

© КОЛЕННИКОВА О.А., ТОКСАНБАЕВА М.С., 2021

Коленникова О.А.^{1,2}, Токсанбаева М.С.^{1,2}

Факторы дисфункции институтов оценки квалификации медицинских специалистов

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

²Институт социально-экономических проблем народонаселения – обособленное подразделение ФГБУН «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» Российской академии наук, 117218, Москва, Россия

Введение. Трансформации институтов оценки квалификации медицинских специалистов ведут к неоднозначным последствиям, в том числе к их дисфункции.

Цель исследования – систематизация факторов, влияющих на формирование этих дисфункций, на примерах института аккредитации медицинских специалистов и их аттестации на квалификационную категорию.

Материал и методы. Теоретической основой исследования послужили концепции непрерывного образования и непрерывного профессионального развития, разработанные под эгидой ООН. Они явились базой для анализа факторов, вызывающих отклонения от этих процессов, т.е. дисфункции институтов оценки квалификации медиков. Использовалась информация двух социологических опросов медицинских специалистов, занятых в системе Департамента здравоохранения Москвы, – выборочный анкетный опрос и опрос методом экспертного интервью.

Результаты. Факторы дисфункции института аккредитации медиков выявлялись на основе анализа практики непрерывного медицинского образования (НМО), внедрённого как неотъемлемый элемент перехода от института сертификации к институту аккредитации. Главное внимание уделено недостаткам НМО, вызывающим дисфункцию данного института. Определено, что они обусловлены недостаточно отлаженной организацией НМО. Изучение работы института аттестации на квалификационную категорию показало, что его основная функция, а именно обеспечение перманентного профессионального развития, значительно ослабла. Это подтверждает статистика снижения удельного веса специалистов, проходящих как первичную, так и вторичную аттестацию. Один из факторов – нарушение стимулов профессионального роста.

Обсуждение. Проблемы дисфункций институтов оценки квалификации во многом обусловлены тем, что в работе этих институтов недостаточно соблюдается координация их элементов. В рамках института аккредитации это нашло отражение в том, что распределение обязанностей между всеми субъектами НМО слабо скоординировано. А в работе института аттестации происходит стирание его принципиальных отличий от института аккредитации, в частности из-за символических доплат за категорию и попыток заменить их общими для обоих институтов стимулирующими выплатами.

Заключение. Факторы дисфункции институтов оценки квалификации медицинских специалистов систематизированы на основные и конкретизированные (как формы проявления основных факторов). Обоснована необходимость солидарной ответственности субъектов НМО за его качество, адекватное обеспечению базового уровня квалификации, а также усиления материальных и должностных стимулов профессионального роста выше базового уровня.

Ключевые слова: аккредитация; аттестация; медицинский специалист; фактор; непрерывное образование; профессиональное развитие; квалификационная категория; функция и дисфункция

Для цитирования: Коленникова О.А., Токсанбаева М.С. Факторы дисфункции институтов оценки квалификации медицинских специалистов. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021; 65(5): 467–476. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-467-476>

Для корреспонденции: Токсанбаева Майраш Сейткадыевна, доктор экон. наук, аналитик, ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва; гл. науч. сотр., зав. лаб. проблем распределительных отношений ФГБУН «Институт социально-экономических проблем народонаселения» ФНИСЦ РАН, 1172018, Москва. E-mail: matoksan@mail.ru

Участие авторов: Токсанбаева М.С. – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание текста, редактирование; Коленникова О.А. – сбор и обработка материала, статистическая обработка данных, написание текста, составление списка литературы. Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 22.07.2021

Принята в печать 17.08.2021

Опубликована 09.11.2021

© KOLENNIKOVA O.A., TOKSANBAEVA M.S., 2021

Olga A. Kolennikova^{1,2}, Mairash S. Toksanbaeva^{1,2}

Factors of dysfunction of institutes for assessing the qualifications of medical specialists

¹Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russian Federation;

²Institute of Socio-Economic Studies of Population, Moscow, 117218, Russian Federation

Introduction. The ongoing transformations of institutes for assessing the qualifications of medical specialists lead to ambiguous consequences, including the phenomena of their dysfunction.

The aim of the study is to systematize the factors influencing the formation of the dysfunctions on the examples of the institute for accreditation of medical specialists and their certification for a qualification category.

Material and methods. The concepts of continuing education and continuing professional development, formulated under the auspices of the United Nations, served as the theoretical basis of the study. They were the basis for the analysis of the factors causing deviations from these processes, that is, the dysfunction of the institutes for assessing the qualifications of medical professionals. The information of two sociological surveys of medical specialists employed in the system of the Moscow Healthcare Department was used, namely, a sample questionnaire survey and a survey by the method of expert interviews.

Results. The factors of dysfunction of the institute of accreditation of medical specialists were identified on the basis of an analysis of the practice of continuing medical education (CME), introduced as an integral element of the transition from the institute of certification to the institute of accreditation. The main attention is paid to the shortcomings of the CME, which cause the dysfunctions of this institute. It is revealed that they are caused by an insufficiently debugged organization of the CME. The study of the work of the institute of certification for a qualification category showed that its main function, namely, ensuring permanent professional development above the accreditation level, has significantly weakened. This is confirmed by the statistics of a decrease in specialists undergoing both primary and secondary certification. One of the main factors is a violation of the incentives for professional growth.

Discussion. The problems of dysfunction of qualification assessment institutes are mainly because the coordination of their elements is not sufficiently observed in the work of these institutes. Within the framework of the accreditation institute, this is reflected in the fact that the distribution of responsibilities between all the subjects of the CME is poorly coordinated. And in the work of the institute of certification for a qualification category, its fundamental differences from the institute of accreditation are erased, mainly due to symbolic surcharges for the type and attempts to replace them with incentive payments common to both institutes.

Conclusion. The factors of dysfunction of the institutes for assessing the qualifications of medical specialists are systematized into main and concretized (as forms of manifestation of the main factors). The necessity of joint responsibility of the subjects of the CME for its quality, adequate to ensure the basic level of qualification, and strengthening the financial and career incentives for professional growth above the basic level, is substantiated.

