

Проект предложений для обсуждения от 20.10.2024

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В УСЛОВИЯХ ЕЖЕГОДНОГО УДВОЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ И ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Содержание

1. Резюме
 2. Актуальность
 3. Проблемы с квалификацией медицинских кадров в РФ
 4. Причины недостаточной квалификации медицинских кадров
 5. Современные пути повышения квалификации кадров за рубежом
 6. Предпосылки для выполнения в здравоохранении Поручения Президента РФ по повышению квалификации кадров
 7. Предложения по повышению квалификации кадров в здравоохранении
 8. Ожидаемые результаты
- Список литературы

1. РЕЗЮМЕ

Президентом РФ В.В. Путиным поставлена задача повышения квалификации кадров во всех отраслях экономики, в том числе путем создания **современных цифровых центров знаний** (профессиональных библиотек) в регионах совместно с образовательными организациями (*Поручение № Пр-616 от 30.03.24, п. 27*) [1]. В здравоохранении создание таких центров **крайне актуально** как с точки зрения значительного роста объема медицинской информации, так и с позиции необходимости повышения квалификации медицинских кадров. О проблемах в этом отношении свидетельствуют результаты экспертизы качества медицинской помощи, которые выявляют **нарушения в 25% случаев** ежегодно, а также многочисленные обращения пациентов в Следственный комитет – более **4400** ежегодно. Главные причины недостаточной квалификации медицинских кадров: ослабление их подготовки в вузах и колледжах, связанные с падением престижа профессии педагога; высокая трудовая нагрузка врачей; формальный принцип прохождения курсов дополнительного профессионального образования (ДПО); **отсутствие требований и условий** для постоянного совершенствования своего мастерства медицинскими работниками в лечебных учреждениях, в том числе отсутствие **в них профессиональных библиотек**. Кроме того, все мероприятия по контролю качества медпомощи сосредоточены на обязательном исполнении врачами **только требований стандартов и клинических рекомендаций (КР)**, хотя эти инструктивные документы охватывают не все заболевания (440 из 2000) и применимы только в типовых случаях. В результате у врачей **формируется формальный подход** к лечению пациентов, **снижается мотивация** к развитию клинического мышления, ставится под сомнение необходимость изучения ими других современных источников знаний и прохождения курсов ДПО. **Знание КР необходимо, но недостаточно** для принятия эффективных решений. Врач должен знать границы применения этих документов по отношению к конкретному пациенту, соответственно, владеть широким спектром современных медицинских знаний. В развитых странах для преодоления разрыва между имеющимся объемом медицинской информации и применением ее на практике реализуют специальные государственные программы и обеспечивают врачей доступом к цифровым платформам (базам) знаний.

Сегодня в здравоохранении РФ для выполнения Поручения Президента по организации цифровых центров знаний и повышения квалификации медицинских кадров созданы необходимые условия, а именно: при активном участии ведущих специалистов национальных НИИ и медицинских вузов реализован крупномасштабный проект – разработана **первая отечественная цифровая платформа медицинских знаний MedBaseGeotar**. Она содержит огромный интеллектуальный багаж современных источников информации (**более 180 тыс.**), который ежегодно обновляется **на 25%**. Чтобы ускорить трансляцию новых знаний медицинским работникам страны, предлагается внести в стандарт оснащения медицинской организации **требование о наличии профессиональной библиотеки**. В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и подзаконных актах необходимо предусмотреть положение о том, что врач при принятии клинического решения (особенно в сложных и нестандартных случаях) вправе сделать это не только на основе клинических рекомендаций, но и с учетом других актуальных источников информации, рекомендованных профессиональными некоммерческими организациями (НКО), внося соответствующее обоснование в медицинскую карту. В этом же законе и ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» потребуется изменить положения об обеспечении и экспертизе качества медицинской помощи, расширив изложенные в них подходы за рамки применения только клинических рекомендаций и стандартов. По данным зарубежных исследований, вложения в обеспечение врачей современными знаниями через улучшение результатов лечения пациентов **высокоэффективны – до 5 рублей** на каждый вложенный рубль.

