Тенденции

Семь лет отмерь, потом исправь

Система аттестации медработников требует обновления

В 2013 г. Министерство здравоохранения РФ решило установить для врачей квалификационные категории. Согласно задумке, система аттестации, по итогам которой врачу присваивается высшая, первая либо вторая категории, призвана была стать для медработников стимулом к повышению квалификации, поскольку за категорийность полагаются надбавки к зарплате. Да и на рынке медицинских услуг более востребованным будет врач, на бейдже которого указана высшая категория.

Вы какого сорта доктор?

Сам по себе это здравый замысел – уйти от уравниловки к дифференциации оплаты труда в зависимости от степени профессионализма врача, и в медицинском сообществе он поначалу у многих вызвал воодушевление. Но исполнение замысла оказалось, как это нередко бывает, настолько плохим, что постепенно энтузиазм врачей угас.

Пользуясь случаем, заметим, что и внешнему, и внутрикорпоративному имиджу отечественного здравоохранения система аттестации врачей с присвоением им квалификационных категорий нанесла скорее вред, чем пользу. Начать с того, что само по себе выражение «врач первой категории» вызывает неприятные ассоциации с мясным магазином, чего, конечно же, необходимо было постараться избежать при исходном подборе терминологии.

Кроме того, появление градации по категориям и существование части врачей без категорий заставляет пациентов заведомо сомневаться в знаниях и умениях доктора, на консультацию или на операцию к которому его записали, если это специалист не высшего, а второго «сорта». В то же время среди врачей, которые в принципе никогда не играли в эту игру с аттестацией, найдётся немало таких, кто по уровню своей реальной квалификации превосходит многих «окатегоренных».

Наконец, ни для кого не секрет, что сама по себе процедура получения категории со временем превратилась в чистейшую формальность, и автор этих строк знакома с медработниками, которые ни разу лично не были на аттестационной комиссии, а просто пользовались знакомствами и получали нужную, разумеется, высшую категорию.

И тут мы подошли к главному вопросу: а почему квалификационную категорию стремятся получить далеко не 100% российских врачей? Да потому что сколько-нибудь существенным материальным стимулом для профессионального роста эта процедура так и не стала. Означает ли это, что от системы аттестации следует отказаться вовсе? В Российском обществе хирургов (РОХ) считают, что не означает: аттестацию нужно сохранить, но существенно реформировать, сделать её по-настоящему объективной и главное – эффективной, то есть целесообразной с точки зрения не системы управления отраслью, а самих врачей.

Куда ведут благие намерения

РОХ уже подготовило предложения по совершенствованию системы аттестации врачей по специальности «хирургия» и представило их Министерству здравоохранения РФ. Вряд ли можно ожидать быстрой обратной реакции, но рано или поздно ведомство вынуждено таки будет ознакомиться с мнением крупнейшей профессиональной ассоциации российских врачей и дать ответ.

– Насколько нам известно, Минздрав России предполагает сохранить систему аттестации врачей для получения квалификационных категорий. Вместе с тем, и министерство, и Комитет Госдумы РФ по охране здоровья неоднократно декларировали необходимость более активного вовлечения общественных врачебных организаций в решение вопросов развития медицинской отрасли и профессионального образования. В частности, звучало предложение передать врачебным объединениям функцию проведения аттестации. А коль скоро это так, мы сочли необходимым заранее сформулировать своё видение того, какой она должна быть, – говорит вице-президент РОХ, профессор Южно-Уральского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук Сергей Совцов.

Он также напомнил, что нормативные документы Минздрава России по данной тематике были изданы ещё в 2013-2016 гг. и с тех пор не пересматривались. Между тем, за последние годы в системе здравоохранения появилась ещё одна форма определения квалификации специалистов, а именно, первичная специализированная и периодическая аккредитация врачей, разработаны профессиональные стандарты по всем основным медицинским специальностям. Однако по словам С.Совцова, это происходит на фоне не до конца решённых вопросов о врачебных компетенциях и в условиях продолжающейся «оптимизации» заработной платы врачей. Весь этот клубок «благих намерений» с неясными перспективами их реализации напрямую влияет на растущий дефицит врачебных кадров и на качество оказания хирургической помощи населению страны, а потому должен быть распутан, убеждены в РОХ.

Как включить механизм

Итак, что именно хирурги считают необходимым починить в пробуксовывающей системе аттестации врачей? Как пояснил С.Совцов, прежде всего, необходимо уйти от формального подхода к присвоению квалификационной категории. В нормативных актах Минздрава России указано, что любой медработник, претендующий на получение или повышение квалификационной категории, должен при прохождении аттестации показать главные свои достижения за последний трёхлетний период: какие практические навыки и базовые знания он усвоил, какие процедуры и операции умеет качественно выполнять. Помимо этого, врачу необходимо продемонстрировать, что он умеет анализировать основные показатели своей работы и красиво излагать это в едином отчёте, а также насколько хорошо он ориентируется в последних достижениях отечественной и мировой медицины.