Keywords: accreditation; certification; medical specialist; continuing education; professional development; qualification category; function and dysfunction; factor

For citation: Kolennikova O.A., Toksanbaeva M.S. Factors of dysfunction of institutes for assessing the qualifications of medical specialists. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2021; 65(5): 467–476. (In Russ.). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-467-476>

For correspondence: Mairash S. Toksanbaeva, Doctor Econ. Sci, Analyst, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russian Federation; Chief researcher, Head of the Distribution Relations Laboratory, Institute of Socio-Economic Studies of Population. Moscow, 117218, Russian Federation. E-mail: matoksan@mail.ru

Information about the authors:

Kolennikova O.A., <https://orcid.org/0000-0002-0138-6115>

Toksanbaeva M.S., <https://orcid.org/0000-0002-3570-592X>

Contribution of the authors: Toksanbaeva M.S. – the concept and design, collection and processing of the material, writing the text, editing; Kolennikova O.A. – collection and processing of the material, statistical data processing, writing the text, compilation of the list of literature. All authors are responsible for integrity of all part of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Received: July 22, 2021

Accepted: August 17, 2021

Published: November 09, 2021

Введение

Оценка квалификации медицинских специалистов входит в компетенцию таких социальных институтов сферы здравоохранения, как аккредитация и аттестация. Их деятельность не сводится к оценочным процедурам, а включает и предшествующие этим процедурам этапы вузовского и в большей мере поствузовского образования, необходимые для допуска специалистов к медицинской практике (аккредитация) и к более квалифицированной работе (аттестация на квалификационную категорию). Теоретической основой функционирования данных институтов являются концепции непрерывного медицинского образования (НМО) и непрерывного профессионального развития (НПР), разработанные под эгидой ООН в рамках широких концептуальных подходов к правам и возможностям человека [1]. В соответствии с ними непрерывное образование и профессиональное развитие – это процессы роста образовательного потенциала личности, удовлетворяющие её запросы к самореализации в трудовой жизни [2]. Но поскольку данные процессы обычно протекают в определённой институциональной среде, то они рассматриваются и в ракурсе встраивания в её структуру и систему нормативных требований.

В международных исследованиях сферы здравоохранения к задачам НМО относят поддержание и обновление профессиональных знаний и клинических разработок на уровне передовых мировых стандартов, к задачам НПР – развитие личных, социальных и управленческих навыков [3]. По существу, задачи НМО и НПР совпадают с функциями институтов аккредитации специалистов и их аттестации на квалификационную категорию. С определённой долей условности можно считать, что в институт аккредитации встроено НМО, а в институт аттестации – НПР. Условность заключается в том, что развитие личных и социальных навыков происходит в подготовке к аккредитации, а поддержание и обновление имеющихся знаний – в подготовке к аттестации (периодической). Различия проводятся в основном по управленческим компетенциям, приобретение которых иногда ассоциируют с профессиональным развитием [4]. Однако далеко не все специалисты, имеющие даже высшую квалификационную категорию, стремятся к управленческой деятельности. Но таковы типичные отличия теоретической ортодоксии от реальной практики. Она всегда сложнее не только теории, но и системы принятых норм, отклонения от которой могут иметь в том числе нежелательные формы [5].

Проблема ненадлежащего нормативного регулирования институтов оценки квалификации, тем более в условиях их перманентных изменений, является не только российской, она присуща и развитым странам, в которых эти институты обладают более длительной историей. Так, в европейских государствах продолжается поиск путей повышения эффективности обучения в рамках НМО, чтобы оно не подменялось формальным соблюдением бюрократических требований [6]. В нашей стране об определённых неполадках в деятельности названных институтов свидетельствуют следующие факты. Стартовавший в 2016 г. переход к аккредитации специалистов взамен их сертификации стал отставать от намеченных

сроков еще до начала пандемии коронавируса (в связи с ней этот переход был приостановлен) [7], а масштабы аттестации, по официальным данным, приобрели устойчивую тенденцию к снижению.

Подобные феномены можно отнести к симптомам дисфункции социальных институтов, т.е. отклонения их деятельности от нормативного предназначения. В число названных симптомов попадают хаотичность институционализации [8], неясность целей института и падение его престижа [9], показанные выше на примере аккредитации медиков и их аттестации. Эти симптомы могут свидетельствовать о перерождении института, возникновении его альтернативных (в том числе «теневых») форм, а иногда и об отторжении институциональной средой, что происходит при неудачном заимствовании института из иной среды [10]. Данная проблема важна для изучения аккредитации специалистов, поскольку этот институт, если не полностью, то в немалой степени является зарубежным трансплантатом.

Пока переход к аккредитации находится в начальной стадии, есть возможность отследить и своевременно устранить нежелательные последствия. Анализ нынешней пробуксовки института аттестации важен для дальнейшего поиска функционально приемлемых моделей. Данными обстоятельствами обусловлена актуальность изучения факторов, порождающих дисфункции институтов оценки квалификации, которое позволит детальнее отразить проблемы текущего этапа преобразований и наметить возможные пути их предотвращения.

Цель исследования – систематизация факторов, влияющих на формирование этих дисфункций на примерах института аккредитации медицинских специалистов и их аттестации на квалификационную категорию. В задачи исследования в качестве факторов дисфункций входит изучение координации функций институтов аккредитации медиков и их аттестации на квалификационную категорию с задачами НМО и НПР.

Материал и методы

Прежде всего изучались нормативные документы министерства и ведомств, относящиеся к институтам оценки квалификации медиков. К исследованию привлечена официальная статистика, включающая данные Росстата и ведомственной статистики Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ). Использовались также материалы социологических опросов сотрудников лечебных учреждений системы ДЗМ, выполненных при участии авторов по проектам ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ» «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения» и «Анализ работы институтов оценки профессиональной квалификации врачей». Во-первых, это выборочный анкетный опрос медицинских специалистов, проведённый в 2019 г. (характеристики выборки и программного обеспечения изложены в [11]). Во-вторых, это опрос 5 врачей, осуществлённый в 2021 г. методом экспертного интервью. В опросе в качестве экспертов участвовали заведующие отделениями и врачи, хорошо знающие законодательную базу и реальную практику работы институтов оценки квалификации.

Результаты

Факторы дисфункции института аккредитации медицинских специалистов. Для допуска к медицинской практике того или иного уровня сложности (квалификации) специалистам необходимо поддерживать, обновлять и повышать квалификационный уровень, что достигается с помощью институтов оценки квалификации. Основной функцией института аккредитации, который обеспечивает допуск к работе по специальности, является поддержание и обновление этого уровня, реализуемого на основе НМО. Акцент на достоинствах данного института, объясняющих целесообразность отказа от института сертификации, до сих пор доминирует в публикациях. Во многом это связано с тем, что переход к аккредитации затягивается и в основном сосредоточен на её первичной форме (по данным ДЗМ, в 2020 г. на врачей, прошедших процедуру аккредитации, пришлось менее 5% врачебного персонала). Поэтому достоинства аккредитации нередко оцениваются априори, а информация для анализа как позитивных, так и негативных сторон реальной практики остается ограниченной и относится, главным образом, к опыту начавшегося внедрения НМО.

