественно-профессиональной аккредитации в соответствии с законом «Об образовании в РФ».

Обучение будет *персонифицировано*, а это означает, что каждый работник будет самостоятельно составлять свой индивидуальный план развития на предстоящий год, выбирая из программы наиболее значимые для него темы. Учет образовательной активности будет происходить в ча-

сах, или кредитах (1 ч, как правило, равен 1 кредиту). Вся информация, накопленная работником за 5 лет, будет отражаться в его персональном отчете об исполнении индивидуального плана развития. Этот отчет, благодаря информационным технологиям, будет создан не только на бумаге, но и в сети Интернет.

Ключевым моментом развития НМО станет не только возможность получать обучение дискретными (прерывистыми циклами) в ГБОУ, но и по месту проживания путем внедрения дистанционных технологий. Самостоятельное обучение также будет учитываться – это чтение обязательной литературы, журналов, участие в электронном обучении. Все это позволит оптимально использовать время врача и проводить обучение в удобное для него время.



КАДРОВОЕ РАЗВИТИЕ



Рис. 2. Реализация образовательных программ в РФ

Однако прежде чем внедрять НМО по всей стране, Координационным советом было принято решение о проведении пилотного проекта в нескольких регионах, что позволит детально отработать механизмы и возможные риски повсеместной реализации НМО.

Пилотный проект стартовал в конце 2013 г. Участники проекта – ГБОУ, профессиональные общества, региональные органы управления здравоохранением и врачи, проходящие обучение в рамках государственного задания. Всего медицинских профессиональных обществ, участвующих в проекте, – 16, среди них – Российское общество терапевтов, Союз педиатров России, Российское общество урологов, Российское общество организаторов здравоохранения, Стоматологическая ассоциация России и др.; регионов – 12

(г. Москва, г. Санкт-Петербург, Московская область, Краснодарский край, Липецкая область, Республика Татарстан, Свердловская область, Ставропольский край, Тюменская область, Хабаровский край, Республика Карелия, Ульяновская область). ГБОУ представлены РМАПО, Первым МГМУ им. И.М. Сеченова, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский Центр им. В.А. Алмазова», ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» и вузами в пилотных регионах. Кроме того, желание принять участие в проекте выразили другие профессиональные некоммерческие организации (НКО).

Что касается непосредственно самих врачей, ради которых и задуман весь проект, в пилотном проекте на добровольной основе было предложено участвовать тем врачам, кому необходимо продлить сер-



А.А. Свистунов, Г.Э. Улумбекова, З.З. Балкизов **Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи**

тификат специалиста в конце 2014 г. — начале 2015 г. В первую очередь это врачи первичного звена и организаторы здравоохранения. В настоящее время в проекте участвуют 735 врачей 3 специальностей: участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры и врачи общей практики (семейные врачи). Они проходят циклы повышения квалификации в 15 вузах. При этом каждый вуз заключил договор о сетевой форме реализации образовательных программ с профессиональными НКО и Ассоциацией медицинских обществ по качеству (АСМОК) (рис. 2). Кроме того, Координационным советом был одобрен список специальностей, который войдут в пилотный проект: оториноларингология, кардиология, рентгенология, стоматология, организация здравоохранения и общественное здоровье, скорая медицинская помощь.

Перед началом проекта ГБОУ и профессиональные общества разработали образовательные программы, а регионы сформировали списки врачей и обеспечили материально-техническое сопровождение проекта. Координационный совет Минздрава России разработал нормативно-правовую базу проекта и информационный портал, на котором будут размещены программы, а затем и индивидуальные планы развития врачей, и провел обучение в регионах.

Мнение врачей

Несомненно, проект должен быть не просто принят, но и одобрен самими врачами. И здесь очень важна обратная связь, поэтому на специальном портале *sovetnmo.ru* организован форум, где участники смогут задавать вопросы, коммен-

тировать, обсуждать проект. На сегодня мнения врачебного сообщества разные: у кого-то из врачей есть сомнения, а кто-то, наоборот, давно ждет перемен и возможности повышать квалификацию по-новому. Так, например, врач из Воронежской области беспокоится, найдет ли он время повышать квалификацию по дополнительным часам. Поэтому работодателю необходимо будет предусмотреть специальное время на учебу работника и по месту работы, так, как это сегодня уже реализовано за рубежом и когда-то было у нас в советское время. Представители старшего поколения российских врачей, наверное, хорошо помнят библиотечный день 1 раз в месяц.

Работодателю важно понимать, что подготовленный специалист — это гарантия качества медицинской помощи в учреждении, а для этого врачу необходимо создать условия. Тем более что «удовлетворенность пациента качеством оказанной медицинской помощи» является одним из критериев оценки эффективности деятельности медицинских учреждений и в ближайшем будущем, наряду с другими показателями, будет влиять на уровень оплаты труда и руководителей, и работников.

Перемены в образовании необходимы. Все, кто работает в отрасли, понимают, что результаты лечения пациентов необходимо улучшать и что показатели качества и безопасности медицинской помощи в нашей стране не должны уступать среднеевропейским. Только тогда можно получить реальное удовлетворение от работы и вернуть доверие пациентов. Если, как говорят врачи, все пойдет по плану, то по уровню внедрения инноваций в системе повышения квалификации кадров здравоохранения окажется впереди других, более обеспеченных отраслей экономики России.

