

АВГУСТ-
СЕНТЯБРЬ
2011

РОССИЙСКИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

Издаётся с 2002 года, распространяется в 35 регионах России

ВНЕС И ВЛАСТЬ

**Заместитель министра
Минздравсоцразвития России
Вероника Игоревна Скворцова:**

- Новизной законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» является создание сбалансированной системы здравоохранения и оказания медицинской помощи, основанной на единых требованиях для всех граждан России, независимо от места их жительства, социального статуса или каких-то других факторов...



Всероссийский форум
Руководителей учреждений
системы здравоохранения



7-8 НОЯБРЯ 2011
МОСКВА
«Рэдиссон Славянская»

WWW.FORUM-ZDRAV.RU



Символ медицины – чаша, обвивая змеей.

Как гласит история Древнего Востока — первоначально чаша была сотворена из алмазов, и обвивали ее ДВЕ змеи. Серебряная змея – символ путей становления Человечества; золотая – мировой гармонии и эволюции.

Чашу держали в руках два брата-близнеца: один — покровитель растений, равновесия и гармонии в природе, дающий исцеление. Другой брат-близнец дарует бессмертие.

Чаша наполнена напитком, который является выражением сокровенных знаний, законов Вселенной, всех преобразований, происходящих под воздействием Истины.

Чаша Древнего Востока неиссякаема. Из нее до сих пор черпают знания философы, медики, мыслители, целители. Истина – это понятия болезни и здоровья.

Как трактует восточная медицина:

ЗДОРОВЬЕ – ЭТО ЛИЧНОЕ БОГАТСТВО КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА.

Мы приобретаем его вместе с жизнью, но оно подчиняется общим законам Вселенной, и когда мы нарушаем эти законы, приходит болезнь.

Поэтому человеку надо знать, как не допустить развитие болезни, вернуть утраченное здоровье.



Накануне своего дня рождения **Дмитрий Медведев** обсудил с ректорами, представителями студенческих организаций, главами ряда регионов РФ вопросы повышения стипендий, улучшения условий проживания студентов и развития студенческих городков.

Об универах позаботятся...

- Первое, что волнует студентов, – это, конечно, материальная сторона и стипендии. Размер стипендии, которую получают студенты сейчас, невелик – 1200 рублей. Эти стипендии и раньше, конечно, были небольшими, в тот период, когда я учился, но, тем не менее, в сопоставлении с теми покупательными возможностями, которые есть сегодня, объем стипендий меньше, чем в советские времена. В сентябре этого года стипендии проиндексированы на 9%. Для наиболее успешных студентов стипендиальный фонд увеличен на 20%. Стипендии будут распределяться по тем критериям, которые предлагаются Российским союзом студенческих организаций: за успехи в учебе, в научной жизни, а также за другие достижения, включая спортивные.

Я подписал Указ о том, что с 2012 года будут выплачиваться именные стипендии в вузах, которые готовят кадры по пяти приоритетным направлениям модернизации нашей экономики.

Студенты этих вузов будут получать по 7 тысяч рублей, а аспиранты – по 14 тыс. рублей. Кроме того, правительственные стипендии и для студентов, и для аспирантов в размере 5 тысяч и 10 тысяч рублей соответственно...

Помимо государственных отметок возможны и другие способы стимулирования студенческого труда. Мы с вами понимаем, что в большинстве стран все-таки госстипендии тоже не являются большими, а в некоторых странах их просто нет. И здесь для того, чтобы улучшить ситуацию, я считаю, не последнюю роль мог бы сыграть бизнес, который на самом деле является потребителем услуг тех, кто заканчивает высшие учебные заведения. Именно бизнес заинтере-

ресован в подготовке студенческих кадров – конечно, качественных кадров, а не «абы» каких.

Еще одна тема, которая является исторической и очень сложной, – студенческие общежития. Не секрет, что многие из них построены десятки лет назад, а некоторые даже и сотни лет, они морально и физически устарели. Я вспоминаю свое студенческое прошлое. В нашем Ленинградском госуниверситете общежития были такие, что туда без слез невозможно было зайти. Я был из Питера и жил дома, но когда ходил в «общагу» к своим товарищам, то думал не только о том, как здесь люди спят – они еще как-то здесь учатся и получают неплохие отметки, демонстрируя приличные знания.

Так было. К сожалению, ситуация существенно не изменилась. Это не значит, что не появились новые общежития. Они есть, кое-где обновились действующие общежития, но ситуация все равно остается довольно сложной. Поэтому нам нужно не только вести реконструкцию существующих зданий, но и строить новые общежития, которые отвечают самым современным санитарным нормам и требованиям безопасности.

Общежития для студентов должны быть комфортными. Там не должно быть какой-то роскоши – достаточно посмотреть на зарубежные аналоги, – но должна быть вся инфраструктура, которая сегодня необходима современным студентам для получения знаний. Я имею в виду спортзал, медпункт, комнаты для учебных занятий, тот же самый интернет, кухню для приготовления горячей пищи.

Но по-хорошему нужно стремиться к тому, что существует в передовых университетах в развитых государствах, – университетские городки. По такому принципу строятся новые университеты и их городки, имею в виду и кампус Дальневосточного федерального университета на острове Русский: кроме комфортабельных комнат – и бассейн, и стадион, и медицинский центр. Понятно, это абсолютно новый объект, на который, скажем откровенно, не пожалели денег и который, когда будет достроен, станет весьма востребованным элитным учебным заведением в хорошем смысле этого слова.

Планируется строительство кампусов и в других вузах, в частности, в МИСиСе, в вузах не только Москвы и Дальнего Востока. Но на самом деле ситуация с общежитиями и, вообще, со студенческими городками пока весьма сложная.

Очень важной темой является тема мониторинга здоровья студентов, потому что во время учебы тот, кто учится по настоящему, тратит силы, здоровье. И конечно, нужно смотреть за тем, каким образом оказываются медицинские услуги, как студенты себя чувствуют, и какими они выходят из стен университетов. Нужно расширять и сеть студенческих санаториев, профилакториев там, где это возможно.

Хотел бы еще раз также привлечь внимание к тому, что решение этой задачи зависит не только от федерального центра, тем более далеко не все высшие учебные заведения находятся на обеспечении со стороны федерального центра, очень многое зависит от региональных властей...

(По материалам стенограммы, в сокращении)

Консолидация бюджетов, или Для хорошего студента ничего не жалко



На недавней встрече с Президентом России губернатор Кировской области **Никита Белых** рассказал о высоком уровне среднего образования в области и о методах поощрения студентов высшей школы.

- Что из себя представляет Кировская область в плане образования? Здесь есть хорошая специфика: качественное среднее образование. По интегральным показателям (это ЕГЭ, медалисты, призеры и победители олимпиад различных уровней) наша область входит в десятку лучших регионов РФ. А по такому показателю, как количество победителей и призеров всероссийских и международных олимпиад на 100 тысяч населения, мы занимаем первое место в России. Москва, кстати, – шестое.

Мы очень радуемся этим успехам и действительно работаем над поощрением и развитием талантливых детей. Но эта «медаль» имеет и обратную сторону. Те способные и замечательные школьники, которые учатся в нашей области, получают возможность учиться где угодно, и, естественно, очень большое количество молодежи после сдачи единого госэкзамена принимает решение об учебе в других регионах.

Поэтому, начиная с прошлого года, мы решили провести эксперимент, который уже показывает хорошие результаты. Тем выпускникам, которые в совокупности по трем экзаменам получили больше 250 баллов (а это очень высокий уровень знаний, позволяющий поступить практически в любой московский вуз), но при этом приняли решение остаться в вузах Кировской области, мы платим дополнительную стипендию.

На первый взгляд, эта стипендия может показаться не очень большой, но для нашего региона она достаточно ощутима – 2,5 тысячи рублей в месяц. А если в числе тех экзаменов, которые сдавал выпускник, есть еще

100 баллов, то он получает 4330 рублей, а это уже минимальный размер оплаты труда. Кроме того, мы эти 2,5 тысячи платим еще и тем, кто, может быть, не получил 250 баллов, но имеет золотую или серебряную медаль.

Кстати, хочу заметить, что система медалистов, к сожалению, на сегодняшний день у нас немножко «затерлась». Если раньше медалисты имели определенные преимущества (я сам, как выпускник школы с золотой медалью, сдавал один экзамен при поступлении в университет), то сейчас вроде и медали остались, но они уже существенной роли не играют...

В прошлом году у нас такие стипендии получали 96 человек – те, кто принял решение остаться в области. Сейчас данные по этому году еще окончательно подводятся, но по предварительным итогам (при том, что выпускников было несколько меньше, чем в 2010 году) – количество абитуриентов, которые приняли решение остаться в Кировской области, почти в 1,5 раза выросло...

Вузы Кировской области, в общем, неплохо смотрятся в рейтинге российских учреждений высшей школы. Но по ряду образовательных направлений в Кирове нет соответствующей базы – значит, выпускники школ будут уезжать. Над этим нам надо работать и сделать так, чтобы они в конечном итоге вернулись. А тех учеников, которые хорошо учились и поступили в наши вузы на достаточно распространенные специальности, тоже поощряем.

Системой высшего образования мы достаточно плотно занимаемся. Часто общаемся с советом ректоров Кировской области, и те проблемы,

которые есть, они нам понятны. Но сделать мы для вузов можем мало, поскольку разные уровни финансирования, и, тем не менее, определенные совместные проекты в области успешно реализуются.

Первая и, на мой взгляд, очень важная задача в масштабах страны – это, конечно, обеспечение высших учебных заведений общежитиями. Потому что на сегодняшний день в числе тех конкурентных преимуществ вузов, которые есть, как это ни грустно, иногда главную роль играют не те знания, которые там даются, не качество образования, а наличие собственной материально-технической базы и прежде всего общежития. И в этом плане необходимы совместные усилия.

Известно, что высшая школа финансируется из федерального бюджета, но мы готовы и здесь как-то поучаствовать, поскольку речь идет о тех людях, которые учатся и живут на нашей территории.

Возможно, это могут быть программы, связанные со строительством новых общежитий, обеспечивающих не только простейшее проживание, но и содержащих определенные элементы социальной инфраструктуры, которой в области в настоящее время в достаточной мере не хватает. Здесь речь идет и о спортивных, и о культурных объектах...

Учитывая, что современный человек – это человек, не только обладающий хорошими знаниями, но и свободно мыслящий, креативный, активно общающийся в своем социуме, то мы такого рода направления должны поддерживать.

(По материалам стенограммы встречи)

О проблемах современной высшей школы

(из выступления Председателя Правительства Российской Федерации В. В. Путина на встрече с активом Российского союза ректоров)



Премьер-министр России **Владимир Путин** 24 августа встретился с активом Союза ректоров РФ и призвал их приступить к модернизации всей сети высших учебных заведений. По мнению Премьера, только так можно вывести качество российского образования на уровень, отвечающий современным требованиям.

- Кампания этого года по приему в вузы подтвердила, к сожалению, некоторые проблемы, которые приобретают системный характер... Я хочу сказать о тех ситуациях, когда буква закона формально соблюдена, а суть ничего общего не имеет с главной миссией любого вуза – с обеспечением качества образования.

Стремясь увеличить число студентов, а на самом деле заполнить финансирование, ряд вузов принимает на бюджетные места абитуриентов с крайне низким баллом ЕГЭ. Так, в семи российских вузах средний проходной балл ЕГЭ был ниже 50... Это означает, что по старой советской системе – слабая «троечка». Разве это отбор? Более того, по результатам прошедшей приемной кампании в нескольких десятках вузов был зафиксирован недобор на бюджетные места. Как это понимать: недобор на бюджетные места? Понятно, что это связано с тем, что люди туда просто не идут.

Сейчас в вузы поступает поколение середины 90-х годов, когда резко сократилась рождаемость. Но если люди обходят стороной институт или университет, не идут учиться даже на бюджетное место, это для нас с вами звонок. Звонок прежде всего, конечно, ректору, повод серьезно задуматься о том, насколько востребовано такое учебное заведение и какого специалиста оно

способно подготовить. Это же можно сказать в отношении вузов, создающих непрофильные факультеты.

Когда там, где пищевики, готовят и экономистов, это еще ладно, а когда рядом с юристами готовят тех же самых пищевиков или энергетиков – это совершенно несовместимые вещи.

Приходится сталкиваться и с открытым демпингом со стороны некоторых вузов. Устанавливают плату за обучение на коммерческих местах ниже государственных нормативов финансирования. Это делается для того, чтобы заработать и сохранить свое учебное заведение. Сознательно предлагают будущим студентам некачественное образование, потому что за эти деньги невозможно набрать качественный профессорско-преподавательский состав, невозможно обеспечить процесс обучения, невозможно приобрести оборудование и так далее. Все это дискредитирует высшую школу в целом, прямо нарушает права молодых людей на получение добротных профессиональных знаний, снижает стартовые позиции этих людей в будущем на рынке труда. Подобные вузы должны постепенно сходить со сцены. Здесь важна принципиальная позиция не только Минобрнауки, но и, прежде всего, профессионального сообщества и всего Союза ректоров России.

Безусловно, необходимо расширять открытость вузов. Это касается характера и результатов приема, содержания обучения, оценки качества подготовки студентов. Важным инструментом должно стать рейтингование вузов. Я знаю, что многие ректоры поддерживают рейтингование. Однако хочу сразу обратить ваше внимание на то, что нельзя превращать составление рейтингов в узкокорпоративный, кулуарный процесс. Потребителю образовательных услуг необходимы объективные, а не ангажированные оценки, и получить их можно только с привлечением ведущих ученых, экспертов, представителей общественности и, разумеется, потребителей образовательного продукта – самого бизнеса, экономики.

Оздоровление образовательного пространства позволит нам усилить поддержку крепких вузов, нарастить инвестиции в их программы и проекты развития. Средства, которые сегодня по факту используются неэффективно, гораздо лучше направить на дополнительное финансирование качественных, востребованных бюджетных мест, а также на подготовку специалистов, в которых особенно нуждается российское государство и общество.

В этой связи хочу сказать, что с текущего года мы запускаем пилотный проект – увеличиваем объем финан-

сирования программ по подготовке инженерно-технических кадров в десяти вузах страны. Оценим результаты – и примем решение о дальнейшем расширении такой практики.

Отмечу, что рост инвестиций в образовательные программы, конечно же, подразумевает и повышение оплаты труда научно-педагогических коллективов вузов... Система образования держится прежде всего на профессорах и преподавателях – это очевидная вещь.

Сейчас средняя зарплата в системе высшего образования составляет 21,7 тысячи рублей – это несколько ниже, чем средняя по экономике в стране. Только в 26 субъектах федерации средняя зарплата по учреждениям высшего образования равна или выше средней по экономике региона. А если вычесть выплаты руководящему составу вузов, то картина получается еще более скромная, мягко говоря.

Недавно было принято решение по увеличению зарплаты школьным учителям. Если мы сделали такой шаг в отношении общеобразовательной школы, то логично ставить подобные цели и применительно к системе высшего образования. Считаю, что в течение ближайшего года мы должны добиться, чтобы зарплата профессорско-преподавательского состава вузов сравнялась, а затем и превышала средний размер оплаты труда по экономике в каждом субъекте федерации... Это нужно решать вместе с вами и вместе с регионами.

Мы по школам сделали достаточно просто: выдали им деньги, которые они тратили на ремонт, а то, что они тратили на ремонт, они направляют на повышение зарплаты учителям... Такой способ вряд ли применим будет к вузам, потому что вузы у нас разного подчинения, но решение найти возможно. Я прошу Минобрнауки совместно с Союзом ректоров представить конкретные предложения по решению этой проблемы, в том числе посмотреть расходы на содержание административного аппарата, который, как показывает анализ, в последнее время не уменьшается, а, наоборот, растет, причем небывалыми темпами, зачастую в ущерб основной, образовательной, и научной деятельности высшего учебного заведения. Вы наверняка сами это знаете: придумываются самого разного рода должности, департаменты, отделы, в некоторых вузах – более 20 проректоров. Получается, что государство финансирует содержание организации, конторы, а не образования...

Нередко зарплаты руководящего состава вузов превышают средний оклад профессорско-преподавательского состава в 8–9 раз, а с учетом премии разница составляет

иногда 15 раз, а то и более. Я прошу понять меня правильно: никто не выступает против того, чтобы руководители вузов получали высокую, достойную заработную плату. Но принципы ее назначения должны быть справедливыми и обоснованными. Они должны быть понятными для коллектива, иначе трудно создать нормальную рабочую атмосферу. И прошу вас совместно с Минобрнауки тоже подумать на этот счет. Это не значит, что возможно решить все проблемы по повышению заработной платы профессорско-преподавательского состава только сократив, допустим, зарплату руководящего состава. Нет, так не решить.

Во-первых, принцип распределения ресурсов должен быть справедливым, а во-вторых, есть и другие, прямо скажем, не совсем профильные расходы, их очень много, они постоянно растут...

- Качественное, современное образование – это залог устойчивого развития нашей с вами страны, основа для самореализации конкретного человека, основа для расширения социальных и экономических возможностей всех граждан страны, стратегический ресурс России, который мы должны укреплять и в полной мере использовать

Надо просто взять это под более жесткий контроль, все ненужное, второстепенное отсечь и направить эти средства на повышение заработной платы...

Еще один важный вопрос – жилье. Без этого, конечно, трудно не только привлечь, но и удержать специалистов высокого уровня. Здесь очень многое зависит от субъектов федерации. Например, в Белгородский университет только за последнее время приехали работать почти 70 профессоров и преподавателей из других регионов Российской Федерации, потому что область смогла обеспечить их квартирами. Думаю, что это очень хороший пример ответственной, дальновидной позиции руководителя региона и его команды – людей, которые на деле видят в своих вузах мощный ресурс экономического, культурного и духовного подъема региона...

Я прошу Минрегион совместно с Минобрнауки, другими заинтересованными ведомствами, Фондом развития жилищного строительства представить дополнительные предложения по решению жилищной проблемы для преподавателей вузов и молодых специалистов. Там и государственные земли можно использовать более эффективно.

Кстати, об общежитиях. У нас в этом году будет в министерстве экономия – примерно 2,5 млрд рублей. Мы приняли решение направить их на ремонт общежитий. Это общедоходные программы, которые мы создаем и по другим направлениям.

Будем готовиться к чемпионату мира по футболу – будут соответствующие стройки. Будем ориентировать регионы... и учреждения таким образом, чтобы возводимые здания и сооружения использовались для высшей школы, в том числе для проживания студентов – так, как мы это сейчас делаем и планируем в Казани при подготовке к Универсиаде.

Я, кстати говоря, очень рассчитываю на то, что вопросам развития спорта в молодежной среде, прежде всего в студенческой, вы будете уделять серьезное внимание. В столице Татарстана мы строим целый комплекс для проживания спортсменов, которые приедут на Универсиаду в Казань. Все эти здания целиком отдаются Казанскому университету под общежития. Сейчас значительная их часть готова, студенты уже там живут. Готовясь к первенству мира по футболу, к АТЭС во Владивостоке, будем также ориентировать наших коллег на подобные мероприятия.

С 2012 года мы будем выплачивать стипендии Правительства Российской Федерации для лучших студентов и аспирантов вузов, обучающихся по специальностям, наиболее востребованным для технологического прорыва в России – прежде всего это, конечно, инженерные кадры.

Необходимо создать все условия для академической мобильности студентов и аспирантов, в том числе упорядочить вопросы по оплате и предоставлению грантов для прохождения стажировок в отечественных и зарубежных вузах...

...Нельзя забывать про необходимость создания безбарьерной среды – это очень важно... Нужно обеспечить людей с ограниченными возможностями всеми условиями для того, чтобы они могли получить достойное образование и найти свое место в жизни, – это касается и самих учебных заведений, и лабораторий, и учебных корпусов, это касается и общежитий...

...Я в свое время... работал в качестве помощника ректора Ленинградского университета. Не вижу оснований, почему бы в сегодняшнем качестве не продолжать помогать системе высшего образования. А вас хочу поблагодарить за помощь и поддержку и в рамках работы Общероссийского народного фронта, и в решении тех задач, которые стоят в целом перед страной.