2. АКТУАЛЬНОСТЬ

Сегодня руководством страны поставлена задача повышения квалификации кадров во всех отраслях экономики. Президент РФ В.В. Путин в своем выступлении на Петербургском международном экономическом форуме в июне 2024 г. подчеркнул: *«Теперь главное средство производства – мозги. Нам нужно развивать технологии, строить университеты и готовить соответствующие кадры»*¹. Эта задача нашла отражение в его Поручении № Пр-616 от 30.03.24 (пункты 27 и 5), где указано создать в регионах **современные цифровые центры знаний** (профессиональные библиотеки) совместно с образовательными организациями и **довести эти знания до пользователей** [1]. Председатель Правительства РФ М.В. Мишустин на стратегической сессии, посвященной новому национальному проекту «Кадры», подчеркнул: *«Квалифицированные специалисты – основа предприятий всех секторов экономики, даже самых инновационных, самых технологичных, любой организации социальной сферы. Компетентные работники необходимы всегда, особенно сейчас, когда Президентом поставлены задачи укрепления промышленного, технологического, финансового, экономического суверенитета»*².

В здравоохранении повышение квалификации и создание центров знаний **крайне актуально** как в связи с недостаточным уровнем квалификации медицинских кадров, так и в связи резким увеличением объема медицинской информации. В 80-е годы медицинская информация удваивалась каждые 7 лет, в начале 2010 г. этот период сократился до 3,5 лет, а в 2020 году – от 1 года до 2,5 месяцев [2]. Из этого следует, что студенты, преподаватели медицинских вузов, колледжей и практикующие врачи должны обладать достаточным **временем** для обновления знаний, а также то, что для «доставки» и усвоения такого большого объема новой информации требуются **нестандартные информационно-образовательные технологии**.

3. ПРОБЛЕМЫ С КВАЛИФИКАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В РФ

Сегодня уровень квалификации врачей требует существенного повышения. Об этом свидетельствуют следующие факты:

- по итогам независимого тестирования, проводимого в Москве, с первого раза не сдают экзамен **более 20%** кандидатов³;

¹ <http://www.kremlin.ru/events/president/news/74234>

² <http://government.ru/news/52489/>

³ <https://medvestnik.ru/content/news/Pri-prieme-na-rabotu-v-meduchrejdeniya-Moskvy-na-ekzamenah-provalivautsya-bolshe-20-kandidatov.html?loc=%2Fcontent%2Fevents%2Ffarmaceuticheskii-forum-stran-eaes-i->

- ежегодно по результатам экспертизы качества медпомощи (ЭКМП) в системе ОМС ошибки (дефекты) выявляются **в 25% случаев**, что наносит серьезный ущерб и пациентам, и медицинским организациям, которые выплачивают штрафы в объеме более **11 млрд руб.**⁴;
- многочисленные жалобы пациентов привели к тому, что в Следственном комитете организован отдел медицинских экспертиз и **ежегодно более 170 уголовных дел** доводятся до суда (и в 10 раз больше возбуждается)⁵;
- инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), то есть полученных, как правило, в стационаре при проведении медицинских вмешательств, в реальности в десятки раз больше, чем выявляется, соответственно, они **не исправляются**. Так, в РФ, по данным Роспотребнадзора, их уровень **в 28 раз ниже**, чем в США при одинаковом количестве госпитализаций. При этом показано, что около **10%** этих случаев приводит к смертельному исходу⁶;
- **треть опрошенного населения РФ** считает, что необходимо повышать профессиональный уровень врачей и ввести персональную ответственность главного врача и лечащего врача за качество лечения (ВЦИОМ, 2019 г.)⁷.

По данным международных исследований, ежегодно в США из-за неверных действий медицинского персонала происходит **до 250 тыс. смертей пациентов**, что составляет **10%** от общего числа смертей, причем половину из них можно предотвратить путем организационных усилий и повышения квалификации врачей (2016 г.) [3]. В США в связи с неверно поставленным диагнозом и лечением умирают или получают различного рода увечья **около 800 тыс. пациентов** ежегодно, причем большинство случаев приходится **на 5** распространенных заболеваний: инсульт, сепсис, пневмония, тромбоз глубоких вен, рак легких (2023 г.) [4]. В РФ подобные исследования не проводятся, но в силу более коротких сроков подготовки врачей, чем в развитых странах, и их перегруженности результаты **могут быть хуже**. Как следствие, с позиции сегодняшнего уровня развития медицины **снижается эффективность оказания медицинской помощи**.

4. ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

На уровень квалификации врачей влияют **три главные составляющие**: 1) качество их подготовки в вузах; 2) система дополнительного профессионального образования (повышения квалификации); 3) самостоятельное и постоянное совершенствование профессионального мастерства. По каждому из этих блоков существуют проблемы.

1) **Подготовка в медицинских вузах и колледжах**. Самое главное – **упал престиж** профессии преподавателя вуза и колледжа. В РФ оплата труда преподавателей в медвузах равна оплате практикующих врачей и в сопоставимых показателях **в 2,5 раза ниже**, чем в советское время и **в 2 раза ниже**, чем в развитых странах [5]. Ситуацию усугубляют существенные различия по регионам – **в 2 и более раз**. В РФ, по сравнению с большинством развитых стран, отсутствует интернатура; допуск к практической деятельности в первичном звене осуществляется непосредственно после окончания вуза, тогда как в развитых странах после прохождения **минимум 2-х лет ординатуры**. В РФ также самая короткая продолжительность обучения по программам ординатуры – **2 года**. Обеспеченность вузов Минздрава России учебными ресурсами (печатные и электронные издания) составляет 900 руб. на студента в год, что **в 2,5 раза ниже**, чем аналогичное обеспечение у школьников старших классов в РФ и **в 18 раз ниже**, чем в университетских библиотеках развитых стран (в сопоставимых показателях). А в медицинских вузах системы Минобробразования России это обеспечение **в 1,5 раза ниже**, чем в системе Минздрава. В медицинских колледжах ситуация **еще хуже** – средняя оплата труда педагогов

sng.html%2Fvideos%2Fschool%2Fvideos%2Fnosology%2Flib%2Fvideos%2Flib%2Flib%2Fnosology%2Fnews%2Fnosology%2Fschool%2Fevents%2Fnosology%2Fschool%2Fnews&ysclid=libvqgw1eq19588690

⁴ «Информация о результатах проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам за 2021 г.».

⁵ <https://argumenti.ru/crime/2023/07/842350> ; <https://medvestnik.ru/content/news/Kolichestvo-ugolovnyh-del-protiv-medrabotnikov-vyroslo-v-2023-godu-na-fone-snijeniya-jalob.html?ysclid=m2begxep4223108879>

⁶ Роспотребнадзор, доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2022 году», 2023. 368 с. ISBN 978–5–7508–2012–2; CDC website <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/progress-report/2021-Progress-Report-Executive-Summary-H.pdf>

⁷ <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-mediczinskih-uslug-zapros-na-zhestkij-kontrol>

сложилась на уровне практикующих медицинских сестер, то есть **в 2 раза ниже**, чем в вузе, тогда как в советское время эта разница составляла всего **1,2 раза**. Во всех образовательных организациях в связи с увеличением целевого и коммерческого приема растет нагрузка на преподавателей. В дополнении, сегодня труд преподавателя вуза оценивается не по результатам подготовки студента, а по предпринимательской деятельности – разработке медицинских изделий, лекарств, а также по публикациям в научных журналах.

2) **Система дополнительного профессионального образования (ДПО)**. В дополнении к проблемам, изложенным выше (п. 1), в ряде случаев сложилось формальное прохождение курсов повышения квалификации для продления права работы по специальности. Это связано с тем, что на рынке услуг ДПО действуют организации, готовые предоставлять удостоверение о повышении квалификации без реального прохождения курса или чисто формально. Так, в Пояснительной записке к законопроекту «О внесении изменений в Федеральный закон "Об образовании в РФ"» справедливо указано, что имеются случаи получения и основного, и дополнительного профессионального образования в организациях, не имеющих необходимой образовательной инфраструктуры, клинической базы и квалифицированного кадрового состава⁸.

