

О подготовке врачебных кадров в Российской Федерации

Комаров Ю.М.

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей

Ключевые слова: врачебные кадры, заработная плата, лицензирование, дефицит, Российская Федерация, средний медицинский персонал, миграция

Минздрав РФ начал в 9 регионах пилотный проект по непрерывному медицинскому образованию врачей, для этого созданы комиссии, рабочие группы, Координационный совет. Удивительно, но в проект включено все то, что сейчас действует, в т.ч. 144-часовое обучение с выдачей сертификата. Единственное новшество – это мотивация врача непрерывно учиться, а до этого мотивом обучения было получение сертификата специалиста один раз в 5 лет. Этот пилотный проект, который является компромиссом между тем, что есть, и тем, как должно быть, трудно пока назвать системой непрерывного медицинского образования. Правда, в реализации этого проекта участвуют квалифицированные специалисты, что порождает надежду на его успешные результаты. Мы считали своим долгом внести посильную лепту в дело улучшения подготовки врачей.

1. В чем суть проблемы?

Во-первых, в российском здравоохранении существует дефицит врачей, о чем поднимался вопрос еще 30-35 лет тому назад, но только недавно Минздрав РФ осознал, что кажущееся перепроизводство врачей в РФ является мнимым. Многие отечественные специалисты были категорически не согласны с теми зарубежными экспертами, которые утверждали, что у нас слишком много врачей и что срочно нужно сокращать приемы в медицинские вузы. И действительно, по показателям обеспеченности населения врачами наша страна как бы впереди планеты всей – 44 врача на 10 000 населения, т.е. 1 врач на 227 человек. Но к врачам статистика относит таких специалистов, которые в других странах не являются медицинскими профессиями, в т.ч. физиотерапевты, специалисты по лечебной физкультуре, работники санитарно-эпидемиологической службы, главные врачи и др., а стоматологи регистрируются отдельно и не входят в понятие «врач». Грубо говоря, у нас количество врачей считают по выпуску, а за рубежом – по занятым в медицинской практике. К тому же, далеко не все лица, получившие высшее медицинское образование, затем работают в здравоохранении, а это почти 30% выпускников, которые в силу многих причин покидают отрасль. «Бегство» из врачебной профессии в последнее время ускорилось, что во многом обусловлено отношением власти к врачам,

обюрокрачиванием врачебной деятельности, очень низкой престижностью врачебной профессии, недостаточными возможностями для профессионального роста, большой физической и психологической нагрузкой, низким уровнем безопасности работы и крайне недостаточной оплатой ответственного врачебного труда. Проведенный в Интернете опрос врачей показал, что только 4% согласны от безысходности продолжать работать при такой низкой зарплате; 62,5% считают, что нужно бастовать; 22,7% – необходимо увольняться; 5,7% – повеситься.

В результате, по данным Минздрава РФ, не хватает 148,2 тыс. врачей при ежегодном их выпуске в 52 тысячи человек (2012 г.), а это значит, что с учетом движения врачебных кадров (ежегодное выбытие составляет 22 тыс.) для ликвидации указанного дефицита потребуется не менее 5 лет целенаправленной работы. При этом нужно учитывать, что 40% врачей находятся в предпенсионном и пенсионном возрастах. В результате нагрузка врачей на амбулаторном приеме (40-60 пациентов) существенно возрастает и страдает качество. Это же подтверждено результатами исследований в университете Джона Хопкинса (2013), где было научно доказано, что чрезмерные нагрузки на врачей не способствуют безопасности пациентов, приводят к некачественному лечению, а это только увеличивает расходы на здравоохранение. Несмотря на то, что данные о дефиците врачей поступают от региональных властей, Министр здравоохранения РФ с ними не соглашается, считая, что не хватает всего 40 тысяч работников сферы здравоохранения и что проблему кадрового дефицита можно решить за 3-4 года. Вполне возможно, что сокращение дефицита врачей и средних медработников связано с массовым закрытием медицинских учреждений, поскольку другой причины этому феномену (если он имеет место) просто нет.