– Соответственно, в действующих федеральных документах формально обозначены требования к первой, второй и высшей категориям врача: в зависимости от того, насколько старательно ты оформишь свой отчёт, такую категорию и получишь. Вместе с тем, чего греха таить, нередко высшая категория даётся специалисту как дань уважения к его огромному профессиональному опыту и прошлым заслугам, хотя к настоящему моменту соответствия квалификационным характеристикам у него явно нет. В этом случае категория рассматривается просто как своеобразная награда за выслугу лет, в придачу к которой специалист рассчитывает на повышение заработной платы при прежнем объёме и качестве выполняемой работы. Или правильнее сказать «рассчитывал», потому что к настоящему времени размер месячной надбавки оказался равен стоимости одного суточного дежурства хирурга. Разумеется, необходимость ради этой небольшой суммы чему-то новому учиться, а затем ещё и аттестацию проходить, не вызывает у врачей никакого энтузиазма. Таким образом, не просто сама идея присвоения квалификационных категорий оказалась дискредитирована, но и общий уровень профессиональной подготовки врачей страдает из-за отсутствия у них мотивации, – отмечает вице-президент РОХ.

Чтобы обеспечить объективность при определении реальной квалификации специалиста, РОХ предлагает использовать информацию о профессиональных компетенциях врача с учётом видов и объёмов выполняемых им оперативных вмешательств, которая внесена в специальную форму персонифицированного учёта врачебной нагрузки в сфере обязательного медицинского страхования (в соответствии с главой 10 «Организация персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования» Федерального закона об ОМС).

– Отмечу, что мы считаем принципиально важным при оценке профессиональных компетенций врача во время аттестации учитывать коэффициент сложности оперативных вмешательств, которые выполняет хирург. А в связи с тем, что у нас в стране нет официально утверждённой градации оперативных вмешательств по категориям сложности, РОХ предлагает выделить пять таких уровней. Если коротко, к операциям первой категории сложности следует, по нашему мнению, отнести вмешательства на мягких тканях, костно-мышечной системе и органах брюшной полости без применения общего обезболивания, а к пятой категории сложности – реконструктивно-восстановительные операции, в том числе, с применением имплантатов, видеоэндоскопические, рентгеноэндоваскулярные, роботассистированные, а также комбинированные и симультанные. Операции трёх промежуточных категорий сложности также подробно описаны в наших предложениях. Общее же количество всех оперативных вмешательств, выполненных хирургом за отчётный трёхлетний период, как и в большинстве европейских стран, должно быть не менее 250, – продолжает С.Совцов. Отдельное внимание в РОХ обратили на порядок аттестации хирургов, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Требования к квалификационным категориям должны быть едиными, как для хирургов стационаров, так и для поликлинических. Причём, идея-максимум заключается не в том, чтобы просто всех врачей непременно поделить на категории, а прежде всего в том, чтобы создать равные возможности и стимулы для постоянного повышения квалификации хирургов из учреждений всех уровней здравоохранения. Недопустимо после 6 лет дорогостоящего обучения в медицинском вузе ограничивать «потолок» возможностей амбулаторного хирурга вскрытием панарициев. В то же время нельзя допустить, чтобы все доктора, руководствуясь собственными амбициями, ушли в большую хирургию: кто-то же должен и в поликлиниках пациентов лечить, причём, лечить хорошо. Где же выход?

– Мы считаем правильным, если в медицинской организации, имеющей и стационар, и свою собственную поликлинику, будет соблюдаться принцип ротации хирургов между поликлиникой и стационаром с определённой периодичностью. Если же хирург работает в «самостоятельной» поликлинике, то возможны как минимум два варианта решения проблемы: во-первых, он должен поддерживать свои профессиональные компетенции, являясь врачом-дежурантом в стационаре, а во-вторых, можно попытаться создать при поликлинике центр амбулаторной хирургии или дневной стационар, – поясняет профессор.

Ну а самый деликатный вопрос, который в итоге «испортил» идею аттестации врачей – это надбавки к зарплате медработников за квалификационную категорию. Как уже сказано, сегодня доплата ничтожно мала, и, как считают в РОХ, именно по этой причине лишь немногим больше половины российских хирургов имеют какую-либо квалификационную категорию: стоит ли тратить время на оформление пакета документов, прохождение тестовых программ, собеседование в аттестационной комиссии, если в итоге положенные государством материальные привилегии за профессионализм врача равны стоимости одного-единственного дежурства?

Кстати, в качестве положительного примера для федерального Минздрава руководство РОХ приводит опыт Республики Татарстан, где постановлением регионального кабинета министров установлены весьма серьёзные доплаты к окладу за квалификационную категорию докторам, которые работают в государственных лечебных учреждениях: за 2-ю категорию 10%, за 1-ю категорию 20%, и за высшую – 40%. Вот это стимул так стимул!

– Поскольку от федеральных Минздрава и Минфина мы в течение многих лет не можем дождаться подвижек по данному вопросу, считаем необходимым передать его решение на уровень региональных органов власти. Разумеется, размер доплат не должен быть ниже нынешнего, и за этим призваны проследить региональные ассоциации врачей. Если государство заинтересовано в том, чтобы уровень российской медицины и профессионализм российских врачей становились выше, в его силах создать условия для достижения этой цели. Аттестация же в нынешнем её виде, напротив, компрометирует идею, которая в неё заложена, – резюмирует вице-президент РОХ.

Елена СИБИРЦЕВА.