

Как уже сообщала «Медицинская газета» (см. № 12 от 15.02.2013), в С.-Петербурге с участием министра здравоохранения РФ В.Скворцовой и ряда специалистов Минздрава России прошёл II Всероссийский форум студентов медицинских и фармацевтических вузов, а также общее собрание межрегиональной общественной организации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России», возглавляемой ректором Самарского государственного медицинского университета академиком РАМН Г.Котельниковым. Эти два мероприятия объединили не только единая дата проведения и избранная для работы единая площадка – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, но и один и тот же смысловой контент: лишь в корне изменив профессиональный, образовательный уровень медицинского сообщества, мы вправе рассчитывать на сохранение человеческого потенциала страны. А ныне эту цель государство позиционирует как высший приоритет.

## Главные в вузе – вы!

О том, нужен или нет такой формат общения с властью, как форум студентов, сегодня не спорят. Становящиеся традицией ежегодные февральские встречи, на которые съезжаются по четыре представителя от каждого высшего учебного заведения, где куются кадры для медицинской и фармацевтической отрасли, реализовывают право и возможности студенчества на обмен мнениями и получение новой интересной информации.

Не подлежит сомнению и другое: прямой и открытый разговор с министром, её помощниками, этот обязательный «гвоздь» программы форума, оправдывает эмоциональные ожидания зала. Вот и в этот раз сторона, задающая вопросы, и сторона, отвечающая на них, совместно «забивали гвоздь» не шляпками вперёд, а как положено, благодаря чему диалог происходил в конструктивном режиме, а не в режиме никому не нужного острого или слабого конфликта.

Собственно диалогу предшествовало вступительное слово главы Минздрава на скучноватую, казалось бы, тему: «Медицина – лучшая из профессий». Ну как в обращении к совсем ещё молодым коллегам обойтись без нравоучительной ноты и пресной назидательности? Веронике Скворцовой это удалось, в подтверждение чего приведём фрагменты её запоминающегося напутствия.

«Нет профессии интеллектуальнее, чем профессия врача. Будущее не только нашей страны, но и всего человечества сопряжено с развитием медицины. Если говорить о судьбе человека, о том, как он рождается, как растёт и мечтает, каким он становится в зрелом возрасте, как он увядает и умирает, весь этот путь лучше всего знает врач. Что происходит с каждым, что происходит с человечеством и как меняются поколения – это могут знать лучше всех врачи. Врачи мудрее других людей, гуманнее других людей, потому что они способны историю каждого человека наложить на историю человечества и на себя самого.

В этой связи вы, здесь собравшиеся, – исключительные люди, кроме того, вас выдвинули ваши вузы. И судьба, предначертанная вам, она тоже совершенно особая. Вы не просто выбрали профессию врача, но ещё и выбрали её в тот исторический период, когда перед нашей страной стоят очень большие вызовы. Главная задача – расширять, развивать нашу популяцию, сохранить наш российский геном. Так что предназначение у вас колоссальное».

«Перед нами стоит несколько серьёзных задач, и первая – в корне изменить уровень профессиональной подготовки медицинского сообщества. Я не хочу сказать, что образование в медицинских вузах везде очень слабое. Но проблема существует практически в каждом учебном заведении. Она существует как

## Ориентиры

# Нести свет человеколюбия

Такую глобальную задачу поставила в С.-Петербурге перед студенчеством отраслевых вузов и всем медицинским сообществом глава Минздрава России Вероника Скворцова

бы со всех сторон, потому что любой микромир повторяет макромир. Потому что вузовское сообщество – слепок всего нашего общества. И то, что общество переживало в 90-е и 2000-е годы, не могло не отразиться на вузах в целом и на каждом вузе. Внутренние проблемы вы знаете лучше всех, потому что вы есть те, ради кого вузы создавались. Главные люди в университетах и академиях – это студенты.

С чем мы часто сталкиваемся? В целом ребята, которые приходят в вузы, не всегда интеллектуально достаточно «продвинуты», чтобы воспринимать достаточно специфическую информацию. В отличие от других вузов любого другого профиля у нас мало быть сообразительным и опираться на школьные знания. Надо очень много заниматься. И тогда у вас знания будут на все времена».