3) **Постоянное совершенствование своего профессионального мастерства**. Именно такая формулировка дана в Клятве врача России, которая дается им после завершения образования или повышения квалификации («Закон об основах охраны здоровья граждан», статья 74). В этом отношении имеются следующие проблемы:

- Загруженность медицинских работников, многим из которых приходится работать на 1,5 и более ставки, что **снижает их мотивацию приобретать новые знания**. В результате, по данным опросов, проведенных в 2023 г., **не более 20%** врачей регулярно читает профессиональную литературу;
- В подавляющем большинстве медицинских организаций **не созданы условия** для ускорения трансляции врачам новых знаний – **нет профессиональных библиотек** (ни печатных, ни цифровых);
- В нормативно-правовой базе (а именно: в Положениях об организации оказания медицинской помощи, Порядках оказания медицинской помощи, в том числе стандартах оснащения медицинских организаций, Рекомендациях института качества Росздравнадзора) **нет требований** о необходимости оснащения медицинской организации современными цифровыми (печатными) профессиональными библиотеками [6]. Например, в «Порядке оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"»⁹ указаны следующие функции хирургического отделения: *«разработка и внедрение новых медицинских технологий, относящихся к лечению больных с заболеваниями по профилю; разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы в отделении»* и др. Однако условий для эффективного выполнения данных функций в стандарте оснащения такого хирургического отделения **не предусмотрено** (о необходимости профессиональной библиотеки нет никакого упоминания, хотя душевая кабина для персонала упоминается).
- В федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» имеется **серьезное противоречие**, связанное с **обязательностью** применения клинических рекомендаций (КР) и обеспечением качества медицинской помощи. В статье 2 (ч. 21) дано правильное определение качества медицинской помощи – *«совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата»*. Далее в статье 10 (ч. 2) также правильно указано, что доступность и качество медицинской помощи (КМП) обеспечиваются *«наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации»*. Но в п. 4 этой же статьи все это сводится

⁸ <https://sozd.duma.gov.ru/bill/656009-8?ysclid=m2a233p4j0523326316>

⁹ <https://base.garant.ru/70365864/>

только к применению *«порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи»*. В этом же законе в статье 37 (Организация оказания медицинской помощи) также написано, что *«медицинская помощь организуется и оказывается ... на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи»*. Далее в статье 64 (Экспертиза качества медицинской помощи) написано, что *«критерии оценки качества медицинской помощи формируются ... на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций»*¹⁰. Другими словами, согласно закону, оказание медицинской помощи и ее качество определяются обязательностью знания и исполнения врачами только **КР и стандартов**.

- Вследствие такого подхода, естественно, все контрольные мероприятия в системах Росздравнадзора, ФОМС¹¹ и СК проводятся формально на основе **порядков, стандартов и клинических рекомендаций (КР)**. Как следствие, врачи, опасаясь проверок, жалоб пациентов и санкций, **вынуждены формально исполнять требования** этих документов. В результате страдает эффективность лечения пациентов. Более того, из такого подхода следует, что другие медицинские знания, кроме знаний клинических рекомендаций, врачу не нужны и ему нет необходимости проходить курсы ДПО. При этом необходимо понимать, что КР – это, по сути, ограниченные **инструкции**, которых зачастую недостаточно для принятия обоснованных решений, особенно в сложных и нестандартных ситуациях (вдобавок их только 440 из 2000 заболеваний). **Врач, безусловно, должен знать КР, но этого недостаточно** для принятия эффективных решений. Специалисту важно понимать границы применения этих документов по отношению к конкретному пациенту, соответственно, владеть широким спектром современных медицинских знаний и навыками клинического мышления.
- В дополнение большинство проверок КМП носят констатирующий характер и **не направлены на профилактику нарушений**. Более того, страховые медицинские организации, осуществляющие контроль, финансово заинтересованы в большем количестве нарушений, так как имеют от этого дополнительный доход (статья 24 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»).
- Главные врачи медицинских организаций и лидеры мнений **не акцентируют внимание врачей на необходимости развивать навыки клинического мышления**, сомневаться в своих решениях и сверять их с современными источниками знаний. Как правило, сегодня обращается внимание только на использование врачами стандартов и КР, на проведение телемедицинских консультаций и применение подсказок от искусственного интеллекта (ИИ). Клинические рекомендации, как уже было отмечено выше, это только инструкции, телемедицинские консультации требуют **временных затрат**, а подсказки ИИ – **высокой квалификации** специалистов, чтобы оценить их применимость к конкретному больному.
- Патологоанатомические конференции во многих случаях **утратили свое обучающее значение и независимость**, так как патологоанатом **подчиняется** руководителю медицинской организации, а тот, в свою очередь, **не заинтересован** в выявлении дефектов из-за боязни санкций со стороны контрольно-надзорных органов и жалоб пациентов. По этой же причине скрываются случаи ИСМП.