(По материалам стенограммы, в сокращении)



В утвержденной Правительством РФ программе развития Губкинского университета как НИУ определена его миссия локомотива в индустрии знаний, обеспечивающей развитие топливно-энергетического и нефтегазохимического комплексов экономики страны. По этому поводу ректор РГУ нефти и газа имени И. М. Губкина **Виктор Георгиевич Мартынов** сказал: «Мы понимаем это так: университет должен брать на себя организующую роль в консолидации интеллектуальных, информационных, материально-технических ресурсов академической и вузовской науки, исследовательских центров нефтегазовых компаний для налаживания поточного производства и успешного продвижения на рынок конкурентоспособных отечественных технологий».

Новые проекты Губкинского университета

в статусе национального исследовательского университета

- Эффективным инструментом подобной консолидации, как показала мировая практика, являются технологические платформы (ТП). Университет, работая в тесном взаимодействии с Минэнерго России, выступил инициатором создания технологической платформы «Технологии добычи и использования углеводородов». Разработанная учеными университета и представленная в Минэкономразвития России концепция ТП получила одобрение и была включена в перечень наиболее актуальных для страны 27 технологических платформ, утвержденных В. В. Путиным.

Одним из ключевых моментов предложенной концепции является проект оператора платформы в виде специализированной организации в форме некоммерческого партнерства, учреждаемого всеми нефтегазовыми вузами и институтом проблем нефти и газа РАН. Именоваться эта организация будет Российским институтом нефти и газа (РИНГ) и по ряду функций будет близка ко всем известному Французскому институту нефти. Проект получил полную поддержку и в академическом, и бизнес-сообществах ТЭК и вышел на стадию практической реализации.

Хотел бы в этой связи отметить тот благоприятный климат для реализации подобной программы, которая формируется благодаря настойчивому поощрению руководством страны современной модели укрепления сотрудничества вузов и работодателей. Я имею в виду серию постановлений Правительства, принятых в апреле 2010 года, и соответствующие решения комиссии по модернизации и технологическому развитию экономики страны и комиссии по инновационному развитию, возглавляемых соответственно Президентом и Премьер-министром России.

Отечественное образование непрерывно реформируется уже четверть века. Судя по вынесенному на всенародное обсуждение проекту об-

новленного закона «Об образовании в Российской Федерации», «еще немного, еще чуть-чуть» - и мы в поисках истины в этой сфере, наконец-то, ухватимся за нить Ариадны.

В проекте закона немало позитивного. Мне, например, очень импонирует статья 19 и ее пункт 4: «Организациям, реализующим инновационные проекты (программы), имеющие существенное значение для обеспечения развития системы образования и реализации основных направлений государственной политики Российской Федерации в сфере образования, может быть присвоен статус федеральной или региональной инновационной площадки. Такие организации составляют инновационную инфраструктуру в системе образования...».

Губкинский университет в проведенном Минобрнауки России в 2006-2007 годах конкурсе инновационных образовательных программ победил с программой «Развитие профессиональных компетенций в новой среде обучения – виртуальной среде профессиональной деятельности». В разработанной нами и запатентованной инновационной технологии обучения используется новая учебная среда. Это созданная в стенах вуза система завязанных в сеть тренажеров, иначе говоря, компьютеризированных рабочих мест, в главных компонентах, не отличимых от тех рабочих мест, на которых трудятся нынешние выпускники университета разных специальностей (профессий) в нефтедобывающих компаниях, на нефтеперерабатывающих заводах, на предприятиях нефтегазотранспорта, - прежде всего, там, где высок уровень информатизации и интеллектуализации технологических процессов.

Эту систему тренажеров мы и называем виртуальной средой профессиональной деятельности. А учебный процесс в ней осуществляется через воспроизведение в режиме on-line той реальной совместной, скоординиро-

ванной, регламентированной каждодневной работы, которую выполняют на указанных предприятиях соответствующие специалисты. Так что мы де-факто осуществляем функцию инновационной площадки в системе высшего нефтегазового образования страны, да и не только нашей, ибо интерес к тому, что мы делаем, проявляют и зарубежные вузы. Мы весьма заинтересованы в том, чтобы закрепить этот статус де-юре и иметь соответствующую поддержку.

Есть и другой образовательный инновационный проект, реализуя который наш университет занял лидирующие позиции в стране. Этот проект – содействие крупному бизнесу в его адаптации к переходу на подготовку в стране специалистов по системе «бакалавр – магистр» с помощью построенных по модульному принципу дополнительных профессиональных образовательных программ с присвоением выпускникам дополнительных квалификаций.

Работу в этом направлении мы ведем по заказам ведущих отечественных нефтегазовых компаний уже 4 года. Отработаны все методические и все организационные вопросы. 40% общего числа подобных программ, на реализацию которых государство выдало лицензии, - наши программы.

Особо подчеркну: образовательные инновации университета имеют четкую направленность именно на развитие у выпускников инженерных компетенций.

Общество, государство, работодатели – вот главная заинтересованная сторона в наличии у выпускников вузов этих компетенций. Очевидно, что без производственных практик приобрести их не реально. Однако, ни общество, ни государство, ни работодатели,

не гарантируют вузам, в структуре которых нет и не может быть металлургических заводов, атомных электростанций, нефтяных и газовых промыслов, нефтебаз и нефтегазохимических комбинатов и т. д., должную организацию практик для всех студентов инженерных специальностей.

Через создание виртуальной среды инженерной деятельности, близкой к реальной в условиях современного компьютеризированного производства, мы первым проектом хоть и частично, но в существенной мере решаем проблему. А второй проект, связанный с разработкой и внедрением широкого спектра дополнительных профессиональных программ с присвоением выпускникам дополнительных квалификаций, обеспечивает «доводку» бакалавра (в сущности, полуфабрикатной продукции высшей школы) до кондиции специалиста – инженера.

Должен заметить, что в проекте закона об образовании недостаточно внятно прописано, кто у нас в конечном итоге отвечает за реестр профессий и квалификаций. Если государство (а именно так, я полагаю, и должно быть), то дополнительные профессиональные программы, дающие обучающимся новые квалификации, к примеру, бакалавру нефтегазового дела – квалификацию специалиста по капитальному ремонту скважин, должны предусматривать итоговую аттестацию на государственном уровне и, соответственно, получение на выходе государственного диплома, аналогичного диплому о высшем образовании.

В настоящее время процесс обновления квалификаций находится в «застопоренном» состоянии. РСПП инициировал деятельность по созданию в стране системы профессиональных стандартов (ПС), образовано негосу-

дарственное национальное агентство развития квалификаций. Губкинский университет активно включился в эту работу, однако столкнулся с неготовностью кадровиков ряда компаний к использованию ПС в качестве нормативного документа, поскольку это официально не санкционировано. И в новом варианте закона об образовании нигде не отмечено, что основой для разработки ФГОС для профессиональных образовательных программ должны быть соответствующие профессиональные стандарты. Уже и Президент страны, и Премьер-министр однозначно говорят о насущной необходимости в разработке ПС. Законодатели в этом вопросе должны быть, как мне кажется, чуточку посмелее.

Не могу не воспользоваться трибуной журнала «Бизнес и власть», чтобы не высказаться относительно ЕГЭ. В нашем вузе не утрачен оптимизм в отношении этого нововведения. Несмотря на заинтересованность значительной части населения в отмене ЕГЭ по известным причинам, государству отступить здесь, убежден, не следует. Тревожит, что, введя ЕГЭ, мы в очередной раз «с грязной водой выплеснули ребенка». Я имею в виду отказ от предоставления преференций абитуриентам, окончившим школу с золотой или серебряной медалью. Поступив таким образом, мы на уровне государства объявили вотум недоверия российской средней школе. А тогда почему, сами не доверяя ей, мы рассчитываем на доверие мирового сообщества к нашей высшей школе. Ведь медаль для академического сообщества была и продолжает оставаться не столько интегральным сертификатом знаний, сколько показателем ответственного отношения к учебе, мотивированности, усердия, иначе говоря, важнейших личностных компетенций. Согласно ФГОС, развивать эти компетенции входит в задачу вуза. Так почему же нас не должно интересовать, что мы имеем на входе.

Статистика за 300 лет существования высшего образования в стране, в том числе и за последние 20 лет, убедительным образом показывает, что медалисты, в целом, учатся в вузах не просто лучше других, а намного лучше. Существовавшая не одно десятилетие практика проведения входного собеседования с медалистами была эффективной и не скомпрометировала себя коррупционными моментами. С глубоким вздохом облегчения мы бы приняли включение в Правила приема в вузы дополнения, в той или иной форме демонстрирующие уважение к золотым и серебряным медалям.

Медалисты – они разные, но в целом – это элита молодого поколения и ее надо лелеять.



Визит заместителя министра энергетики РФ Сергея Кудряшова в РГУ нефти и газа имени И. М. Губкина



О жизненной прагматике

Главная задача совершенствования высшего образования России – это подготовка специалистов, способных применять свои знания в изменяющихся условиях. На эту тему – точка зрения ректора Пятигорской государственной фармацевтической академии **Михаила Витальевича Гаврилина**.

- В фармацевтических вузах страны идет интенсивная работа по реализации компетентностно-ориентированного образования, что можно рассматривать как серьезный и своевременный шаг на пути создания инновационной отечественной высшей школы. Это обстоятельство явилось основанием для введения новых федеральных образовательных госстандартов. Современная версия ФГОС по специальности «Фармация» способна обеспечить необходимую связь системы фармацевтического образования с рыночной экономикой, создать условия для эффективного взаимодействия учебных заведений с работодателями. В этом отношении особое значение имеет факт плодотворного сотрудничества Пятигорской фармацевтиче-

ской госакадемии с такими аптечными сетями, как «Ригла» и «36,6», а также с компанией «АстроЗенека». Такого рода взаимоотношения помогают нам в реализации политики повышения качества образования, а бизнесу позволяют формулировать свою позицию в вопросе модернизации подготовки кадров.

В Пятигорской ГФА задача модернизации процесса обучения решается путем непрерывного внедрения IT-технологий. Пополняется и обновляется парк компьютерной техники и соответствующего программного обеспечения, позволяющего объединить все подразделения академии в единую сеть обмена информацией и автоматизировать контроль усвоения учебного материала.

Идея непрерывности высшего фармацевтического образования решается преподавателя-

ми вуза путем разработки методики получения дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медработников амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. В результате этой работы подготовлено 439 специалистов для Северо-Кавказского федерального округа.

Таким образом, компетентностно-ориентированный подход к обучению в высшей фармацевтической школе позволяет преодолеть разрыв между существующими приоритетами в высшем образовании и современной жизненной прагматикой, требующей от выпускников вузов уверенного применения полученных знаний в любой социально-профессиональной ситуации.

Междисциплинарный союз

Разработка и реализация в учебном процессе междисциплинарных программ - одна из главных задач Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии, с которой, уверен ректор, профессор **Игорь Анатольевич Наркевич**, коллектив вуза успешно справится.



- Считаю, что сегодня необходимо готовить такие кадры, которые работали бы на стыке фармацевтики, химии, физики и биологии. Например, в Петербурге проектируется производство по синтезу моноклональных антител. Это, прежде всего, препараты для лечения онкологических заболеваний, весьма высокотехнологичные и дорогостоящие.

Для их создания необходимы молекулярные биологи и специалисты в области хроматографии, инженерные технологи, специалисты в сфере управления качеством. Нужно признать, что фармацевтическая промышленность отличается от других как раз тем, что имеет ярко выраженный междисциплинарный характер. По оценкам немецких экспертов, для создания и вывода на рынок лекарствен-

ного препарата необходимо взаимодействие около 800 специалистов по разным научным направлениям. Даже юридическое сопровождение медпрепаратов - очень специфичное дело и требует от профессионалов хороших междисциплинарных знаний.

В каждой крупной фармацевтической компании есть целое управление, которое занимается покупкой и продажей интеллектуальной собственности на разных этапах. Это специфичная отрасль, в которой юрист должен понимать, что такое те же моноклональные антитела, субстанция, доклинические исследования и т. д. То же самое можно сказать и о рекламной деятельности, о дизайнерах лекарственных упаковок.

Решить все проблемы фармацевтической отрасли сегодня не может

ни один российский вуз, даже такой передовой, как наш. Поэтому непостоянная задача стоит перед нами сейчас: открыть ряд новых специальностей и дисциплин и трансформировать академию в университет.

Актуальным для академии остается и создание механизмов, которые способствовали бы вовлечению в сферу деятельности заинтересованных фармацевтических компаний новых кадров, одновременно стимулируя интерес наших студентов уже со 2-3 курсов к специфике работы этих предприятий.

В ближайшее время мы предложим фармпромышленности ряд конкурентоспособных образовательных и исследовательских продуктов, способных достаточно существенно повысить темпы развития этой отрасли.

Формируя модель будущего



Реформа в системе образования, активно обсуждаемая сегодня в СМИ и на Интернет-форумах, не оставляет равнодушным никого. Свою позицию по ряду принципиальных вопросов нашему корреспонденту высказал **Олег Николаевич Мосолов**, руководитель Департамента образования, науки и молодежной политики Воронежской области.

- Уже давно система образования России нуждается в интегрированном законе, который четко определил бы основные направления ее дальнейшего развития. Новый проект ФЗ «Об образовании в РФ» призван решить эти задачи. Считаю важным, что прежде чем окончательно «выпустить его в жизнь», руководство федерального Минобрнауки выбрало модель предварительного рассмотрения и всестороннего обсуждения данного законопроекта. Безусловно, особенно ценно мнение профессионалов, педагогов со стажем. Надеюсь, оно будет учтено, и уже скоро мы получим доработанный текст закона, из которого будут убраны все недочеты.

Однако, на мой взгляд, не стоит ждать моментальных изменений. В такой глобальной системе, как образование, они порой затягиваются на годы. И это нормально. Между тем, перед разработчиками закона и нами стоит задача «снять испуг» с потребителя, то есть доступным языком донести до родителей и учителей информацию о том, что учить в современной России будут не хуже, а лучше. И образовательный минимум, который, кстати, должен быть не меньше сегодняшнего, нашим детям государство гарантирует.

Необходимо доходчиво объяснить, что скоро современной школе будет предоставлена уникальная возможность: оказывать дополнительные образовательные услуги. При этом, финансирование может идти не только из родительского кошелька, но и из бюджета МО через муниципальные задания. На мой взгляд, это правильно!

Именно поэтому наш департамент уже с 2011 г. на площадках 49-ти региональных образовательных учреждений (ОУ) отработывает модель использования федерального образовательного госстандарта в первом классе, в рамках которого введено дополнительное финансирование.

С 1 сентября эти средства уже получают все региональные ОУ, где есть первые классы. Также в обязательном порядке мы планируем производить переобучение директоров всех ОУ, присваивая им квалификацию «менеджер». В результате надеемся получить «коммерчески продвинутых управленцев». Для этого в регионе разработана и принята специальная модель повышения квалификации, которая предполагает возможность выбора самим учреждением поставщика наиболее качественных услуг.

Если же коснуться темы профессионального образования, то и здесь есть свои подвижки. Причем немалые. Например, сейчас в регионе достаточно активно идет работа по созданию федерального государственного университета на базе Воронежского государственного университета. В этом вопросе мы получили поддержку со стороны министра образования и науки РФ А. Фурсенко, а также поручение подготовить качественную программу развития данного вуза, предварительное название которого - «Центральный европейский федеральный университет». Предполагается, что его создание послужит началом развития региональной программы системы профобразования.

Основа – кластерный подход, использование которого на территории

нашего региона оправдано, потому что Воронежская область имеет серьезный промышленный потенциал.

Действительно, сегодня мы имеем целый ряд активно формирующихся направлений. Это аграрно-промышленный комплекс, индустрия питания, космическая отрасль, жилищное строительство и многое другое.

Все это примеры кластеров, которые будут развиваться по логике «локомотивов». В начале цепочки встанут 39 ведущих областных вузов, в завершении - учреждения НПО и СПО. Планируемое значительное укрупнение некоторых вузов будет происходить путем присоединения к ним учреждений профессионального образования. В ближайшее время по два СПО будет присоединено к технологической академии, к аграрному и архитектурно-строительному университетам.

Подчеркну, что происходит подобное слияние не административным путем, а исключительно на добровольных началах: коллективы современных ОУ СПО готовы войти в структуру вузов, так как осознают необходимость выстраивания многоуровневых образовательных комплексов. В результате, сейчас ведется согласование данной процедуры с Министерством образования и науки РФ, с Министерством сельского хозяйства РФ. Готовится соответствующий пакет документов. Участие региона в федеральной целевой программе развития образования в направлении формирования современной системы профобразования позволяет нам надеяться на федеральную поддержку.



Удачный симбиоз

Развитие гражданского общества начинается, по мнению директора Омского института (филиала) РГТЭУ **Сергея Ефимовича Метелева**, с ответственности за свое дело, за свой вуз, поэтому формирование чувства корпоративной ответственности - важнейшая составляющая деятельности вуза.

В годы перестройки, когда вся Россия встала на рельсы торговли и коммерции, настоящих специалистов-рыночников не готовил ни один вуз страны.

Реорганизация Московского университета коммерции привела к тому, что вуз в 2002 году получил статус российского и свое нынешнее название - Российский государственный торгово-экономический университет, и к тому времени его уже возглавлял профессор, известный политический деятель России С.Н.Бабурин.

А в Омский институт (филиал) РГТЭУ был назначен энергичный, продвигающий передовые идеи в развитии образования С. Е. Метелев. Наступила новая веха в истории вуза. Ее особенностью стал своеобразный симбиоз из сохранения лучших традиций, наработанных вузом, корпоративной ответственности и удачных решений задач нового времени.

Переживаемые сегодня высшей школой реформы выдвигают иногда очень жесткие требования к качеству подготовки специалистов. В соответствии с современными тенденциями профессорско-преподавательский коллектив института видит острую необходимость тесного сотрудничества с практиками отрасли, с базовыми предприятиями.

В институте внедрена система качества образования, гарантирующая высокий уровень подготовки специалистов по всем формам обучения, включая международное сотрудничество.

Предоставляя высокий уровень образовательных услуг, омский вуз трижды становился лауреатом конкурса «100 лучших товаров России» в номинации «Услуги в системе высшего образования» (2006, 2008, 2010гг.).

Сохраняются и умножаются партнерские отношения как с торговыми организациями, так и со средними профессиональными учебными заведения-

ми. Уже много лет институт и Торговый центр «Омский», ГОУ СПО «Колледж торговли, экономики и сервиса», «Хоз-мебельстройторг», «ТФ «Омторг» являются социальными партнерами.

Безусловно, в институте работает команда единомышленников. Создаются комфортные условия для развития организаторских и творческих способностей и студентов, и преподавателей, а студенческое самоуправление – это уже реалии сегодняшнего дня. Особое место в данном направлении играет возможность общения студентов с общественными и политическими деятелями разного уровня и различной политической принадлежности, что позволяет молодежи выработать собственное независимое видение проблем.

Пережив несколько периодов, когда приходилось все создавать заново, сохранив лучшие традиции, коллектив Омского института (филиала) РГТЭУ включился в процесс реформирования высшей школы с убеждением, что вуз обязан дать своим студентам достойное образование для достойной жизни.

Обучая студентов экономической грамотности, предпринимательской дальновидности и умению пользоваться важнейшими бизнес-инструментами, Омский институт соз-

дает крепкие основы профессиональных компетенций будущих руководителей, бизнесменов, банкиров, то есть тех, кто будет строить экономику завтрашнего дня.

Одной из особенностей института является наличие Центра развития профессиональной карьеры. Здесь консультируют студентов, помогают им в выборе будущего рабочего места и отслеживают дальнейшую судьбу выпускников.

Кроме этого, Центр проводит ряд образовательных программ для предпринимателей по госзаказу: «Управление качеством: инструменты эффективного менеджмента», «Эффективное управление малым бизнесом» и многие другие. Многие омские компании с удовольствием сотрудничают с институтом в целях повышения квалификации своих сотрудников. Программа корпоративного обучения строится исходя из конкретных потребностей заказчика.

