



DOI: 10.19181/population.2023.26.3.16
EDN: EDN: OLDRTQ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ»

Здоровье населения — одна из ключевых составляющих человеческого потенциала страны. Содействовать его сохранению призвана система здравоохранения, неотъемлемой частью которой являются медицинские кадры. От их знаний, опыта, владения современными медицинскими технологиями и, не в последнюю очередь, умения слышать пациента зависит эффективность медицинской помощи. Не случайно, наряду с задачей количественного обеспечения здравоохранения медицинскими кадрами, в фокусе общественного внимания всегда находится и вопрос их профессионализма. Сегодня стремительно развивается не только медицинская наука — серьёзно перестраивается и организация работы медицинских учреждений. Это требует как рефлексии нового опыта, так и прогноза изменений.

Указанным вопросам была посвящена состоявшаяся 23 мая 2023 г. в рамках Московской недели общественного здоровья научно-практическая конференция «Медицинские кадры: взгляд в будущее», организованная совместно ИСЭПН ФНИСЦ РАН и НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента (НИИОЗММ) Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ). В мероприятии приняли участие руководители кадровых служб столичного здравоохранения, представители медицинских и научно-исследовательских организаций, со-модераторами конференции выступили д.э.н., зам. директора по научной работе ИСЭПН ФНИСЦ РАН О. А. Александрова и д.э.н., доцент, ведущий научный сотрудник ИСЭПН ФНИСЦ РАН Е. И. Медведева.

Приветствуя собравшихся, О. А. Александрова обратила внимание на неслучайный характер продолжающегося уже не

один год плотного взаимодействия двух научных учреждений, одно из которых занимается демографической проблематикой, а другое — вопросами организации и управления системой здравоохранения. Одним из научных направлений, лежащих в сфере интересов обоих коллективов, является изучение кадрового потенциала российского здравоохранения, качества занятости медицинских работников, их мотивации, верности профессии, удовлетворённости трудом.

Темой первого доклада, представленного руководителем «Дирекции по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ» и учредителем благотворительного фонда помощи медицинским работникам «Благодарность» А. С. Безмянным, стала «Профилактика и борьба с профессиональным выгоранием медицинских работников и управленческих кадров медицинских организаций». Усилия руководителей медицинских организаций направлены на укомплектование кадрами, их обучение и сохранение, формирование сплочённых команд, борьбу с профессиональным выгоранием. Последнее связано с переутомлением от растущего функционала и неудовлетворённостью резко возросшей в объёме работой. Ранее такое состояние кодировалось в международной классификации болезней ВОЗ как «Реакция на тяжёлый стресс и нарушение адаптации», теперь — как «Профессиональное выгорание». В некоторых странах, особенно в Северной Европе, где это считается заболеванием, большим оформляют листы нетрудоспособности. Исследование, проведённое в 2022 г. фондом «Благодарность», показало: из опрошенных 23 тыс. медицинских работников 16,5% находятся в серьёзном стрессе и думают об уходе из профессии,

и ещё 50% считают свою работу достаточно стрессовой; около половины иногда ощущали у себя признаки профессионального выгорания, 36% — часто и ещё 12% — очень часто; 17% опрошенных признались, что испытывают сильное выгорание. По мнению 10% медработников, ключевую роль в выгорании играет рутинная работа, ещё 37% считают её одной из причин, этим подтверждается гипотеза о том, что выгоранию подвержены не только врачи скорой помощи и медики, часто сталкивающиеся с летальными исходами, но и врачи общей практики и профилактической медицины — так, опыт работы столичных павильонов здоровья говорит о том, что стресс может вызывать и отсутствие информации о судьбе пациентов, у которых в ходе профилактического осмотра выявлено серьёзное заболевание. Последствиями выгорания становятся низкая продуктивность, ошибки и отток медицинских кадров. Причины выгорания можно разделить на связанные с: недостатком уважения со стороны пациентов или администрации; осуждением врачебных ошибок и риском судебного преследования; отсутствием видимых карьерных перспектив для молодых сотрудников; административной нагрузкой, нечётким распределением обязанностей и др. Профилактике риска выгорания призваны служить мероприятия, позволяющие переключиться, снять стресс: участие в социальных проектах, волонтерство, помощь в других больницах, посадка деревьев и так далее. Другое направление — снижение рабочей нагрузки: освобождение врачей от немедицинских функций, внедрение системы поддержки принятия врачебных решений, организация комнаты психологической разгрузки. Особое направление связано с обучением руководителей бережному отношению к своим сотрудникам. Чаще всего медики уходят из профессии в первые 5 лет. Серьёзность проблемы требует разработки методологии профилактики выгорания, её внедрения в образовательные программы медицинских училищ и вузов, а также постоянного мониторинга состояния медработников с по-

