

Недавно в Минздраве России прошло видеоселекторное совещание с повесткой «Целевая подготовка специалистов в реализации региональных кадровых программ». Какие рекомендации даны по его завершению медицинским вузам? Как развивается эта форма? Насколько она востребована органами управления здравоохранения? На эти вопросы корреспондента «Медицинской газеты» Алексея ПАПЫРИНА отвечает директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна СЕМЁНОВА.

– Министерство активно использует целевую подготовку для реализации своей кадровой политики. Эта форма традиционно, не одно десятилетие, помогает готовить молодых врачей для лечебных учреждений регионов. Более того, Минздрав России выступил одним из инициаторов изменений, которые нашли отражение в новом Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации». Как известно, в этой части закон вступил в силу с 1 сентября прошлого года. В нём чётко прописываются взаимоотношения сторон в рамках целевой подготовки. Самое главное, в статье 56 закона отражены не только вопросы целевого приёма, но и достаточно чётко детализировано целевое обучение.

А дальше, в рамках реализации Федерального закона «Об образовании в РФ» было принято постановление Правительства РФ № 1056. Оно утвердило типовые формы договора о целевом приёме, целевом обучении, а также порядок их заключения.

Конечно, и органы управления здравоохранением, и вузы следят за современным законодательством. Его необходимо чётко выполнять не только по срокам, правильно выстраивать взаимоотношения между регионами и федеральными образовательными учреждениями, которые осуществляют подготовку специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием. Но координирующая роль указанных взаимоотношений без сомнения остаётся за Минздравом России. Кроме того, Минздрав России как учредитель в соответствии выше-названным законом устанавливает квоту на целевой приём подведомственным образовательным организациям. Она традиционно достаточно высокая. В прошлом году это было 38,5% от общего числа выделенных мест для приёма на первый курс за счёт федерального бюджета. Однако для выстраивания эффективной кадровой политики, мы полагаем, эта цифра может быть увеличена до 50% и выше. Надо сказать, что ряд образовательных учреждений министерства и раньше принимали около 70-80% студентов по целевому набору. Это «точечная» подготовка специалистов, которые теперь в обязательном порядке будут получать меры социальной поддержки от субъектов РФ, которые их «заказали».

Ещё одно важное обстоятельство – практику студенты-целевики должны будут проходить там, куда преимущественно они пойдут работать. Начнётся она с 1-го курса. Студент должен быть ориентирован на ту работу, с которой ему предстоит столкнуться, закончив вуз.

Видеоселектор собрал на одной площадке руководителей вузов вместе с первыми лицами субъектов РФ. Основная задача – донести до всех заинтересованных лиц все законодательные новеллы, озвучить все сложные вопросы и найти решения, достигнув определённых договорённостей. Для нас это крайне важно. Ведь в Минздрав России поступает заявка от образовательных учреждений, от регионов на подготовку различных специалистов. На этой неделе министерство установит квоты целевого приёма как на 1-й курс, так и на программы ординатуры по каждой специальности.

Подведомственные вузы смогут начать работу по заключению договоров на целевой приём. Мы очень надеемся, что и в этом году они привлекут в свои ряды самых достойных абитуриентов. Тем более что третий год подряд медицинские вузы держат самую высокую планку в рамках единого государственного экзамена, возглавляя рейтинги Минобрнауки России.

– Татьяна Владимировна, а что показывает кадровый регистр в регионах: увеличивается или сокращается дефицит во врачебных специальностях? – Прежде всего следует отметить, что со специалистами с

Минздрав России в соответствии с Указом Президента РФ № 598 принял комплекс мер по кадровой политике. Они утверждены постановлением Правительства РФ № 614. В рамках него всеми регионами были приняты и утверждены региональные «кадровые программы», в которых также опорной точкой кадровой политики является целевая подготовка специалистов, также всеми регионами приняты отраслевые «дорожные карты» в сфере здравоохранения, где одним из индикаторов эффективности структурных преобразований является эффективность трудоустройства выпускников, которую мы со-

чит специалистов в первичном, амбулаторном звене. Между тем в отрасли идёт замена части традиционных стационарных методов лечения на инновационные, стационарозамещающие технологии, позволяющие оказывать аналогичную помощь не только не хуже, но и значительно эффективнее, используя дневные стационары. Это тоже один из элементов преодоления кадрового дефицита и дисбаланса.