«Медицина – особая сфера. К сожалению, если мы проведём скрининг, каков интегральный

процесс. А в том, чтобы управлять студенческим сообществом и повышать коэффициент полезного действия образовательного процесса, в который вы сами вступили как ученики».

«Для нас важно, дабы медицинское сообщество стало консолидированным, единым. Как некое братство, в которое можно вступать. Каждое вступление в это братство должно быть сопряжено с обрядом посвящения. Когда-то, когда была введена Клятва Гиппократы,

тренную свободу в нужной степени». Условно студенческий вояж из домашних заготовок, не лишённый, впрочем, экспромтов, можно было подразделить на три блока: качество преподавания и аспекты практической подготовки будущих врачей; роль студенческого самоуправления; трудоустройство обучающихся и социально-бытовые проблемы.

Одна из примет активного акцентирования внимания в российских медицинских вузах на качество и контроль прак-

государственном медицинском университете. Кстати, этот центр в скором времени получит дополнительное развитие.

Важное уточнение внёс находившийся за столом президиума рядом с Вероникой Скворцовой заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян:

– В наших планах в программе «Кадры» заложен срок создания в каждом вузе такого полноценного симуляционного центра и экспериментальной операционной с возможностями телемеди-

она и подразумевала посвящение и верность определённым – моральным и нравственным – принципам. За последние 20 лет фактически сформировалось целое поколение россиян на потребительских подходах к жизни. Не все, конечно, а определённые сектора нашей молодёжи, представители которой сейчас превращаются в зрелых людей, определяющих судьбу страны. Вот важно, чтобы медики были тем прожектором внутри всего социума, которые бы несли собой свет морально-



цинской трансляции – начиная с 2016 г. Но уже принято решение изменить этот период на более ранние сроки. Центры будут построены в ближайшие 3 года. Расписание их ввода такое: по 20 центров ежегодно.

– 20 симуляционных центров в год – это совсем неплохо! – подытожила министр.

Будущие врачи в разных вариациях формулировали вопросы о перспективах совместной работы министерства и Совета студентов медицинских и фармацевтических вузов, да и вообще о роли студенческого самоуправления. Каким содержанием она должна быть наполнена по видению министра? Учреждённый при Минздраве в феврале прошлого года по воле участников I Всероссийского форума студентов-медиков и фармацевтов, этот орган уже активно действует, будируя социальную активность молодёжи и подставляя «плечо» социально значимым инициативам в области образования, науки и общественной деятельности.

По мнению министра, роль совета, как, впрочем, и каждого участника настоящего форума, важнее, чем думается:

– Нам нужно, чтобы вы выстроили вокруг себя медицинское сообщество. От вас зависит всё, а нам необходимо многое наверстать. У нас в стране дефицит врачей составляет 40 тыс., а медицинских сестёр – 800 тыс. Нам предстоит в ближайшие годы внутри отрасли провести существенные преобразования, в том числе ввести в систему целевой контрактной подготовки отработки – не менее 2,5-3 лет на специально подготовленных рабочих местах. Совершенно ясно, что с определёнными социальными предпочтениями, жильём, другими интересными условиями. Распространителями идеологии, которая полезна для отрасли и для людей, должен стать ваш совет, вы. Кого лучше всех сверстники послушают? Вас!

...Подводя черту двухчасовому марафону вопросов и ответов, Вероника Скворцова улыбнулась:



показатель трудолюбия у наших студентов, то поймём – над этим надо работать. Всем вместе. Необходимо, чтобы кто-то следил за уровнем восприятия материала в студенческих аудиториях. Поэтому роль студенческого сообщества и студенческого самоуправления состоит не в том, чтобы наблюдать, как взрослые, преподаватели строят образова-

нравственных устоев и заряжали им всё общество. Это реально важно, потому что кто же ещё, если не мы?..»