По данным опроса экспертов, достоинства НМО включают саму непрерывность образования, более разностороннюю подготовку, повышение самостоятельности специалистов в выборе программ обучения. Тем самым создаются возможности оперативно изучать новации в области лечебных практик, а также усваивать больший, чем при циклическом обучении, объём информации. Современный врач должен обладать огромным багажом базовых знаний по основной и ряду других специальностей [12], что, опять же в отличие от сертификации, достигается в ходе НМО. Эксперты опроса подтвердили, что с его внедрением расширился спектр обязательных программ по теоретическим вопросам, а также появились дополнительные программы по экстренной медицине. Они оценены экспертами как полезные. Увеличение свободы выбора форм и видов обучения признано респондентами экспертного опроса одним из основных достоинств НМО.

Наряду с достоинствами НМО выявились недостатки, относящиеся преимущественно к его организации, в подходах к которой зачастую превалирует формализм. Это ведёт к искажениям предназначения НМО, выступающим факторами дисфункции института аккредитации. Одним из основных факторов, связанных с неконструктивным заимствованием зарубежного опыта, является возложение главной ответственности за образование на самих специалистов как его реципиентов. Соответственно размывается традиционная для нашей страны ответственность составителей программ НМО, а также руководства медицинских учреждений и их подразделений, хотя задача обеспечения поддержки и роста квалификации специалистов распространяется и на них.

По сведениям экспертов, под «вывеской» свободы выбора программ обучения медикам преподносится большой объём разрозненных, тематически слабо скоординированных программ, в том числе сомнительного качества. Разобраться в них не всегда легко, часто они не аннотированы, что затрудняет выбор нужных занятий и материалов. Кроме того, специалисты нередко сами должны

находить образовательные структуры (кафедры и пр.), в которых они могут пройти интересующее их обучение, а также сами договариваться с ними. Проблемой оказалась и неготовность ряда медиков к работе онлайн. Данная проблема характерна в основном для кадров старшего возраста, которых в лечебных учреждениях немало. Многие руководители лечебных учреждений берут на себя решение организационных вопросов, в том числе обучение IT-технологиям, но, к сожалению, не все. В результате возникает спрос на организационные услуги в области НМО, в ответ на который формируется предложение альтернативных институтов и «теневых» практик.

Ещё один серьёзный организационный недостаток НМО, выступающий как фактор дисфункции института аккредитации, связан с тем, что, в отличие от сертификационных циклов, дополнительное время для обучения специалистов не предусмотрено. При этом их нагрузка на работе и так весьма высока. По данным анкетного опроса, только у четверти врачей рабочая нагрузка находится в пределах нормы, остальные настолько загружены, что либо очень устают (свыше половины), либо трудятся на пределе сил (каждый пятый). Как в таких условиях выкраивать время на обучение, дело в основном самих медиков, поскольку, по нормативным документам, содействие руководства оставлено на его усмотрение.

По сообщениям экспертов, значительная часть руководителей осознаёт свою ответственность и идет навстречу сотрудникам (старается отпускать на занятия, конференции и др., организует обучение на кафедрах и на рабочих местах и пр.). Но некоторые, будучи тоже сильно загруженными, не могут помочь своему персоналу. Встречаются и такие руководители, которые не желают взваливать на себя нигде не прописанные обязательства. К негативным последствиям дефицита времени для НМО относится дополнительная усталость медиков, сказывающаяся на качестве оказываемых лечебных услуг, и усиление формальных подходов к обучению. А раз приходится получать образование формально, то такие функции могут выполнять и альтернативные институты.

Ещё одним организационным недостатком НМО, вызывающим, по мнению экспертов, острое недовольство специалистов, является система зачётных единиц (или баллов) как один из инструментов контроля за образовательным процессом. Как таковой контроль эксперты считают целесообразным, а недовольство касается количества баллов, которое медики обязаны набирать. Их количество, а главное, ежегодный и итоговый уровень набора – зарубежное заимствование. При его переносе в российскую среду не принято во внимание, что в нашей стране организация НМО ещё недостаточно отработана. На период её апробации и отладки количество обязательных баллов следовало бы уменьшить. Без этого НМО, по словам одного из экспертов, превращается в погоню за баллами, идущую вразрез с получением качественного образования. Медикам нередко приходится выбирать не столько нужные курсы, сколько те, которые приносят больше баллов. Соответственно у них возникает потребность использования альтернативных практик для выполнения норм.

В отличие от бесплатного обучения в рамках института сертификации с переходом к аккредитации часть

образовательных услуг стала платной, что, по мнению экспертов, скорее следует отнести к разряду недостатков НМО. Далеко не все медицинские учреждения располагают средствами на эти цели. Поэтому нередко курсы, важные для прохождения аккредитации, специалистам приходится оплачивать самостоятельно. Кроме того, порой они вынуждены платить за занятия, которые можно провести в удобное для них время. Заметим, что прослушивание лекций и прохождение тестов во время отпуска и по ночам у медиков, загруженных не только на работе, но и дома, – явление не исключительное. Бывает и так, что платное обучение позволяет добрать недостающие баллы, но в этих случаях предпочтение отдается не столько нужным, сколько более дешёвым образовательным услугам.

Как считают эксперты, платное обучение за счёт самих медиков оправдано в случаях, когда им требуются узкоспециализированные знания или изучение особо интересных их тем и практик. Плата же за более удобные формы и время занятий вызывает определённые сомнения, т.к. было бы резоннее дать специалистам выбор комфортных для них условий подготовки бесплатно. Однако оплачиваемые занятия не столько ради знаний, сколько с целью выполнения норм по количеству баллов не отвечают задачам НМО и с полным правом могут быть отнесены к числу дисфункций института аккредитации. Данная и обычно индивидуальная практика порождена «провалами» организации НМО, относящимися к дефициту времени для обучения, и является ответом на потребность в компенсации организационных недостатков образовательной системы.