мощью тестирований и опросов и организации в медицинских организациях комнат и территорий отдыха.

Опытом работы по аккредитации и профессиональному развитию поделилась зам. директора «Московского центра аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения» А.В. Камашева. Существенные изменения в последние 30 лет роли врача, ускоренное развитие медицинской науки и технологий, цифровизация, изменение портрета пациента и его требований к врачу напрямую влияют на требования к уровню квалификации медработников. Согласно исследованию столичного Кадрового центра, в 2023 г. подавляющее большинство из 45 тыс. опрошенных медиков признались, что им не хватает профессиональных компетенций и ещё около трети — «надпрофессиональных» навыков: около 55% респондентов нуждаются в развитии компетенций в рамках своей специализации, ещё 7% — по другой специальности, и порядка 20–30% ощущают нехватку так называемого *soft skills*. Однако современные вызовы диктуют необходимость комплексного подхода, предполагающего развитие профессиональных, коммуникативных, лидерских, командных, а также цифровых компетенций, без которых сейчас невозможно представить кабинет любого врача. При этом особый акцент должен быть сделан на развитии «человекоцентричности» — способности понимать потребности пациентов и их родственников, а также медработников. Другим важным навыком является способность к мультидисциплинарному подходу, позволяющему достигать синергетического эффекта от работы бригады врачей разных специальностей. Новые принципы и форматы обучения задают процессы цифровизации, позволяющие применять дистанционное обучение, расширяющие доступ к электронным библиотекам, видеоматериалам, ресурсам для тестирования. Технологии искусственного интеллекта, симуляторы, виртуальная реальность позволяют врачам получить опыт и отработать навыки оказания медицинской по-

мощи в сложных ситуациях. Актуальными являются курсы повышения квалификации по работе с системой ЕМИАС, различным телемедицинским направлениям, в частности, по овладению системой поддержки врачебных решений. Здесь ключевым является обучение медиков навыкам грамотного и эффективного онлайн-взаимодействия с пациентами и их семьями, умению в дистанционном формате выявлять их потребности и доносить необходимую информацию.

Доклад, посвящённый роли наставничества в развитии медицинских кадров, представила к.э.н., с.н.с. ИСЭПН ФНИСЦ РАН Ю.В. Бурдастова. По данным ВОЗ, ключевыми вызовами в сфере здравоохранения являются недостаточные инвестиции в образование, подготовку, поддержку медработников; дефицит медперсонала; интенсивная миграция квалифицированных кадров; уход из профессии; низкое качество медицинской помощи. При этом глобальные тренды состоят в изменении эпидемиологических профилей и структуры населения: помимо инфекционных заболеваний, нагрузка на системы здравоохранения растёт за счёт неинфекционных и хронических состояний. И медработники должны быть способны эффективно реагировать на изменяющиеся условия. Кадровые задачи любой медицинской организации, в первую очередь, связаны со снижением текучести кадров, укреплением их лояльности, формированием стабильного и сплочённого коллектива. Одновременно особый акцент ставится на минимизации количества ошибок, нежелательных побочных явлений, жалоб пациентов, увеличении уровня их удовлетворённости. Отсюда — объективная необходимость в методах, позволяющих решать эти задачи. Одним из них является наставничество, призванное купировать риски путём передачи опыта более квалифицированными специалистами; кроме того, наставник может формировать навыки управления, участвовать в создании профессиональной команды. Наставляемый работник получает поддержку на этапе интеграции