Во-вторых, оказалось нарушенным соотношение между врачами и средним медицинским персоналом (1:2,1), что вынуждает врачей во многих случаях выполнять медсестринские функции. Как хорошо известно, во многих странах, в первую очередь, в Швеции, Англии и Нидерландах, медицинские сестры составляют основу здравоохранения, особенно его первичного звена, восстановительного лечения, реабилитации и интегрированного медицинского ухода, т.е. в тех службах, с которых начинается и заканчивается оказание всего цикла медицинской помощи. Например, в Финляндии 80% амбулаторных пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу. В повсеместно распространенных в скандинавских странах в городах и на селе центрах здоровья также ведущая роль принадлежит медицинским сестрам. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами во

вне рабочее время принимает медсестра на основе установленных критериев. В США медицинские сестры нередко выполняют административные функции, являясь заведующими отделениями в больницах или состоя в администрации больниц, а врач при этом оперирует пациентов, либо их консультирует. Если врач в РФ в стационаре ведет 20 больных на ставку, то в США – 100, поскольку больных там ведут медицинские сестры, выполняющие многочисленные назначения, а врач координирует деятельность довольно большого коллектива. Кстати, в США в расчете на одну больничную койку медицинского персонала в 6 раз больше, чем у нас, что позволяет там организовать в больницах непрерывный лечебно-диагностический процесс. В условиях амбулаторной помощи, особенно в муниципальных «мини-поликлиниках» США, медицинские сестры работают самостоятельно, выполняя патронажные функции, обслуживая вызовы на дом. В Великобритании, к примеру, закон о медицинских сестрах, как о самостоятельном институте, действует с 1902 г.. В Англии все чаще медсестры занимаются самостоятельной практикой и им разрешено выписывать фармацевтические препараты из определенного перечня лекарственных средств (ЛС). Не только в США, но и во многих других странах не врачи, как у нас, а медицинские сестры обслуживают вызовы на дом и они же приглашают врача посетить пациента на дому при необходимости. К сожалению, у нас в стране организовать работу подобным образом пока не представляется возможным из-за деструктивных процессов в муниципальном здравоохранении, дефицита всех категорий медицинских работников в первичном звене здравоохранения, недостаточного количества среднего медперсонала (по официальным данным не хватает более 800 тыс. медсестер) и крайне низкого соотношения врачей и медсестер при том, что оно должно быть, по крайней мере, 1:4 (в Великобритании, Люксембурге, Ирландии, Нидерландах и Канаде – 1:5). Кстати, на селе, где на 26% населения страны (в 1897 г. – 86,6%) приходится всего 7% всех врачей из 628,7 тыс., медицинские сестры, фельдшера и акушерки должны играть более значимую и самостоятельную роль, чем в городах, а местами их могут частично заменить или дополнить подготовленные парамедики. По данным В.И.Скворцовой ежегодно из здравоохранения уходят почти 90 тыс. человек среднего медперсонала (при их дефиците в 280 тыс., а по данным Т.А.Голиковой в 2011 г. – более 800 тыс.), из которых только 15 тыс. выходят на пенсию, а ежегодный их выпуск составляет только 59 тыс.

Третьей проблемой врачебных кадров является их структурная диспропорция. Так, за последние годы число врачей терапевтического профиля уменьшилось на 20,4%, педиатрического – на 5,3%, врачей скорой помощи – на 8,8% при значительном росте врачей-специалистов. В стационарах число штатных должностей врачей выросло на 15,9%, а в первичном звене сократилось на 3,2%. Иначе говоря, ожидаемого укрепления врачами первичного звена здравоохранения так и не произошло, следовательно, основная надежда в этом

отношении возлагается на средний медицинский персонал. В стране не хватает целого ряда специалистов при существенном переизбытке стоматологов (на 25%), урологов и некоторых других специалистов. Кроме того, отмечается территориальная диспропорция, проявляющаяся в значительном дефиците врачей на селе, в отдаленных районах, в малых городах и поселках, в неравномерном распределении врачей по стране (от 10 до 60 врачей на 10 000 населения в разных регионах), диспропорция по уровням медицинской помощи (в стационарах отмечается существенный переизбыток врачей, а в первичном звене их катастрофически не хватает).