Насущность этой потребности нашла отражение в том, что её обеспечение вышло за рамки индивидуальных решений и подверглось коммерциализации. Платные и недешёвые услуги медикам не столько по актуальным для них программам, сколько по сопровождению образовательного процесса вплоть до его завершения с набором необходимых баллов оказывают разнообразные центры. Предоставление такого рода услуг, если на их оказание выдана лицензия, в принципе не противоречит задачам НМО, однако в этих случаях медики вынуждены расплачиваться за «провалы» в его организации. В результате коммерческие услуги повышают платность НМО, не предусмотренную в подобных масштабах в системе аккредитации. Это является следствием трансплантации данного института в среду, отличную от донорской. Так, в странах, откуда он был позаимствован, ответственность за прохождение НМО возложена на медиков, и они широко пользуются платными услугами, структура которых приспособлена для самостоятельного составления программ обучения. Кроме того, заработки медиков в этих странах существенно выше, чем у российских коллег. Поэтому решение организационных проблем НМО за счёт коммерческого сервиса не согласуется с материальными возможностями большинства специалистов.

Компенсация организационных недостатков НМО приобретает также «теневые» формы, которые по определению дисфункциональны. Среди них – покупка баллов и даже приобретение документов о прохождении аккредитации (по типу покупки дипломов и пр.), не имеющие никакого отношения к получению образования. Но такого рода случаи, как, впрочем, и пользование легальными

коммерческими услугами, ввиду их дороговизны едва ли имеют широкое распространение. К «теневым» формам можно отнести и неправомерное применение руководством властных полномочий, чтобы нивелировать последствия организационных недостатков НМО. Эксперты опроса привели примеры, когда руководители принуждают специалистов прибегать к коммерческим услугам ради набора баллов и «выручать» кадры старшего возраста, не владеющие компьютерными технологиями. То есть вместо того, чтобы предпринимать меры по устранению или хотя бы смягчению организационных недостатков, некоторые руководители предпочитают профанировать НМО ради выполнения формальных требований. Разумеется, таковых немного, но они встречаются.

Факторы дисфункции института аттестации медицинских специалистов на квалификационную категорию. В отличие от аккредитации институт аттестации имеет длительную историю. Решение о его формировании было принято в 1960 г. Аттестация носила добровольный характер и проводилась по трём категориям (первая, вторая и третья).

Комиссией учитывались:

- стаж работы по специальности;
- объём и специфика работы (в том числе в поликлинических и стационарных условиях);
- специальная теоретическая и практическая подготовка (прохождение ординатуры, аспирантуры, курсов усовершенствования, обучение на рабочем месте);
- наличие печатных трудов, изобретений, выступлений с научно-практическими докладами на врачебных конференциях, научных обществах и врачебных съездах.

Для разных категорий определялись требования к знанию отечественной и иностранной литературы по специальности и смежным дисциплинам. Это развертывало разные формы подготовки (лектории, внутриведомственные и поликлинические конференции и самообучение).

Первый же опыт проведения оценочной процедуры показал её высокую эффективность, выявились также слабые стороны. Организаторы здравоохранения подняли вопросы о целесообразности аттестации всех врачебных кадров с опытом работы свыше 5 лет и введении срока действия её результатов [13].

Аттестационные требования доработали, число категорий сократилось до 2, для высшей категории ввели стаж более 10 лет, для первой – 5 лет. Присваивалась категория за объём и качественные результаты работы за последние 3 года и прохождение курсов специализации, усовершенствования и других форм повышения квалификации. У врачей и фармацевтов, имевших высшее медицинское образование, с присвоением высшей категории оклад повышался на 30 руб., а первой – на 15 руб. в месяц. Таким образом, у отработавших в больницах и поликлиниках 10–25 лет доплаты за высшую категорию составляли 27,3%, а за первую – 13,6% к базовому окладу, что являлось сильным материальным стимулом к включению в аттестационные процедуры. Не менее важную роль играл высокий престиж статуса врача с категорией.

В первых же нормативных документах были заложены ключевые функции института аттестации на квалификационную категорию.

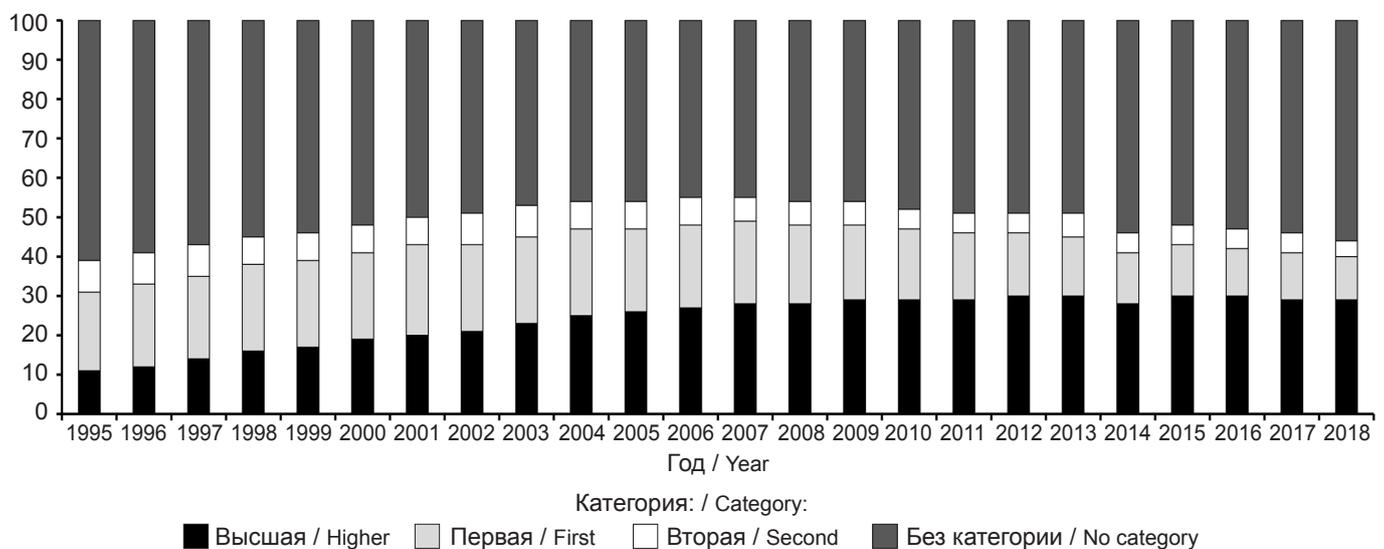


Рис. 1. Численность врачей, имевших квалификационную категорию, в России в 1995–2018 гг. (%).
Fig. 1. The number of doctors with a qualification category in the Russian Federation in 1995–2018 (%).

Предполагалось, что он должен:

- стимулировать профессиональный рост медицинских специалистов, их ответственность за качественное выполнение должностных обязанностей;
- выявлять недостатки и способствовать развитию регулярного медицинского образования;
- стратифицировать медицинский персонал по уровню профессионализма и способствовать лучшей расстановке кадров через допуск к более сложной работе и к руководящим позициям;
- формировать кадровый резерв для замещения руководящих должностей в системе здравоохранения;
- обеспечивать педагогическими кадрами систему внутрифирменного обучения.

