

## **Об интервью министра здравоохранения РФ главному редактору радио «Эхо Москвы» А. Венедиктову.**

Сразу нужно сказать, что в этом интервью 12 августа 2013 г. А.Венедиктов выделил 2 вопроса для обсуждения- о врачах и пациентах, причем второй вопрос был отнесен на следующую передачу. Если бы А.Венедиктов спросил министра, почему многим людям, прежде всего детям, могут помочь только за рубежом, министр, как обычно, нарисовала бы радужную картину медицинской заботы о детях с редкими и тяжелыми заболеваниями. Точно также министр уверяет родителей, что адекватную помощь их дети могут получить в российских клиниках и для этого не нужно ехать за рубеж. Но довольно известные благотворительные фонды сплошь и рядом собирают средства для зарубежного лечения тех детей, которым либо отказали в лечении в российских клиниках, либо для которых не нашлись нужные препараты или протезы. Весьма активно на этом поприще работают фонды Ч. Хаматовой, АиФ, радио «Эхо Москвы» с его рубрикой «Им нужна Ваша помощь» и другие. Только с помощью телезрителей Первого канала Русфонд за первые 5 месяцев 2013 г. собрал на лечение за рубежом тяжелобольных детей свыше 500 млн. руб. В то же время в 2012 г. Минздрав РФ из выделенных на лечение за рубежом 177 млн. руб. вернул «за ненадобностью» в бюджет 77 млн. руб. Кстати сказать, это не первое интервью министра А.Венедиктову. В предыдущем интервью рассматривался широкий круг вопросов, связанных с врачами, их подготовкой, записью на прием, медицинской тайной, страхованием пациентов, табакокурением, эвтаназией, суицидами, лекарствами. И в нем, как и в следующем интервью, министр, будучи клиницистом, не проявила знания организатора здравоохранения. Так, утверждение о том, что у нас 44 врача на 10000 населения, т.е. один врач на 227 человек, верно по отчетам, но ошибочно по сути. Во первых, у нас количество врачей считается по выпуску и в целом, а в других странах- по занятым в практике, т.е. врачеванием. А в практике, особенно в ПМСП и в целом амбулаторной помощи их катастрофически не хватает при значительных структурных диспропорциях. Во-вторых, к враческим мы относим такие специальности, которые в мире не считаются медицинскими. Поэтому, при очистке и применении международных критериев получается, что у нас только 28.5 врачей на 10000

населения, что крайне мало, учитывая бегство врачей из специальности. Далее министр говорила об «акценте на первичную медицинскую помощь» и о врачах первичного приема. Но есть первичная (или первая) помощь- она домедицинская и ее должны владеть все профессии, имеющие дело со множеством людей, первичная медицинская- это медсестринская помощь, и первичная медико-санитарная (ПМСП)- это врачебная помощь. Так вот, ПМСП (Primary Health Care) расшифровывается, как первичная забота о здоровье, а не просто как лечебная помощь, и потому те специальности, которые обозначила министр, для такой работы не годятся. Нужно готовить совсем другого врача- врача общей практики- и совсем по другим программам. Что касается очередей в поликлиниках, то они никуда не исчезли. Затем министр заявила, что на втором этапе (первый- социологический опрос детей) всем школьникам будут сделаны химико-токсикологические анализы, правда с разрешения родителей или опекунов. Что это по сути означает, слушатели радио «Эхо Москвы» должны были додумать сами. Вот, с большим удовольствием и достаточно пространно министр рассуждала о медицинской тайне. Возникает много вопросов и по «страхованию пациента от любой медицинской ошибки». Здесь, по-нашему мнению, заложен некий пиар, поскольку нужно страховать профессиональную ответственность. И в отсутствии лицензирования врачей это должно делать медицинское учреждение, для чего ему должны быть предоставлены соответствующие возможности и полномочия. Говоря о том, что почти 60% случаев смерти приходится на болезни системы кровообращения, министр «забыла» упомянуть, каков средний возраст умерших от этой причины. А он значительно превышает ожидаемую продолжительность жизни, и многие люди умирают значительно раньше от других причин, что наносит обществу огромные потери, снижая жизненный и трудовой потенциал страны. Утверждение о том, что число самоубийств среди детей и подростков не растет вызывает сомнение, равно как и то, что суициды не связаны с трудностями реальной жизни. Ну, а заявление о том, что у нас оказывается «беспрецедентная по сравнению с другими странами бесплатная лекарственная поддержка граждан», может ввести в заблуждение кого угодно, только не специалистов и пациентов. Во-первых, получают такую помощь резко ограниченное число пациентов и из резко ограниченного перечня лекарств. Во-вторых, во многих зарубежных странах,