Четвертая проблема – это миграция врачей и медсестер, как внешняя (в другие страны), так и внутренняя, включая «бегство из профессии». Как показывают результаты крупного исследования, ради достойного будущего и благополучия семьи в пределах страны сельские врачи хотели бы уехать чаще, чем городские, хотя последних притягивают более крупные города и работа в частных клиниках. Но на первое место в причинах миграции врачи ставят возможности профессионального и карьерного роста, для чего не всегда создаются необходимые условия. Не менее важным фактором является низкая оплата труда, и это имеет отношение к 80% врачей; далее они определили желаемые социальные гарантии, условия труда, давление чиновников и т.п. Зарплата у врачей существенно ниже, чем у специалистов во многих других отраслях (кроме культуры), получивших высшее профессиональное образование и составляет 60% от средней зарплаты в экономике, в то время как в США этот уровень в 2 раза выше. Если у нас в стране по уровню зарплат лидирует финансовый сектор, то в США в первой десятке мест по оплате и престижности труда занимают врачи, а на первом месте находятся ключевые врачи общей практики. Правда, и врачи в США больше работают – до 10-12 часов в сутки. В Великобритании базовая оплата труда врачей общей практики зависит от численности и структуры прикрепленного населения и каждая возрастная группа имеет свой поправочный коэффициент. Все это вместе взятое свидетельствует об отсутствии на протяжении последних 30 лет какой-либо реальной кадровой политики в системе здравоохранения России. В срочном порядке следует восстановить Совет по кадровой политике при министре здравоохранения. Получается, что теперь необходимо снимать слои накопленных многолетних проблем кадровой бездеятельности. Сейчас многие говорят о рынке труда, в том числе и в здравоохранении, но в отличие от развитых капиталистических стран в России люди больше «привязаны» к месту жительства со всеми последствиями, чем к месту работы. Именно поэтому свободные рабочие места более охотно занимают гастарбайтеры, нежели приезжие россияне. Сейчас во многих медицинских учреждениях страны отдельные работники плохо говорят по-русски. Вроде бы получается, что вакансии занимают, но как они будут лечить? Всего медицинской деятельностью у нас занимаются менее 10 000 врачей общей

практики, что составляет всего 1,5% всех врачей, а должно быть их в 35 раз больше. В Великобритании, где 95% больниц принадлежат государству, большинство врачей и иных медработников являются государственными служащими. Аналогично государственными служащими являются и сотрудники подчиненных непосредственно Департаменту здравоохранения и социальных служб США научных центров (Национальные институты здоровья, Агентство по исследованию здравоохранения и качества, Центры по контролю за болезнями и др.). Вероятно, этот опыт в какой-то степени можно использовать и в РФ, что повысит статус врачебных и научных медицинских кадров.

Недостаточная квалификация врачебных кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, одногодичная смертность и пятилетнее недожитие у онкологических больных, коэффициент больничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах – в РФ в 1,5-2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР. Между тем, квалификация в определенной мере влияет на качество медицинской помощи и ее результативность. Положение усугубляется тем, что нередко у врача на селе или в малом городе имеется мало возможностей для профессионального роста, для качественной медицинской помощи из-за отсутствия нужных лекарств и материалов. И это является главной причиной «бегства» из профессии, несмотря на предусмотренное материальное поощрение. Вопрос о квалификации врачей и их отношения к пациентам особенно остро встал в последние годы. С этой целью министерство здравоохранения РФ считает необходимым ввести нормы медицинской этики, повысить зарплату, улучшить условия труда и отдыха, изменить подходы к подготовке врачей. Однако, по нашему мнению, этого недостаточно. Самое главное – это необходимо восстановить дух гуманизма в медицине, вернуть медицину из коммерческого ремесла в статус науки и искусства врачевания, ввести отбор к врачебной специальности и кардинально изменить характер додипломного и последипломного образования, постепенно переводить врачей из объектов права в субъекты права с увеличением их ответственности за пациентов и ростом оплаты их труда.