в медицинскую организацию либо в дальнейшей деятельности. В большей степени в наставнике нуждаются новые сотрудники, а также те, кому требуется социально-психологическая поддержка. Эффективная работа системы наставничества позволяет стабилизировать численность кадров и создать корпус из высокопрофессиональных лояльных сотрудников. Для этого наставничество должно иметь комплексный, системный характер. В отделе кадров должен быть куратор, располагающий базой данных с наставниками по различным направлениям — сопровождение на рабочем месте и решение практических вопросов, повышение квалификации, купирование профессионального выгорания, усиление мотивации и др. После определения характера проблемы у наставляемого ему должен быть назначен соответствующий наставник. В рамках пациентоцентричной системы особую роль должны играть наставники, формирующие соответствующие навыки работы с пациентами; это может быть реализовано посредством различных тренингов и лекций, отработкой непосредственных коммуникаций с пациентами и их родственниками. Таким образом, для работников наставничество — это новые знания и умения, позитивные эмоции, общение с единомышленниками, обретение поддержки, выход за пределы рутины, усиление мотивации и возможности карьерного роста; для организации — сохранение кадров, формирование высокопрофессионального коллектива для эффективной работы.

В современных условиях необходимо иначе воспринимать задачи, которые выполняет медицинская сестра. Данному вопросу был посвящён доклад «Помощники врача» начальника управления сопровождения диспансерного наблюдения «Центра медицинской профилактики ДЗМ» А.В. Новикова. С 2022 г. в Москве реализуется программа проактивного диспансерного динамического наблюдения, которое осуществляет мультидисциплинарная команда, включающая в себя врача, его помощника и пациента. Цель этой совмест-

ной деятельности — контроль над заболеванием, динамикой его прогрессирования, снижение числа обращений в поликлинику и вызовов скорой медицинской помощи. Каждый участник имеет свою зону ответственности. Сегодня одну и ту же информацию получает помощник врача, врач и сам пациент, что позволяет при положительной динамике не посещать поликлинику, а при обнаружении проблем в результатах исследований, на которые пациент был направлен курирующим его помощником врача, вызвать пациента на внеплановый приём. Такой подход помогает лечащему врачу своевременно назначить или скорректировать лечение, дать рекомендации по образу жизни, питанию и так далее. Помощники врачей — это прошедшие специальный курс обучения специалисты со средним медицинским образованием, которые могут дистанционно сопровождать пациента на всех этапах диспансерного наблюдения. В их 8 трудовых функций входят: объяснение важности регулярного наблюдения у врача, прохождения полного комплекса исследований; вовлечение пациента в заботу о своём здоровье; мотивирование пациентов, не посещающих поликлинику и не проходивших обследования; информирование о перечне исследований и сроках их прохождения; помощь с записью на исследования и приём; инструктирование о правилах подготовки к исследованиям, поддержка пациентов; разъяснение результатов анализов и объяснение правил приёма лекарств; обучение пациентов правильному ведению дневника здоровья. Помощники ведут электронную медицинскую карту, объединяющую пациента, врача и его помощника в едином информационном поле. Ежемесячно каждому помощнику в работу поступает от 400 до 450 пациентов. Ежедневно каждый помощник связывается примерно со 100 пациентами. Работа помощников состоит из 3-х циклов взаимодействия с пациентами. Первичным пациентам нужно позвонить, рассказать о программе, вовлечь в заботу о своём здоровье, помочь с записью и подготовкой к исследованию. Второй группе

пациентов необходимо позвонить и записать их на ряд дополнительных исследований — на контрольный диспансерный приём. Третьей группе нужно напомнить о предстоящем исследовании или приёме, при необходимости помочь с их переносом или отменой. Четвертая группа — это те, кому не смогли дозвониться, или те, кто перенёс свою программу. За год реализации программы достигнуты впечатляющие результаты: к программе подключена 51 столичная медицинская организация и свыше 4 тыс. врачей — терапевтов, врачей общей практики, кардиологов, неврологов; 400 помощников врачей обучены и трудоустроены. На проактивном наблюдении по 9 нозологиям находится свыше 1 млн. пациентов. Свыше 800 тыс. пациентов уже прошли полный комплекс обследования и пришли на контрольный диспансерный приём, и свыше 270 тыс. пациентов проходят повторный цикл.