В данном вузе обучение и внутренний рост студентов и преподавателей идет непрерывно. В июне этого года под эгидой Московской международной высшей школы бизнеса «Мирбис» прошли обучение по актуальной программе «Антикризисный операционный менеджмент» руководители структурных подразделений и ведущие преподаватели вуза.

Во многом все это – заслуга руководителя, ведь Сергей Ефимович Метелев - пример для сотрудников и студентов. В 2006 году он стал лауреатом Всероссийского конкурса «Менеджер года» и Победителем этого конкурса в 2008 году. Возглавляемая им кафедра «Финансы и кредит» в 2009 году стала лауреатом Всероссийского конкурса «Лучшая экономическая кафедра». В 2010 году еще три кафедры стали лауреатами этого престижного конкурса.

Сегодня перед Омским институтом (филиалом) РГТЭУ стоят новые задачи. В том, что они будут решены, нет никаких сомнений.



На встрече с зампредела Госдумы РФ Л. К. Слиской



Юрий Ерофеев: Главное – пациент

Современное здравоохранение представляет собой биполярную систему. С одной стороны, это по-прежнему отношения врача и пациента, с другой – внедрение, как в любой другой отрасли экономики, стандартов оказания помощи. В совмещении этих полюсов видит приоритетное развитие здравоохранения министр отраслевого ведомства Омской области **Юрий Владимирович Ерофеев**.

- Правительство Омской области утвердило «Программу модернизации здравоохранения Омской области на 2001-2012 годы». Ее цель - предоставление всем гражданам области, независимо от места их проживания и социального статуса, качественной медицинской помощи. Приоритетом в реализации Программы является приведение материально-технической базы здравоохранения к требованиям современных стандартов.

Благодаря поддержке Правительства Омской области, в регионе непрерывно ведутся не только ремонтные работы на объектах здравоохранения, но и строительство новых объектов. В области ежегодно вводятся в строй новые объекты здравоохранения: в 2010 году были запущены в эксплуатацию после реконструкции главный корпус и поликлиника МУЗ «Исилькульская ЦРБ», здания БУЗОО «Центр крови», инфекционное отделение МУЗ «Седельниковская ЦРБ». В 2011 году за счет средств бюджета Омской области продолжено строительство операционного корпуса БУЗОО «Клинический онкологический диспансер»; родильного дома на базе недостроенного инфекционного отделения МУЗ «Большереченская ЦРБ», терапевтического корпуса районной больницы в рабочем поселке Красный Яр Любинского района.

Особое внимание мы уделяем строительству операционного корпуса областного онкологического диспансера. Общая площадь объекта 13440 кв. мет-

ров. В корпусе будут размещены операционный блок на 16 операционных, отделение реанимации на 24 койки, морфологическая лаборатория, отделение заготовки крови, централизованное стерилизационное отделение. Строительство этого корпуса - часть долгосрочной целевой программы Омской области «Региональный проект «Онкология» на 2011-2015 годы». Срок его завершения запланирован на декабрь 2011 года. С его вводом в строй онкологическому диспансеру понадобится дополнительно более 200 специалистов.

В Программу модернизации здравоохранения на 2011 – 2012 годы включен капремонт 54 государственных (бюджетных) и муниципальных учреждений здравоохранения области и Омска.

На недавней коллегии Министерства здравоохранения и социального развития РФ опыт Омской области по лекарственному обеспечению получил положительную оценку.

В настоящее время в области розничная торговля лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения осуществляется через 873 обособленных подразделения, расположенных в сельских поселениях, на территории которых отсутствуют аптечные организации.

В этом году в них поставлены медикаменты более чем на 26,1 млн руб., сумма реализованного товара превысила 22,8 млн руб. Доступность лекарственной помощи сельским жителям улучшилась на 60%, ведь раньше роз-

ничная торговля лекарственными средствами была организована лишь в 545 селах области.

Омское здравоохранение имеет мощный кадровый потенциал. В текущем году сразу 5 омских врачей стали лауреатами Всероссийского конкурса «Лучший врач года», причем 3 из них являются представителями государственного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница». Это Игорь Лысенко, Елена Каташова и Владимир Троян – победители в номинации «Лучший врач Омской области». Среди победителей Всероссийского конкурса – Галина Казаченко («Клиническая офтальмологическая больница им. В. П. Выходцева») и Стелла Фоминых (МУЗ г. Омска «БСМП №1»).

Мы прекрасно понимаем, что у небольших муниципальных учреждений здравоохранения зачастую не хватает средств, оснащения, квалифицированных специалистов, чтобы обеспечить качество предоставляемых услуг. И это тоже приоритетное направление нашей работы. Уже подготовлен перечень муниципальных учреждений здравоохранения, подлежащих передаче в госсобственность Омской области.

С 1 июня на рабочей группе постоянно в министерстве заслушиваются сообщения главврачей муниципальных учреждений о готовности их к передаче в государственную собственность Омской области. По результатам, определяется круг вопросов, исполнение которых берется на оперативный контроль.

Палитра чувств, эмоций, предложений...

Новый законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - чего ждут от него люди: врачи, пациенты - народ?



“

- Пусть новый закон об охране здоровья даст людям право на более совершенное и современное получение медицинской помощи. Но как я смогу реализовать, к примеру, мое право выбора медицинского учреждения, если в регистратуре сидит непоколебимая «скала» в виде «всевластной» тетки советского образца, которая отсылает меня и будет отсылать, несмотря на закон, в больницу по месту жительства. Как я смогу повлиять на нее, заставить действовать в соответствии с новыми нормами? В законе должны быть прописаны определенные механизмы ответственности и наказания лиц, не исполняющих его. Потому что хороший закон - это здорово, но люди-то после его принятия вряд ли изменятся.

Петр (г. Новосибирск)

- Будет ли в новом законе как-то регламентирован уровень заработной платы врача? Ведь жуть какая-то получается, в частности, с «остепененными» докторами. Вот я как кандидат медицинских наук, работающий в практической медицине, имею оклад 8300 рублей, из которых получаю за степень 10% от «базовой» заработной платы - это 460 рублей. Когда я стану доктором наук (через пару лет, надеюсь), буду получать аж 20% от тех же 4600 рублей. А как же престиж, приоритет научных исследований? Или это только к учебным и научным заведениям имеет отношение? А если я - практический врач, то за высшую категорию - 15% от тех же 4600 рублей. Но это же просто кощунство! Ведь категория, по большому счету, - это то, на что врач тратит всю профессиональную жизнь! К слову, в КубГМУ доплачивают 3 тысячи рублей за кандидатскую и 8 тысяч за докторскую степень. Наверное, надо бы что-то пересмотреть и в практической медицине... И еще. Как решить проблему «узких» специалистов? У нас в больнице провели модернизацию

отделения, но только для основных врачей, «узкие» никуда не входят. Как с «президентской надбавкой» для участковых? Лблами коллег столкнуть? А ведь узким специалистом труднее стать, надо больше времени и усилий, и в итоге - самый низкий уровень заработной платы в больнице - у них.

Наталья Валерьевна

- Здравсохранение в Кировской области курировала Мария Гайдар, человек без медицинского образования, бывший оппозиционер. Отработав два года, она уехала учиться в Америку... Может ли подобную сферу курировать человек без практического опыта работы, далекий от медицины?

Александр

- Сейчас идет подушевое финансирование медицины в малых городах и селах. Чем меньше людей - тем меньше специалистов, слабеет качество обслуживания и т. д. Новый закон найдет выход из этой ситуации?

Кирилл

- Хочу сказать о низкой зарплате медиков по всей Республике Мордовия. Она настолько низкая, что хочется плакать. Со всеми категориями и надбавками средний медперсонал получает около 5 тысяч рублей в месяц (а за коммунальные услуги двухкомнатной квартиры надо заплатить 2300 рублей), а врач с высшей категорией получает 6 тысяч рублей. Если медработнику захочется написать Президенту России о своей зарплате, а руководство узнает об этом, то человеку начинают угрожать, что его уволят и сделают так, что он вообще не сможет работать в пределах Мордовии. Так где же справедливость? Хоть бы кто-нибудь с проверкой к нам приехал, неофициально, конечно, вот тогда бы все узнали, как мы тут живем.

Наталья

- Медики часто жалуются на плохие условия труда, низкую зарплату и прочую необустроенность. Но как быть нам, простым гражданам, которые тоже живут не в самых лучших условиях, но приходят к врачам за помощью, рассчитывая на квалифицированный совет и понимание? Почему нас постоянно встречает равнодушные врача, который, по идее, должен спасать?

Катерина

- От имени коллектива радиотерапевтов. Нас очень интересует, каким образом может считаться «модернизированной» лучевая терапия, если планирующая система, аппарат для дистанционной гамма-терапии и т. д. давно исчерпали свой ресурс, в онкодиспансере нет компьютерного томографа? А не наврут ли нам в очередной раз и под грифом «модернизация» проведут новую «оптимизацию» с очередным сокращением отделений и уменьшением зарплат? За 3 года по нашему отделению она снизилась на 30%. И где же будет лечиться простой народ? При анализе работы за 5 лет количество получивших радиотерапию онкобольных выросло в 1,5 раза. Чиновники, депутаты и им подобные найдут клиники за границей, но какое право они имеют отбирать последнюю надежду у простого россиянина? Не может врач с 30 - 40-летним стажем получать зарплату в 2 раза меньше, чем рабочий по эксплуатации здания того же отделения, где этот врач работает.

Любовь Викторовна

- В каком веке в районных поликлиниках Москвы появятся современные диагностические аппараты по разным профилям, например, как в Морозовской поликлинике или имени Бакулева, где прием ребенка стоит 4500 рублей, а бесплатного приема нет. Вопрос, все ли могут заплатить указанную сумму? Ответ очевиден. Что надо сделать для того,

чтобы прием в районной поликлинике у педиатра был более чем 12 минут, к примеру - 25 минут, чтобы у родителей была возможность получить грамотную консультационную помощь? Что надо сделать для того, чтобы педиатр занимался не рутинной писаниной, а реальным лечением?

Считаю: надо резко, минимум в два раза, уменьшить писанину, никому не нужные отчеты участковых врачей.

Елена

- Слышал, что когда примут новый закон, в России можно будет оказывать больным высокотехнологичную медицинскую помощь. Что сегодня в нашей стране вкладывается в это понятие? Что это за помощь? Судя по всему, высокотехнологичность предполагает конструирование соответствующего оборудования, обучение кадров - есть ли у нас люди, которые будут обучать? Есть ли у нас деньги, чтобы создавать новое оборудование? Или опять за бешеные деньги все будет закупаться за рубежом и «помогать» людям будут по «элитной» таксе?

Владимир

- После принятия нового закона изменится ли система льготного лекарственного обеспечения? Сейчас лекарства практически невозможно получить, рецепты не выписывают, если выпишут - в аптеках их нет. Ждать жизненно важных препаратов приходится месяцами, при этом тратя огромные деньги на то, что тебе положено бесплатно. До каких пор в инфекционных региональных поликлиниках РФ жизненно важные иммуномодуляторы больные дети будут ждать по 2 недели, а те, кто не дождался, умирать?

Анна Прокофьевна

- Какие функции, полномочия должны быть переданы в регионы, а какие - в муниципалитеты? Такое ощущение, что новый закон оставит нас на грани хаоса, когда никто ни за что не отвечает, но федеральные субсидии будут куда-то в непонятные «кошельки» уходить, а в больницах снова даже бинтов не будет!

Николай (г. Челябинская область)

- Почему все жизненно необходимые лекарственные препараты покупаются больными за свой счет? Такие как, глиатилин, кавинтон, актовегин, мексидол и даже физраствор для капельниц. Выдаются бесплатно только шприцы и системы, а также дешевые препараты, и то только одну упаковку в начале лечения. А если денег нет у человека на лечение, он просто умирает! Я считаю, что на медицину выделяется очень мало средств, а если их выделяется достаточно, то ло-

гичный вопрос: где деньги? Где лекарства? Где высокотехнологичная медицинская помощь? Почему в стране, где гарантировано бесплатное медицинское обслуживание, люди в отчаянии просят помощь у других людей: «Помогите! Пожертвуйте деньги на лечение!» Это нормально!

Виктор

- Есть ли реальные механизмы, чтобы существенно улучшить социальный статус врачей, может тогда они прекратят брать взятки? А то вроде бы пытались повышать зарплату врачам, но намудрили так, что в итоге все остались недовольны, и теперь вынуждены брать по несколько смен, чтобы выживать хоть как-то...

Ольга Павловна

- У нас постоянно пытаются что-то менять, совершенствовать. Но на деле ничего не меняется. Я с ребенком была в Москве, у дочки воспалилось глазное яблоко (потом оказалось, что была одна из форм конъюнктивита). Мы пришли в ближайшую больницу, попросили помощи, показали полис. А нам сказали: идите в платную больницу, ваш полис - ничто для нас, мы его не видим и вообще он для нас ничего не значит. После того, как примут новый закон, к больным будут относиться по-человечески? Что-то изменится?

Ольга (г. Екатеринбург)

- Россияне уже смирились с тратой сотен миллиардов рублей на реформу здравоохранения, разграничив печальную реальность, с которой мы сталкиваемся в поликлиниках, и посулы светлого будущего после реформы, в которое, кстати, никто не верит. Но Минздрав сейчас разрабатывает еще один закон о контроле над расходами должностных лиц. Учитывая, что система здравоохранения, как и, пожалуй, все остальное в России, держится сейчас на круговой поруке, это будет очередной фиктивный документ. Пыль в глаза? Почему именно Минздравсоцразвития разрабатывает документ, а не Минюст или налоговики?

Мария

- Работаю в федеральном учреждении, хирург. Зарплата 15 тысяч рублей. Кормлю жену и двоих детей. Получается по 4 тысячи рублей на человека при прожиточном минимуме в Москве 8 тысяч рублей. Работу люблю, но единственная возможность выжить - уйти из медицины. Возникает вопрос: нашей стране нужны молодые специалисты?

Станислав (г. Москва)

”



Врач и медсестра – профессии разные

Директор Омского медицинского колледжа **Виктор Николаевич Артемьев** считает, что современные медколледжи – это настоящие университеты подготовки профессионалов среднего медицинского звена.

- Под интеграцией медицинского образования по системе «колледж-вуз» в настоящее время зачастую подразумевается только механическое объединение средних специальных учебных заведений (ссуз) с высшей школой, под нее «крышей».

А ведь у наших выпускников сформированы практические умения, соответствующие стандартам профессиональной деятельности медицинской сестры и фельдшера, чего не скажешь о студентах 2-3 курсов медакадемии, проходящих производственную практику в ЛПУ по уходу за больными.

Отсутствие в колледже «синдрома молодого специалиста» предопределяется спецификой преподавания. Например, на специальностях «Сестринское дело», «Лечебное дело» дисциплины стандарта ведут преподаватели, имеющие среднее медицинское и высшее

сестринское образование, что и обеспечивает высокий уровень профессиональной компетентности двух тысяч студентов колледжа.

Важно не забывать, что главное предназначение ссузов – подготовка фельдшеров, медицинских сестер, лаборантов для сегодняшнего здравоохранения страны, испытывающего острую нужду в специалистах среднего звена. Выпускники нашего колледжа имеют 100%-ое трудоустройство и успешно работают в ЛПУ г. Омска и области, а также ряда регионов РФ. А вузы рассматривают наших выпускников как своих будущих студентов, как правило, прежде всего, для выполнения контрольных цифр приема, особенно в условиях демографического кризиса.

Мы считаем: интегрирование возможно в том случае, если оно позволит сохранить кадровый потенциал коллед-

жа, финансовые ресурсы, структурную самостоятельность и правовой статус, а также образовательные традиции учреждения в подготовке специалистов с высоким уровнем профессиональной компетентности.

Нам еще предстоит осознать, насколько эта интеграция оправдана, не случилось бы того, что вузы просто поглотят материальные ценности училищ и колледжей, чтобы развивать собственные приоритеты.

В этом и видится нынешняя проблематика интегрированных систем образования, которую можно нивелировать дифференцированным подходом к колледжам, ставшим подразделениями вузов, сохранив их структурную самостоятельность, практико-ориентированные методики обучения и целевое финансирование. А иначе: хотели как лучше, а получилось – как всегда...

«В одну телегу впрячь не можно коня и трепетную лань» (А. С. Пушкин)

Одним из способов реформирования системы образования является укрупнение, слияние учебных заведений разных уровней.

Что думают по этому поводу преподаватели **Томского медико-фармацевтического колледжа**? Знакомим вас с их точкой зрения:

- Модернизация системы начального и среднего профессионального образования определена на заседании Государственного совета и комиссии по модернизации и развитию экономики страны. Наряду с имеющимися подходами к финансированию, появились новые требования к лицензированию и аккредитации, подразумевается переход на многоуровневые и многопрофильные учреждения, в том числе в системе среднего профессионального образования.

А оно, как известно, уникальная система, востребованная временем и экономикой страны. Преподавательский коллектив Томского медико-фармацевтического колледжа считает, что присоединение учреждений СПО к вузам в виде факультетов разрушит уникальность и специфику сложившейся системы. Нам предлагают объединить разные уровни, разные

методики обучения и воспитания, различные возрастные и психофизиологические особенности несовершеннолетних студентов.

Подготовка специалистов среднего медицинского звена в корне отличается от подготовки врачей как методикой, так и профессиональной ответственностью. Это удар не только по традициям учебных заведений, это удар по людям. Процесс реорганизации, в первую очередь, коснется преподавателей и студентов, а присоединение в виде факультета неизбежно приведет к их значительному сокращению.

Необходимо помнить: среднее профессиональное образование остается сегодня наиболее приоритетным. Об этом неоднократно говорили и Д. А. Медведев, и В. В. Путин. Нельзя ломать систему в отсутствии методической и юридической

платформы присоединения учебных заведений СПО к вузам в виде факультетов!

В высшей и средней медицинской школе нет ступенчатости в подготовке специалистов, какая существует в технических вузах. Система оплаты труда высших и средних учебных заведений разная, нет унификации педагогического процесса. В приказе Минздравсоцразвития России присоединение предусматривает обособленное структурное подразделение, т. е. колледж, а вузы трактуют присоединение как факультет.

Для решения этого вопроса нужна экспериментальная площадка, необходимы разработанные соответствующими министерствами Положения о новых структурах. Только такой путь даст возможность сохранить лучшие традиции профессионального образования, повысить качество подготовки медицинских кадров.



Общежитие как часть безбарьерной среды

Директор ГБОУ СПО «Пензенский базовый медицинский колледж» Минздравсоцразвития России **Светлана Геннадьевна Шахина**:

- Колледж является одним из трех федеральных медицинских образовательных учреждений, ведущих обучение инвалидов по слуху по медицинским специальностям.

За 17 лет было выпущено 193 зубных техника и 58 медицинских лабораторных техников. В настоящее время в колледже обучаются 72 инвалида по слуху из 37 субъектов РФ.

Педагогическим коллективом разработана и реализуется комплексная программа реабилитации студентов инвалидов по слуху. С 2011 года реализуется программа инклюзивного образования.

Мониторинг качества позволяет сделать выводы, что студенты с нарушением слуха демонстрируют высокий уровень мотивации к обучению, хорошие показатели учебной деятельности, достижения в творчестве и спорте. Трудоустройство выпускников составляет 90,6%, в то время, как уровень занятости инвалидов по слуху в России не превышает 20%.

Основной проблемой, требующей безотлагательного решения, является улучшение условий проживания инвалидов. Они вынуждены снимать квартиры, т. к. колледж общежития не имеет. Решение этого вопроса зависит от консолидированных действий федеральных и региональных структур власти.

Выделение здания под общежитие позволит более эффективно реализовывать комплексное реабилитационное сопровождение учебного процесса и формировать доступную и безбарьерную образовательно-коррекционную среду.



Нужна специальная программа!

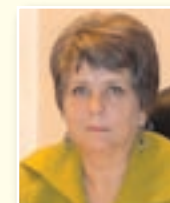
Директор Ивановского медицинского колледжа Минздравсоцразвития России, заслуженный учитель РФ, доктор медицинских наук, Отличник здравоохранения РФ **Николай Евгеньевич Филиппов**:

- Решающим звеном в развитии здравоохранения, безусловно, являются кадры. Только имея высококвалифицированные, морально и психологически настроенные на перспективное развитие кадры, можно достичь предполагаемого результата, особенно в период реформ.