Дальнейшая эволюция аттестации происходила в русле создания единой государственной системы последипломного обучения медицинских специалистов, но её функциональное предназначение гораздо шире. Помимо воздействия на развитие медицинского образования, включая коррекцию программ и методик обучения в рамках специализации, усовершенствования, курсов информации и стажировок, подготовка к аттестации стимулировала расширение форм неформального обучения на рабочих местах, повышала заинтересованность медицинских специалистов в самообразовании. Не менее важный функционал был заложен в результатах аттестации как инструменте кадровой политики для продвижения лучших специалистов в системе должностных позиций.

В ретроспективе те или иные условия прохождения аттестации менялись. Так, с 1970 г. аттестация стала проводиться по привычным сегодня трем категориям (вторая, первая и высшая), в 1981 г. был ограничен срок действия результатов аттестации и определена необходимость переекзаменации 1 раз в 5 лет. В 1981 г., помимо добровольной оценки квалификации на категорию, была введена обязательная аттестация не имевших квалификационной категории врачей для определения соответствия их знаний и навыков занимаемой должности. По резуль-

татам обязательной аттестации комиссия могла рекомендовать отдельных врачей на продвижение по работе или их первоочередную аттестацию на присвоение категории. В итоге оцениваться стал весь контингент медицинских специалистов, обязательная аттестация дополнила добровольную, которая уже укоренилась в практике, но оказалась недостаточной. Взыскательные требования, административный контроль, значительные материальные и моральные преференции, которые получали врачи с категорией, ограничивали ее массовый характер. По данным Росстата, в 1990 г. высшую категорию имели 5% врачей, первую – 12%, вторую – 6%, не имели категории – 77% [14].

В постсоветское время допуском к занятию медицинской деятельностью стал сертификат специалиста. Произошла отмена прежней обязательной аттестации специалиста на соответствие занимаемой должности, но добровольная аттестация для получения квалификационной категории сохранила свои позиции. Обязательным условием участия в экзаменационных процедурах стало наличие сертификата. В нормативных документах аттестация определялась как механизм государственного контроля за расстановкой и использованием медицинских кадров, уровнем и качеством оказания лечебно-профилактической помощи населению и как звено в системе непрерывного образования специалистов. С введением в 1992 г. единой тарифной сетки квалификационная категория повышала разряд оплаты труда. Так, должности оперирующего в стационаре врача-хирурга, не имеющего категории, соответствовал 12-й разряд, со второй категорией – 13-й, с первой – 14-й, с высшей – 15-й, а дифференциация труда отражалась в заработной плате.

Возможности аттестоваться в 1990–2000 гг. постепенно расширялись, в частности, были снижены требования к стажу по специальности (для получения второй категории – 3 года, первой – 5 лет и высшей – 7 лет). Заочно могли получать категорию практикующие врачи, имевшие докторскую степень, и др. Это нашло отражение в росте числа врачей с квалификационной категорией (**рис. 1**).

По данным Росстата, число имевших категорию в 2004–2009 гг. достигло максимальных за весь период значений в 54–55%, но затем стало неуклонно снижаться. К 2018 г. оно сократилось до 44% общего числа врачей, при этом спад усилился после 2013 г. Из рис. 1 видно, что численность врачей с высшей категорией в последние годы стабильно держится на уровне 29–30%, но с первой и второй категорией сократилась вдвое. Это говорит о том, что последовательное восхождение по квалификационным ступеням нарушилось. Врачи с высшей категорией продолжают подтверждать свой квалификационный уровень, но приток более молодых кадров начинает ослабевать.

Данные Минздрава РФ свидетельствуют о значительной региональной дифференциации в масштабах и динамике участвующих в аттестации врачей. Столичный регион выделяется ускоренным падением числа врачей с квалификационной категорией в сравнении с ситуацией в целом в системе здравоохранения страны (рис. 2).

В Москве в 2018 г. уже менее трети (31,5%) врачей имели категорию, что на 30% ниже уровня 2013 г. По данным статистики ДЗМ, процесс сокращения участия врачей в аттестации продолжается: в 2019–2020 гг. квалификационную категорию имел уже только каждый пятый врач (21%). Наблюдаемые процессы резкого сужения охвата аттестацией врачебного персонала говорят о серьезных дисфункциях данного института. Специалисты, по результатам своих социологических исследований (2014 и 2018 гг.), считают, что большинство врачей не рассматривает аттестацию как стимул к профессиональному росту. Мотивирует она лишь небольшую их часть, у кого по итогам аттестации произошли позитивные изменения либо в характере труда (более интересная и содержательная работа, должностное продвижение), либо в уровне его оплаты [15].

Дестимуляция профессионального роста – основной фактор дисфункции института аттестации. После отмены единой тарифной сетки и перехода с 01.12.2008 на новую систему оплаты труда работников бюджетной сферы руководителям медицинских учреждений было передано право распоряжаться фондом заработной платы и поощрять наиболее квалифицированных работников. Обязательные и фиксированные ранее доплаты за квалификационную категорию стали выплачиваться в виде стимулирующих выплат, размер которых стал регулироваться на локаль-

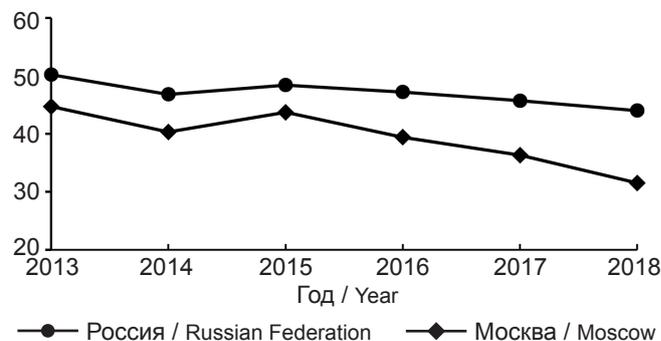


Рис. 2. Доля врачей, имевших квалификационную категорию, в России и в Москве в 2013–2018 гг. (%)

Fig. 2. The proportion of doctors with a qualification category in the Russian Federation and Moscow in 2013–2018 (%).

ном уровне. Насколько действенными оказались новые материальные стимулы в отношении участия медперсонала в аттестации?