Основные тренды кадровых трансформаций обозначил в своём докладе зам. начальника Организационно-аналитического управления ДЗМ А. И. Ушенин. Социально-демографические и технологические факторы стремительно и серьёзно влияют на рынок труда. Уже сегодня в Атласе новых профессий, подготовленном Агентством стратегических инициатив, центром «Сколково», федеральными ведомствами, включая Министерство высшего образования и науки, видны изменения в медицинских профессиях. Сегодня в московском здравоохранении занято 200 тыс. сотрудников, и наиболее вероятный сценарий развития на ближайшую перспективу не предполагает резкого роста потребностей в медицинском и немедицинском персонале. В большей степени вырастет запрос на изменение качественного состава, уровень требований к компетенциям. Рост продолжительности жизни и, как следствие, рост числа пациентов с хроническими заболеваниями меняет спектр необходимых медицинских услуг и потребности в медицинском и немедицинском персонале. Одновременно происходит технологиче-

ский скачок: идёт автоматизация рутинных операций, внедряются искусственный интеллект и телемедицинские технологии, что приводит к снижению нагрузки как на медицинских, так и на немедицинских работников. Внедряются новые форматы трудовых отношений: в медицинские организации активно привлекаются внешние совместители и фрилансеры; производится аутсорсинг отдельных услуг; централизуются бэк-офисные работы (бухгалтерские услуги и подобное). По оценке компании Oliver Wyman, у более чем 50% сотрудников сферы здравоохранения по всему миру к 2030 г. роли и функции изменятся таким образом, что будет недостаточно провести точечную профессиональную переподготовку специалиста или руководителя — потребуется создание новых программ непрерывного образования и принципиально новый подход к подготовке кадров на уровне среднего и высшего медицинского образования. В условиях, когда пациенты требуют нового ценностного подхода, важно посмотреть на процесс трансформации культуры здравоохранения с точки зрения модели спиральной динамики, в соответствии с которой культурно-ценностные изменения поступательно проходят ряд витков. «Красная культура» в большей степени ориентируется на результат и на высокий уровень индивидуализма; для неё характерен затруднённый обмен опытом, кросс-функциональная коммуникация усложнена; стиль лидерства тяготеет к административно-командному формату. Элементы «синей культуры» — это некий свод правил и стандартов; внутри организации всё нацелено на стабильный качественный результат, в помощь сотрудникам идут новые технологии, позволяющие систематизировать и автоматизировать труд. На переход и фиксацию на этом уровне культуры потребуется порядка 6 лет. Далее идёт «оранжевая культура» — культура взаимодействия, эффективности и непрерывных улучшений, человекоцентричных систем. Переход от одной культуры к другой длится несколько лет, за которые происходят системные преобразования. Культура ме-

няется медленнее всего, потому что больше всего меняется сознание людей. Технологии же трансформируются достаточно быстро. Для адаптации к новым реалиям и ролям важно непрерывно развивать и обучать сотрудников, и в центре модели должен быть человек, причём не только пациент, но и специалист, работающий с пациентом.