лекарства по рецепту врача отпускаются пациентам в основном бесплатно, в ряде случаев на основе соплатежей. Конечно же, министр не упустила возможности похвалить себя и Минздрав в целом, заявив: «мы создаем хорошие нормативные документы». На самом деле, многие из них имеют множество недостатков, о чем мы неоднократно писали.

К сожалению, в последнем интервью не были затронуты вопросы стратегии охраны здоровья, самые большие проблемы организации всего здравоохранения, улучшения здоровья граждан, разрушения муниципального здравоохранения, резкого снижения доступности медицинской помощи, нерационального расходования выделяемых государством средств без позитивного отклика в здоровье и удовлетворенности пациентов, этико-деонтологические аспекты. Однако, если бы это и произошло, то результат был бы нулевой, поскольку министр не любит конкретных вопросов и готова обсуждать общие темы, что проявилось и в данном интервью, несмотря на усилия А.Венедиктова конкретизировать и приземлить и вопросы, и ответы на них. Вся беседа свелась к вопросам общего характера о врачах, о заработной плате медицинских работников, об их нагрузке и повышении их квалификации. Что говорилось министром о врачах вообще? Есть врачи-рукодельники, а есть врачи, получившие «не совсем добросовестное» медицинское образование, что уровень образования был и есть разный, несмотря на наличие сильных вузовских администраторов, что «общий режим образования был разнузданный». Теперь же, по мнению министра, все будет иначе, создан Межведомственный координационный совет, впервые в стране будет создана система непрерывного медицинского образования (НМО), будет развиваться информатизация здравоохранения и создаваться «электронные рабочие места» врачей. Такие проекты для врачей первичного звена будут в «пилотном» варианте проверены в 9 субъектах РФ. Кроме того, говорилось о специальных обучающих центрах, где на макетах и в виртуальном пространстве в течение недели будут нарабатываться навыки, например, по эндоваскулярной хирургии, по примеру подготовки пилотов-летчиков. Надо сказать, что и здесь и далее по ходу интервью министр постоянно лукавит. Во-первых, система НМО существовала и ранее, но тогда министр о ней могла не знать. Помимо систематического последипломного обучения врачей на различных курсах повышения квалификации,