Сегодня вопросы кадровой политики решаются, но уровень их приоритетности очень низок, так как преобладают структурно-организационные и материально-технические изменения. Но кадровый голод и в количественном, и качественном плане сохраняется. И если ситуацию не изменить, то многие реформы сойдут на нет. Необходима специальная программа развития медицинского образования, в основе которой должны быть одинаковые морально-психологические и материальные условия как для высшей школы, так и для СПО. Средние специальные учебные заведения авторитетны и значимы в медицинской среде и могут с честью выполнять поставленные перед ними задачи.

87-летний опыт деятельности нашего колледжа показывает, что при достойном морально-психологическом внимании и материально-техническом оснащении мы сможем готовить средний медицинский персонал для здравоохранения новой России на современном уровне.

Сохранить приоритеты колледжа!



Директор ГБОУ СПО «Ульяновский фармацевтический колледж» **Любовь Ивановна Денисова**:

- Наш колледж, один из немногих в РФ занимающийся подготовкой специалистов медицинского профиля из числа инвалидов по слуху, - по специальности «Лабораторная диагностика», из числа инвалидов по зрению - «Сестринское дело». Доля инвалидов в общем контингенте студентов - 17%. География абитуриентов широка и представлена почти всеми регионами РФ.

В целях адаптации учебного процесса для инвалидов коллективом колледжа сделано многое, что позволяет выпускать конкурентоспособных специалистов. Опыт работы колледжа одобрен II Всероссийским съездом медресоведов. Приказом Минобразования России в 2004 году колледж определен окружным учебно-методическим центром по обучению инвалидов.

При обучении студентов с ограниченными возможностями в колледже реализуется образовательно-реабилитационная программа, в составе которой: основная профессионально-образовательная программа; психолого-педагогическое сопровождение процесса; социально-экономическая поддержка инвалидов; медико-психологическая реабилитация.

Занятия в группах слабослышащих студентов сопровождаются сурдопереводом. Для организации образовательного процесса эффективно используется специальная учебно-реабилитационная аппаратура.

В результате этой работы ежегодно более 20% студентов-инвалидов получают дипломы с отличием и 90% выпускников успешно трудоустраиваются. В процессе реформ нам важно сохранить приоритеты колледжа!

Не допустить стратегической ошибки!



Директор ГБОУ СПО «Ефремовский медицинский колледж» **Александр Владимирович Агеев**:

- В настоящее время в Минздравсоцразвития России решается вопрос передачи ряда медицинских колледжей из федеральной собственности в региональное ведение.

Такое мероприятие оправдано для тех учебных заведений, которые имеют возможность на коммерческой основе быть самообеспеченными, или при условии, когда бюджет региона донорский.

Но многие учебные заведения, в том числе и Ефремовский медицинский колледж, ведет обучение по трем специальностям только на бюджетной основе, и передача колледжа на дотационный бюджет Тульской области крайне затруднит наш образовательный процесс, который в настоящее время соответствует федеральным государственным стандартам.

Колледж расположен на стыке трех областей: Орловской, Тульской и Липецкой. На сегодняшний день он является современным учебным заведением, расположенным в великолепном учебно-лабораторном комплексе, имеет солидную материально-техническую базу, отвечающую всем нормам и требованиям учебно-воспитательного процесса.

Передача Ефремовского медколледжа в субъект РФ будет равносильна катастрофе для 500 студентов, 127 преподавателей и сотрудников учреждения. Вследствие этой передачи колледж придет в упадок, что сведет к нулю многолетние затраты труда, материальные и интеллектуальные ресурсы, вложенные в организацию подготовки востребованных для всей России медицинских кадров.

Вероника Скворцова: Мы движемся к нормальному международному стандарту



Актуальной темой последних месяцев этого года остается обсуждение нового законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Что нового в нашу жизнь принесет этот законодательный акт? На данный вопрос лучше всего получить комментарий из первоисточника. Слово – заместителю главы Минздравсоцразвития России Веронике Игоревне Скворцовой.

О НОВИЗНЕ ЗАКОНА

- В чем принципиальное отличие нового законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от прежнего закона? По отношению к тому закону, который был принят 18 лет назад, прежде всего, новизной является создание сбалансированной системы здравоохранения и оказания медицинской помощи, основанной на единых требованиях для всех граждан РФ, независимо от места их жительства, социального статуса или каких-то других факторов.

Уточняя: единых требований к организации медицинской помощи, к аккредитации медицинских работников, к их допуску к определенным видам медицинской помощи, а также на условиях единых финансовых нормативов и на единых закономерностях построения тарифа, являющегося финансовым эквивалентом стандарта оказания медпомощи.

Дело в том, что особенностью нашей страны является ее огромная протяженность, неравномерная плотность населения. И наличие 83-х не похожих абсолютно друг на друга регионов в структуре страны фактически заставляет нас создавать 83 модели здравоохранения, но работающих по неким единым требованиям, позволяющим оказывать медицинскую помощь с качеством и доступностью не ниже некоего единого для страны стандарта.

Поэтому для нас принципиально важно выстроить в каждом регионе страны 3-уровневую медицинскую инфраструктуру, которая позволила бы реализовать первый уровень, т. е. обеспечить тотальную первичную медико-санитарную помощь, которая должна быть максимально приближена к месту жительства или месту работы человека, она должна быть фактически в шаговой доступности...

Второй уровень – чрезвычайно важный для нашей страны – это создание межмуниципальных технопарков.

Чтобы оказывать не первичную, а специализированную помощь, особенно экстренную, которая имеет очень короткое терапевтическое окно, необходимо расставить фактически технопарки таким образом, чтобы из каждой точки региона можно было в этот технопарк доставить больного очень быстро, в пределах 30–40 минут. Это та помощь, которая должна предоставляться с привлечением достаточно сложного диагностического и лечебного оборудования и высококвалифицированных специалистов разного профиля. Это касается острых коронарных синдромов, инфаркта миокарда, самых разнообразных инсультов, комбинированных травм и т. д.

Мы говорим преимущественно о специализированной экстренной медицине. Реализация второго уровня была впервые предпринята в 2008 году в рамках сосудистой программы и отработана на острых инфарктах миокарда и инсультах.

Третий уровень – это уровень медицинских городков субъектов федерации, то есть уровень уже высококвалифицированной помощи с применением высокотехнологичных методов. Пример этому – областные больницы, онкологические диспансеры, центры кардиохирургии и пр. Как правило, это плановое лечение, высокотехнологичное, узкоспециализированное, которое в каждом субъекте должно возглавлять эту пирамиду. И очень важно, чтобы эта инфраструктура вся была связана между собой телемедициной, поскольку медицинская организация более низкого уровня должна иметь доступ к консультации более высокого уровня круглосуточно, в том числе все изображения с приборов, компьютерных томографов из учреждений второго уровня должны доходить до адресата в течение 2–3 минут.

Отраслеобразующей программой у нас явилась сосудистая программа – она была внедрена в 2008 году в 12-ти регионах. Сейчас это уже 34 региона,

включенные в программу, и еще 14 включается в этом году. Отрадно, что модель на примере сосудистых центров, связанных трехуровневой инфраструктурой, уже отработана.

С 2008 года смертность от сердечнососудистых заболеваний в России снизилась на 20%. Благодаря этой программе в течение одного года только в 12 регионах смертность в стране, например, при инсультах, снизилась на 9,5%, несмотря на то, что это были всего лишь 12 регионов из 83-х. Поэтому мы сейчас сталкиваемся с ситуацией, когда в тех регионах, которые перешли на реализацию сосудистой программы, летальность в стационарах снизилась от 80–90% – до 15–16%, что соответствует показателям и некоторых столичных стационаров. Поэтому программа эта работает и будет работать.

О КАДРАХ

- Недостаточно высокий уровень компетенции, квалификации медицинских работников – это чрезвычайно важный вопрос, поэтому частью законопроекта, который сейчас обсуждается, является фактически реформа образовательно-кадровой политики, которая тоже прописана в этом законопроекте.

Мы имеем сейчас 47 медицинских вузов в системе Минздравсоцразвития РФ – это те учреждения, которые существовали и в советское время, и кроме того, еще 7 специальных институтов уже последипломного образования. В то же время за последние 15–20 лет возникли еще 20 медицинских факультетов, уже вне системы Минздравсоцразвития под эгидой Министерства образования и науки в структуре классических университетов. И эти факультеты – среди них есть и государственные, и частные, которые тоже готовят медицинских работников... Понятно, что образовательный уровень будет всегда несколько различаться, но наша задача – чтобы он не был ниже некоей заданной планки.

О СТАНДАРТАХ

- Одним из важнейших положений законопроекта является введение стандартизации. Стандарт, который является обязательной гарантией государства, – это не просто клинический протокол или медицинская рекомендация, а выжимка всего лучшего и всего самого важного, что есть в клиническом протоколе при разных состояниях и степенях тяжести заболевания. Фактически стандарт является чеком государства на полную оплату

по полному тарифу всего, что в стандарт включено.

В стандарт входит все, что необходимо для постановки диагноза, лечения, реабилитации и, собственно, для всего, что связано с оказанием медицинской помощи. Для того, чтобы выяснить, при каких состояниях и заболеваниях стандарты необходимо составлять, мы проанализировали полностью медицинскую статистику заболеваемости нашего населения и составили перечень всех патологических состояний заболеваний, которые обуславливают более 90% заболеваемости. Из 33 тысяч нозологических форм, известных в настоящее время человечеству, всего лишь чуть больше 400 обеспечивают реальную заболеваемость любого населения в любой стране.

Сюда входит все – сосудистая и онкологическая патологии, любые формы, травмы, интоксикации и так далее. Все остальные 32 тысячи – это так называемые редкие формы, генетические, наследственные, дегенеративные... Вот на все эти заболевания (более 400) были составлены стандарты, причем они составлялись не чиновниками и не сотрудниками министерства, а нашими ведущими экспертами, а это более 7 тысяч профессоров, академиков, членов-корреспондентов. Особо подчеркну, все, что входит в стандарт – бесплатно.

Бесплатное оказание медицинской помощи прописано в Конституции РФ – это незыблемое правило и аксиома, из которой мы исходим. Любая медицинская помощь не бесплатна, потому что она, естественно, чего-то стоит. Она бесплатна для пациента, но за счет государства. Она должна оказываться без взимания платы с пациента. И закон не декларирует, а прописывает механизмы бесплатного оказания медицинской помощи пациенту.

ОБ АККРЕДИТАЦИИ

- Первое, чем отличается новый законопроект от старого, это введением аккредитации каждого медицинского работника. Ее никогда не было у нас в стране, аккредитацию заменяла сертификация, которая фактически является формальным актом выдачи некоего документа об окончании либо вуза, либо интернатуры, либо ординатуры, который открывает доступ по-разному подготовленному специалисту к целому профилю медицинской деятельности. Аккредитация позволяет иметь индивидуальный лист допусков для каждого медицинского работника.

После защиты диплома выпускник вуза получает свою первую аккредитацию. Мы с сентября этого года переводим все медицинские вузы страны на обучение по новым стандартам третьего поколения, а они принципиально отличаются от тех, которые были последние 15 лет, прежде всего увеличением доли практической подготовки, начиная с ранних курсов, и особенно интенсивно в предыдущие два года. Это уже позволит нашим выпускникам осуществлять практическую деятельность в определенных должностях.

Вторая – по окончании ординатуры. Причем, ординатура будет устроена модульно, это послевузовская подготовка, которая направлена уже на формирование не терапевта, педиатра и амбулаторного стоматолога, а узкого специалиста – кардиолога, невролога, онколога и так далее. Ординатура будет ранжированная по времени, от 2-х до 5 лет, в зависимости от специальности. И после 2-х лет ежегодно будет проводиться аккредитация с расширением индивидуального листа. Далее аккредитация будет обязательной один раз в 5 лет. Но при желании специалиста повысить уровень своей подготовки и получить доступ к новой операции или к новой манипуляции, он обучается этому дополнительно, в том числе на рабочем месте, и фактически получает дополнительный индивидуальный допуск. Таким образом, мы реально подходим к непрерывному медицинскому образованию и расширяем горизонты повышения квалификации.

Важный момент: до введения аккредитации у нас ответственность перед пациентом (страхование за некие медицинские ошибки) возлагается не на врача, а на медицинское учреждение, любой организационной и правовой формы собственности.

Как только мы вводим аккредитацию (а она будет введена с 1 января 2017 года, поскольку нам нужно, чтобы вышли первые выпускники, которые начнут обучение в этом году), ситуация изменится в корне: у нас врач станет субъектом права в отношении ответственности перед пациентом. И он должен будет страховать свою деятельность... И тогда появится необходимость в создании общественных объединений и формировании корпоративной ответственности. Именно такие объединения будут аккредитовывать сотрудников, вводить их в свои члены и отвечать за них.

Во всем мире действует такая система, и мы тоже движемся к нормальному международному стандарту...



Наш собеседник - **Валентин Владимирович Радул** работает в территориальном фонде ОМС Омской области с 1995 года, в 1997-ом назначен исполнительным директором. Имеет высшую квалификационную категорию и сертификат специалиста по социальной гигиене и организации здравоохранения. Мы пригласили его выступить на страницах нашего журнала в качестве эксперта по вопросам реализации ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» на примере Омской области.

Обязательное медицинское страхование как гарант прав граждан

- Валентин Владимирович, какие меры предпринимаются фондом и страховыми медицинскими организациями (СМО) по обеспечению населения страховыми полисами единого образца? Имеются ли какие-либо трудности в этом направлении?

- Прошедшие месяцы текущего года показали, что система ОМС претерпевает значительные изменения. Центральное место в этой системе стал занимать пациент. Начинают реализовываться его права на самостоятельный выбор страховой компании, медицинской организации и лечащего врача на возможность получения полноценной медицинской помощи вдали от региона постоянного проживания.

Если раньше в выборе СМО за гражданина принимали решения работодатели, органы исполнительной власти, то теперь гражданин имеет право сделать выбор самостоятельно - путем подачи заявления. С начала года таким правом в регионе воспользовались 397, 8 тыс. человек или 20 % населения области.

С 1 мая изменилась система выдачи полиса. Теперь, написав заявление, гражданин получает временное свидетельство. В установленный срок на пред-

приятии Госзнака для него персонально изготовят полис единого образца. На 1 июля 2011 года такие свидетельства оформлены на 45200 человек, 2466 уже получили новые полисы. Благодаря интенсивной информированности населения и достаточному количеству пунктов выдачи полисов удалось избежать ажиотажа в обмене этого документа.

Все медицинские организации были уведомлены заблаговременно о том, что, во-первых, медицинскую помощь необходимо оказывать по полису старого образца, временному свидетельству и полису единого образца, во-вторых, полисы, выданные лицам, застрахованным по ОМС до дня вступления в силу закона, являются действующими до замены их на полисы единого образца или введения универсальной электронной карты, поэтому их не нужно менять или продлевать.

В помощь лечебным учреждениям СМО регулярно передают информацию о гражданах, застрахованных на территории Омской области. Однако, при проверке пунктов выдачи полисов установлено, что порядка 26 % граждан, обратившихся за новым полисом, сделали это по «настоятельной» рекомендации

отдельных медицинских работников. На эти факты было обращено внимание органов управления здравоохранением области, страховых компаний. Такие недоработки на постоянном контроле фонда.

- Что Вы можете сказать о реализации прав граждан выбора врача и медицинской организации? Насколько механизм реализации данных прав урегулирован обсуждаемым проектом закона об охране здоровья?

- Федеральный закон предоставляет пациенту право выбора медицинской организации и врача. Выбирать можно только из тех медицинских учреждений здравоохранения, которые вошли в реестр и осуществляют деятельность в сфере ОМС. Несмотря на усиленную рекламу этой нормы в СМИ, ажиотажа на территории области не наблюдается. За шесть месяцев в фонд обратилось только 4 застрахованных с жалобой на отказ в прикреплении к медицинской организации или выборе врача, что свидетельствует об ответственном отношении медицинских организаций к обеспечению прав граждан в сфере здравоохранения.

Что касается регулирования этого вопроса в рамках проекта закона об

основах охраны здоровья граждан, то само закрепление данных прав в законодательном акте уже много значит. Однако насколько четко это право будет соблюдено, на мой взгляд, покажет жизнь. И чтобы при практическом применении новой нормы не было бюрократических сбоев, потребуется ее более точная регламентация в иных подзаконных актах, возможно, это должны быть приказы Минздравсоцразвития России с обязательной их регистрацией в Министерстве юстиции РФ.

- Какова финансовая картина в системе ОМС на территории Омской области по итогам первого полугодия 2011 года?

- Объем средств, направленных на финансирование здравоохранения, в части выполнения плана заданий, составил 2974 млн руб., что превышает плановый показатель на 1,3 %. Стоимостный показатель государственного (муниципального) задания по обеспечению госгарантий оказания гражданам РФ (проживающим на территории Омской области) бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС выполнен на 101,4 %. В разрезе видов медицинской помощи картина, в целом, выглядит следующим образом.

Объемный показатель оказания амбулаторно - поликлинической помощи медицинскими организациями выполнен на 95,7 %, стационарной помощи - на 102,3 %, в дневных стационарах - на 101,4 %. По итогам года совместными усилиями участников системы ОМС показатели будут откорректированы и приведены в соответствие с плановыми показателями объемов и стоимостными медицинскими услугами, установленными Программой госгарантий.

- Законом предусмотрен механизм внедрения в регионы программ модернизации здравоохранения. Насколько успешно это осуществляется в Омской области?

- На цели по реализации региональной программы «Модернизация здравоохранения Омской области» на 2011 - 2012 годы по состоянию на 1 июля 2011 года из бюджета ФОМС поступило 937565,8 тыс. руб., в том числе:

- на укрепление материально - технической базы учреждений здравоохранения - 580474, 2 тыс. руб.;
- внедрение стандартов медицинской помощи, в том числе повышение доступности амбулаторной медицинской помощи - 357091,6 тыс. руб.

Поступившие средства бюджета ФОМС на укрепление материально - технической базы учреждений здравоохранения в полном объеме - 580474,2 тыс. руб. - перечислены в бюджет субъекта.

На модернизацию здравоохранения, в части внедрения стандартов медицинской помощи, фондом в СМО перечислено 118256,2 тыс. руб., в том числе:

- 66985,5 тыс. руб. - средства бюджета ФОМС;
- 51270,7 тыс. руб. - средства бюджета фонда Омской области.

СМО направили в учреждения здравоохранения 108241,2 тыс. руб., в том числе:

- 56970,5 тыс. руб. средства бюджета ФОМС;
- 51270,7 тыс. руб. - средства бюджета фонда Омской области.

Хочется отметить, что, несмотря на внедрение такого нового для фондов ОМС направления деятельности, поставленные государством задачи, несомненно, будут выполнены. А иначе пострадает пациент, что абсолютно недопустимо.

- Как в области обстоит дела с контролем качества медицинской помощи, которому в законе уделено значительное внимание?

- Фондом осуществляется формирование территориального реестра экспертов качества, медицинской помощи. Требования, предъявляемые к экспертам качества значительно возросли, в связи с чем в рамках последиplomного образования в Омской медицинской госакадемии для них был организован обучающий семинар, в котором принимают участие сотрудники медицинской академии, фонда и СМО. На семинаре подробно изучаются новые и ранее действовавшие нормативные документы, регламентирующие экспертную деятельность, обсуждаются основные подходы и принципы экспертной работы, судебной практики.

Основная часть реестра в настоящее время сформирована, в него вошли врачи-эксперты различных специальностей, всего 41 человек. Сведения на этих врачей переданы в ФОМС, где формируется единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

В целях подтверждения обоснованности объемов медицинских услуг, выставленных к оплате, на их соответствие записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации, фонд и СМО проводят медико - экономическую экспер-

тизу (МЭЭ).

С первого января увеличилось количество таких экспертиз: для стационарной помощи до 8 % от объема оказанных медицинских услуг, для поликлиники - 0,8 % от общего числа амбулаторных посещений.