– На ваш взгляд, уже сформирована эффективная система медицинского образования в нашей стране? Или она по-прежнему нуждается в кардинальных реформах?

время, необходимое для практической подготовки.

С прошлого года Минздрав России проводит на специальных площадках подготовку профессорско-преподавательского состава подведомственных вузов. Прошедшие переподготовку преподаватели в дальнейшем проводят занятия непосредственно в родном вузе и разъясняют новые достижения науки и практики, с которыми их ознакомили во время переподготовки.

На центральной площадке – в Москве проведена переподготовка по классическим, фундаментальным дисциплинам, таким как молекулярная физиология, молекулярная биология, генетика, биофизика. При этом к преподаванию нами привлекались ведущие специалисты, известные не только в России, но и во всём мире. Так один из циклов – медицинской биохимии – возглавил академик РАН и РАМН, заведующий кафедрой биохимии и молекулярной медицины, декан факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова Всеволод Ткачук, к преподаванию медицинской физики также были привлечены сотрудники университета, прочитавшие целый цикл интересных лекций, прослеживающих передачу знаний из одной дисциплины в другую (математика, физика, биофизика, медицинская биофизика). Очень хорошо, что речь шла и о «взаимопривязке» дисциплин, помогающих не повторять предмет, не тратить время на ненужное дублирование. Это освобождает драгоценное время и позволяет более рационально использовать его студентами. Учебно-методической комиссией по высшему профессиональному образованию, которую возглавляет ректор Первого Мёда член-корреспондент РАМН Пётр Глыбочко, проведена детальная проработка всех основных учебных программ образовательных учреждений, подведомственных Минздраву России. В результате экспертами выработаны конкретные рекомендации, помогающие исключить дублирование, но в то же время повышающие качество подготовки. Планомерно улучшается подготовка будущих врачей не только по фундаментальным дисциплинам, биоэтике, предметам лечебного блока, идёт точечная работа по профилактике, реабилитации, паллиативной медицине. Всё это в совокупности, надеемся, позволит выпускать более практикоориентированного специалиста, который ещё в студенческие годы будет прекрасно понимать, как будет строиться его последующая работа в клинике или амбулатории.

– Приближается время, когда начнётся приём заявлений для поступления в ординатуру. Сократится ли в этом году количество бюджетных мест такого приёма?

– Вообще приближается пора всех вступительных экзаменов. Нами проработан перечень специальностей высшего образования: специалитета, бакалавриата, магистратуры, ординатуры, аспирантуры. Контрольные цифры приёма на 1-й курс в рамках открытого конкурса Минобрнауки России уже разыграны. Они доведены до всех участников конкурса.

Хочу подчеркнуть, что новый закон позволяет сделать ординатуру модульной, планируется расширение длительности обучения для некоторых специальностей вплоть до 5 лет. Например, по нейрохирургии, кардиохирургии, пластической хирургии. Это позволит более качественно готовить специалистов по конкретной специальности требуемого в отрасли уровня квалификации.

Думаю, что кто-то может почувствовать сокращение бесплатных мест в ординатуру по выбранной им специальности в этом году. Это связано с тем, что впервые Минздрав России проводит подготовку специалистов в ординатуре в строгом соответствии с запросами территорий. Можно даже сказать, в жёсткой привязке к конкретным рабочим местам, куда после обу-

Наше интервью

Преимущества целевого подхода

В Минздраве России возлагают большие надежды на эту форму подготовки специалистов