## Предстоит многое наверстать

Пригласив зал задавать вопросы, министр призвала «забыть о формальностях и ощутить вну-

тических знаний – всё более широкое использование в последнее время тренажёров и муляжей, с помощью которых ситуационные задачи решаются в условиях, максимально приближенных к реальным. Этой теме был посвящён вопрос министру от Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко. Студентка 6-го курса лечебного факультета Светлана Карташова, сообщив о функционировании в её альма-матер с 2009 г. центра практических навыков, где, по словам, студентки, обучают многому интересному, выразила сожаление тем обстоятельством, что переоснащение центра может стать дорогим и неподъёмным удовольствием для университета.

– Какие существуют перспективы развития подобных центров в регионах? – спросила она. И получила ответ:

– Мы запланировали строить специальные комплексы при вузах. Такие комплексы будут включать несколько уровней практической подготовки, прежде всего по отработке мануальных навыков, а также экспериментальную операционную. Набив руку на муляжах, студенты станут выполнять операции на малых и средних животных. Такие центры уже есть в вузах, например в Первом Московском

– Молодцы! Вопросы задавали очень точные. Фактически всю сферу медицинского образования и кадровой политики ими закрыли. Очень здорово, что вы абсолютно в теме...

### Нам подходит немецкая модель

Своё мнение о зависимости качества медицинской помощи от квалификации врачебного персонала имеет, разумеется, и ректорское сообщество. Ректоры медицинских и фармацевтических вузов, пожалуй, лучше, чем кто-нибудь другой, знают: сегодня, когда знания обновляются стремительно, вряд ли возможно обойтись без стройной системы непрерывного образования. Однако же какой должна быть модель профессиональной дополнительной подготовки? Согласно оценкам рабочей группы, трудившейся над проектом концепции непрерывного профессионального медицинского и фармацевтического образования по поручению Минздрава, величина отставания нашей отраслевой образовательной системы от европейских систем составляет в среднем 10 лет.

Обсуждение разработанной группой специалистов концепции и стало главной темой повестки общего собрания Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, которое при участии министра здравоохранения Вероники Скворцовой состоялось в рамках студенческого форума. Представлял проект его руководитель, ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАМН Пётр Глыбочко.

Среди политических вызовов, побуждающих срочное изменение действующей системы послевузовского и дополнительного профобразования, председатель учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России первым пунктом назвал её догоняющий характер по отношению к потребностям здравоохранения в условиях модернизации.

Другими «сигналами тревоги» следует считать отсутствие до сих пор сформированных принципов, которые бы определяли мотивацию врача и прочих специалистов к повышению квалификации, отсутствие системы траекторий профессионального роста. Нет и модели оценки качества профессионального медицинского образования на послевузовском этапе, как в интернатуре, ординатуре, так и в последующем – на этапе «взрослого» последипломного обучения.

Наконец, неустранимой пока проволочкой является существующий дефицит преподавательских кадров. Кроме того, специалисты единодушны: пора вернуть нормы профессионального багажа для преподавателей на послевузовской ступени обучения. Их опыт клинической работы не может быть менее 10 лет. Сегодня нередки анекдотичные случаи, когда вчерашний аспирант, только что получивший учёную степень кандидата медицинских наук, преподаёт слушателям, чей медицинский стаж насчитывает два-три десятилетия.

Подготовленный проект концепции содержит две генеральные стратегии, которые сформулированы так: обеспечить постоянный высокий уровень

профессиональной компетенции для врачей всех специальностей и всех уровней, от столичных учреждений до сельской больницы; интерпарировать европейские образовательные традиции в систему отечественного высшего профессионального образования.

– Мы достаточно глубоко проанализировали формирование систем непрерывного медицинского профессионального образования многих стран мира, – рассказал ректорскому сообществу П.Глыбочко. – Ближе всего к нашим идеям гармонизирует модель профессионального образования, существующая в Германии. Длительность додипломного образования в этой стране составляет 6 лет. После прохождения обучения студент сдаёт выпускной государственный экзамен на так называемую врачебную апробацию. Успешно прошедшие экзамен молодые врачи допускаются к самостоятельной работе в качестве клинических ассистентов под руководством опытных специалистов. После обучения можно подать заявление на сдачу экзамена, открывающего путь для работы врачом-специалистом. В дальнейшем каждые 5 лет врач повышает свою квалификацию, что подтверждается сертификатом.