В первом полугодии 2011 года проведено 57510 МЭЭ, штрафные санкции составили с начала года 3287,9 тыс. руб. В рамках осуществления контроля качества медицинской помощи в I полугодии 2011 года проведена 28791 экспертиза, по итогам которой применены штрафные санкции на сумму 2020,8 тыс. рублей.

В целях анализа степени удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи Фондом и СМО проводились социологические опросы (анкетирование) об удовлетворенности качеством медицинской помощи. Результаты анкетирования 3571 пациента показали, что 75 % опрошенных удовлетворены качеством медицинской помощи, а 25 % - нет. Результаты социологических опросов доводятся до руководителей медицинских организаций, Министерства здравоохранения Омской области для принятия управленческих решений и направляются в ФОМС.

- Как решается в этом году вопрос включения в систему ОМС медицинских организаций, ведь теперь действует новый порядок?

- Действительно, в 2011 году медицинская организация включается в реестр медицинских юрилиц на основании уведомления, направляемого ею в фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. В день представления подтверждающих документов фонд осуществляет их проверку на соответствие сведениям, предусмотренным в уведомлении, в присутствии представителя медицинской организации. Если все нормально, медицинскую организацию вносят в реестр медицинских юрилиц и присваивают реестровый номер. Вся работа в данном направлении фондом выполнена. В реестр медорганизаций для работы в ОМС в 2012 году включено 129 юрилиц, из них 9 - частные клиники.

В заключении хочется отметить усиление профессиональной интенсивности деятельности всех задействованных структур в реализации нового закона, что является гарантом соблюдения законных прав и интересов пациентов.



В защиту прав врача и пациента

Одним из направлений научных исследований в сфере общественного здоровья и здравоохранения в Ивановской медицинской академии является изучение проблем организационно-правового обеспечения медицинской помощи, отмечает ректор академии, профессор **Евгений Валерьевич Борзов**.

- Выполненные и ведущиеся в настоящее время исследования свидетельствуют о том, что ненадлежащее соблюдение прав пациента в медицинских учреждениях во многом связано с тем, что действующее законодательство РФ об охране здоровья несовершенно. В нем практически отсутствуют конкретные механизмы, позволяющие и медработникам, и пациентам четко понимать, как на практике воплотить свои правовые нормы. Это, в первую очередь, касается таких основополагающих аспектов, как право на выбор врача и медицинской организации, согласие и отказ от медицинского вмешательства.

Соответственно, достаточно велика доля пациентов, неудовлетворенных тем, как соблюдаются эти права в

лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). А врачи, в свою очередь, сетуют на то, что нет четкой регламентации профессионального правового поведения. Отдельные медицинские организации пытаются решить проблему, разрабатывая локальные нормативные документы, прописывающие порядки реализации тех или иных прав. Например, оформление согласия на медицинское вмешательство в каждом из ЛПУ свое, что не позволяет говорить об едином правовом поле в системе здравоохранения.

В этой связи нами неоднократно выдвигались предложения, с направлением их в Госдуму РФ, о более четкой регламентации не только прав пациента, но и порядков, механизмов их реализации, установлении правового

статуса пациента с включением данного определения в понятийный аппарат закона.

Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» достаточно близок к решению этой проблемы. В него вошли нормы, не только устанавливающие права пациента, но и регламентирующие порядок их реализации. Это касается, прежде всего, одной из наиболее «болевых точек» - права граждан на выбор врача и медицинской организации. Более четко прописан порядок получения и оформления согласия или отказа от медицинского вмешательства. Хочется надеяться, что это позволит существенно повысить уровень реализации прав пациентов, и, соответственно, качество медицинской помощи.

Инновации медицинского вуза

В Астраханской государственной медицинской академии для продвижения научных разработок создаются совместные предприятия. Об этом нашему корреспонденту рассказал ректор АГМА, профессор **Халил Мингалиевич Галимзянов**.



- Прошел год со дня принятия федерального закона о создании бюджетными научными и образовательными учреждениями хозяйственных обществ для внедрения результатов интеллектуальной деятельности.

С учетом новых реалий в Астраханской госмедакадемии были созданы условия, которые позволили активизировать инновационную деятельность и обеспечить эффективность коммерциализации результатов интеллектуальной деятельности сотрудников вуза, в том числе молодых ученых и студентов.

В течение года в дополнение к основным структурам АГМА был образован отдел инноваций и трансфера технологий, утверждено положение о патентно-инновационном центре.

Учитывая превалирование традиционных для медресов исследований в области совершенствования методов

диагностики и лечения заболеваний (результаты которых удачно коммерциализуются только в виде платных услуг), руководство АГМА приняло решение увеличить число промышленно применимых разработок медицинской и фармацевтической продукции.

Их интенсивность и эффективность должны обеспечить регионально направленной производственно-инновационная межвузовская кооперация и сотрудничество с научно-исследовательскими учреждениями, имеющими большой опыт создания биотехнологических производственных объектов. В результате такого взаимодействия появились новые проекты, объединяющие идеи, актуальные для медицины и фармации, с оригинальными технологиями их реализации.

В результате выполнения этих проектов совместно с Московским

НИИ им. Г. Н. Габричевского были организованы ООО «ИнноПроб» и ООО «Комплаенс». Заключен госконтракт по программе «СТАРТ» с Фондом содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере на разработку новой противоаллергической, гипоаллергенной пробиотической продукции и продуктов для персонализированной диагностики дисбактериозов.

На завершающем этапе создания находятся ООО «Зеленая аптека» (совместно с Всероссийским НИИ орошаемого овощеводства и бахчеводства) и ООО «Аптекарский огород» (совместно с Прикаспийским НИИ аридного земледелия), которые будут заниматься получением продукции из селекционированных лекарственных, пряно-ароматических растений.

И это только начало...

Медлить нельзя!

По мнению ректора Ставропольской государственной медицинской академии, профессора **Валентины Николаевны Муравьевой**, новые законопроекты обязательно нужно обсуждать, но затягивать время их принятия – это, значит, вредить делу.



- Ставропольская государственная медицинская академия в 2010 году в числе первых среди медицинских вузов России успешно прошла процедуру госаккредитации и лицензирования по новой «формуле». Подготовка к этому важному в жизни вуза событию позволила коллективу оценить свой потенциал, наметить новые, более высокие цели, одна из которых - повышение статуса вуза. Для этого есть все основания: растет уровень технического оснащения кафедр, в учебный процесс внедряются инновационные образовательные технологии, расширяется сеть лечебно-диагностических подразделений и поликлиник академии, получены лицензии на 6 новых направлений подготовки специалистов, состоялся первый набор студентов на факультет гуманитарного и медико-биологического образования.

В вузе созданы центры экспериментальной хирургии, практических навыков, фантомный тренажерный кабинет для подготовки стоматологов, лаборатория инновационных технологий обучения.

В целях подготовки и повышения квалификации кадров для здравоохранения Ставропольского края в 2011 году в СтГМА создан институт последипломного и дополнительного образования, в котором ежегодно более 5 тысяч человек проходит обучение по 46 специальностям в сфере послевузовского и по 73 специальностям дополнительного образования.

В прошлом учебном году получена лицензия на право ведения образовательной деятельности по 9 новым специальностям, поданы документы на лицензирование еще 10 специальностей.

Год назад был дан старт совместному проекту СтГМА и министерства здравоохранения края, в рамках которого созданы территориальные консультативные стоматологические центры, кураторами которых стали ведущие ученые-стоматологи академии. В ближайшее время планируется организация таких районных консультативных центров по другим специальностям.

К сожалению, нельзя не сказать и о проблемах, одной из которых является отставание в принятии новых законодательных актов, регламентирующих инновационную деятельность вузов. С высоких трибун звучит масса интересных предложений, которые мы готовы уже сейчас реализовывать, но законодательной основы недостаточно. Оперативность в решении таких важных вопросов актуальна, как никогда.



Новое время – новые законы

Своевременное принятие новых законов должно решить вопросы, связанные с большим временным разрывом действующих нормативных документов и сегодняшним состоянием здравоохранения и образования, считает ректор КГМА, профессор **Камиль Шагарович Зыятдинов**.

- Казанская государственная медицинская академия дополнительного профессионального образования активно участвует в разработке и реализации региональных и национальных программ развития здравоохранения. В рамках нацпроекта «Здоровье» в академии обучено 4385 специалистов здравоохранения. Особое внимание уделяется программам по совершенствованию профессиональных знаний офтальмологов, неонатологов и психиатров-наркологов, антикризисной программе опережающего обучения лиц с высшим медицинским и фармацевтическим образованием с целью снятия напряженности на рынке труда, а в настоящее время - подготовке кадров для предстоящей Универсиады - 2013 в г. Казани.

В рамках ФЦП «Национальная система химической и биологической

безопасности РФ на 2009-2013гг. и дальнейшую перспективу», академия принимает участие в разработке региональной целевой программы.

Все законопроекты, касающиеся сферы деятельности вуза, активно обсуждаются профессорско-преподавательским коллективом КГМА. Хочу озвучить наши ключевые предложения: формы заочного и дистанционного обучения занимают все большее место в образовательном процессе, они должны быть отражены в ФЗ «Об образовании в РФ». Далее... Считаем, нецелесообразно разрешать оказание услуг по реализации дополнительных профессиональных программ в рамках индивидуальной педагогической деятельности (ст. 123 п.4), поскольку несовершенна система контроля знаний и качества обучения.

Необходимость введения госстан-

дартов назрела, так как оценить качество послевузовского образования без стандартов невозможно. Нужна определенная государством точка отсчета между «хорошо» и «плохо».

В проекте ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» впервые введены понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «лечащий врач», что уже давно необходимо, особенно при рассмотрении жалоб со стороны населения. Хорошо, что в законопроекте прописаны права и обязанности медицинских работников и организаций - это позволит перейти к персонализированной ответственности медицинского работника за свои действия и последствия. Данный факт немаловажен в условиях развития гражданского общества и повышения мотивации абитуриентов для более ответственного отношения к выбору профессии.

Семь раз отмерить, прежде чем один раз сложить



Объединение вузов должно иметь целью синергетический эффект, то есть в результате его, качество образовательной, научной и лечебной работы вновь созданной структуры должно выйти на принципиально более высокий уровень. Из двух слабеньких - сильного не сделаешь, считает ректор, профессор Саратовского государственного медицинского университета **Владимир Михайлович Попков**.

- Владимир Михайлович, какие у Вас есть ключевые предложения по новым законопроектам об образовании и здравоохранении?

- Статьи закона должны быть наполнены конкретикой и иметь силу прямого действия. Вместо создания частных вузов и их финансирования лучше сосредоточить средства на поддержке сформировавшихся и хорошо зарекомендовавших себя вузах медицинского профиля. Как показывает мировой опыт и опыт нашей страны, высшие медицинские школы складываются десятилетиями. В новом проекте закона об образовании нечетко прописана судьба больших региональных, в том числе, медицинских вузов, ни в смысле статуса, ни финансирования. Это чревато тем, что мы рискуем потерять созданную десятилетиями систему образования.

- Федеральные государственные образовательные стандарты – как они изменят учебный процесс?

- Желательно, чтобы новые образовательные стандарты были подкреплены финансовой составляющей. Качество образовательного процесса зависит в первую очередь от наполняемости студенческих групп, современного оснащения, мотивации преподавателей, которая напрямую связана с заработной платой и условиями труда.

Следует прописать сроки интернатуры, ординатуры по группам специальностей. Неизбежно возникает

вопрос о зарплате интернов, ординаторов, аспирантов. В любом случае ее размер не может быть ниже официального прожиточного минимума.

Если государство не может повысить финансирование медицинских вузов, значит, следует при существующем финансировании уменьшить количество студентов (с сохранением числа преподавателей), тем более, что значительная часть выпускников не трудоустраивается по полученной специальности.

В связи с этим давно назрел вопрос о повышении ответственности выпускников, получивших образование за счет государства и разработать механизмы возврата средств в случае, если выпускник по тем или иным причинам отказывается работать по избранной специальности.

- Какие приоритетные направления деятельности вуза необходимо сохранить и приумножить?

- Считаю, что медицинские вузы должны заниматься своим истинным предназначением – готовить медицинские кадры. Необходимым и достаточным набором специальностей, на наш взгляд, является лечебное дело, педиатрия, стоматология, фармация, медико-профилактическое дело, высшее сестринское образование. Целесообразно включение в набор специальностей клинической психологии, как имеющей непосредственное отношение к клинической медицине.

Считаем, что принципиально важным для медицинского университета является вертикально интегрированный подход: наличие системы довузовского образования в составе лица, лицейных классов, колледжа с максимальным набором специальностей, дипломный и последипломный уровень подготовки.

Необходимо сохранять и максимально расширять клинические базы, создание центров практической подготовки для осуществления компетентного подхода к обучению.

Давно назрел вопрос о создании регламентирующего документа о клинической базе медицинского вуза.

- Как Вы относитесь к предложениям реорганизации образовательных структур, в том числе, к укрупнению вузов?

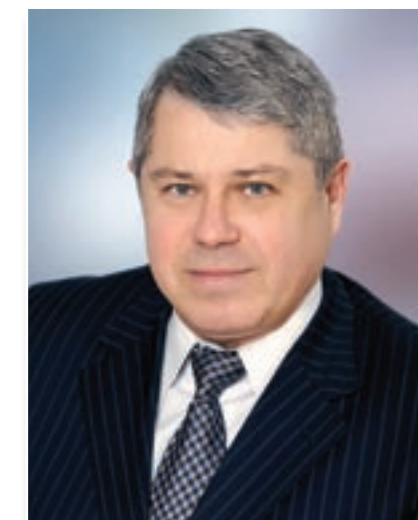
- Это возможно, но лишь при условии обязательного роста финансирования этого процесса. Объединение двух бедных, плохо оснащенных вузов приведет лишь к некоторой экономии за счет сокращения второстепенных подразделений.

Следует учитывать накопленные традиции каждого вуза, неизбежные межличностные конфликты в период организационной неразберихи.

Считаю, что объединение вузов - это именно та ситуация, где стоит семь раз отмерить, прежде чем один раз сложить.

Роль вуза в реализации национальных приоритетов

Сегодня Ростовский государственный медицинский университет, возглавляемый заслуженным врачом России, профессором **Алексеем Алексеевичем Сависько**, вносит весомую лепту в кадровое обеспечение реформ здравоохранения, осуществляет целевой набор на вузовском этапе, послевузовское профессиональное образование в интернатуре по 34, в ординатуре – по 47, в аспирантуре – по 50 специальностям, проводит повышение квалификации и профессиональную переподготовку врачей региона по 80 специальностям.



- С 2006 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в стенах нашего университета проходят повышение квалификации и профессиональную переподготовку врачи первичного звена, а в 2010-ом акцент в подготовке этих специалистов был смещен на профилактическую направленность. Всего обучено 554 врача для Ростовской области и 146 врачей - для различных субъектов ЮФО и СКО.

С 2010 года в рамках реализации нацпроекта проводится подготовка специалистов для «Центров здоровья», обучение по тематике «Формирование здорового образа жизни» уже прошли 156 врачей.

В связи с обращением М. А. Чернышева, мэра г. Ростова-на-Дону, РостГМУ впервые разработал и предложил для реализации комплексный подход в решении проблем здоровья населения. После проведения оценки состояния социального блока города университет представил муниципалитету предложения по сотрудничеству в сфере охраны здоровья. Работа в тандеме с местной властью – это реальный вклад в развитие муниципального и регионального здравоохранения.

Ученые университета являются руководителями 18 специализированных научно-медицинских обществ врачей Ростовской области, вице-президентами Российских научных обществ. Наши сотрудники являются соавторами Национальных рекомендаций ВНОК, региональных комплекс-

ных целевых программ, Концепции госполитики в сфере здорового питания населения Ростовской области, разработчиками региональных стандартов. За последние 5 лет учеными университета разработаны и внедрены более 160 методов диагностики и лечения. Высокий интерес к научной работе проявляет студенческое научное сообщество.

Сегодня вуз принимает активное участие в формировании здорового образа жизни среди населения региона, инициирует и проводит массовые оздоровительные акции: «Не курить и победить», «Проверь АД и вес», «Неделя здорового сердца» и др. Участниками этих валеологических акций и массовых осмотров стало более 30 тысяч ростовчан. С учетом социальной значимости этих мероприятий, нами задействуется и административный ресурс: сотрудники клинических кафедр университета работают, в том числе, и в аппарате министерства здравоохранения Ростовской области, возглавляют ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии РО», многие являются главными врачами областных ЛПУ, заведующими отделениями. В их лице мы всегда находим поддержку, работая рука об руку. Главными внештатными специалистами МЗ РО являются 22 сотрудника университета, главными специалистами МЗ РФ по ЮФО – 8 человек. Признание авторитета нашего университета - большая гордость, но и большая ответственность.

Вот уже четвертый год в рамках губернаторской программы РостГМУ

ведет совместную работу с администрациями города и области по подготовке специалистов, в том числе и узкого профиля (особое внимание сельским ЛПУ), которая включает целевой набор с заключением трехстороннего договора. Отдел по трудоустройству и связям с выпускниками совместно с кафедрами университета и руководителями здравоохранения сельских районов проводит целенаправленную работу по профессиональному ориентированию врачей и их адресной подготовке, в зависимости от результатов кадрового мониторинга обеспеченности теми или иными специалистами ЛПУ города и области.

Говоря о перспективе, нам видится важным дальнейшее участие сотрудников университета в создании региональных стандартов лечения и диагностики, что позволит подходить к их разработке взвешенно, принимая во внимание не только экономическую, законодательную, но и научную, доказательную составляющие. Мы приложим все усилия для дальнейшей популяризации здорового образа жизни, расширения сотрудничества со средствами массовой информации.

Деятельность РостГМУ высоко оценена многими серьезными рейтинговыми агентствами. По итогам приемной кампании 2011 года, на основании независимого рейтинга Высшей школы экономики, РостГМУ занимает 23-е место среди медицинских вузов РФ. И мы не останавливаемся на достигнутом...



Академик Котельников: О самом главном...

Три года назад, по инициативе партии «Единая Россия», был создан Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России. Председателем Совета избран ректор Самарского государственного медицинского университета, академик РАМН, лауреат Государственной премии Российской Федерации, дважды лауреат премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки России **Геннадий Петрович Котельников**.

Договориться с ним об интервью было трудно. И не потому, что Котельников не доступен для прессы (Геннадий Петрович – достаточно открытый человек), просто уровень его занятости иногда «зашкаливает». Сплошные авиAPERелеты: в конце августа – в Москву на встречу с В. В. Путиным, в начале августа – на Дальний Восток, на остров Русский, в составе актива Российского союза ректоров. Здесь Геннадию Петровичу вновь удалось напрямую пообщаться с Премье-

ром, да еще и поблагодарить за выполненную от имени Совета ректоров просьбу...

Во время интервью разговор вышел за рамки подготовленных редакцией вопросов. Г. П. Котельников рассказал не только о проблемах современного образования, здравоохранения и путях их решения, но и поделился своими мыслями, мироощущением, затронул довольно острые для нашего общества вопросы, не пытаясь кому-то понравиться, не боясь не вписаться в модные нынче тренды...

Масштабность, глобальность таких личностей, как академик Котельников, заключается в том, что они остро чувствуют собственную ответственность, сопричастность ко всему происходящему вокруг.

Сфера их интересов – не только «домик с окнами в сад», работа, семья – а проблемы государственного масштаба. А может быть, даже и больше...

Мы все помним, что в 90-е годы, как грибы после дождя, появились негосударственные вузы, филиалы, и действовали в условиях бесконтрольности, в результате – низкое качество подготовки их выпускников. Но эта проблема касается не только негосударственного сектора. Многие госвузы в то время пытались просто выжить – и это была главная цель, возможно, за счет потери качества. Сейчас в стране другая ситуация. Правительство вкладывает солидные средства в развитие образования.

Качественная подготовка врача в современных условиях – это цепочка непрерывного образования, начиная с довузовского уровня: «медицинские» классы в школах, колледжи, затем вуз, последипломное образование, научная деятельность (до 50 % студентов занимаются в научных

обществах), центры практических навыков, клиники, НИИ и т. д. В общем, как сказал поэт: «Душа обязана трудиться и день, и ночь» - это точно о врачах.