Переход к новой системе оплаты труда, введение эффективного контракта в рамках реализации майских указов Президента по большей части привел к утрате прежней значимости надбавок за категорию. Хотя в нормативных документах рекомендованы размеры надбавок к должностному окладу (10% за вторую категорию, 15% за первую и 20% за высшую), но реальные суммы выплат, названные экспертами в ходе интервью, были совсем небольшими. Оценивая общую картину в своих медицинских организациях, они говорили о нежелании большинства коллег «сдавать на категорию».

В ходе анкетного опроса в 2019 г. мы задавали врачам вопрос о том, от чего зависят стимулирующие выплаты. Только четверть опрошенных указали, что они зависят от квалификационной категории (рис. 3).

Согласно рис. 3, у имевших категорию респондентов итоги аттестации учитывались при материальном стимулировании в 2,1–2,5 раза чаще, чем в отделениях, где работали респонденты без категории. Сказывались различия в уровне сложности труда, ответственности и врачебном риске, характерные для медицинских отделений разного типа. В стационарах имели категорию около половины респондентов, но среди работавших в амбулаторных условиях – лишь 27%. Таким образом, выплаты за

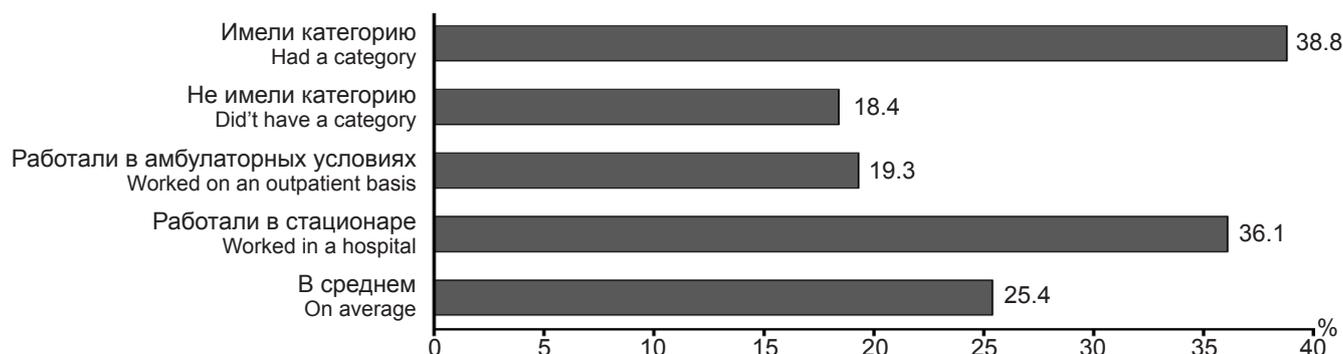


Рис. 3. Доля врачей-респондентов разных групп, по мнению которых стимулирующие выплаты зависят от квалификационной категории, % от числа опрошенных.

Fig. 3. The share of respondent doctors of different groups, in whose opinion incentive payments depend on the qualification category, % of the number of respondents.

Самооценка респондентами разных квалификационных групп соответствия выполняемой работы уровню квалификации, % от числа опрошенных

Self-assessment by respondents of different qualification groups of compliance of the performed work with the qualification level, % of the number of respondents

Категория Category	Квалификация Qualification			Итого Total
	выше higher	примерно соответствует approximately corresponds	затруднились ответить were at loss to answer	
Высшая / The highest	19.6	76.8	3.6	100
Первая / The first	22.7	77.3	0.0	100
Вторая / The second	2.4	87.5	10.1	100
Нет категории / No category	8.8	75.5	15.7	100

катеорию в поликлиниках остались в меньшей мере, в стационарах – в большей. Упразднение выплат в числе прочих причин эксперты объясняли спецификой работы, особенно в первичном звене, где общий поток пациентов распределяется по врачам без учёта их квалификационной категории и сложности заболевания. В качестве основных критериев начисления стимулирующих выплат респонденты назвали качество и результаты текущей работы и мнение руководства.

На вопрос о допуске к более квалифицированной работе по итогам аттестации эксперты отвечали по большей части отрицательно. По их мнению, заинтересованные в более сложной работе врачи ищут другое, более подходящее место работы, в том числе в ведущих центрах и частных клиниках. Поэтому функция аттестации, стратифицирующая персонал по позициям с разным уровнем сложности и ответственности работы, фактически перестала выполняться. Между тем, судя по самооценке респондентами уровня квалификации, у врачей с высшей и первой категорией имел место больший невостребованный запас квалификации (таблица).

Из таблицы видно, что у 20–23% имевших высшую и первую категорию уровень квалификации был выше выполняемой работы, а среди врачей без категории та-

ковых было значительно меньше (в их состав попали и врачи с высокой квалификацией, но не участвовавшие в аттестационных процедурах). Таким образом, для профессионального роста, дающего доступ к более квалифицированной работе, получение категории не даёт прежних предпочтений, что является ещё одним фактором дисфункции института аттестации. Поэтому в системе мотивации ориентированных на профессиональную карьеру молодых специалистов аттестация перестала играть значимую роль.

Влияют ли результаты аттестации на внутрифирменное обучение, в первую очередь на наставничество? В анкетном опросе обследовали реальный и потенциальный состав наставников. Среди респондентов с высшей категорией наставниками являлись 26%, в составе врачей без категории – 17%. Хотя наставничество в медицинских организациях в последнее время сталкивается с определёнными трудностями [16], тем не менее институт аттестации продолжает способствовать формированию педагогических кадров на рабочих местах, и при определении кандидатур наставников категория (в основном высшая) продолжает учитываться. Важно также и то, что ещё 40% врачей с высшей и 52% с первой категорией готовы стать наставниками. Сужение же состава врачей с категорией, по всей видимости, чревато нарушением процессов обучения на рабочих местах.

Среди факторов сокращения числа участвующих в аттестации эксперты отмечали также падение интереса вышестоящего и непосредственного руководства в прохождении сотрудниками аттестационных процедур. Они ссылались на известные им факты, когда руководство не только не способствовало этому, но и препятствовало, т.е. не отпускало на тестирование, не подписывало письменный отчёт и др. Таким образом, контроль со стороны администрации за своевременностью аттестации оказался ослаблен, и инициатива получения или подтверждения категории стала больше исходить от самих специалистов, что подтверждают результаты других исследований [15].

Возникает вопрос о включённости в систему аттестации врачей руководящего звена здравоохранения, поскольку развитие управленческих навыков – одна из функций института аттестации. По данным Минздрава РФ и ДЗМ, в последние годы численность руководителей организаций и их заместителей с квалификационной категорией в целом по стране и в Москве существенно различалась (рис. 4).