Зарубежный опыт организации работы междисциплинарных команд в первичном звене представила аналитик НИИОЗМ ДЗМ А.С. Тимофеева. Под влиянием экзогенных и эндогенных факторов появляются новые форматы работы и координации, в том числе, формирование междисциплинарных команд, включающих бригады как узкопрофильных, так и многопрофильных специалистов. Появление подобных инновационных практик в первичном звене стимулировала пандемия COVID-19, однако эти изменения пока что имеют локальный характер. Хотя вызовы в виде повышенных требований со стороны пациентов, ограничения финансирования и дефицита кадров требуют внедрения новых организационных технологий. В междисциплинарной команде представители разных специальностей вместе планируют, координируют и оказывают медицинскую помощь. Примером такой команды служит травматологическая бригада, работающая на месте ДТП. Первой страной, применившей такой формат работы, были США. Там же в качестве стандартной утверждена направленная на координацию и улучшение медицинской помощи модель «Медицинского дома». Первый ее принцип — «комплексный уход», включающий профилактику, оздоровление, неотложную помощь и лечение хронических заболеваний, для чего формируется междисциплинарная команда, в которую могут входить врачи, медицинские сестры — обычные и расширенной практики, помощники врачей, фармацевты, диетологи, социальные работники, педагоги и координаторы по уходу. Второй принцип — «ориентированность на пациента», требующая от команды медиков понимания и уважения уникальных по-

требностей, культуры, ценностей и предпочтений каждого пациента. Сам пациент и члены его семьи — равноправные участники команды, полностью информированные о планах лечения и ухода; медики обучают пациента уходу за собой на том уровне, который он сам выбирает. Третий принцип — «скоординированный уход», означающий помощь пациенту в получении услуг в других учреждениях системы здравоохранения и за её пределами. Четвёртый принцип — «доступные услуги», предусматривающий медицинскую помощь в более короткие сроки при неотложных состояниях, а также увеличение времени индивидуального приёма. Пятый принцип — «качество и безопасность», заключающийся в опоре на принципы доказательной медицины, инструменты поддержки принятия клинических решений, участия в мероприятиях по оценке эффективности работы и удовлетворённости пациентов. Примеры организации медицинской помощи в первичном звене на основе междисциплинарного подхода имеются и в других странах. В Великобритании в рамках сети первичной медико-санитарной помощи врачи общей практики и их помощники сотрудничают с другими медицинскими специалистами, аптеками, психиатрическими, социальными и другими службами. Цель — предотвращение первичных и повторных госпитализаций. Во Франции, где первичную медико-санитарную помощь оказывает сеть из 23 тыс. врачей общей практики (1 врач на 1600 жителей), были созданы многопрофильные медицинские центры, интегрированные в местную экосистему социальных и медицинских партнёрств. От простых групповых практик командная работа таких партнёрств отличается наличием общего плана и координацией ухода: административная команда отслеживает достаточность времени нахождения пациента с врачом, проведение всех клинических процедур, отвечает за обеспечение персонала расходными материалами и средствами индивидуальной защиты, управляет потоком пациентов, проводит телемедицинские консультации. В Ис-

пани междисциплинарные команды на первичном уровне состоят из семейных врачей, педиатров, стоматологов, медсестёр, помощников медсестёр, социальных работников, администраторов и тесно сотрудничают с акушерами-гинекологами, другими узкими специалистами, фармацевтами, рентгенологами, лабораториями. Медсёстры играют ключевую роль в профилактике заболеваний, укреплении здоровья и санитарном просвещении, а также первые оказывают неотложную помощь. В Австралии растёт число крупных медицинских центров, предоставляющих интегрированную помощь в первичном звене. Среди успешных проектов — HealthOne, виртуальная организация, обслуживающая район с неблагополучным, разнообразным в культурном отношении населением. Пациентов в неё направляют врачи общей практики, поставщики услуг местного медицинского округа, государственные и неправительственные организации. Медицинские сёстры общей практики организуют междисциплинарные конференции, координируют уход силами различных поставщиков услуг, сами участвуют в уходе и обеспечивают информацией о пациенте врача общей практики или куратора данной команды. В Японии в последние 10 лет были сделаны шаги по продвижению командной медицины и многопрофильного сотрудничества, но пока лишь в рамках стационаров, где помимо врачей и медицинских сестёр, пациентам помогают социальные работники, диетологи и физиотерапевты. Ожидается, что возрастающая сложность медицинской помощи в стареющем обществе приведёт Японию к модели совместного ухода за пациентами и на первичном уровне. В Китае в целях достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 году и снижения роста расходов на здравоохранение также происходит реформирование первичной медико-санитарной помощи. В состав мультидисциплинарных команд, лечащих пациентов в центрах общественного здоровья или на дому, вошли специалисты, ставящие диагноз и определяющие план лече-