высшим образованием в здравоохранении всё более или менее спокойно и прогнозируемо. Гораздо хуже обстоят дела со специалистами среднего звена – фельдшерами, медицинскими сёстрами. Когда их подготовка была передана на уровень субъектов РФ, она начала планомерно сокращаться. В результате сложился отрицательный баланс, на который не могло не обратить внимание министерство. За последние 1,5 года удалось изменить эту тенденцию. Сегодня суммарная подготовка специалистов со средним образованием на 15 тыс. больше, чем была раньше. А учитывая, что фельдшеров и медицинских сестёр готовят по времени меньше, чем врачей, надеемся, что кадровая ситуация кардинально изменится уже через 2-3 года. Кроме того, надо создавать такие условия для работы, чтобы у выпускников со средним медицинским образованием не возникало желания уходить из профессии. А для этого их заработная плата должна стать конкурентоспособной. И тогда они с удовольствием придут работать в государственную сеть здравоохранения.

вместно с регионами планируем довести в 2018 г. до 99-100%.

– Добилось ли министерство выполнения поставленных в этом документе задач?

– Достоверную статистику за 2013 г. мы получим в середине марта, но уже сегодня предварительный анализ показывает, что отмечается увеличение численности врачей и средних медицинских работников. Особенно радует положительная тенденция возрастающей обеспеченности средним медицинским персоналом. Хотя, бесспорно, сохраняется много проблем в кадровой обеспеченности отрасли, выраженные дисбалансы между городом и селом, между стационарами и поликлиниками, между различными регионами. На их преодоление направлен целый комплекс мер, реализуемый сегодня министерством совместно со всеми регионами РФ.

При выборе своей специальности в медицине студенты ориентируются на престижность профессии, социальные возможности, которые предоставляет выбранное ими дело, наконец, напряжённость труда. О том, в какие специальности не очень охотно идут молодые медики, ваша газета писала не раз. Это фтизиатрия, анестезиология-реаниматология, рентгенология. Нельзя также сказать, что повышенным спросом пользуются терапия, педиатрия, общая врачебная практика. И здесь своё слово может сказать правильная профориентация во время обучения в вузе. Поэтому кадровая политика министерства ориентирована не столько на восполнение кадрового дефицита, сколько на выравнивание сложившихся дисбалансов и оптимизации использования кадровых ресурсов за счёт повышения эффективности работы всей отрасли. Сегодня наблюдается умеренный профицит врачей в стационарах, и в каждом регионе своя, особая ситуация в этом вопросе, но практически в каждом субъекте РФ есть дефи-

– Думаю, что потрясения нам совершенно не нужны.

Мы должны помнить, что российское – советское медицинское образование считалось в 70-80-е годы одним из самых сильных и популярных в мире. Это подтверждают врачи из многих стран мира, которые прошли обучение в нашей стране. Минздрав России возлагает большие надежды на новый Федеральный закон об образовании, который структурирует, систематизирует то, что происходит в российском образовании. Под него издано много актуальных подзаконных актов. Благодаря этому вводятся и становятся возможными такие формы учебных программ, как сетевые. В минздравовской системе эта форма давно завуалированно реализуется. Лечебные учреждения предоставляют свои возможности для практической подготовки студентов и молодых врачей, и это является ключевым отличающим фактором медицинского образования. Сегодня целая статья федерального закона посвящена этому. Кроме того, декларируется развитие и чётко определяются понятия дистанционных технологий. В рамках этого в декабре прошлого года стартовал пилотный проект по дополнительному, непрерывному медицинскому образованию.

Но жизнь вносила и будет вносить свои коррективы в систему медицинского образования. Серьёзные перемены произошли после вступления в действие федеральных образовательных стандартов, как принято называть их, стандартов третьего поколения. Первый выпуск молодых врачей, прошедших по ним обучение, произойдёт в 2016-2017 гг. И эти выпускники получат более практикоориентированную подготовку независимо от того, где они учились – на лечебном, педиатрическом или стоматологическом факультете. Благодаря этому они сразу будут допущены к процедуре аккредитации, получат индивидуальные допуски к конкретным направлениям деятельности и смогут работать на определённых должностях. В настоящее время Минздравом разрабатываются подходы к будущей аккредитации специалистов, которая заменит существующую ныне сертификацию. В прошлое уйдёт такая форма подготовки, как интернатура. Образовательный государственный стандарт стал очень гибким. В рамках основной учебной программы он позволяет, в пределах стандарта, устанавливать те или иные соотношения дисциплин. Благодаря этому высвобождается