Мы достаточно хорошо готовим специалистов в теоретическом плане, а на практике, особенно в экстремальной ситуации, врачи не всегда показывают достойный уровень своей работы. Решить данную проблему помогают центры практических навыков с фантомами, муляжами, симуляторами - в общем, со всем необходимым для подготовки врача оборудованием, плюс производственная практика, особенно при наличии у вуза собственных клиник. Из 56 медвузов, входящих в Совет ректоров, лишь 5 имеют в своем составе крупную клиническую базу, в том числе и наш университет.

Не менее важным направлением современного образовательного процесса является создание информационного пространства, внедрение современных IT-технологий, тех же зон Wi-Fi, электронных библиотек и т. п.

Невозможно готовить специалистов без знаний оформления формуляров, применения логических приемов доказательности действий врача – для этого созданы научно-образовательные центры доказательной медицины.

А также важна психолого-этическая подготовка современного доктора. Сострадание, доброта, внимание и отзывчивость медицинского работника не должны оставаться только в теории.

Как известно, Россия подписала Болонское соглашение. Универсальность, языковая и компьютерная подготовка врача, стандартизация его действий, непрерывность его формирования как личности, как специалиста – такие задачи стоят перед медвузами России как системой, интегрированной в мировое сообщество.

О РОЛИ ПРЕПОДАТЕЛЯ

Особое слово хочу сказать об отношениях: преподаватель – студент. «В вузе хорошо тогда, когда тот, кто преподает, любит то, что он преподает. И любит того, кому он преподает». Другой формулы не надо. Формированию молодого преподавателя способствует, в первую очередь, аспирантура, где он учится принципу: «Делай, как я». Это как обучение вождению автомобиля: если с вами рядом не будет инструктора – вы не станете профессионалом. Так же и в хирургии, терапии... Ну, и конечно, должна быть творческая искра, интуиция. Хотя эти качества в человеке появляются с годами, с опытом, когда по-настоящему овладеваешь ремеслом.

Принципиальным отличием советской и российской школы было непрерывное единение науки и образования. Преподаватель, занимающийся наукой, уже сегодня, до выхода своего научного труда «в свет», на лекциях делится своими мыслями и идеями со студентами. Неслучайно, наш вуз до 8 млн рублей в год внебюджетных средств тратит на стажировки и командировки молодых ученых на конгрессы и съезды.

Социально-психологические лабораторные исследования дают нам массу интересной информации о преподавателе глазами студента и о студенте глазами преподавателя. К сожалению, сейчас идет тенденция потери студенческой активности, если сравнивать с западом – там студенты за преподавателем ходят, каждое его слово ловят. У нас же продолжается школьный подход к обучению – хожу учусь, и слава Богу... Активности и мотивации мало. Хотя, если честно, многое зависит еще и от личности самого преподавателя...

Сейчас в стране то теплоходы тонут, то самолеты падают – в общем, человеческий фактор, а вернее, потеря профессионализма в масштабах государства. Остаюсь при своем мнении, что можно построить суперздание, за-

купить супероборудование, но без людей – все это ничто. По-прежнему значима личность преподавателя, педагога, гражданина, любящего своего воспитанника. Хотя и материальную составляющую сбрасывать со счетов нельзя...

Председатель Правительства озвучил нынешнюю среднюю зарплату профессорско-преподавательского состава – 21,7 тысячи рублей. Картина более чем скромная, по словам В. В. Путина. Действительно, закончишь вуз, ординатуру, потом аспирантуру, напишешь кандидатскую, защитишь ее, станешь ассистентом, поработаешь, станешь доцентом, сделаешь докторскую, ее защитишь, снова поработаешь, подготовишь учеников, напишешь книжки, станешь профессором, а потом, возможно, завкафедрой – и вот 50 лет твоей жизни ушли. И этот опыт, и профессионализм, эту ответственность за здоровье человека (читай – нации!) – за 21700 «рэ» в месяц? Мнение не только мое, но и Совета ректоров – уже сегодня необходимо увеличить зарплату профессорам. Иначе утечку «мозгов» не остановим.

О ЕГЭ

Меня иногда упрекают в консерватизме. Но наличие здорового консерватизма обязательно в профессии врача. Вспоминаю случай из своей студенческой практики, когда я делал операции под руководством Ю. И. Меридонова. Дежурный врач принял больную и направил ее в операционную: аппендицит. А Юрий Иванович посмотрел пациентку и говорит: до утра подождем. Интуиция опытного врача не подвела. К утру боль затихла. Это явно было не воспаление аппендикса. В медицине не все однозначно, как в правилах дорожного движения. Любая операция для больного – это кровь, риск, в конце концов, операция денег стоит. Так что, торопись медленно...

Это не значит, что я не приветствую реформы. Всем сердцем – за! Но вот к ЕГЭ у меня отношение довольно сдержанное. Даже из уст Президента прозвучало, что не только ЕГЭ должен быть критерием оценки знаний. В школе сейчас сплошное «натаскивание», творческая составляющая сходит на нет.

Наш вуз перешел на систему ЕГЭ только в этом году. Да, результаты хорошие, но во многом благодаря ранее поставленной работе с довузовским блоком. Эти вопросы обсуждались и на Совете ректоров, где я сказал, что не восторге от практики применения ЕГЭ. Но если более тщательно работать с лицейскими классами, то процент ошибок будет значительно меньше в выборе по-настоящему мотивированных на учебу в медвузе абитуриентов.

Молодежь осознанно выбирает профессию врача. Счастлив человек, который сумел найти для себя любимое дело. И об этом лучше, чем поэт, не скажешь: «Упаси вас Бог познать заботу об ушедшей юности тужить, делать нелюбимую работу, с нелюбимой женщиной жить»... Ну, о женщинах не будем, о них – только хорошее...

Кстати, на бюджетных отделениях нашего вуза оттока практически нет и, считаю, что ЕГЭ на это сильно повлиял. Проходной балл по вузу – 220, и конкурс увеличился. На некоторых факультетах он достигал 20 – 22 человека на место. Это сигнал, посыл нашему обществу, именно так я сказал об этом в своем выступлении перед В. В. Путиным. Молодежь идет в медицину, родители верят, что через 8 лет врач будет уважаемой фигурой, у него будет достойная зарплата, он будет конкурентен в уровне жизни со своими западными коллегами.

О СТАНДАРТИЗАЦИИ

Федеральный государственный образовательный стандарт – или его еще называют стандарт третьего поколения – по всей видимости, займет достойное место в образовании. А вот медицина – не та отрасль, где можно

четко провести грань: здесь – черное, здесь – белое. Поэтому я к стандартизации деятельности врача отношусь с некоторым опасением. Нам всем важно понять природу этого вопроса. Тема эта пришла из-за рубежа, там есть богатый опыт раскладывать все, образно говоря, по полочкам. Почему, например, в Японии практически победили рак? Потому что лечат «предрак», тот же гастрит, язву, наличие которых дает право врачу внести больного в список группы риска онкологических заболеваний и обязать его каждые полгода являться на профосмотр. Не сделаешь – не получишь больничный, с этим там строго! В результате, показатели онкоситуации в Японии уменьшились в «разы», несмотря на последствия атомных взрывов.

Смысл действующего у них стандарта в том, что и в многомиллионном Токио, и в городке с населением в 30 тысяч лечат одинаково. Профессионализм кадров и материально-техническое оснащение везде соответствуют одному и тому же стандарту.

Смысл нашего стандарта – такой же: любой гражданин, в любой точке нашей необъятной (и это тоже проблема!) страны должен получить стандартную помощь. Но ведь должно быть еще и оборудование, и равнозначно квалифицированные кадры. Значит, вводя стандарты, необходимо одновременно решать и эту проблему.

В современном правовом поле, с учетом развития гражданского общества, нельзя оставаться без стандартов лечения, без стандартизации деятельности врача в той или иной ситуации. Да, конечно, нынешние стандарты несовершенны, но принимать их и работать по ним надо, внося дополнения и поправки...

Многие коллеги, особенно старшего поколения, в их числе и мой учитель, академик Александр Федорович Краснов, сомневаются в необходимости стандартов. Где интуиция, творчество врача? Но ведь стандарт – это ориентир, он не исключает роли врача, его квалификацию и творческий потенциал. Более того, он их дополняет. Проведу некоторые параллели.

Я хорошо знаю Германию, часто туда езжу, говорю на немецком языке. Так вот, если немцу сказали, что соединяя две доски, для прочности надо забить шесть гвоздей, – он именно столько и забьет. Четко, по инструкции. Можно даже сказать: «тупо», без «творчества»... А нашему человеку свойственно проявлять инициативу, и не всегда это можно назвать творчеством. Он забьет пять гвоздей, а может, и четыре. Держатся же?! Вопрос, надолго ли? Вот поэтому немцы, методично действуя по правилам, не лезая туда, где «Verboten!», добиваются больших успехов и в жизни, и в экономике. Да, возможно, скучноватый народ, зато мы (не в обиду сказано, у нас масса достоинств, но других) – больно веселые, бойкие. Особенно, когда соринку в чужих глазах видим, всех и вся виним в грехах и прегрешениях, совсем не задумываясь, что мир меняется тогда, когда мы меняемся.

О ЗАКОНАХ

– Ну что ж, новой стране – новые законы. В первоначальном, довольно слабом законопроекте об образовании были заложены три ступени высшего образования – колледж, институт и университет. Но дальше была фраза, что только в университете должны заниматься наукой, а колледж и институт не имеют на это право. Представим, пройдет 5 лет, вуз становится институтом, наукой там заниматься нельзя, аспирантуры нет, как и диссертационных советов, а завкафедрой становится обычным учителем. Откуда возьмутся молодые преподаватели? Нам ответили, что их будут готовить в Москве. Да, кто же из Москвы в провинцию поедет? Надо исходить из жизненных реалий.

Большая часть предложений, подготовленных в результате 1,5-летнего обсуждения на Совете ректоров мединуз,

на правлении Российского союза ректоров, на думских слушаниях, в Общественной Палате и т. д., вошла в новый вариант законопроекта. То же самое можно сказать и о ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Сейчас оба законопроекта – вполне реальные основополагающие документы. Пора их принимать – предела совершенству не бывает.

Могу ответственно сказать, что в новом законодательстве четко прописано обязательное участие государства и в здравоохранении, и в образовании. Более того, считаю, если государство не будет учить, лечить, защищать (в самом широком смысле этого слова), то такому государству – грош цена. Чиновник – для народа, а не для себя, он должен понимать свою роль и место и отвечать за свои действия.

Я – ректор для сотрудников и студентов, не они для меня, а я – для них. Здесь весьма кстати слова В. А. Садовниченко: «Есть проблема в вузе, значит, проблема в ректоре. Есть проблема у ректора – значит, это проблема вуза».

ОБ УКРУПНЕНИИ, ОБЪЕДИНЕНИИ ВУЗОВ

– Сегодня в стране 1200 государственных вузов. Все ли они равноценны друг перед другом? Однозначный ответ – нет. Как известно, из госбюджета в последнее время выделяются значительные средства на образование и здравоохранение. По нацпроекту «Здоровье» на поддержку первичного звена ЛПУ выделено такое количество денег, какого ни в советское, ни постсоветское время не было.

Вспомните, еще недавно у нас не было практически ни одного хорошего автомобиля скорой помощи, не хватало рентгеновской аппаратуры, диагностического оборудования. К сожалению, мы не везде по-хозяйски можем распорядиться полученным. Мы до сих пор живем по-советски, паразитично. Дай мне большую зарплату! А отработываешь ли ты эту зарплату с полной отдачей и ответственностью? У ряда профессоров сложилась такая ситуация: дошли до определенного уровня и фактически остановились, нет искры, нет огня, нет творчества. На вопрос, почему – отвечают: нет стимула, мало платят. И в то же время в нашем университете есть профессор, ежемесячно зарабатывающий 120 тысяч рублей. Он действительно творит, изобретает, как видите, отлично зарабатывает.

Да, мы живем не в Нью-Йорке, бюджет которого равен бюджету всей нашей страны. У государства нет лишних средств поощрять тех, кто сам уже ничего не хочет, содержать те вузы, которые остановились в своем развитии. Но это не значит, что высшая школа осталась без внимания федерального Правительства.

24 августа состоялась встреча В. В. Путина с ректорами ведущих вузов России. В своем выступлении он особо подчеркнул, как высоко ценит российское высшее образование. Такая оценка дорогого стоит.

По приглашению Премьера мы побывали в начале августа на Дальнем Востоке, на острове Русский, где создается уникальное образовательное учреждение: Дальневосточный федеральный университет, не уступающий по своему уровню ведущим университетам Азиатско-Тихоокеанского региона. Впечатления, поверьте, от этого научно-образовательного комплекса колоссальные...

Кроме того, Правительство, руководствуясь принципом: помогать надо сильным, готово поддерживать те вузы, которые в результате конкурса получают новый статус: Национальный исследовательский университет.

Таких учреждений в стране уже немало, а среди мединуз – два и оба в Москве. Многие из наших университетов имеют право считать себя потенциальными претендентами на это звание: Санкт-Петербургский, Волгоградский, Сибирский (г. Томск)...

Кстати, в прошлом году зампреда федерального Правительства В. В. Володин назвал Самарский мединуз третьим университетом России по всем показателям. И такая оценка нас вдохновляет... Но процедура конкурса на звание НИУ должна стать более прозрачной, исключающей возможность неравноценной конкуренции известных столичных вузов с не менее эффективно работающими вузами, например, Дальнего Востока. Разумное отношение к тем, кого москвичи называют «периферией», должно стать обязательным условием данного конкурса.

Чтобы стало больше сильных вузов, есть еще один путь: укрупнение, объединение имеющихся, о котором говорит Президент России. Но механическое слияние, например, медицинского и технического вузов – невозможно.

Главное, чтобы этот процесс не стал самоцелью, кампанией... Многие зависит не только от позиции ректора, но и от задач, которые ставят перед вузом федеральное отраслевое ведомство и региональные власти.

Процесс слияния, а где-то и создание образовательных кластеров (СамГМУ - тому пример) успешно и безболезненно пройдет там, где есть поддержка и понимание властных структур.

В Самарской области образованию, высшей школе оказывается серьезная помощь. Есть премия губернатора, Алабинская премия, гранты – все это достаточно внушительные суммы. Например, областная премия за вклад в науку и практику Самарской области – 350 тысяч рублей. Это больше, чем премия Правительства России. Благодаря поддержке областной власти, проводим Универсиады, созданы Межвузовский медицинский центр на базе медицинского университета, Межвузовский медиацентр на базе аэрокосмического университета, открылись две межвузовских кафедры «История религии» и «Российская этнология». Возрождена старая традиция межвузовской интеграции – организации лекций уважаемых профессоров, на которые собираются и «технари», и гуманитарии, и медики.

При личной поддержке губернатора Самарской области В. В. Артякова в условиях кризиса был построен межвузовский дом – 150 квартир для преподавателей вузов Самары, по цене квадратного метра в два раза ниже рыночной стоимости...

В Пензе (при поддержке губернатора Пензенской области В. К. Бочкарева) и в Самаре действуют областные целевые программы, когда студентам доплачивают стипендии все шесть лет обучения. Потом предоставляются рабочие места в своем регионе, выделяются служебное жилье и подъемные в сумме 160 тысяч рублей, а через полгода – еще 100 тысяч рублей. Через 10 лет работы врача общей практики жилье передается ему в собственность. Когда работают такие программы, вузам нечего бояться за свою судьбу и своих выпускников. Но не везде такая ситуация, на местах есть и конфликты, и непонимание. Поэтому мы рады, что мединузы по-прежнему остаются под «крылом» Минздрава-соцразвития России. Эту проблему я озвучил на встрече с В. В. Путиным, который обещал, что мединузы останутся под руководством прежнего ведомства, но при «методическом руководстве Минобразования». А на острове Русский Владимир Владимирович подтвердил свое решение, что немало важно для стабильной работы ректорского сообщества.

О ВЗЯТКАХ, МОРАЛИ И НАШЕЙ МОЛОДЕЖИ

– Обсуждая сегодняшние проблемы, нельзя не коснуться достаточно острой темы – взятки. Говорят, в высшей школе задействованы миллиарды теневых рублей. Не понимаю, зачем в нынешних условиях давать взятки приемной комиссии? Вы скажете, чтобы поступить на бюджетное отделение. Ну, тогда отдайте деньги за платное обучение официально, легально... Мне кажется, что тема поборов излишне «накручена». Да, есть репетиторство – это не теневые деньги, если

платишь налоги как индивидуальный предприниматель. Наверное, кто-то из преподавателей пытается пойти иным путем, но это вопрос отдельного человека, а не системы. Другое дело, когда репетитор и преподаватель, принимающий вступительные экзамены, – одно лицо. Вот здесь необходимо принимать меры!

А как относиться к подаркам больного после лечения? Я считаю, если пациент хочет отблагодарить врача за профессионально сделанную работу – это его право, и никакого преступления здесь нет. Вот если с больного требуют деньги, например, перед операцией – это чистой воды вымогательство. Но ведь подобные факты – не болезнь всей системы, они, в большей степени, – кривое зеркало нашего общества. И при достойном финансировании труда врачей, этот «фурункул» в лице отдельных взяточников, врачебное сообщество само бы вскрыло и очистило в целом здоровый организм под названием российское здравоохранение.

Мне кажется, что все разговоры о взятках в среде врачей и учителей – это часть той большой массы огульных обвинений, на которых модно делать себе имя «правдолюбца», строить пиар-кампанию, «влезать» в политику.

Кстати, началось все с армии. Ее авторитет настолько заплеван, что лет 30 понадобится для его восстановления. Наверно, это издержки той свободы слова, которой в массе своей народ раньше был лишен, а в настоящее время уже «наелся». Недаром слышишь: «хочется большого и чистого»... А с экранов ТВ лезут к тебе в дом убийцы, насильники, педофилы, а еще – «букины», «интерны»... Ведь ничего похожего с реальной жизнью... Неопытная молодежь «лепит» себя, подражая героям программы «Дом-2». Слушайте, но ведь это пора прекращать!

Когда-то один мудрый человек сказал: «Истинный показатель цивилизации – не уровень богатства и образования, не величина городов, не объем урожая, а облик человека, воспитываемого страной». Почему продвинутый Запад и высокодуховный Восток так бережно пестуют традиции семьи, морали, нравственности? Все эти кровавые, сексуальные ТВ-передачи, которые у нас в открытом для всех детей доступе, в США – только по кодированным каналам, а на Востоке – вообще запрещены.

Мы сейчас очень мало работаем с молодежью. Некому работать! Разрушена имевшаяся тогда школа подготовки молодежных лидеров, в связи с отрицанием прежних идеологических приоритетов, но ведь новых не создано. Церковь, религия пока это место еще не заняли... Сложный вопрос, но актуальность его назрела. Нужна идеология нашего государства, нашего общества. Да, я хорошо знаю политическую программу «Единой России», но ведь и там на эту тему нет ни слова...

Мы, по сути, молодая, юная страна – всего 17 лет новой России. Большую страну резали по-живому, отделяя земли, территории, рушились судьбы людей. У нас даже своя гражданская война чуть не случилась – в 1993-м...

Мы проходим через сложный период выбора своих предпочтений, сохраняя или отторгая прежние приоритеты. Этот трудный, противоречивый, неоднозначный процесс еще не закончился. В этом году в Татарстане на 30% сократились часы на преподавание русского языка. И это в центре России, где живет значительная часть русскоязычного населения!

Задумайтесь над этим и еще больше понимаешь, как трудно людям, обремененным властью (читай – ответственностью перед своим народом) вести этот корабль под названием «Новая Россия». И тем не менее, надо пошагово возвращать потерянные в «смутное время» заслуги ранее великой державы, добиваться новых успехов, пусть по крупице, по зернышку... В общем, истина стара: от каждого из нас зависит сегодня, каким будет наше завтра. И не только в здравоохранении и образовании...