В прениях по проекту концепции выступили 10 представителей ректоров, не считая вице-президента Российской академии медицинских наук, председателя Северо-Западного отделения РАМН, академика РАМН Генриха Софронова. Он обратил внимание на необходимость закрепления в концепции возможности получения дополнительного образования преподавателями медвузов в профильных медицинских учреждениях РАМН и Минздрава России.

Квинтэссенцию озвученных мнений и собственной позиции выразила в итоговом слове В.Скворцова:

– Проект концепции достаточно неплохо проработан, чтобы в целом его поддержать. Да, узким местом в деятельности нашей отрасли остаётся проблема кадровой. Последние 2 года модернизации национальной системы здравоохранения это подтвердили. Когда есть финансы, относительно достаточно просто за пару лет на 60% увеличить фондообеспечение государственной сети ЛПУ, переоснастить учреждения с помощью отечественных поставщиков и западных компаний. Значительно сложнее построить правильную технологическую логику процесса оказания медицинской помощи, причём таким образом, чтобы перераспределить инфраструктуру для обеспечения доступности всех видов медицинской помощи жителям всех уголков страны. Главная идеология государства сегодня – сохранить человеческий потенциал во имя будущего страны. На это мы должны бросить все силы...

**Владимир КЛЫШНИКОВ,**  
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

**НА СНИМКАХ:** глава Минздрава России стремилась «развёрнуто» ответить каждому; вопрос министру задаёт студент Амурской государственной медицинской академии Александр Зверев.

Фото автора.

### Тенденции

# Надёжный тандем поликлиники и «скорой»

**С нового года скорая помощь Кузбасса официально перешла на новый формат обслуживания населения: все вызовы, не связанные с прямой угрозой жизни и здоровью людей, она стала передавать в поликлиники. Какую роль играет процесс?**

### Новость не для всех

По словам главного специалиста Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области по амбулаторно-поликлинической помощи Михаила Малина, сегодня специализированные кабинеты и отделения неотложной помощи при поликлиниках действуют во всех 34 административных территориях Кузбасса.

Для ряда городов и районов новые взаимоотношения «скорой» и поликлиник вообще не стали новостью. В Тисульской райбольнице, например, кабинет экстренной врачебной помощи, взявший на себя обслуживание неотложных вызовов на дому, был открыт ещё в феврале 2011 г. В ноябре того же года аналогичный кабинет появился во взрослой поликлинике центральной горбольницы Междуреченска. А в 2012-м в этом шахтёрском городе действовало уже 4 «выездных» кабинета: два во взрослой и два в детской лечебной сети. Правда, выезжали они не по «наводке» службы «03», а по обращениям самих граждан.

– Регистраторы всех амбулаторно-поликлинических учреждений города сами сортировали вызовы, поступающие сюда в обычном режиме, на неотложные и прочие, – поясняет заместитель главного врача центральной городской больницы Междуреченска Галина Морозова. – Прочие поликлиника могла обслужить в течение дня, неотложные – максимум за 2 часа. В целом за год набралось более 9 тыс. неотложных вызовов. Сейчас скорая помощь начала передавать в поликлиники ещё и свою «неотложку». А поскольку дозвониться в регистратуру по городскому телефону непросто, больница организует между всеми звеньями этой цепочки (диспетчер «03», работники регистратуры, выездные бригады) мобильную связь. Служебные телефоны для этой цели уже закуплены...

### Поспешай медленно

Кемеровская станция скорой помощи стала отдавать поликлиникам непрофильные вызовы с 18 декабря 2012 г. Рассказывает главный врач станции Евгений Аверьянов:

– В основном поликлиники областного центра работают до 19 часов. Однако мы пока что передаём вызовы в щадящем режиме: с 8:00 до 14:00. За отчётный период передали порядка 11% вызовов к взрослому населению, хотя в целом, по нашим данным, доля неотложных звонков на «скорую» может достигать 25%. Вызовы к детям дифференцируем ещё тщательнее. Пациентов до 3 лет обслуживаем сами, поликлиникам передаём более

старших и лишь тогда, когда уверены, что осложнений не будет. С декабря таких вызовов набралось чуть более 2%. Но форсировать процесс, я считаю, ни к чему. Нужно время, чтобы и наши диспетчеры, и специалисты неотложных кабинетов разобрались во всех нюансах, чтобы случайно не навредить больному...