чения в ординатуре трудоустроится молодые врачи. Это не просто слова. Специалисты министерства собрали всю информацию от субъектов РФ и просчитали контрольные цифры по конкретным специальностям. Раньше медицинские вузы «подстраивались» под предварительное распределение, которое учитывало не только интересы лечебных учреждений, но и какие специальности выбрали сами студенты. И я возьму смелость предположить, что именно выбор специальности студентом являлся ключевым фактором в формировании заявки от образовательных и научных учреждений на конкретные специальности в прошлые годы. Но такой подход вносил очевидную дискоординацию: региональному здравоохранению нужны были одни специалисты, а вузы, учитывая пожелания студентов, принимали их в ординатуру по другим специальностям. С этого года потребность регионов в конкретных специалистах формирует перечень и количество мест для подготовки по программам ординатуры за счёт средств федерального бюджета. Впервые был проведён открытый публичный конкурс Министерством образования и науки РФ, результаты конкурса утверждены приказом ведомства, внесение изменений в который невозможно. Соответственно, какие бы письма, обращения ни поступали в Минздрав России с просьбой выделить дополнительное место в ординатуре по той или иной специальности – изменить ничего уже нельзя. Кроме того, в настоящее время уже объявлен конкурс на 2015/2016 учебный год. Всё это требует абсолютной координации между вузами, регионами и Минздравом России, накладывая на всех высокую ответственность.

Минздрав России в ближайшее время проведёт серию координационных советов по регионам. Нужно проводить правильно, внутривузовскую профессиональную ориентацию. Когда студент учится в институте, проходит в процессе обучения через какие-то кафедры, то желание стать специалистом того или иного профиля меняется. Зачастую, чтобы принять решение, каким специалистом стать, студенту достаточно встретиться преподавателя – фаната своей специальности. Непременно захочется попробовать себя в новой специализации, через это проходили многие известные врачи. К счастью, таких «зажигалок» в нашей системе высшего образования достаточно много. Естественно, на этот выбор влияют СМИ, мнения старших товарищей, сокурсников и друзей. Понятно, что он идёт по трём критериям: интересная работа, высокая оплата труда, работа в более спокойном ритме. Но профориентация внутри вуза должна быть другой. Во-первых, системной, чтобы студенты понимали, выбирая специальность, удастся ли им устроиться работать по выбранному профилю. К сожалению, эта взаимосвязь ещё плохо налажена. Но ведь главной задачей во все времена медицинских вузов была подготовка специалистов для практического здравоохранения.

Как вы оцениваете работу медицинских факультетов в академических университетах? Их количество не будет сокращаться?

– Дело в том, что система медицинского образования в России отличается от зарубежной. Не секрет, что за границей ведущему университету невозможно попасть в рейтинг лучших, если он не ведёт подготовку по основным блокам, это приводит практически к полному отсутствию отраслевых вузов. Поэтому российские классические университеты стремятся иметь в своём составе медицинские факультеты, что поднимает их рейтинг. С другой стороны, в регионах, где отсутствует медицинский вуз, это становится настоящей палочкой-выручалочкой для региональных органов управления здравоохранением. Мы поддерживаем, в принципе, любую систему, направленную на

подготовку высококвалифицированных специалистов для отрасли, главное, чтобы подготовка кадров осуществлялась не столько для рейтинга вуза, сколько для обеспечения специалистами отрасли, а конкуренция в этом случае способствует повышению качества.

Между тем медицинские факультеты ежегодно заканчивают 2-3 тыс. человек, при этом медицинские вузы системы Минздрава России – порядка 23-25 тыс.