усовершенствования и специализации в промежутках практиковались двух- и трехзвеньевые системы, когда врачи поликлиник и амбулаторий периодически проходили обучение в стационарах, стажировка на рабочих местах в вышестоящих медицинских учреждениях, семинары, клинические и патологоанатомические конференции, система наставничества, когда опытные врачи передавали свой опыт молодежи и т.п. Иначе говоря, образование шло непрерывно, начиная со студенческой скамьи. Значит, это все нужно было разрушить, чтобы теперь заявлять о том, что впервые... Во-вторых, начинать нужно работу по значительному улучшению подготовки врачей не с последипломного образования, а с рекомендательной системы отбора к врачебной профессии. Если на Западе врачами становятся вполне осознанно, понимая всю сложность, благородство и гуманность этой профессии, то в России это выглядит иначе. Почти 30% выпускников медицинских вузов не идут работать в медицину вообще. А это означает, что изначально они серьезно ошиблись в выборе профессии или просто нуждались в получении любого высшего образования. В ряде случаев их отпугивают ответственность профессии и высокий ее риск, особенно в специальностях хирургического профиля. Еще треть выпускников, хотя и затем работают в медицинских учреждениях, но являются буквально случайными людьми, не украшающими медицину, без соответствующего призвания. И только из трети при определенных условиях могут получиться хорошие врачи, а плохие и посредственные нам не нужны. Если человек в детстве издевался над сверстниками или животными, то ему нельзя идти в медицину, в лучшем случае из него может получиться патологоанатом. Не из каждого человека получится хороший врач, и это зависит не от талантливо сданных экзаменов по химии или биологии, а от личностных качеств абитуриента и системы додипломного образования. Довольно несложно сделать тестовую систему, устанавливающую личные качества поступающего в медицинский вуз на основе «портрета» характеристик хорошего врача. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор чисто человеческих качеств, которые проявляются с детства и формируются всю жизнь (внимание, благородство, культура, доброта, милосердие, доброе отношение к людям, умение выслушать другого человека и т.п.). Исходя из этого, целесообразно создать, как отмечалось, специальную систему

предварительного тестирования абитуриентов в виде советующей системы на наличие у них качеств, требующихся будущему врачу, в результате чего могут даваться соответствующие рекомендации. Это будет как бы рекомендательная система отбора к врачебной профессии. Представляет интерес идея министра об отборе в медвузы талантливых ребят, но не это должно стать критерием отбора.

В США и других западных медицинских школах тестируются личностные качества абитуриентов, такие как сообразительность, способность убеждать и самостоятельно принимать решения, коммуникационные навыки, межличностное общение и сотрудничество, спектр профессиональных интересов, склонность к системному мышлению, гуманное, а не потребительское отношение к людям, следование этическим принципам, способность выслушать, понять, сочувствовать и сопереживать, отсутствие жестокости и т.д. Это в определенной мере позволит у нас в стране очистить ряды врачей от случайных, черствых, жестоких и коммерчески настроенных людей. Об этом ставится вопрос не одно десятилетие, но пока что понимания важности этой простой системы нет. При поступлении целесообразно учитывать династические аспекты, что позволит в семейном кругу обсуждать профессиональные и этические вопросы, пользоваться накопленной за многие годы литературой и т.д. Сбрасывать со счетов воспитательную роль семьи нельзя. За рубежом сложилась несколько иная система профессиональных ценностей и профессионального отбора. Однако, зарубежные специалисты согласны с тем, что помимо предоставления студентам-медикам необходимых знаний в соответствии с принятыми международными образовательными стандартами, у них необходимо развивать клиническое мышление, что позволит более объективно и системно оценивать состояние организма в норме или при той или иной патологии.

Системное мышление — это не только правильная оценка взаимодействия органов или систем человека во взаимосвязи с окружающей средой в норме и патологии, но также означает системный подход к профилактике (первичной, вторичной и третичной), диагностике, лечению, реабилитации и интегрированному медицинскому уходу. Важно по фон Берталанфи «за деревьями не пропустить лес». Крайне необходимо в процесс обучения включить клиническую эпидемиологию, развивающую системное

мышление, аналитическую статистику, доказательную медицину, международные стандарты ISO, этику и взаимодействие врача и пациента и т.д. Кроме того, необходимо от попредметного обучения перейти к проблемно-предметному, что не требует каких-либо организационно-структурных преобразований в медицинских вузах, а просто нужно перестроить технологический образовательный процесс с тем, чтобы знания не расплылись во времени и были бы целенаправленными. Именно на проблемном (а не предметном) подходе основано обучение в медицинских школах при университетах Запада и учебный план там состоит из блоков, обучение многопрофильное с большой долей самостоятельного обучения. При этом четко определено, что университеты выпускают врачей, не готовых работать самостоятельно (т.е. стажеров), но которые способны проходить дальнейшую профессиональную подготовку и получить в итоге доступ к врачебной деятельности. Кстати, там ежегодно группы преподавателей выезжают в разные города и на месте знакомятся с вероятными кандидатами в студенты. Этот опыт достоин заимствования. Диспропорции в распределении врачей могла бы устранить система распределения выпускников. Однако в связи с ее не соответствием нормам Конституции РФ можно рекомендовать контрактную систему, когда регионы направляют выпускников школ на учебу, выплачивая им дополнительные пособия на период обучения. В случае отказа врача возвращаться в регион, он обязан выплатить все дополнительно затраченные на него средства. Кроме того, выпускнику медвуза для его работы на селе или в труднодоступных районах должен быть предоставлен социальный пакет (подъемные, выплаты, льготы, жилье, коммунальные услуги, транспорт для работы и т.д.).