Сегодня во всем мире идет осмысление того, каким должно быть профессиональное образование, чем оно должно отличаться от образования вчерашнего дня, каким быть в эпоху информационного общества, технологического прогресса, бережного отношения к окружающему миру и здоровью человека, стремительно увеличивающейся потребности в высококвалифицированных кадрах отрасли. Своими взглядами на эту проблему поделились с нами, в том числе через призму деятельности Российской медицинской академии последипломного образования, ректор академии, профессор, академик РАМН **Лариса Константиновна Мошетова** и проректор по учебной работе, профессор **Ольга Леонидовна Задворная**.



Развитие кадров здравоохранения в системе непрерывного профессионального образования

Образование - непрерывный процесс обновления и совершенствования знаний и умений специалиста на протяжении всей его профессиональной жизни, условие существования общества, позволяющее ему двигаться вперед, обновляться и изменяться.

Уровень образовательной деятельности, формы и методы обучения, структура и содержание учебной информации должны непрерывно развиваться, гибко реагировать на потребности общества. Значение непрерывного медицинского образования подчеркнуто рядом международных форумов: ВОЗ, ЮНЕСКО, ВФМО и др.

Повышение качества и инновационный характер образования должны обеспечиваться путем внедрения новых образовательных технологий, современных образовательных программ, развития интерактивных форм обучения, широкого использования проектных методов и методов, позволяющих имитировать реальные ситуации.

Проведение реформ в сфере здравоохранения невозможно без формирования и развития профессиональной компетенции врача, способного обеспечить клиническую, социальную и экономическую эффективность используемых медицинских технологий, современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

Принцип непрерывности медицинского образования тесно связан с качественными параметрами инновационного развития образовательной среды и самого процесса обучения.

С этой точки зрения компетенция врача зависит от многих факторов, в том числе:

- скорости развития технологических инноваций в медицине;
- готовности традиционной системы непрерывного профессионального образования к реализации инноваций;
- наличия возможности использования всех форм формального и неформального обучения врача

(самообразование; коллективные формы обучения по месту работы; обучение в образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования);

- мотивации врача к развитию профессиональной компетенции.

Особенно важным является значение непрерывного медицинского образования как фактора развития кадров здравоохранения. На протяжении длительного времени непрерывное медицинское образование позволяло работнику поддерживать необходимый уровень профессиональной компетентности в течение всей его трудовой деятельности. Чаще всего, в основе поддерживающего образования лежат фиксированные методы и правила, предназначенные для того, что бы научить работника справляться с уже известными, повторяющимися ситуациями, ориентированными на прошлый опыт. Отличительной особенностью поддерживающего образования является принцип научной рациональности, ориентация на пере-

дачу готовых знаний, дисциплинарное содержание обучения, технократическая культура мышления.

Альтернативой поддерживающего образования является инновационное образование, предусматривающее развитие способностей обучаемых к проектной детерминации будущего и требующее кардинально новых подходов к системе образования. Отличительной особенностью инновационного образования является междисциплинарная модульная организация процесса обучения, формирование культуры системного мышления, развитие творческого потенциала человека, ориентация принципов, форм, методов, содержания обучения на развитие инновационных способностей обучаемых, формирования системы знаний и умений в процессе обучения.

Основными принципами обучения становятся индивидуальность и системность. Сферой социальной практики реализации заданных установок является сравнительно молодая отрасль научных знаний – андрагогика, базирующаяся на приобретении профессиональных знаний, умений и навыков с точки зрения психологии взрослого человека, ценностного отношения к миру и обществу.

Учебный процесс в системе непрерывного профессионального образования должен выйти на качественно новый уровень развития, отвечающий современным потребностям общества и государства. Этому способствует создание учебных центров формирования практических умений и навыков врачей. Подготовка в центрах позволяет повысить качество обучения посредством обеспечения условий, позволяющих каждому обучающемуся самостоятельно отрабатывать медицинские манипуляции на муляжах, тренажерах, фантомах и симуляторах.

Одним из перспективных направлений совершенствования системы непрерывного профессионального образования является использование современных информационных достижений, в том числе глобальных коммуникационных сетей.

В образовательном учреждении дополнительного профессионального образования это предполагает развитие информационно-коммуникационной структуры, например в Российской медицинской академии последипломного образования разработана и внедрена многоуровневая информационно-аналитическая система управления учебной деятельностью. Система включает совокупность подсистем и элементов,

позволяющая упорядочить процессы образовательной деятельности по вертикальному и горизонтальному принципам. Внедрение информационной системы решает ряд проблем, связанных с широким использованием управленческих функций и обеспечением качества организации учебной деятельности академии.

Большие возможности сети Интернет позволяют широко использовать информационные каналы обучения для проведения вебинаров и внедрения дистанционных технологий.

Технологии создают достаточно гибкий график обучения, архивируют электронные образовательные ресурсы, на основе принципа индивидуализации обучения формируют диалоговые возможности общения.

В Академии проводится планомерная работа по развитию информационного обеспечения учебной деятельности, включая:

- развитие информационных технологий обучения, в том числе использование информационных ресурсов сети Интернет;
- разработку программных образовательных ресурсов;
- мультимедийное обеспечение учебного процесса;
- развитие систем трансляционного и дистанционного образования, его программное и методическое обеспечение;
- развитие виртуальных и симуляционных технологий;
- создание информационных учебно-методических комплексов, включая электронное тестирование;
- создание электронной библиотеки и медиатеки по направлениям подготовки.

Академия проводит работу по разработке учебно-методических комплексов дополнительного профессионального образования специалистов с высшим медицинским образованием. Учебно-методические комплексы разрабатываются в соответствии с действующей номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским профессиональным образованием в сфере здравоохранения РФ. Они включают учебные программы, контрольно-измерительные материалы, учебные пособия, руководства, учебники, методические рекомендации.

Российская медицинская академия последипломного образования является единым учебным, научным, лечебно-диагностическим и профилактическим комплексом, осуществляющим образовательную, научную и медицинскую деятельность, выполняющим функции

отраслевого образовательного, научного и методического центра подготовки кадров здравоохранения высшей квалификации, повышения квалификации и профессиональной переподготовки руководящих, научных и научно-педагогических работников.

В Академии работают высококвалифицированные кадры: 93% лиц, занимающих должности профессорско-преподавательского состава, имеют ученые степени докторов наук (39%) и кандидатов наук (54%). В Академии работают 4 академика РАН, 20 академик РАМН, 13 членов-корреспондентов РАМН, 21 заслуженный деятель науки РФ, 48 заслуженных врачей РФ, 21 заслуженный работник высшей школы, 14 лауреатов Государственной премии и премии Правительства РФ.

В составе Академии функционируют 6 факультетов, 109 кафедр, два курса.

Ежегодно по очной форме в Академии обучается более 25 тысяч слушателей, 1,5 тысячи интернов, ординаторов и аспирантов, более 200 граждан иностранных государств.

Академия располагает отработанными технологиями и опытом подготовки кадров в области высоких технологий, подготовки врачей в рамках реализации приоритетных государственных программ, включая первичную медико-санитарную помощь; генетику; аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни; организацию медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях; оказание медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями; формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая детское население; медицинскую помощь по отказу от потребления табака и лечение курящего человека; пренатальную диагностику нарушений развития ребенка; интенсивную терапию новорожденных, включая детей с экстремально низкой массой тела; ревматологию в детском возрасте; психолого - медико-педагогическую коррекцию и социальную помощь детям, пострадавшим от насилия; профилактику глазных заболеваний; профилактику зависимости от алкоголя, других психоактивных веществ и другим актуальным проблемам здравоохранения.

Таким образом, инновационное развитие системы непрерывного профессионального образования способствует формированию и развитию профессиональной компетентности и профессиональной ответственности врача с учетом потребностей общества и государства.



Ректор Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого **Иван Павлович Артюхов** модернизацию образования и здравоохранения приветствует, но в выборе методов достижения этой благой цели отвергает хирургические приемы, а предлагает использовать исключительно эволюционные способы решения задачи.

Иван Артюхов: Образованию революции не нужны...

- Итак, Иван Павлович, учебный год стартовал. Удовлетворены ли Вы качеством школьных знаний у нынешних абитуриентов?

- Впечатления от приемных экзаменов самые хорошие. На лечебном факультете у нас проходной балл был 230. Все остальные чуть ниже, но результаты все равно высокие. А вообще, по Сибирскому федеральному округу мы имели лучшие показатели по проходному баллу. Кстати, у нас уже три года ведется мониторинг знаний студентов, поступивших по результатам ЕГЭ. Так вот, процент отчисления сократился наполовину. Это все благодаря нашей целевой работе, благодаря так называемым методам погружения.

Эта приемная кампания выявила и новую проблему, которую мне озвучили старшекурсницы. Резко увеличилось число девушек, поступающих в вуз. Соотношение полов не в пользу парней, так как они учатся в школе хуже. Мне шестикурсницы задают со смехом вопрос: «За кого замуж выходить?». А ведь работать, например, в хирургии или в анестезиологии очень трудно. Такие специальности требуют мужских усилий... Кроме того, большое количество женщин – это большое количество отпусков по беременности и уходу за детьми, перерывы в профессиональном росте – все это

так или иначе отразится на экономике здравоохранения.

- Чем будет отличаться этот учебный год от предшествующих? Что нового планируется внедрить в образовательный процесс вуза?

- Прежде всего, для первокурсников мы переводим все библиотечные ресурсы на электронный вариант. Все, полученные за последние 10 лет. И каждому студенту рекомендуем сразу приобретать ноутбук, а детям-сиротам с помощью партии «Единая Россия» и местной власти мы вручим порядка 150 ноутбуков. Именно для детей-сирот, для того, чтобы они могли из любой точки университета (а зоной Wi-Fi у нас почти весь университет покрыт) войти в локальную базу данных электронной библиотеки университета. Ну, возможно, за исключением атласов по анатомии. Все остальное – электронные варианты. Это мировой опыт, и к нему надо стремиться. Ведь наша первейшая задача – качество подготовки студентов.

- Какие приоритеты вашего вуза необходимо сохранить в условиях реформирования высшей школы?

- Приоритеты Красноярского государственного университета – это его фундаментализация и практические навыки. На сегодняшний день, с моей точки зрения, самая лучшая фундаментальная

подготовка врача – в Израиле. В основе всего должна быть фундаментализация образования: морфология, физиология, биохимия и иные науки, связанные с основами медицинского образования. Затем, естественно, практические навыки у постели больного, собственные клиники и развитие клинической базы. Хорошо, что в новом ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» есть законодательная база для развития этого процесса.

- Как Вы относитесь к предложению В. Путина «расширять открытость вузов», вводить их рейтингование?

- Абсолютно за то, чтобы деятельность вузов стала максимально открытой. В течение нескольких лет все наши отчеты за полугодие, год публикуются на сайте университета. Кроме того, я (позвольте заметить – единственный в стране) последние два (или три?) года публикую даже бухгалтерский баланс, справки финансовых результатов. Смотрите, все доступно. Вся бухгалтерия, кроме заработной платы (здесь должна быть соблюдена конфиденциальность), – все на виду. Вас интересуют цены, по которым мы приобретаем оборудование? Пожалуйста, эта информация тоже в системе доступна.

У меня второе высшее образование – экономическое, юридическая подготовка

тоже есть. Я отчетливо себе представляю, что открытость университета начинается с финансовой открытости. Мы все любим, когда нам оказывают доверие. А его надо заслужить, в том числе и открытостью, прозрачностью своей работы.

- Кстати, о финансах... Насколько зависит финансирование вуза от его статуса? Достаточно ли оно сейчас?

- К сожалению, финансирование от статуса не зависит. Оно осуществляется по сложившемуся штатному расписанию и расходам на содержание основных средств. Институт, академия, университет – пока все одинаково. С моей точки зрения, в институте должно быть соотношение преподаватель-студент примерно как 1:8, в академии – 1:6, в университете – 1:4 – вот я бы предложил такой вариант. Кстати, в МГУ это соотношение 1:4, или даже 1:3. У нас пытались в Сибирском федеральном университете сделать 1:4 – не получилось!

К сожалению, финансирования недостаточно. Есть законы экономики о возрастающих потребностях и есть реальные вещи о невозможности покрытия бюджетом тех запросов, которые возникают у студентов, преподавателей, общества. Для этого наша законодательная база позволяет привлекать и внебюджетные средства за счет образовательных и лечебных услуг. Сейчас у нас соотношение бюджет – небюджет почти один к одному. Главное, чтобы внебюджетная деятельность была не в ущерб государственного образовательного стандарта.

В вузе организован попечительский совет. Только на создание музея мы привлекли около 10 млн рублей. Но, в общем, для медицины, к сожалению, частных спонсоров найти сложно. Очень много наших богатых людей лечится за рубежом.

- Какой процент ваших выпускников работает по профессии? Насколько охотно они работают в муниципальном здравоохранении?

- Основная часть наших выпускников работает по профессии. Сегодня в Красноярске на бирже труда не состоит ни один врач! У нас вакантных ставок – 4 тысячи в крае. Приезжайте работать, для всех есть дело!

А с муниципальным заказом почти нет проблем, потому что «целевые» студенты проходят практику, начиная со 2-3 курсов, и многие муниципалитеты оплачивают им стипендию, оплачивают проезд, т. е. устанавливают сразу дополнительные подъемные.

Уровень подготовки наших выпускников вполне устраивает муниципальную систему. Специализированные службы, такие как хирургические и онкологические центры – да, здесь требуется более длительная подготовка, в том числе и психологическая адаптация в коллекти-

вах. Отставание практики от теории – вот основная проблема, над которой надо работать.

- Иван Павлович, а что Вы можете сказать о подготовке узких специалистов, которых на сегодняшний день в стране не хватает?

- В штатных расписаниях, особенно первичного звена, узких специалистов, согласен, не хватает. Но я, как заведующий кафедрой управления организации здравоохранения, хочу подчеркнуть, что это искусственно созданная проблема. Потому что врач-терапевт, ведущий прием на участке, сегодня является в большинстве своем диспетчером, хотя многие манипуляции он после соответствующей специализации мог бы делать. И переход врача-терапевта на врача общей практики (или семейного врача, как мы говорим) нам позволяет решать многие вопросы, в том числе и те, что связаны с узкой специализацией. Например, читать анализы, снимать ЭКГ, подобрать очки, соринку из глаза выщипать (это я достаточно грубые привожу примеры) – в общем, обычные врачебные манипуляции может сделать врач общей практики при первичном приеме. Поэтому там, где все хорошо организовано, узких специалистов не хватает только в штате. На самом деле эта работа может выполняться и сейчас – все зависит от руководителя учреждения здравоохранения.

- Какие у Вас есть предложения по усовершенствованию действующего законодательства?

- Надо быстрее внедрять закон об охране здоровья. Всем известная борьба в лице доктора Рошала от имени общественности – ненужная сегодня демагогия. У меня есть конкретное предложение, которое я обсуждал с депутатами на федеральном и краевом уровнях. Предлагаю, финансирование подготовки врачей и средних медицинских кадров дополнять за счет средств бюджетов всех уровней, т. е. дополнительный заказ. Я считаю, надо не миллион подъемный давать выпускнику, а профинансировать все 6 лет его обучения – это, в среднем, 60-70 тысяч рублей в год. Общую сумму – 400 тысяч рублей платят за его обучение заказчики: государство или муниципалитет, или руководители частного медучреждения. После окончания вуза он должен отработать в той больнице, которую укажет ему заказчик. В общем, кредитовать студентов, оплачивать их обучение в вузе и возвращать его к себе на работу. То есть, заказчик – он же кредитор и работодатель.

- Кто из выпускников вашего университета идет работать в негосударственный сектор?

- В настоящее время в здравоохранении Красноярского края работает

около 12 тысяч врачей. Примерно 600 врачей – в частной медицине. По государственной статистике выручка от реализации платных медицинских услуг составляет более 3 млрд рублей. Научные исследования показывают, что примерно еще 3-4 млрд рублей – это теневая экономика платных медицинских услуг. Руководители негосударственных медицинских учреждений сегодня проводят настоящую «селекцию» наших студентов уже с 3-4 курсов, затем берут их к себе на практику, в интернатуру, в ординатуру, при этом за некоторых платят. В том числе, оплачивают заграничные стажировки. От многих требуют знания английского языка. Как правило, такие требования идут от прогрессивного частника, который давно работает на рынке. Приведу пример: центр «ЭКО». Эмбриологи и гинекологи, работающие здесь, – это бывшие наши студенты, которые начинали с 4-5-го курсов. Благодаря этому центру, с помощью системы ЭКО, в год на свет появляется 500 детей. Вот такая негосударственная медицина нам нужна!

- Каким Вы видите процесс укрупнения вузов, на котором настаивает Президент России?

- У нас попробовали на базе четырех вузов создать Сибирский федеральный университет. Пятый год не могут разобрататься: нет эффективного управления структурой. Путем механического объединения результата не получишь. Только путем наращивания внутреннего потенциала, развития и расширения его ресурсов, т. е. эволюционно – вот реальный путь решения этой задачи. Нельзя присоединять медвузы к техническим вузам! В общем, только эволюционным путем.

- «Будущее – за образовательными кластерами» (точка зрения Д. А. Медведева). Как ваш университет участвует в этом процессе?

- Да, мы – единственный, наверное, медицинский вуз страны, который создал Красноярский биомедицинский кластер, объединивший систему здравоохранения, НИИ биофизики, и другие НИИ в области научных и образовательных услуг. У нас в университете создано шесть научно-образовательных центров по направлениям: морфология, хирургия, стоматология, пульмонология... И, конечно же, трансляционная медицина, задача которой внедрять научные достижения в практику здравоохранения. Все это способствовало укрупнению кафедр.

Красноярский биомедицинский кластер стал лауреатом премии России в области науки и техники. Я горжусь тем, что сотрудники именно нашего университета получили вот этой кластеризации получили Государственную премию.

- Поздравляем Вас и Ваш коллектив с этой высокой наградой!



ОмГМА - образовательный грант

В марте 2010 года на Брюссельской сессии TEMPUS было объявлено о начале финансирования нового проекта, выигранного Омской государственной медицинской академией. В чем эксклюзивность этого проекта, мы спросили ректора, профессора **Александра Ивановича Новикова**.

- Это единственный грант «Структурных Мероприятий» Евросоюза в области медицины в РФ под названием «Система обучения в течение жизни для преподавателей медицинских вузов». Финансирование осуществляет Европейская комиссия и Европейский фонд образования на сумму €773000, рассчитанный на три года. Всего в Европейскую Комиссию было подано 73 заявки из России, но выигрышными оказались только 9, в том числе и наша.

В центре внимания программы TEMPUS лежит совершенствование высшего образования, повышение роли высших учебных заведений в процессе социального, экономического и культурного развития, а также безболезненного вхождения в Болонский процесс. Основной целью проекта является создание системы непрерывного профессионального развития для преподавателей медицинских вузов.

Опыт работы над первым грантом «Модернизация образовательных программ для онкологической службы в Омском регионе» 2006-2009 гг. (JEP№26029) позволил ОмГМА и нашим партнерам выйти на качественно новый уровень создания образовательных программ и сплотить передовые российские медвузы в написании нового гранта. Координатором и организатором нового проекта является ОмГМА,

число участников консорциума расширилось – ими стали от Евросоюза: Страсбургский университет (Франция), Люксембургский университет (Великое Герцогство Люксембург), Рурский университет Бохума (Германия), Римский университет «Tor Vergata» (Италия), Виртуальный медицинский университет франкофонии (Франция); с российской стороны – Минздравсоцразвития России, Первый Московский госмедуниверситет им. И. М. Сеченова, Северный госмедуниверситет, Иркутский госинститут усовершенствования врачей, а также медуниверситеты Владивостока и Волгограда.

Задачи проекта - разработка квалификационных требований для преподавателей медвузов России. Модернизация программы их подготовки и внедрение контроля качества преподавания, а также создание интерактивного ресурса с открытым доступом «Дидактика медицинского образования».

Медвузы в процессе интеграции в Европейское образовательное пространство сталкиваются с определенными трудностями в связи со спецификой профессионального знания. Реализация проекта приведет к преобразованию современной системы подготовки преподавателей высшей школы России.