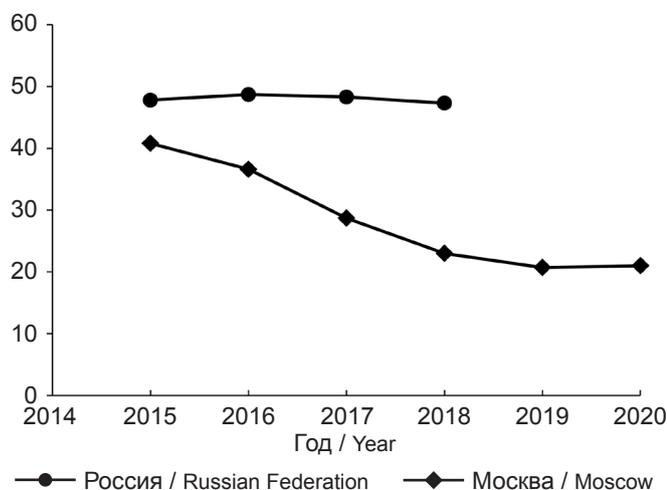


Рис. 4. Имевшие квалификационную категорию среди врачей-организаторов здравоохранения в России и Москве в 2015–2020 гг. (%)

Fig. 4. Doctors-managers of healthcare with a qualification category in the Russian Federation and Moscow in 2015–2020 (%).

В московском регионе их было меньше, чем в целом в системе здравоохранения, и сокращалось быстрыми темпами (двукратное падение в 2015–2019 гг.). В итоге высший руководящий состав не отличался от рядовых сотрудников в плане включённости в аттестацию, среди которых в 2020 г. имел категорию только примерно каждый пятый. В таких условиях о формировании кадрового резерва для замещения руководящих должностей в системе здравоохранения посредством аттестации можно говорить с большой осторожностью.

Обсуждение

Анализ факторов дисфункции институтов оценки квалификации медицинских специалистов исходит из положения, что в рамках института аккредитации поддерживается и обновляется базовый уровень их квалификации. Нарушение этого процесса сказывается на других квалификационных уровнях. Поэтому в статье, прежде всего, рассмотрены первые результаты перехода к аккредитации. Их изучение предпринято с упором на недостатки, обычно неизбежные при внедрении нового института. Они осложняют работу медиков и выступают факторами его дисфункций, тем самым негативно влияя на базовый уровень квалификации. Данный подход не предполагает умаления достоинств этого института, но может быть полезен для поиска путей и способов его отладки в переходный период.

Основной недостаток первых результатов внедрения института аккредитации заключается в том, что НМО пока не представляет собой систему взаимосвязанных и скоординированных элементов, призванных обеспечивать его результативность. Это относится ко всем субъектам НМО – к составителям программ обучения, руководству медицинских учреждений и самим медикам. Сложился перекос нагрузки на медицинский персонал, которому трудно ориентироваться в новой институциональной среде. Руководители больниц и поликлиник и их подразделения по мере возможностей стараются им помочь, но не располагают соответствующими полномочиями, что позволяет части из них уклоняться от такой помощи. Нарекания вызывают составители программ и отчасти преподавательский состав, наделённые обязательствами в основном формально. В результате страдает качество НМО, ведущее к дисфункции института аккредитации.

Системность нарушена и с институтом аттестации на квалификационную категорию. Исторически этот был институт, который обеспечивал и поддержание (на базовом уровне), и повышение квалификации. Затем от него обособился институт сертификации специалистов, а теперь – их аккредитации, но в совокупности с институтом аттестации они всё так же образуют иерархически выстроенную структуру, формально отвечающую принципу системности. В реальности отход от этого принципа проявился в сокращении доли сотрудников, прошедших аттестацию – как первичную, так и вторичную. То есть задача профессионального развития путём повышения квалификации стала утрачивать свою значимость. Не является открытием, что профессиональный рост нуждается в материальных стимулах, однако, согласно экспертному опросу, действующие стимулы ввиду чрезвычайно скромных надбавок за категорию корректнее отнести к антистимулам (что и подтверждает статистика). Попытки компенсировать эти недо-

статки стимулирующими выплатами вызывают сомнения, поскольку у этих выплат и доплат разное предназначение. Стимулирующие выплаты направлены на текущие результаты работы, а доплаты за категорию – на рост квалификации сотрудника. И дифференциация этих доплат должна зависеть от категории, а не от текущих оценок, в число которых входят и субъективные оценки руководства. Это означает, что данная практика нарушает иерархию институтов оценки квалификации в аспекте обеспечения квалификационной дифференциации.

Заключение

Определены факторы дисфункции институтов оценки квалификации медицинских специалистов, систематизированные как основные и конкретизированные факторы. Основные факторы выступают обобщёнными причинами дисфункции этих институтов, а конкретизированные факторы обуславливают её отдельные проявления, подвергнутые в исследовании поэлементному анализу. Устранение данных причин следует нацеливать на основные факторы дисфункции, чтобы придать соответствующей корректировке не разрозненный, а системный характер.

Основной фактор дисфункции института аккредитации медиков на нынешнем, начальном этапе его внедрения – отсутствие системности в организации НМО с возложением ответственности за процесс и результаты обучения главным образом на медицинский персонал. Это ослабляет заботу других участников НМО о предоставлении качественных образовательных услуг и о содействии их надлежащему получению, а самим специалистам ограничивает возможности, а с ними и заинтересованность в надлежащей профессиональной подготовке. Чрезмерную нагрузку на медиков дисфункционально компенсируют коммерциализация данных услуг и «теневые» институты, которые, по сути, заполняют организационные лакуны. Для исправления текущей ситуации прежде всего необходимо обязанности по обеспечению базового квалификационного уровня медицинских специалистов распределить между всеми субъектами НМО и ввести для них солидарную ответственность.