В додипломном образовании целесообразен постепенный переход от единого массового к индивидуальному образованию с акцентом на развитии клинического мышления. Не менее важно обучать будущего врача навыкам работы в команде, когда каждый человек (врач, медсестра, санитарка и т.д.) знает, что в каждую единицу времени он должен делать, за что отвечает, а это особенно требуется в экстренной ситуации, а также вопросам психологии общения с пациентами, медицинской этики и деонтологии. Необходимо развивать базовое, обязательное послевузовское и непрерывное медицинское образование в соответствии с международными стандартами, принятыми на Всемирной конференции по медицинскому образованию в марте 2003 г. в

Копенгагене и которые ориентированы на потребности здравоохранения. Для решения этой задачи потребуется: минимально в 2 раза повысить заработную плату профессорско-преподавательского состава с учетом результатов их труда; обеспечить условия для профессионального развития преподавателей; способствовать размещению клинических кафедр вузов в медицинских организациях, а также активному участию профессорско-преподавательского состава кафедр в лечебно-консультативной работе медицинских организаций. Сроки обязательной послевузовской подготовки для врачей всех специальностей должны быть не менее 2 лет, причем эту подготовку можно поэтапно перенести из вузов в аккредитованные для последипломного обучения медицинские организации. Не случайно в своем послании Федеральному собранию от 12 декабря 2012 г. Президент РФ отметил необходимость публичного мониторинга за качеством медицинского образования. Переход в медицинском образовании на Болонскую систему имеет больше негативных, чем позитивных последствий, и потому в ближайшие годы от двух ступенчатой подготовки врачей следует воздержаться. Аналогичным образом должны проходить аккредитацию медицинские образовательные учреждения и кафедры, а профессорско-преподавательский состав должен получать лицензию раз в 3 года.

Вузы должны иметь обоснованное госзадание, сколько и каких врачей нужно готовить, обладать своим рейтингом по индексу цитируемости работ и публикаций, из них исходящих, по уровню преподавания, по квалификации преподавателей, по соотношению между педагогами и студентами, по квалификации и востребованности выпускников, по защищенным диссертациям и т.п. На одного преподавателя должно приходиться не более 4 студентов, которые, начиная с 4–5 курсов, должны привлекаться заинтересованными медицинскими учреждениями и выполнять необходимую практическую или исследовательскую работу. Конечно, в медицинском образовании должна максимально использоваться компьютеризация и дистанционная подготовка.

В третьих, для подготовки врачей первичного звена, т.е. врачей общей практики назрела пора создать в медицинских вузах факультеты по общей врачебной практике и обучать студентов по несколько иным программам, рекомендованным Всемирной организацией по семейной медицине (WONCA) и с учетом требований, предъявляемых к такого рода

специалистам. Врач общей практики должен быть хорошо подготовленным по основным специальностям (терапия, педиатрия, гериатрия, акушерство, гинекология, мелкая хирургия, социальная и медицинская профилактика, общественное здоровье и здравоохранение, деонтология), а также по общим вопросам в узких специальностях (неврология, психиатрия, офтальмология, ЛОР, травматология и др.). К сожалению, подготовка врачей общей практики, в том числе и для Москвы, оставляет желать лучшего и требует кардинальных преобразований.