рвовем требует не однократного вмешательства, а курсовой терапии. В итоге у человека развились серьёзные осложнения.

– При нынешней системе такие пациенты обязательно попадут в поле зрения поликлиники. И поликлиника будет контролировать весь ход их лечения, – считает главный врач кемеровской «скорой» Евгений Аверьянов.



В Тяжинском районе «скорая» за январь передала в кабинет неотложной помощи центральной районной поликлиники 24 вызова – менее 3% от числа поступивших.

– Когда проанализируем итоги месяца в деталях, поймём, в каких случаях и почему работники скорой помощи перестраховались, – комментирует главный врач Тяжинской ЦРБ Сергей Кошкин. – И будем проводить учёбу с диспетчерами. Они и сейчас опрашивают абонентов «03» по специально разработанному алгоритму. Но по-человечески понять их можно: заочно оценить состояние больного и взять на себя ответственность за переадресацию вызова непросто. Ведь от райцентра до самых удалённых посёлков порядка 45 км. Зимой и за час не всегда доедешь...

### Человеческий фактор

Пресловутый «человеческий фактор» выражается не только в чрезмерной осторожности диспетчеров «03». Другое его проявление – капризы некоторых пациентов, настаивающих на визите «скорой». Таких, к счастью, немного. Не получив надёживающего ответа в первый раз, эти люди перезванивают, меняя причину вызова (сначала – «на температуру», потом – на «плохо с сердцем» и т.д.). В таких случаях «скорая» предпочитает перестраховаться.

В Кемерово, например, система передачи информации о вызовах на «скорую» в поликлиники прикрепления граждан была введена много лет назад. Предполагалось, что, получив подобный сигнал, поликлиника обязательно направит врача к «своему» пациенту. В действительности статистика так называемых активных посещений скромнее. Сами больные, которым после визита «скорой» на время становилось легче, тоже не всегда спешили к врачам. А большинство проблем со здо-

### Как поставишь кадры...

В начале февраля кемеровская станция за сутки передавала в поликлиники по 13-15 вызовов. Это средняя нагрузка одной общепрофильной линейной бригады. Образно говоря, город как бы получил дополнительный экипаж «скорой», который выезжает исключительно на экстренные вызовы: инфаркты и инсульты, пожары и ДТП...

В Новокузнецке, где дефицит кадров скорой помощи острее, чем в областном центре Кузбасса, перераспределение потоков может вызвать ещё более заметный эффект.

– По муниципальному заказу у нас должно работать 42 бригады «скорой помощи», а фактически на линию выходит 35-37, – уточняет заместитель главного врача Новокузнецкой станции скорой помощи Александр Барай. – Время доезда на вызовы из-за этого увеличивается, население недовольно. Снимая с нас часть нагрузки, поликлиники тем самым повышают доступность экстренной медицинской помощи для горожан...

Но поликлиники и сами страдают от недостатка врачей. В целом по Кузбассу укомплектованность участковыми терапевтами составляет сегодня 62%, и это с теми, кто находится в декретном отпуске. Сейчас руководители ЛПУ решают проблему, составляя для терапевтов скользящие графики дежурств в кабинетах неотложной помощи и принимая их сюда в качестве совместителей. С одной стороны, у врачей появляется дополнительный заработок. С другой – прямая заинтересованность в том, чтобы перенести акцент в своей работе с лечения на профилактику заболеваний. Ведь чем тщательнее пациент будет следить за своим здоровьем, тем меньше будет поводов вызывать «неотложку».

**Валентина АКимова,**  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

**НА СНИМКЕ:** «скорая» ждёт помощи от поликлиник.

Фото Александра ХУДАСОВА.