Таким образом, на снижение уровня квалификации кадров влияет комплекс причин, требующих системного решения и дополнительных финансовых вложений в части увеличения оплаты труда педагогов и практикующих специалистов. На данном этапе относительно **быстрым, малозатратным и эффективным** решением этой проблемы может стать **обеспечение** врачей постоянным доступом к современным цифровым платформам (базам) медицинских знаний, тем более что в РФ предпосылки к этому созданы (см. п. 6). Именно такой подход сегодня активно реализуется и показал высокую эффективность в развитых странах.

¹⁰ Согласно этому же закону, КР, хоть разрабатываются и утверждаются профессиональными НКО, но обязательно рассматриваются научно-практическим советом Минздрава России, а стандарты и разрабатываются, и утверждаются Минздравом России (подотчетным ему учреждением).

¹¹ см. Приказ ФОМС от 28 февраля 2019 г. № 36.

5. СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ КАДРОВ ЗА РУБЕЖОМ

В развитых странах руководители здравоохранения, понимая связь между качеством медпомощи и обеспечением врачей широким спектром новых знаний, реализуют специальные программы и создают все условия, чтобы современная информация была у медицинских работников **на расстоянии «вытянутой руки»** как в бумажном, так и в электронном виде. Это **обязательный стандарт** для каждой медицинской организации. Так, международные стандарты аккредитации (Joint Commission International) содержат требование наличия в медицинской организации условий для получения новых знаний (Стандарт «Намерения MCI.21») ¹².

На государственном уровне внедряется концепция **«обучающей системы здравоохранения»** (learning health system), где с целью улучшения результатов лечения пациентов высококачественные знания активно внедряются во все процессы: обучения студентов медицинских вузов, оказания медицинской помощи, принятия управленческих решений в сфере общественного здоровья. В этот процесс на всех уровнях — от национального министерства здравоохранения до конкретных организаций — вовлекаются все возможные силы и средства (наука, медицинское образование, информационные технологии), разрабатывается новая нормативная база.

Происходит расширение и усиление роли библиотек в медицинских вузах и практическом здравоохранении. Например, в Великобритании Министерство здравоохранения (NHS) совместно с Национальной службой библиотек (NLS) реализует программу **«Знания для здравоохранения»** (Knowledge for Healthcare) под эгидой отдела инноваций «Медицинское образование врачей Англии» (Health Education England). В США Национальный институт качества (AHRQ), Национальная медицинская библиотека (NLM) и Ассоциация медицинских библиотек (Medical Libraries Association) реализуют программу **«Обучающая система здравоохранения»** (Learning Health System) [7, 8].

Все практикующие врачи **имеют доступ к цифровым платформам** и базам медицинских знаний, которые закупаются государством или медицинскими организациями, соответственно, бесплатно доступны медицинским работникам. Среди них: 5 Minute Consult, UpToDate, BMJ Best Practice (Clinical Evidence), Clinical Key (First Consult), Dynamed, EBM Guidelines, Online Books & Journals Platform within Thieme Connect ¹³ и др.

6. ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПОРУЧЕНИЯ ПРЕЗИДЕНТА РФ ПО ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ КАДРОВ

Современные цифровые технологии позволяют **облегчить процесс создания и трансляции новой медицинской информации** от научных исследований через авторов к потребителям. Они позволяют ускоренно обрабатывать большие объемы данных и превращать их в новые знания. Меняется форма представления информации — появились цифровые медицинские базы знаний, электронные библиотечные системы, системы поддержки принятия клинических решений. Благодаря этой новой форме знания могут быстрее обновляться, мгновенно распространяться через Интернет, использоваться дистанционно, приобретать интерактивные свойства и дополнительные удобства в использовании, например, быстрый поиск.