Не хотелось бы лететь на самолете, пилот которого прошел недельное обучение на тренажерах. Точно также нельзя за неделю научить врача-специалиста, даже, как выразилась министр, «поставить ему руки». Получается, что голова такому врачу не очень нужна для дела. Зачем же принижать работу врача до уровня рукоделия, и так его престиж, как оказывающего медицинские услуги, опустился ниже плинтуса и находится на уровне банно-прачечного комбината. Парикмахер тоже занимается рукоделием. Почему-то министр забыла, что медицина- это триада: наука о человеке в норме и патологии, искусство врачевания и рукоделие (или ремесло), но без первых двух составляющих медицина мертва. Далее был затронут вопрос о качестве медицинской помощи, о клинических рекомендациях и протоколах. При этом министр говорила о национальных клинических протоколах, которыми являются клинические рекомендации, представляющие собой «алгоритм размышлений врача», а потом на основе протоколов составляются программы обучения. И тут А.Венедиктов несколько растерялся, стал уточнять что это такое, но так до конца слушатели радио скорее всего не поняли, в чем суть проблемы. А дело в том, что министр, по нашему мнению, все переиначила. Доказательной является такая медицина, которая основана на данных клинической эпидемиологии, как науки, позволившей статистически доказать наличие связей между результатами лечения и применяемыми технологиями. В итоге этой работы на основе лучших для пациентов результатов разрабатывается так называемый «золотой стандарт» клинических рекомендаций или руководств (clinical guidelance). Затем в каждой стране на основе таких клинических рекомендаций разрабатываются медицинские стандарты, гарантирующие положительные результаты при минимальных затратах. Ниже этого стандарта «опуститься» никак нельзя, ибо при этом могут ухудшиться

результаты лечения. Затем на местах на основе этих минимальных медицинских стандартов должны создаваться локальные клинические протоколы, которые по уровню не могут быть ниже стандартов и должны содержать перечень элементов медицинских технологий и последовательность их применения с указанием ответственных. Вот такова упрощенная схема использования доказательной медицины в практике. Во многих странах применение не доказанных методов или технологий может служить основанием для судебных разбирательств. Доказательной медицине и ее научной основе- клинической эпидемиологии- нужно обучать, желательно со старших курсов медицинских вузов, а также включать последние достижения доказательной медицины в систему последипломого образования. К сожалению, министр здравоохранения РФ, будучи клиницистом, считает, что Минздрав РФ будет разрабатывать клинические рекомендации, которые требуют значительных научных исследований и применения методов статистического анализа в клинической практике, что доступно только специальным научным центрам. Кроме того, министр зачем-то вынесла локальные клинические протоколы на национальный уровень, что противоречит логике использования доказательной медицины в клинической практике. С накоплением знаний и появлением новых возможностей клинические рекомендации должны пересматриваться. Например, с участием 25 экспертов из 13 стран Европы в 2013 г. было опубликовано новое объемное руководство по артериальной гипертензии взамен предыдущего, разработанного 6 лет тому назад. «Золотым стандартом» являются клинические рекомендации, разработанные в NICE (National Institute for Clinical Excellence — Национальный институт клинического мастерства Великобритании или клинических предпочтений или совершенствования клинической практики), и этими рекомендациями пользуются во многих странах. Врач должен отвечать за результаты своей профессиональной деятельности только перед врачебным сообществом, а врачебное сообщество — перед государством. Именно врачебное сообщество может адекватно противостоять произволу чиновников. Минздрав РФ взял на себя обязательства разработать критерии оценки (опять оценки!) качества медицинской помощи до 2015 г. Нельзя сводить проблему качества только к оценке, аудиту, контролю и проверкам страховых организаций и Росздравнадзора, эксперты которых нередко ниже по квалификации