Впервые за последние несколько лет нам удалось достичь конструктивного взаимодействия с Минобрнауки России. Мы стали единомышленниками. В этой связи хочется высказать слова огромной благодарности министру Дмитрию Ливанову, его заместителю, курирующему медицинское образование в этом министерстве, Александру Климову, директору профильного департамента Александру Соболеву, всем сотрудникам, помогавшим наладить этот абсолютно взаимопользительный и конструктивный диалог.

Говоря о подготовке на медицинских факультетах, стоит отметить, что традиционно в них сильнее поставлено преподавание фундаментальных дисциплин – физики, математики, биологии. В медицинских вузах более мощная подготовка на клинических кафедрах. Из медицинских факультетов хочу выделить те, которые расположены в классических университетах в Петрозаводске, Калининграде, Белгороде, Чебоксарах. Они серьёзно помогают региональному здравоохранению решать кадровые проблемы территорий.

Эффективная кадровая политика в сфере здравоохранения – важный инструмент реформирования медицинской сферы. Но её совершенствовать будет крайне сложно без повышения оплаты труда преподавателей...

– Повышение оплаты труда – вопрос крайне серьёзный. Преподаватель медицины – это и врач, и педагог. Несмотря на это, его оплата труда не подлежит какой-то дифференциации в сравнении с другими преподавателями высшей школы. Да, майскими указами предусмотрено повышение заработной платы врачей и преподавателей до 200% средней по экономике, но пока ещё нет отдельной категории «преподаватель клинической дисциплины». «Дорожные карты» образовательных организаций, подведомственных Минздраву России, предусматривают достижения названных показателей. Сегодня наши медицинские вузы можно разделить на две большие группы: имеющие собственную клиническую базу и не имеющие её. Хотя в этой части министерство придерживается мнения, что у каждого отраслевого вуза должна быть собственная клиника. В разрезе различных категорий сотрудников в вузах есть «линейка» достижений определённых показателей по заработной плате, взаимоувязанная с отраслевыми «дорожными картами» по образованию, здравоохранению, науке.

И ещё одна болевая точка – борьба с коррупцией. Существуют ли какие-то рецепты у штаба отрасли, чтобы снизить возможности злоупотреблений при поступлении, а также учёбе в медицинских вузах?

– Министерство принимает решительные меры по борьбе с коррупцией. Могу ответственно заявить, что такие случаи – единичны, они не носят массового характера. Более того, в медицинском образовании злоупотреблений гораздо меньше, чем в других отраслях. Но мы понимаем, что заслон таким явлениям поставит только прозрачность и «прописанность» всех процедур, связанных как с поступлением в вуз, так и с последующим обучением. И мы намерены решительно избавляться от преподавателей, закрывающих глаза на то, что от знаний, навыков, умений врача зависит жизнь и здоровье людей...

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Личный опыт

Бывших хирургов не бывает

Галия Гребнева всегда готова взять в руки скальпель

Профессию хирурга принято считать мужской, поскольку, мол, вырезать аппендицит и грыжи, удалять опухоли и «копаться» в рваных ранах – это удел людей сильных, решительных, а железными нервами. А женщины – натуры тонкие, впечатлительные, эмоциональные, а значит, и не место представительницам прекрасной половины человечества у операционного стола. Неестественно для них – кровь, вывернутые наружу органы...



А вот Галия Гребнева уверена, что в медицине нет неженских специализаций, и хирургия как раздел медицины не случайно женского рода.

Стать именно хирургом решила ещё в медицинском училище, почему после защиты диплома с отличием и оказалась на студенческой скамье факультета «Лечебное дело» Омского государственного медицинского института (ныне – академия). После занятий подрабатывала как своей невеликой стипендии санитаркой и «сестричкой» в лечебно-профилактических учреждениях – в её простой рабочей семье не было лишних денег. Утки из-под больших, перевязки, инъекции, клизмы, катетеры – о какой брезгливости, боязни или «не хочу» может быть речь, если стремишься к заветной цели?