Сегодня в здравоохранении РФ для реализации Поручения Президента создана **серьезная основа**: по инициативе ВШОУЗ и крупнейшего медицинского издательства страны «ГЭОТАР-Медиа» при активном участии профессоров и преподавателей национальных НИИ и медицинских вузов реализован **крупномасштабный проект – разработана первая отечественная цифровая платформа медицинских знаний MedBaseGeotar**. Она содержит огромный интеллектуальный багаж – **более 180 тыс.** источников, среди них: «Национальные руководства» по более чем **100** врачебным специальностям; более **25** лучших мировых изданий «Золотой серии»; «Библиотека военного медика», энциклопедический словарь со **120 тыс.** медицинских терминов; более **5 тыс.** клинических

¹² <https://www.jointcommission.org/who-we-are/joint-commission-international/>

¹³ <https://5minuteconsult.com>, <http://www.uptodate.com>, <http://bestpractice.bmj.com>, <https://www.clinicalkey.com>, <https://dynamed.ebscohost.com>, <https://www.essentialevidenceplus.com>, <https://www.thieme-connect.com/products/all/home.html>

рекомендации, одобренных Советом Минздрава России, российскими и зарубежными профессиональными обществами; справочник лекарственных средств, включая модуль **по взаимодействию лекарственных средств**. Платформа разработана с учетом достижений современных цифровых технологий, интегрируется с МИС, доступ к ней возможен с **любого** цифрового устройства. **MedBaseGeotar** аналогична по содержанию и пользовательским свойствам англоязычным информационным ресурсам.

7. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Исходя из проведенного выше анализа, целесообразно рассмотреть следующие предложения:

1) В части высшего и дополнительного профессионального образования.

Для ликвидации дефицита педагогических работников необходимо увеличить оплату их труда и установить предельные нормы трудовой нагрузки, как было в советское время – **10 студентов** на одного преподавателя. Базовый оклад профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и НИИ должен составлять **5–8 МРОТ**, колледжей – **4–6 МРОТ**. Для повышения мотивации преподавателей к созданию современной учебно-методической литературы необходимо определить эту деятельность как ключевой критерий в системе **оценки их труда**. Главная задача педагогов – **качественно обучить студентов**, что невозможно реализовать без современных учебных ресурсов.

Для обеспечения образовательного процесса современными профессиональными учебными ресурсами в достаточном для студентов количестве необходимо установить нормативы расходов на обеспечение ими:

- не менее **5 тыс. руб.** (в ценах 2023 г.) в год на студента медицинского вуза и факультета, **то есть в 2 раза больше**, чем сегодня у школьников старших классов. Тогда средняя доля расходов по этой статье в медицинском вузе составит **1,2% от его бюджета**, как это сегодня сложилось в развитых странах;
- не менее **3,8 тыс. руб.** (в ценах 2023 г.) в год на студента медицинского колледжа, **то есть в 1,5 раза больше**, чем сегодня у школьников старших классов;
- учебные издания, содержащиеся в библиотеках и перечнях литературы ФГОС, должны быть **не более 3-х лет давности** (сегодня многие из них более 10 лет давности) и **на каждого** обучающегося должен приходиться **1 учебник и/или 1 доступ к ЭБС**, как в школах.

2) В части практического здравоохранения:

- В Порядки оказания медицинской помощи и Положения об организации оказания медицинской помощи, утверждаемые Приказом Минздрава России, необходимо включить требование о наличии **профессиональной библиотеки** (бумажной и/или электронной) с постоянно обновляемым содержанием. Соответственно, Росздравнадзору при проведении лицензирования медицинской деятельности следить за выполнением данного требования¹⁴.
- В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (статья 73, ч. 3, п. 2), необходимо уточнить, что медицинские и фармацевтические работники обязаны **«совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на рабочем месте путем регулярного ознакомления с актуальными источниками информации, рекомендованными профессиональными НКО»**. Соответственно, в «Положении о лицензировании медицинской деятельности» в п. 6 (п/п «д») необходимо указать обновленные требования к повышению квалификации специалистов.

¹⁴ https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_385633/0c7bf8d00f19dbae8d6d2053e9f9971b0b4f9a31/