проверяющих, и к наказаниям. Например, приказом Минздрава РФ №1340н от 21.12.2012 г. (регистрация в Минюсте 03.06.2013 г.) утвержден бюрократический порядок организации и проведения ведомственного контроля качества (даны перечисления того, что нужно оценивать) и безопасности медицинской деятельности, а не пациентов. Но во всем мире это давно пройденный этап. И стандарты там разработаны на результаты оказания медицинской помощи, а затем специально разработанные индикаторы качества (каждый имеет свой вес) сравниваются с этими стандартами, т.е. оценка качества медицинской помощи осуществляется через стандарты на результаты, а медицинские технологии разрабатываются исходя из «золотого стандарта» клинических рекомендаций или руководств, в основе чего находится наука «клиническая эпидемиология». Литература по клинической эпидемиологии, доказательной медицине и международных стандартах ИСО должна быть в библиотеке (в т.ч. в электронном виде) у каждого практикующего врача. К сожалению разработки действительно научно-обоснованных стандартов, основывающихся на программе SIGN—Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Шотландская межобщественная группа по разработке клинических рекомендаций), в которой используется неформальное взвешенное решение, были несколько лет тому назад в стране необоснованно прекращены.

Но гораздо важнее проблема (и этим активно занимаются в развитых странах с использованием научных достижений и практического опыта) — это как обеспечить должный уровень качества по А. Донабедиану (через доказанные медицинские технологии и необходимые ресурсы) и как лучше управлять этим процессом. Только такой подход, осуществляемый параллельно с обучением, может значительно снизить вероятности врачебных ошибок и существенно увеличить частоту удовлетворенности пациентов. До этого уровня наше министерство пока еще не поднялось. Об этом также свидетельствуют многочисленные факты включения в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и в разработанные министерством медицинские стандарты препаратов, не имеющих достаточных и, порой, разумных доказательств. До конца этого года, по заверению министра, будет разработано более 280 протоколов, а к 2015 г. их число достигнет 1350. Министр также утверждала, что протоколы не подвержены частым изменениям, а вот основанные на них программы

должны постоянно обновляться под новые знания. Кроме того, министр заявила, что сейчас существенно уменьшились межрегиональные различия. Однако проведенный нами анализ итогов выполнения Программы государственных гарантий по оказанию населению РФ бесплатной медицинской помощи в 2012 г. показал, что по отдельным территориям число вызовов СМП на одного жителя отличается в 2.1 раза, по посещениям- в 2.5 раза, по койко-дням- в 2.7 раза, по пациенто- дням в дневных стационарах- 7.5 раз, по стоимости одного вызова СМП- в 6.9 раз, по стоимости одного посещения- в 130.9 раз, по стоимости одного койко- дня- в 8.2 раза, по стоимости одного пациенто-дня- в 9.1 раза, а расходы на территориальные программы государственных гарантий отличаются в 10.7 раза. Складывается впечатление, что мы живем не в одной единой стране, и что какая-то общая политика в сфере здравоохранения отсутствует.

Далее в интервью большое место было уделено вопросам оплаты труда медработников. Письма с мест, которые приходили А.Венедиктову, рисовали картину, отличную от представленной министром, утверждавшей, что зарплата врачей и медсестер растет, а проблема заключается в слабости нормативной базы. Не догадываясь об этой слабости, врачи митингуют против развала здравоохранения и снижения зарплаты. В Приморском крае зарплата медикам с 2012 г. дважды снижались, На Южном Урале повышение зарплата намечено за счет сокращения медперсонала, сотрудники Одинцовской станции скорой помощи жалуются Президенту страны на снижение зарплат и невыносимые условия работы, в Северо-Западном федеральном округе по неполным данным не хватает почти 10 тысяч врачей, в Екатеринбурге дефицит врачей составляет 45%, на Архангельской станции скорой помощи не хватает 80 врачей, в Смоленске врач-кардиолог на 1.5 ставки получает 12.4 тыс. руб., невропатолог- 9.5 тыс. руб., медсестра с 2— летним стажем- 7.3 тыс. руб., в Ярославле зарплата заведующего отделением в ЦРБ- 18 тыс. руб., в Перми урологи получают до 12 тыс. руб., а медсестра с 30-летним стажем- около 7 тыс. руб., в Кировской области зарплата фельдшеров на скорой помощи- 8000, медсестра в Саратове с премией, надбавкой за стаж, доплатой за категорию получает 12-15 тыс. руб., бастуют врачи Оренбургского областного тубдиспансера, оклад которых составляет всего 5000, а 30% надбавка прибавляет только 1500 руб., там же после доплаты медсестры и санитарки живут на уровне нищеты и т.д. У фельдшера