2. Отбор к врачебной профессии

Пятидесятилетний опыт врачебной и научно-педагогической деятельности подсказывает, что не каждый человек в силу личностных особенностей может быть врачом. Как отмечалось, почти 30% выпускников медицинских вузов не идут работать в медицину вообще. А это означает, что изначально они серьезно ошиблись в выборе профессии или просто нуждались в получении высшего образования. В ряде случаев их отпугивают ответственность профессии и

высокий ее риск, особенно в специальностях хирургического профиля. Еще треть выпускников, хотя и затем работают в медицинских учреждениях, но являются буквально случайными людьми, не украшающими медицину, без соответствующего призвания. И только из трети при определенных условиях могут получиться хорошие врачи, а плохие и посредственные нам не нужны. Если человек в детстве издевался над сверстниками или животными, то ему нельзя идти в медицину, в лучшем случае из него может получиться патологоанатом. А сданные даже на отлично вступительные экзамены не являются гарантией того, что из абитуриента может получиться хороший врач. Медицина – это наука о здоровье и болезнях человека, искусство – искусство врачевания и искусство взаимодействия с пациентом, и ремесло, когда некоторые подходы могут быть не индивидуальными, а стандартными. Правда, во всем мире стандарты устанавливаются не на медицинские технологии (для этого есть клинические рекомендации), а на результаты медицинских вмешательств. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор чисто человеческих качеств, которые проявляются с детства и формируются всю жизнь (внимание, благородство, культура, милосердие, доброе отношение к людям, умение выслушать другого человека и т.п.). Исходя из этого, целесообразно создать специальную систему предварительного тестирования абитуриентов в виде советующей системы на наличие у них качеств, требующихся будущему врачу, в результате чего могут даваться соответствующие рекомендации. Это будет как бы рекомендательная система отбора к врачебной профессии.

В США и других западных медицинских школах тестируются личностные качества абитуриентов, такие как сообразительность, способность убеждать и самостоятельно принимать решения, коммуникационные навыки, межличностное общение и сотрудничество, спектр профессиональных интересов, склонность к системному мышлению, гуманное, а не потребительское отношение к людям, следование этическим принципам, способность выслушать, понять, сочувствовать и сопереживать, отсутствие жестокости и т.д. Это в определенной мере позволит очистить ряды врачей от случайных, черствых, жестоких и коммерчески настроенных людей. Об этом ставится вопрос не одно десятилетие, но пока что понимания важности этой простой системы нет. При поступлении целесообразно учитывать династические аспекты, что позволит в семейном кругу обсуждать профессиональные и этические вопросы, пользоваться накопленной за многие годы литературой и т.д. Сбрасывать со счетов воспитательную роль семьи никак нельзя.

Исходя из изложенного, одним из аспектов повышения квалификации врачебных кадров является внедрение рекомендательной системы отбора к профессии врача с помощью специального анкетирования и проверки личностных качеств

будущего врача. Для этого нужно вначале разработать профессиональный «портрет» врача, определить, какими качествами врач должен обладать, сформулировать их в виде вопросов для анкеты, определить соответствующие критерии и уж затем проводить тестирование. Конечно, в РФ каждый вправе на конкурсной основе получить любое высшее образование, однако предлагаемая система позволит в какой-то степени удержать абитуриента от случайного выбора будущей профессии.

3. Додипломное образование

Переход в медицинском образовании на Болонскую систему имеет больше негативных, чем позитивных последствий, и потому в ближайшие годы от этого следует воздержаться. Медицинские образовательные учреждения и кафедры должны проходить аккредитацию, а профессорско-преподавательский состав должен получать лицензию раз в 3 года.

Вузы должны иметь обоснованное госзадание, сколько и каких врачей нужно готовить, обладать своим рейтингом по индексу цитируемости работ и публикаций, из них исходящих, по уровню преподавания, по квалификации преподавателей, по соотношению между педагогами и студентами, по квалификации и востребованности выпускников, по защищенным диссертациям и т.п.. На одного преподавателя должно приходиться не более 4 студентов, которые, начиная с 4-5 курсов, должны привлекаться заинтересованными медицинскими учреждениями и выполнять необходимую практическую или исследовательскую работу. Видимо, назрела пора создать в медицинских вузах факультеты по общей врачебной практике и обучать студентов по нескольким программам, рекомендованным Всемирной организацией по семейной медицине (WONCA) и с учетом требований, предъявляемых к такого рода специалистам. Врач общей практики должен быть хорошо подготовленным по основным специальностям (терапия, педиатрия, гериатрия, акушерство, гинекология, мелкая хирургия, социальная и медицинская профилактика, общественное здоровье и здравоохранение, деонтология), а также по общим вопросам в узких специальностях (неврология, психиатрия, офтальмология, ЛОР, травматология и др.). К сожалению, подготовка врачей общей практики в стране оставляет желать лучшего и требует кардинальных преобразований. Зарубежные специалисты согласны с тем, что помимо предоставления студентам-медикам необходимых знаний в соответствии с принятыми международными образовательными стандартами, у них необходимо развивать клиническое мышление, что позволит более объективно и системно оценивать состояние организма в норме или при той или иной патологии. Системное мышление – это не только правильная оценка взаимодействия органов или систем человека во взаимосвязи с окружающей