Основным фактором дисфункции института аттестации на квалификационную категорию следует считать нарушение механизмов стимулирования профессионального роста, которое подрывает заинтересованность медицинских специалистов в повышении квалификации. Конкретно это проявляется в существенном ослаблении материальных стимулов в виде доплат за квалификационную категорию, стимулов к должностному росту как переходу к более сложному труду в связи с повышением категории, а также стимулов к занятию руководящих позиций. Главная ответственность за профессиональный рост в рамках аттестации, как и в случае аккредитации, лежит на самих медиках, но, в отличие от неё, реализуется на добровольных началах. В условиях деструкции механизмов стимулирования доля таких «добровольцев» неизбежно снижается. Усиление действенности института аттестации, отвечающего за квалификационный рост медиков выше базового уровня, требует восстановления материальных и должностных стимулов профессионального роста с повышением ответственности за этот рост образовательных и медицинских организаций.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Бодров А.Н. Развитие концепции непрерывного профессионального образования. *Научные исследования в образовании*. 2012; (10): 29–34.
2. Зеер Э.Ф. Теоретические основания профессионального развития человека. *Профессиональное образование и рынок труда*. 2013; (1): 8–10.
3. Solé M., Panteli D., Risso-Gill I., Döring N., Busse R., McKee M., et al. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continued to meet criteria for registration and licensing? *Clin. Med. (Lond.)* 2014; 14(6): 633–9. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-633>
4. Москвичева М.Г., Шишкин Е.В. Актуальные вопросы организации непрерывного медицинского образования. *Непрерывное медицинское образование и наука*. 2017; 12(1): 4–12.
5. Насибуллин Р.Т. Здравоохранение как социальный институт. *Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки*. 2019; (4): 161–73. <https://doi.org/10.15593/2224-9354/2019.4.13>
6. World Health Organization and OECD. Improving health-care quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies; 2019. Доступно: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019>
7. Кукушкин С.К., Спасский А.А., Манюшкина Е.М., Бантьева М.Н. Изменения в системе допуска медицинских работников к профессиональной деятельности. *Академия медицины и спорта*. 2020; 1(1): 20–1. <https://doi.org/10.15829/27132-7567-2020-1-20-21>
8. Плотников В.В. Деструкция и дисфункция социальных институтов: анализ жизнеспособности государственной системы. *Теория и практика общественного развития*. 2014; (21): 44–6.
9. Еругина М.В., Кром И.Л. Институционализация здравоохранения в России: современные тенденции. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016; 24(3): 137–40. <https://doi.org/10.1016/0869-866X-2016-24-3-137-140>
10. Полтерович В.М. Трансплантация экономических институтов. *Экономическая наука современной России*. 2001; (3): 24–50.
11. Коленикова О.А., Токсанбаева М.С. Социальная защищенность медицинских специалистов в области профессионального развития. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020; 64(4): 287–93. <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-287-293>
12. Чурсин А.А., Ловчикова И.А., Лавлинский А.Ю. Применение инновационных методик при повышении квалификации врачей в системе непрерывного медицинского образования. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2019; 10(3): 44–50. <https://doi.org/10.24411/2220-8453-2019-13005>
13. Ключарова С.Г. Первый опыт аттестации терапевтов в Татарской АССР. *Казанский медицинский журнал*. 1963; 44(1): 74–6. <https://doi.org/10.17816/kazmj66523>
14. Сидоров М.Н., Александрова А.А., Бурденкова Е.С. *Здравоохранение в России. Статистический сборник*. М.: Госкомстат России; 2001.
15. Шишкин С.В., Темницкий А.Л. Роль аттестации медицинских работников в повышении трудовой мотивации. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2019; (2): 141–67.
16. Аксенова Е.И., Александрова О.А., Аликперова Н.В., Богдан И.В., Бурдастова Ю.В., Виноградова К.В. и соавт. *Профессиональный рост и трудовые стратегии медицинских работников*. М.; 2020.
1. Bodrov A.N. Development of the concept of continuing professional education. *Nauchnye issledovaniya v obrazovanii*. 2012; (10): 29–34. (in Russian)
2. Zeer E.F. Theoretical foundations of professional development of a person. *Professional'noe obrazovanie i rynek truda*. 2013; (1): 8–10. (in Russian)
3. Solé M., Panteli D., Risso-Gill I., Döring N., Busse R., McKee M., et al. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continued to meet criteria for registration and licensing? *Clin. Med. (Lond.)* 2014; 14(6): 633–9. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-633>
4. Moskvicheva M.G., Shishkin E.V. Topical issues of the organization of continuing medical education. *Neprevrynoe meditsinskoe obrazovanie i nauka*. 2017; 12(1): 4–12. (in Russian)
5. Nasibullin R.T. Healthcare as a social institution. *Vestnik Permskogo natsional'nogo issledovatel'skogo politekhnicheskogo universiteta. Sotsial'no-ekonomicheskie nauki*. 2019; (4): 161–73. <https://doi.org/10.15593/2224-9354/2019.4.13> (in Russian)
6. World Health Organization and OECD. Improving health-care quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies; 2019. Available at: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019>
7. Kukushkin S.K., Spasskiy A.A., Manoshkina E.M., Bant'eva M.N. Changes in permit-to-work system in health care. *Akademiya meditsiny i sporta*. 2020; 1(1): 20–1. <https://doi.org/10.15829/27132-7567-2020-1-20-21> (in Russian)
8. Plotnikov V.V. Destruction and dysfunction of social institutions: analysis of the viability of the state system. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*. 2014; (21): 44–6. (in Russian)
9. Erugina M.V., Krom I.L. The institutionalization of health care in Russia: actual trends. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2016; 24(3): 137–40. <https://doi.org/10.1016/0869-866X-2016-24-3-137-140> (in Russian)
10. Polterovich V.M. Transplantation of economic institution. *Ekonomicheskaya nauka sovremennoy Rossii*. 2001; (3): 24–50. (in Russian)
11. Kolennikova O.A., Toksanbaeva M.S. Social security of medical specialists in the field of professional development *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2020; 64(4): 287–93. <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-287-293> (in Russian)
12. Chursin A.A., Lovchikova I.A., Lavlinskiy A.Yu. Application of innovated technologies in raising the level of doctor's skill in system of continuous medical education. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*. 2019; 10(3): 44–50. <https://doi.org/10.24411/2220-8453-2019-13005> (in Russian)
13. Klyucharova S.G. The first experience of certification of therapists in the Tatar ASSR. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1963; 44(1): 74–6. <https://doi.org/10.17816/kazmj66523> (in Russian)
14. Sidorov M.N., Aleksandrova A.A., Burdenkova E.S. *Health Care in Russia. Statistical Report [Zdravookhranenie v Rossii. Statisticheskiy sbornik]*. Moscow: Goskomstat; 2001. (in Russian)
15. Shishkin S.V., Temnitskiy A.L. The role of certification of health workers in labor motivation. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya*. 2019; (2): 141–67. (in Russian)
16. Aksenova E.I., Aleksandrova O.A., Alikperova N.V., Bogdan I.V., Burdastova Yu.V., Vinogradova K.V., et al. *Professional Growth and Labor Strategies of Medical Workers [Professional'nyy rost i trudovye strategii meditsinskikh rabotnikov]*. Moscow; 2020. (in Russian)