скорой помощи в поселке городского типа Хабаровского края оклад -3100 руб., и от нее в силу дефицита кадров требуют работать через сутки. По мнению этого фельдшера, скорая помощь- это кадры, транспорт, оснащение и связь, но ничего этого в глубинке нет или все находится в убогом состоянии, а службу скорой медицинской помощи «в стране уничтожают». После официально объявленного повышения зарплаты доходы многих врачей снизились, а у реаниматологов, анестезиологов и нейрохирургов Иркутска –в 3 раза. После перевода скорой медицинской помощи в систему ОМС зарплата медиков Московской области снизилась на треть. Более того, скорую помощь в С-Петербурге обязали выезжать на каждый поступивший вызов, игнорируя прописанные поводы для вызова скорой и неотложной помощи, что привело в 40% случаев к необоснованным вызовам и, соответственно, к высокой доле ненужных затрат. Аналогичная ситуация отмечена практически на всей территории страны. На врачебную или медсестринскую ставку прожить невозможно, поэтому медицинские работники вынуждены заниматься подработкой, что может негативно влиять на качество их труда. Полная зарплата врача на селе (деревня Медное Тверской обл.) составляет 6300 руб., а медсестры — 5700 руб. В Саратовской области зарплата медсестер зависит от премии, надбавки за стаж и категории. В Архангельске средняя зарплата врачей-11-15 тыс. руб. В Приморье зарплаты врачей с 2012 г. не выросли, а, наоборот, два раза снижались. Иначе говоря, врачи так и не увидели реального роста своей зарплаты, который, в соответствии с указом Президента РФ, должен был состояться к концу 2012 г. В первом квартале 2013 г. почти в трети регионов страны уменьшился фонд оплаты труда работников участковой службы и ФАПов. В Ижевске после «итальянской» забастовки возмутительно для врачей увеличили надбавку к должностному окладу (в 4600 руб.) на 690 руб. и теперь врачи со всеми переработками, дежурствами, совмещением нескольких участков, разными надбавками стали получать почти 25 тыс. руб., медсестры-14 тыс., санитарки- около 8 тыс. при росте оплаты ЖКХ, проезда на транспорте, цен на питание и т.д. Но обозначенные поиски дополнительных заработков несомненно отразятся на качестве работы, на пациентах и на нарастающей усталости медперсонала. Выявился интересный факт, когда, следуя Указам Президента РФ, мизерные оклады у врачей повышаются, а стимулирующие и компенсационные выплаты, в том числе надбавки за стаж, за модернизацию

и др. резко снижаются, что уменьшает и так небольшие доходы врачей. А министр здравоохранения РФ считает, что в более половины субъектов зарплаты врачей растут, и нарушения имеют место лишь в отдельных учреждениях. В селекторном совещании она заявила, что на местах «нет никаких оснований снижать заработную плату медицинским работникам». Значит, снижают без оснований. По докладам Минздрава, осуществляющего мониторинг уровня оплаты труда медицинских работников, за первые пять месяцев 2013 г. средняя зарплата врачей выросла до 38250 руб., медсестер - до 21400 руб., младшего медперсонала - до 11 900 руб. При этом министр заметила, что «выделенные деньги не разворованы, а заморожены на счетах». Однако приведенные цифры напоминают «среднюю температуру тела по больнице», когда администраторы медицинских учреждений и медицинские чиновники (их роль - обеспечивающая) получают во много раз больше, чем создающие общественный продукт врачи. Поэтому не случайно А.Венедиктов заострил внимание на пропорциях в зарплате руководителей медицинских учреждений и рядовых врачей, на что министр ответила, что максимальный разрыв не может превышать 8 раз. По нашему мнению, это много и не сделает руководителей заинтересованными в повышении зарплаты врачам. Низкие зарплаты врачей в сочетании с трудностями профессионального роста и повышенным давлением чиновников привели к такому феномену как бегство врачей из профессии.