средой в норме и патологии, но также означает системный подход к профилактике (первичной, вторичной и третичной), диагностике, лечению, реабилитации и интегрированному медицинскому уходу. Важно по фон Берталанфи «за деревьями не пропустить лес». Крайне необходимо в процесс обучения включить клиническую эпидемиологию, развивающую системное мышление, аналитическую статистику, доказательную медицину, международные стандарты ISO, этику и взаимодействие врача и пациента и т.д.

Кроме того, необходимо от предметного обучения перейти к проблемно-предметному, что не требует каких-либо организационно-структурных преобразований в медицинских вузах, а просто нужно перестроить технологический образовательный процесс с тем, чтобы знания не распылялись во времени и были бы целенаправленными. Именно на проблемном (а не предметном) подходе основано обучение в медицинских школах при университетах Запада и учебный план там состоит из блоков, обучение многопрофильное с большой долей самостоятельного обучения. При этом четко определено, что университеты выпускают врачей, не готовых работать самостоятельно (т.е. стажеров), но которые способны проходить дальнейшую профессиональную подготовку. Кстати, там ежегодно группы преподавателей выезжают в разные города и на месте знакомятся с вероятными кандидатами в студенты. Квалификация российских специалистов (набор компетенций) должна быть приближена к 2020 г. к квалификации специалистов в странах ЕС. Одной из проблем, возникших после распада СССР, явилась невозможность сохранения существовавшей ранее системы распределения выпускников. В результате оказалась полная неразбериха в расстановке врачебных кадров: значительный их дефицит в первичном звене здравоохранения и на селе при переизбытке в стационарной медицинской помощи. Между тем, решение проблемы достаточно простое: необходимо абитуриенту выдавать кредит на обучение, который при выпуске он должен вернуть либо отработать там, где это требуется обществу. Для того чтобы такая система не противоречила бы Конституции РФ (статья 43, п.3), при целевом наборе в случае отказа выпускника работать по направлению в договоре можно предусмотреть возврат пособий и стипендий, выплачиваемых потенциальным работодателем.

Кроме того, выпускникам, направляемым к месту работы, необходимо не деньги давать, а предоставлять соответствующий социальный пакет. В этот пакет, как было ранее, должны входить подъемные в достаточном размере с оплатой провоза багажа, бесплатные жилье с возможной передачей врачу в собственность, коммунальные и многие другие услуги, надбавки, льготные кредиты, стимулирующие выплаты, местные надбавки к зарплате и пенсии, льготы для членов семьи, в том числе предоставление возможности детям следовать по стопам родителей и т.д.. Все это должно найти отражение в

договоре. ВОЗ считает, что на селе обязательно должен быть врач, для чего ему нужно создать все условия для профессионального роста, участия в профессиональных сетях, непрерывном медицинском образовании, обеспечить соответствующим оснащением и литературой, законодательной поддержкой и оказывать необходимую материальную поддержку. ВОЗ также рекомендует применять целевой набор в ВУЗы из сельской местности с прохождением практики на селе, с включением в программы обучения вопросов потребности и особенностей сельского здравоохранения, акцентируя внимание на самостоятельности в принятии решений и ответственности за них. Необходимо отработать разнообразные механизмы, способствующие возвращению выпускников на село, в малые города и отдаленные районы.