ния, врач общей практики, реализующий этот план и ежедневный мониторинг, и менеджер, отвечающий за санитарное просвещение и мероприятия по ведению пациента. В Казахстане начальный этап деятельности междисциплинарных команд был сосредоточен на четырёх приоритетных неинфекционных заболеваниях — артериальной гипертензии, сахарном диабете, хронической сердечной недостаточности и хронической обструктивной болезни лёгких. Были разработаны специальные программы ведения таких пациентов. Дополнение команд социальными работниками и психологами позволило эффективнее решать психосоциальные аспекты проблем со здоровьем, которые часто являются ключевыми факторами перерасхода ресурсов. Таким образом, на смену неспособной отвечать вызовам времени — старению населения, росту коморбидной патологии и подобному классической западной модели первичной помощи приходит новая модель, в которой все больше непрофильных функций передаются медсёстрам, фармацевтам, психологам, диетологам, социальным работникам.

Доклад начальника отдела оценки и анализа данных медицинской статистики НИИОЗММ ДЗМ В. М. Ивановой был посвящён влиянию COVID-19 на численность и состав врачебных кадров. В период пандемии в России, как и в других странах, отток и нехватка специалистов привели к огромной перегрузке персонала, что негативно повлияло на его психоэмоциональное состояние. Несмотря на рост спроса на врачей общей практики, их число снижается. В Москве, в том числе, за счёт изменения маршрутизации и алгоритма оказания первичной медицинской помощи, их численность за последние 5 лет снизилась более чем на 9%. В 2022 г. в Москве на 10 тыс. человек приходилось 38,3 врача; если не учитывать годы пандемии, то обеспеченность в столице врачами постоянно растёт (по данным ВОЗ, в Великобритании на 10 тыс. населения приходится 31,7 врачей, во Франции — 33,2, в Китае — 23,9, в Японии — 26,1). В Москве средний возраст

врачей всех специальностей за последние 5 лет снизился и составляет 44,2 года, а самой многочисленной группой являются молодые специалисты в возрасте до 35 лет — с начала пандемии их стало больше на 11,8%. Вторая по численности группа — врачи в возрасте 36–45 лет (порядка 33,6%), на третьем месте — врачи в возрасте старше 60 лет (более 14%). В Москве женщины составляют более двух третей всех медицинских кадров, однако удельный вес медиков-мужчин растёт и составил в 2022 г. 30%.

Подводя итоги конференции, со-модератор Е. И. Медведева отметила, что доступность медицинской помощи для россиян остаётся важнейшим социальным показателем, который напрямую зависит от возможностей системы здравоохранения. Одним из ключевых условий для этого является обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами. Необходимо изучать существующие тренды и новые запросы для формулирования верных выводов и принятия грамотных управленческих решений. Кадры в медицине решают всё, и от того, насколько адекватными будут форматы взаимодействия, обучения, переобучения, привлечения новых медицинских кадров, зависит эффективность работы системы здравоохранения.

Материал подготовили:

Александрова О. А.,

д.э.н., зам. директора по научной работе
ИСЭПН ФНИСЦ РАН, научный сотрудник
НИИОЗММ ДЗМ, профессор Финансового
университета при Правительстве РФ;

Медведева Е. И.,

д.э.н., доцент, ведущий научный сотрудник
ИСЭПН ФНИСЦ РАН, научный сотрудник
НИИОЗММ ДЗМ;

Махрова О. Н.,

к.э.н., учёный секретарь ИСЭПН ФНИСЦ РАН,
научный сотрудник НИИОЗММ ДЗМ.