Далее обсуждался вопрос о нагрузке врачей и нормативах труда. Нужно заметить, что в силу кадрового дефицита и низкой зарплаты врачи вынуждены совмещать работу и подрабатывать, что отражается на качестве их труда и на их здоровье - широко распространенном синдроме хронической усталости и связанного с ним безразличия. Видимо, действующие до сих пор нормы нагрузки (в амбулаторных условиях на прием терапевтического больного - 12 минут, остальных пациентов - по 10 минут) вскоре будут пересмотрены, для чего создана Минтрудом и Минздравом специальная совместная группа. Нужно сказать, что увеличение времени приема одного пациента может привести к резкому возрастанию очередей, которые благодаря электронной записи на прием, переместились из поликлиник в виртуальное пространство, и к росту недовольства непринятых пациентов. Кроме того, Минздрав планирует создать автоматизированное место врача, справочные базы, электронную библиотеку. В поступившем А.Венедиктову

письме по электронной почте предлагается ввести запрет на работу врачей без медсестер. Во многих странах в силу конфиденциальности взаимоотношений между врачом и пациентом медсестра не присутствует на приеме врача, она готовит пациента к приему, а затем выполняет врачебные назначения. Видимо, вскоре это может дойти и до нас. Хорошо, что рождаемость была только упомянута, без раскрытия этой темы, иначе можно было бы услышать о грандиозных успехах Минздрава в демографических процессах. И, наконец, ближе к концу интервью проявились вопросы аккредитации, сертификации и лицензирования. Оказалось, что у министра нет четкого понимания различий в этих терминах. На самом деле лицензирование – это разрешение на деятельность, а деятельность осуществляют люди и потому лицензию должны получать врачи, а не медицинские учреждения, в первую очередь врачи, занятые в первичной медико-санитарной помощи. А учреждения должны проходить аккредитацию, т.е. доказывать, что они располагают всеми необходимыми условиями для работы врачей. Именно так это все работает в мире. Мы не будем здесь останавливаться на деталях и методологии проведения такой работы.

Таким образом, есть основания полагать, что интервью министра не прояснило ситуацию в здравоохранении и ее перспективы ни для врачей, ни для пациентов. Министр нередко просто уходила от ответов на сложные вопросы и все получилось обтекаемо, гладко, прилизано. Такое сложилось впечатление, что у нас в здравоохранении все замечательно, а будет еще лучше. Кроме того, министр, чтобы не отвечать конкретно, просто и ясно сплошь и рядом использовала в приведенных интервью модные словечки и их сочетания, типа переформатировать процесс, сопряжение концепции, изменение формата, программы конгруэнтно сходились с протоколами, мы скринируем, функционал врачей стандартизован, симуляционные тренинговые центры, простые бассейны, модуль электронной записи, опыт пилотов, гетерогенная группа, каскад реакций, триггерный механизм, тьюторы, работа в поле, выписка функционала и т.д. Почему-то министр посчитала, что врачи способны воспроизводиться, введя, на наш взгляд, оскорбительное понятие «популяция врачей». В какой-то степени понять министра, как члена команды, можно, но оправдать все действия Минздрава

никак нельзя, поскольку даже в пределах компетенции отрасли можно многое сделать по уму.

Комаров Ю.М., докт.мед.наук, проф., засл. деят. науки РФ