Интернатуру проходила в отделении хирургии МСЧ-10 областного транспортного управления, считавшейся в ту пору одной из лучших ведомственных клиник в городе на Иртыше. Здесь и пригласили остаться врачом-ординатором. «Задержалась» на 8 лет. Вела хирургические палаты, выходила на ночные дежурства, ассистировала таким тогда авторитетам в медицинской среде Омска, как, к примеру, хирург-проктолог Пётр Андреевич Зимненко. И на заре своей врачебной карьеры Галия Камилевна окончательно осознала: чтобы стать по-настоящему хорошим хирургом, мало получить высшее медицинское образование и быть в курсе теоретических новаций в медицине. Необходима каждодневная практика. Недаром слово «хирург» переводится с греческого, если дословно, как «рук работа». И она трудилась, не глядя на часы, порой забывая про обеденный перерыв, не сетуя на усталость, неимоверные нагрузки, стрессы. Не до отдыха было и дома. Рано овдовев, Галия Камилевна одна воспитывала, поднимала на ноги сына. Теперь на Ивана не нарадуются – недавно окончил финансово-кредитный факультет университета, пригласили в серьёзную фирму...

Работая врачом-ординатором в хирургическом отделении, Гребнева продолжала учиться. Очень уж её заинтересовала онкология. Она успешно прошла программу

переподготовки, курсы повышения квалификации в меакадемии, цикл усовершенствования по онкологии на базе Омского областного онкодиспансера.

– Шансы победить рак есть у любого, – говорит Галия Камилевна. – Конечно, 10 лет назад мы очень часто выявляли при обследованиях запущенные стадии, когда организм большого был уже поражён множественными метастазами. Но с повсеместным появлением УЗИ-диагностики, различных онкомаркёров, томографов, маммографии появилась возможность

опсии злокачественными, и, как говорится, слава Богу...

Врачей с 35-летним рабочим стажем в медицине много, но вот со специализацией «хирург-онколог», как у Гребневой, в поликлиническом звене встретишь не часто. По крайней мере, в других омских учреждениях здравоохранения, кроме КМХЦ, таких «профи» я не встречал. А если учесть, что врач высшей категории, отличник здравоохранения РФ Галия Гребнева с осени прошлого года исполняет ещё и обязанности заместителя главного врача КМХЦ по поликлинической работе, курируя работу четырёх отделений, дневного стационара и фониатрического центра, то можно понять, как загружен её рабочий день. Надо создавать на базе поликлиники центр амбулаторной хирургии. Главный врач КМХЦ Вадим Бережной это предложение уже поддержал.

По-прежнему перспективной считает Гребнева и такую форму работы, как выездные приёмы врачей КМХЦ в самых отдалённых районах Прииртышья. В 2013-м таких выездов было 7, и только осмотров жителей глубинки было проведено свыше 7 тыс., не говоря уже о консультациях, лечебных и даже нескольких случаях оператив-



распознавать коварный недуг на ранних стадиях, при которых врачи могут купировать распространение опухоли. И теперь в год мы выявляем с роковой, IV стадией болезни всего 1-2 человек.

Сколько пациентов проходят через кабинет хирурга-онколога Гребневой в поликлинике клинического медико-хирургического центра (бывшей МСЧ-10 – той самой, где она провела свои первые операции), даже представить сложно. Судите сами: в минувшем году хирургических больных у неё побывало более 6500 человек, на онкологических осмотрах – свыше 2100. И примерно у 20% из них она обнаруживала новообразования. Разумеется, не всегда они оказываются по результатам би-

ных вмешательств. Около 1 тыс. сельчан получили направления на УЗИ-обследования, немалым оказалось и число нуждающихся в госпитализации. В направлениях с пометкой «необходима операция» стояла подпись хирурга-онколога Галии Гребневой. Но в жизни всякое бывает, и если возникнет необходимость, Галия Камилевна вновь возьмёт в руки скальпель, потому что бывших хирургов, если они преданы этой профессии, не бывает – ни среди мужчин, ни среди женщин.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

НА СНИМКАХ: Галия Гребнева; на амбулаторной операции.