- В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в статью 10 (ч. 2) необходимо внести дополнение о том, что качество медицинской помощи обеспечивается *«применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи, а также в нестандартных и сложных случаях, в которых указанные документы не могут быть использованы, путем применения наиболее оптимальных для данного пациента других разрешенных на территории РФ методов диагностики и лечения, реабилитации, рекомендованных профессиональными НКО»*. Соответствующие изменения должны быть внесены в документы, регламентирующие систему контроля и экспертизы КМП, а именно: статью 64 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (*Экспертиза качества медицинской помощи*), статью 40 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» № 326-ФЗ (*Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи*) и Приказ ФОМС от 28 февраля 2019 г. № 36 (*Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС*).
- При переходе с 1 января 2025 г. на оказание медицинской помощи на основе клинических рекомендаций Приказом Минздрава России важно оговорить, что *«в нестандартных и сложных случаях, в которых стандарты и клинические рекомендации не применимы к конкретному пациенту, врач вправе на основе собственного опыта или решения врачебной комиссии¹⁵, а также актуальных источников информации, рекомендованных профессиональными НКО, принять клиническое решение, которое будет наиболее эффективное для данного пациента*. Соответственно, подготовка и работа экспертов качества медицинской помощи, членов врачебной комиссии и заместителей главных врачей по клиничко-экспертной работе в медицинских организациях, системе ОМС, Росздравнадзора и СК **должна базироваться на владении широким спектром современных медицинских знаний**.
- Включить в Практические рекомендации по организации **внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности** медицинской деятельности в медицинской организации, разработанные ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, положение о том, что медицинские работники должны иметь доступ не только к клиническим рекомендациям, но и к широкому спектру современных знаний по своей и смежным специальностям. Сами рекомендации, разрабатываемые Институтом качества, надо поэтапно сделать обязательными к исполнению на территории РФ.
- Вертикаль управления главных внештатных специалистов **от НМИЦ до центральной (областной, окружной, республиканской, краевой) больницы¹⁶** должна стать **стержнем процесса распространения современных знаний среди врачей**. Принципиально важно, чтобы министры здравоохранения, главные врачи и ведущие российские специалисты – лидеры мнений **постоянно обращали внимание практикующих врачей на необходимость развития клинического мышления** и сопоставления своих решений с широким спектром российских и мировых источников знаний. Целесообразно также разработать и реализовать ведомственный проект **«Стратегия трансляции медицинских знаний в РФ»**, который бы включал блок по развитию медицинских библиотек в медицинских и образовательных организациях, как это предписано Поручением Президента РФ № Пр-616 от 30.03.2024 г. и принято сегодня в развитых странах.

8. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Вложения в обеспечение доступа врачей к новым знаниям возвращаются сторицей – по данным зарубежных исследований, на каждый дополнительный **1 рубль эффект составляет в среднем 5 рублей** [9, 10].

¹⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

¹⁶ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.01. 2022 № 19н «Об утверждении Типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Поручение Президента РФ от 30.03.2024 № Пр-616 «Перечень поручений по реализации Послания Президента Федеральному Собранию».
2. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education // *Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc.* 2011. Vol. 122. P. 48–58. PMID: 21686208/PMCID: PMC3116346.
3. Makary M.A., Daniel M. Medical error — the third leading cause of death in the US // *BMJ.* 2016. Vol. 353. P. i2139. DOI: 10.1136/bmj.i2139.PMID: 27143499.
4. Harris E. Misdiagnosis Might Harm up to 800 000 US Patients Annually // *JAMA Network.* 2023. July 26. doi:10.1001/jama.2023.13135. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2807896>
5. Кадровое и информационное обеспечение медицинского образования и практического здравоохранения России: как обеспечить эффективную трансляцию знаний студентам, преподавателям и практикующим медицинским работникам / Г. Э. Улумбекова, Е. А. Гапонова, И. Ю. Худова; под ред. Г. Э. Улумбековой. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 96 с. : ил. — DOI: 10.33029/9704-8216-2-HR-2023-1-96.
6. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://nqi-russia.ru/activities/internal-control/otdel-uk-i-omd/>
7. Foley T., Vale L. A framework for understanding, designing, developing and evaluating learning health systems // *Learn. Health Syst.* 2022. Vol. 7, N. 1. P. e10315. DOI: 10.1002/lrh2.10315
8. Menear M., Blanchette M.A., Demers-Payette O., Roy D. A framework for value-creating learning health systems // *Health Res. Policy. Syst.* 2019. Vol. 17, N. 1. P. 79. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0477-3>
9. NHS library and knowledge value proposition: the gift of time. Электронный доступ: https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/HEE%20-%20Library%20and%20Knowledge%20Services%20Value%20Proposition%20The%20Gift%20of%20Time%20FINAL%20Nov2020_0.pdf
10. Murphy J. Global trends health science libraries: Part 1 // *Health Info Libr J.* 2021. Vol. 38 (4). P. 319–324. DOI: <https://doi.org/10.1111/hir.12408>