4. Последипломная подготовка

Она включает в себя специализацию (профессиональные требования, базы подготовки и т.д.), повышение квалификации и усовершенствование, причем последние два являются элементами непрерывного медицинского образования. В стране согласно имеющейся кадровой номенклатуре насчитывается 96 врачебных специальностей, что является полным нонсенсом, ибо у нас перепутали понятия «врачебной специальности» и «врачебной специализации». Например, в США согласно Директории врачебных специальностей их насчитывается всего 24, причем для каждой из них имеется набор требований по образованию, знаниям, навыкам и умениям и разработаны специальные стандарты и профессиограммы. У нас же специальности формируются исходя из необъективных критериев и нередко под отдельные личности. Например, мануальная терапия или иглорефлексотерапия – это разве специальности, хотя и были введены приказами отраслевого министерства? Во-первых, это специализация, а во-вторых, эти методы не имеют достаточных клинических доказательств, исходя из доказательной медицины. Перечень и характеристики специальностей являются устойчивыми, не часто сменяемыми в отличие от специализации, которые формируются в зависимости от появившихся и клинически обоснованных новых методов или медицинских технологий.

Особый акцент необходимо сделать на развитии непрерывного медицинского образования, в том числе путем внедрения симуляционных и дистанционных образовательных технологий, системы зачетных единиц (кредитов), привлечения к этому образованию профессиональных врачебных ассоциаций, обучения на рабочем месте и на специальных курсах, а также внедрения системы наставничества. Необходимо обеспечить медицинских работников современными информационно-образовательными материалами на рабочих местах, включая литературу по профилю работы, доступом к современным образовательным

ресурсам через Интернет, использовать «трансляционную медицину» для дистанционного обучения и консультаций. Крайне необходимо сделать так, чтобы накопленный ранее позитивный отечественный опыт непрерывного медицинского образования был сохранен и усовершенствован. Существующие в настоящее время пятилетние циклы сертификационного обучения не отвечают требованиям времени, поскольку медицинская информация обновляется гораздо чаще.

К непрерывному медицинскому образованию помимо специальных курсов переподготовки и усовершенствования, семинаров и других учебных циклов входят врачебные и патолого-анатомические (по Давыдовскому И.В.) конференции, периодическая стажировка на рабочем месте в вышестоящем учреждении, двух- и трехзвеньевая системы, когда врачи поликлиник периодически по графику стажировались в стационарах, системы наставничества для молодых врачей и т.д. А главное – врачи должны непрерывно повышать свою квалификацию, постоянно набирать баллы для сертификата или для лицензии (в перспективе), участвуя в конференциях, семинарах, публикуя свои работы и т.п. Вот все это вместе взятое (обучение, стажировки, баллы) и составляет основу непрерывного медицинского образования. Для улучшения качества и безопасности медицинской помощи необходимо со временем превратить врача из объекта права в субъект права, что даст ему возможность самостоятельного принятия решений, создать систему лицензирования врачей (в первую очередь, врачей ПМСП), обязательной аккредитации медицинских организаций (на базе международной системы аккредитации медицинских организаций), внедрить систему оценки качества медицинской помощи с учетом международного опыта и систему управления качеством. Если выдача разрешения на деятельность (лицензия) – прерогатива уполномоченных органов государственной власти, то подтверждение лицензии (по балльной системе) – ответственность профессионального врачебного сообщества. Выдавать лицензию должен государственный орган, а продлевать ее и подтверждать – профессиональная медицинская организация. В Германии и США, например, лицензия обновляется каждые три года и врач должен набрать 150 баллов за участие в конференциях, статьи, обучение и т.д. (45 минут обучения дает 1 балл). В некоторых странах (например, в Норвегии) государство выделяет специальные средства профессиональной медицинской ассоциации на повышение квалификации врачей и их последипломное образование. При этом сама ассоциация решает когда, куда и какого врача направить на усовершенствование.

Таким образом, только сочетание всех перечисленных подходов, включая отбор к врачебной профессии, изменения в технологии обучения, замену системы распределения выпускников, предоставление социального пакета наряду с повышением средней зарплаты врачей, восстановление в улучшенном виде системы непрерывного последипломного образования, изменения в системе

лицензирования и аккредитации, будут содействовать решению задач, стоящих перед современным здравоохранением. Необходимо способствовать достижению высоких этических принципов во взаимоотношении врачей с пациентами и контролировать их соблюдение.

On Training of Medical Staff in Russian Federation

Komarov J.M.

Doctor of Medical Science, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals

Key words: doctoral staff, nursing staff, salary, licensing, shortage, Russian Federation, migration