Повышать квалификацию постоянно

Профессорско-преподавательский коллектив Башкирского госмед-университета во главе с ректором **Валентином Николаевичем Павловым** успешно подготовился к работе в условиях реализации госстандартов третьего поколения.



В настоящее время модернизация системы здравоохранения поставила серьезные задачи по развитию медицинского образования. Реформирование невозможно без методологии подготовки специалистов, соответствующей высоким стандартам качества, и непрерывного профессионального развития медицинских работников.

С 2011 г. обучение студентов в Башкирском государственном медицинском университете проводится по новым государственным образовательным стандартам. В последние годы активно внедряются и развиваются методы преподавания с использованием новых образовательных технологий: дистанционное обучение, электронные учебники. В университете создан оснащенный современным учебным оборудованием симуляци-

онный центр по отработке студентами практических навыков. Полноценная подготовка будущих врачей у постели больного - успешно решается благодаря наличию собственной университетской клиники и тесной связи с республиканскими и муниципальными учреждениями здравоохранения.

Непрерывное профессиональное развитие преподавателей медвузов является обязательным условием для обеспечения качественного медицинского образования. Для решения этой задачи в БГМУ активно работают «Школа педагогического мастерства» и «Школа молодого педагога», где происходит обмен опытом, ежегодно проводятся конференции по медицинскому образованию с публикацией статей, посвященных различным аспектам преподавания. Циклы усовершенствования по педагогике с привлечением

специалистов из Башкирского госмед-университета, специализированные краткие курсы обучения преподавателей, в которых принимают участие сотрудники ведущих вузов Москвы, Санкт-Петербурга, Самары, Казани – реалии сегодняшнего дня.

В настоящее время особенно важно совершенствование системы последиplomной подготовки медработников, внедрение системы непрерывного профессионального развития врачей. Данная задача реализуется на кафедрах института последиplomного образования БГМУ, где широко используются информационные технологии в образовании, в том числе обеспечен доступ врачей к электронным медицинским библиотекам, информационно-образовательным системам и системам поддержки клинических решений.

«Науки юношей питают...»

(М. В. Ломоносов)

Участие в инновационной и грантовой деятельности максимально способствует повышению научной и профессиональной самооценки студентов и аспирантов, отмечает ректор Амурской государственной медицинской академии Минздравсоцразвития России **Татьяна Владимировна Заболотских**.



- На Общем собрании Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России в 2010 году обсуждался вопрос «О развитии научного студенческого творчества в медицинских и фармацевтических вузах и его влиянии на качество подготовки специалиста».

Задачи, поставленные перед медицинскими вузами, предполагают, что обеспечение высококлассными специалистами возможно лишь при наличии профессионально-ориентированного образования, опирающегося на систему научной подготовки кадров, которая обеспечивается путем интеграции студентов и аспирантов в научную деятельность.

Для осуществления преемственности научной деятельности и с целью развития исследовательского потенциала молодых специалистов в Амурской медакадемии внедрен научный паспорт, отражающий основные научные достижения студентов, аспирантов и молодых ученых, работает студенческое научное общество (СНО), создан Совет молодых ученых и специалистов, который координирует работу СНО.

Более 600 студентов посещают научные кружки. В каждом из них изучается от 2 до 8 тем, совпадающих с тематикой исследований научных школ АГМА, что обеспечивает преемственность образовательного процесса. По результа-

там исследований проводятся ежегодные научно-практические студенческие конференции «Молодежь XXI века - шаг в будущее».

Студенты и аспиранты АГМА принимают участие в международных конференциях по проблемам химии и биологии в Тихоокеанском институте биологической химии Дальневосточного отделения РАН, в ежегодном Международном российско-китайском фармацевтическом форуме, проводимом на базе Хэйлуцзянского медуниверситета в г. Харбин (Китай).

С целью международного обмена в академии регулярно проводятся телемосты с учебными заведениями г. Осака (Япония). Интеграция студентов и аспирантов в научную деятельность в АГМА осуществляется и через участие в грантах совместно с молодыми учеными нашего вуза. Так, в 2010 году 10 аспирантов и студентов АГМА приняли участие в конкурсе на государственный грант Амурской области по проекту «Ступени в будущее российской науки», восемь из которых стали победителями.

Несколько аспирантов было выдвинуто на соискание молодежной премии «Надежда России в области науки и техники». Двенадцать оформили заявки на участие в конкурсе «Грант Президента РФ - 2011 для молодых кандидатов и докторов наук».

В 2009-2010 гг. были получены два гранта по ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры для инновационной России» по лоту «Проведение поисковых и научно-исследовательских работ» в области естественных наук. Участие молодежи в инновационной деятельности также благотворно влияет и на формирование профессиональных навыков.

Во Всероссийской программе инновационных проектов «У.М.Н.И.К. - 2010»

от АГМА было представлено 7 проектов, в программе «У.М.Н.И.К. - 2011» - 5 проектов. Победители получили финансовую поддержку на проведение дальнейших научных исследований.

В Дальневосточном молодежном инновационном конвенте в 2010 году в номинации «Новые технологии и материалы» приняло участие 12 проектов студентов и аспирантов АГМА, выполненных под руководством профессоров академии, возглавляющих научные школы. Среди получивших признание: «Перспективы применения продуктов глубокой переработки сои в профилактической медицине», «Получение и применение фитопрепаратов для повышения антиоксидантного статуса тепловыделяющего организма», «Программа определения вероятности летального исхода и выбора алгоритмов лечебно-диагностических мероприятий у больных с хирургическим сепсисом».

Во Всероссийском инновационном Конвенте, посвященном 50-летию первого полета в космос, в 2011 году приняло участие 8 проектов. Победителем стал ординатор М. Чекмарев, автор проекта «Способ восстановления работоспособности при интенсивных физических и психических нагрузках».

В 2011 году на Международном конкурсе «Молодежная инновационная медицина XXI века» участвовало 3 проекта, в котором наш аспирант С. Аникин занял 1-ое место в интернет-голосовании с проектом «Программа хирургической реабилитации больных низким раком прямой кишки».

Инновационная деятельность оказывает стимулирующее воздействие на студенческий коллектив, помогает расширить научные интересы, развивает здоровую конкуренцию в студенческой среде, оптимизирует интерес к науке и образовательному процессу в целом.



Медицина должна стать доброжелательной



Администрация Миасского округа и его глава **Игорь Вячеславович Войнов** вопросы здоровья населения считают своим основным приоритетом. Оценив степень готовности муниципальной системы здравоохранения Миасского городского округа к грядущим переменам, квалификацию миасских врачей, правительство Челябинской области приняло решение именно в Миассе создать несколько межрайонных специализированных центров для оказания медпомощи жителям Горнозаводского края.

Всего на реализацию программы модернизации в Миасском округе предполагается направить за два года более 900 млн руб. из примерно 11 миллиардов, которые планирует вложить в эту программу Челябинская область (из них около одного миллиарда – из областного бюджета, столько же – из бюджета ФОМСа, остальное – федеральные средства).

В Миассе будут созданы шесть межрайонных отделений: кардиологическое, онкологическое, неврологическое, инфекционное, неонатальной диагностики, роддом, а также два центра: комплексный диагностический и центр пренатальной диагностики.

Кроме того, будут открыты четыре офиса врачей общей практики (в Миасский округ входят 29 населенных пунктов, некоторые из них находятся на значительном расстоянии от города).

Ориентировочная сумма на проведение ремонтов и оснащение оборудованием составит на 2011-2012 гг. – 925 млн руб., в том числе в текущем году – 484,2 миллиона.

Еще одним направлением модернизации здравоохранения является его информатизация. Выделенные на это средства в Миассе попадут на хорошо подготовленную почву. Внедрять современные IT-технологии в практику работы местных больниц здесь начали еще четыре года назад. Сначала в крупнейшей горбольнице № 2, а затем и в трех других больницах началась работа по оборудованию компьютерами регистратуры и врачебных кабинетов, установке программного обеспечения, позволяю-

щего наладить обмен информацией, ее надежное хранение, сбор и анализ данных медицинской статистики. Благодаря внедрению этих новшеств удалось решить проблему очередей в поликлиниках.

Реализация намеченной программы модернизации станет надежной материальной базой для еще более важных перемен: медицина должна стать доброжелательной к пациенту, – отмечает глава г. Миасс И. В. Войнов. – Помещение, каким бы комфортным оно ни было, – это всего лишь стены. Никакое самое современное оборудование не может работать без грамотных специалистов. Но больному сегодня необходима не только квалифицированная помощь – люди нуждаются во внимательном и терпеливом отношении со стороны медицинского персонала, в ободренности и просто в доброй улыбке, которая порой значит не меньше, чем дорогое лекарство.

Я очень надеюсь, что начавшиеся процессы модернизации здравоохранения приведут к повышению престижа профессии врача, люди будут дорожить своими рабочими местами, из нашей жизни уйдут факты бездушного отношения к пациентам. А когда медицинская помощь станет более доступной и современной, возможно, и мы сами наконец научимся ответственнее относиться к своему здоровью, – утверждает глава города.

То, что Миасс способен внести и свой вклад в реализацию программы модернизации здравоохранения области – ни у кого не вызывает сомнения.

В 90-е годы 20-го века работники оборонных предприятий не пошли торговать на рынок, а создали в нашем городе высокотехнологичные производства, на которых сегодня разрабатываются и выпускаются уникальные медицинские инструменты и оборудование. Это такие предприятия как «Уникон», «Медикон», «Ламинарные системы», «Асептические медицинские системы» и другие, – с гордостью о своих земляках рассказывает Игорь Войнов. – Наши доктора не побоялись заняться частным бизнесом, в Миассе есть негосударственные медучреждения, которые работают не первый десяток лет и заслуженно пользуются хорошей репутацией у пациентов. Есть даже частный многопрофильный медицинский центр, а таких пока единицы на Южном Урале. Наши лучшие частные клиники сотрудничают с муниципальной медициной в интересах пациентов, и эта практика тоже заслуживает внимания и дальнейшего развития.



На заседании ассоциации глав городов «Горный Урал»

IT-технологии – ключевое звено здравоохранения

Клинический онкологический диспансер – один из крупнейших лечебно-профилактических учреждений Омской области и самый крупный комплекс онкологического профиля в Западно - Сибирском регионе. Здесь оказывается высококвалифицированная специализированная помощь больным со злокачественными новообразованиями практически всех локализаций (кроме опухолей центральной нервной системы и органов зрения). Возглавляет диспансер врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач Российской Федерации **Сергей Николаевич Орлов**.



Развитие IT-технологий – это не только дань времени, это объективная необходимость современного здравоохранения.

С 2006 года в Омском областном онкологическом диспансере ведется популяционный Канцер-регистр как составная часть общероссийского регистра. Канцер-регистр – полноценный инструмент в руках руководителя онкологической службы и вышестоящего руководства, так как накопленные за много лет статистические данные позволяют проводить глубокий многофакторный анализ онкоситуации, прогнозировать ее развитие в различных аспектах и своевременно (в идеале – превентивно) принять меры для улучшения оказания помощи онкологическим больным.

Силами специалистов онкологического диспансера за последние 3 года разработана и внедрена медицинская информационная система «Базис», благодаря которой достигнуто совершенствование учета лечебного и диагностического процессов, процесса управления и оптимального распределения потока пациентов по отделениям, кабинетам и специалистам с целью устранения очередей и решения ряда других задач.

Информационная система состоит из 12 основных модулей, которые предусматривают рабочие места практически во всех структурных подразделениях онкологического диспансера. В используемой информационной системе реализована возможность обмена данными с Канцер-регистром: врач поликлиники со своего рабочего места имеет возможность использовать данные Канцер - регистра для повседневной работы.

В онкологическом диспансере работает более 1000 человек, в том числе 180 врачей и 400 специалистов со средним медицинским образованием. 86,6% врачей и 89,3% среднего медперсонала имеют квалификационную категорию. 87 врачей имеют сертификат по двум специальностям. Здесь трудятся 1 доктор медицинских наук, 15 кандидатов медицинских наук, 4 врача имеют звание «Заслуженный врач РФ».

В 2010 году 4 врача онкодиспансера стали победителями конкурса «Лучший врач года».

Создание в Омской области защищенной ведомственной сети передачи данных Министерства здравоохранения Омской области позволило обеспечить доступ муниципальных учреждений здравоохранения и г. Омска, и области к информационным ресурсам областного центра.

Для обеспечения взаимодействия онкологического диспансера с врачами-онкологами первичных онкологических кабинетов муниципальных учреждений здравоохранения области специалистами диспансера разработан и внедрен в работу 58-ми лечебно-профилактических учреждений области программный комплекс «Автоматизированное рабочее место врача-онколога» («АРМ Онколога»).

В «АРМ Онколога» врач первичного онкологического кабинета имеет возможность работать со своим сегментом Канцер-регистра, оформлять направление в онкологический диспансер, контролировать процесс диспансеризации больных.

Для оперативной связи с сотрудниками Канцер-регистра в «АРМ Онко-

лога» встроен «Чат». Внедрение «АРМ Онколога» позволило осуществить реализацию единой схемы маршрутизации онкологических пациентов, заметно повысило оперативность поступления информации в Канцер-регистр и его достоверность.

Важным звеном информационного пространства онкологической службы является «Электронная регистратура»: врач-онколог первичного онкологического кабинета имеет прямой выход через Интернет в электронную базу регистратуры Клинического онкологического диспансера и дистанционно, в режиме реального времени, может произвести запись пациента на прием к врачу-онкологу на удобные для пациента дату и время. Технология интернет-записи на прием реализована в рамках проекта Министерства здравоохранения Омской области «Электронная регистратура» с сентября 2010 года. При этом существующие способы записи на прием (по телефону, через регистратуру) сохранены в полном объеме.

Борьба со злокачественными новообразованиями сегодня рассматривается как одна из важнейших задач здравоохранения Омской области. Результаты лечения онкобольных зависят от ранней диагностики онкопатологии и комплексного подхода всех лечебно-профилактических учреждений здравоохранения к решению ряда задач: внедрение стандартизированных методов профилактики, диагностики и лечения злокачественных новообразований. Создание единого информационного пространства, аккумулирующего все эти сведения, – серьезный ресурс в борьбе за жизнь человека.

Не надо бояться перемен!



Дмитрий Медведев в своем политическом манифесте «Россия, вперед!» отметил: «Надо понять, прочувствовать всю сложность наших проблем. Откровенно обсудить их, чтобы действовать... Мы живем в уникальное время. У нас есть шанс построить новую, свободную, процветающую, сильную Россию». Но для этого мы должны и сами меняться, быть готовыми убрать с пути все, что «тормозит наше общее движение вперед».

Именно такая позиция близка по духу **Борису Евгеньевичу Шахову**, ректору Нижегородской медицинской академии, и **Надежде Андреевне Пигаловой**, директору Нижегородского медколледжа, которые инициируют вопрос реорганизации своих учреждений путем объединения.



История взаимоотношений Нижегородской медицинской академии и Нижегородского медицинского колледжа насчитывает не одно десятилетие. Каждое из учреждений имеет заслуженно высокую репутацию и в профессиональном сообществе, и у населения. И это неслучайно, ведь вклад академии и колледжа в развитие здравоохранения Нижегородской области и соседних регионов несомненен.

Нижегородский колледж (ранее фармацевтическое училище, техникум, школа) был создан в структуре медицинского института в 1925 году и позднее был выделен в самостоятельное учебное заведение. Однако, связь между учебными заведениями все время продолжала оставаться очень тесной. На протяжении всего периода деятельности колледжа академия принимает активное участие в его развитии и совершенствовании учебного процесса подготовки фармацевтов. Наиболее тесные контакты в совместной деятельности отмечаются с 2000 года в связи с открытием фармацевтического факультета НижГМА.

Мы регулярно проводим совместные научно-практические конференции, осуществляем перекрестное руководство дипломными работами. Преподаватели колледжа активно участвуют

в учебном процессе академии. Председатель государственной аттестационной комиссии колледжа зачастую назначается из числа профессорско-преподавательского состава академии. Для проведения лекций, лабораторных и научных работ студентов мы часто используем площади и оборудование обеих территорий.

Считаем, что снова настало время объединить наши учреждения. Такое объединение значительно расширит возможности повышения качества учебного процесса, обеспечит непрерывный цикл образования для успешных и активных студентов колледжа, даст им возможность ориентироваться на перспективу продолжения учебы в академии, а руководству учреждения заблаговременно планировать приток студентов фармацевтического факультета. Новую возможность дает нам закон «Об образовании в РФ», позволяющий принимать сразу на третий курс вуза абитуриентов с законченным средним специальным образованием.

В настоящее время в планах академии открытие новой специальности «медицинская биохимия», и студенты колледжа могут стать потенциальными врачами и по этой специальности уже через несколько лет, что немаловажно для Нижегородской области, испыты-

вающей на сегодняшний день большой недостаток в подобных специалистах.

Особо отметим, что объединение учебных заведений позволит более оперативно управлять людскими и материальными ресурсами и приведет к повышению качества образования и улучшению материальной базы как колледжа, так и академии.

Реорганизация образовательных учреждений путем объединения соответствует тенденциям президентских инициатив по созданию образовательных кластеров, способствующих через сквозное профессиональное обучение повысить качество подготовки специалистов для здравоохранения России.

В Нижегородской медицинской академии и Нижегородском медицинском колледже были проведены общие собрания трудовых коллективов, на которых приняты решения о ходатайстве перед Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации принятия решения о реорганизации ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» путем присоединения ГБОУ СПО «Нижегородский медицинский колледж» Минздравсоцразвития России, с надеждой на сохранение устоявшихся педагогических, духовно-психологических и экономических традиций колледжа.



Успешный диалог вуза и бизнеса

Перспективы успешного развития российского общества во многом зависят от качественного образования. Оно определяет интеллектуальный потенциал государства, является важнейшим условием экономической и социальной стабильности. Большой вклад в процесс подготовки кадров для высшей школы внесен коллективом Ярославской государственной медицинской академии под руководством ректора, профессора **Алексея Владимировича Павлова**.



В настоящее время перед сферой высшего медицинского образования, являющейся неотъемлемой частью отечественной системы здравоохранения, стоят актуальные задачи модернизации, направленные на обеспечение качественной подготовки специалистов в соответствии с международными стандартами. Существенный вклад в достижение поставленных задач могут внести целевые инвестиции бизнеса в сферу науки и медицинского образования по наиболее актуальным направлениям, высокотехнологичным и перспективным «точкам роста».

В академии обучаются свыше 4-х тысяч студентов, интернов, ординаторов, очных и заочных аспирантов. Профессиональную подготовку ежегодно осуществляют более 2 тысяч врачей. С 1992 года академией ведется обучение специалистов для зарубежных стран (Марокко, Намибия, Перу, Сирия, Палестина, Египет, Сьерра-Леоне, Конго, Зимбабве, страны СНГ и др.).

За время своей деятельности вуз подготовил 29085 врачей и провизоров, сотни интернов и клинических ординаторов, в том числе 334 специалиста для стран Азии и Африки. Более 30 тысяч врачей и преподавателей медицинских училищ прошли различные формы повышения квалификации.

Одним из примеров успешной реализации подобного класса проектов явилось создание в 2009 году на базе Ярославской государственной медицинской академии Российского эндоскопического учебного центра. Данная инновационная структура дала возможность объединить для решения общих целей большой образовательный и клинический опыт ведущих специалистов академии и практического здравоохранения региона с возможностями крупнейшего мирового производителя эндоскопической техники компании Olympus, а также привлечь к работе Центра высококвалифицированных специалистов в области эндоскопии из Японии и Европы.

На базе центра проводятся сертификационные циклы обучения для российских и зарубежных специалистов по всем методикам современной диагностической и лечебной эндоскопии пищеварительной системы.

Оснащение центра современной техникой, тренажерами, новейшим учебно-методическим сопровождением дает возможность достаточно быстро и технически правильно освоить технологию выполнения эндоскопических исследований специалисту любого уровня. Учебной базой для освоения практических навыков является клиника Ярославской областной онкологической больницы.

За 3 года работы Центром проведены знаковые для отечественной эндоскопии мероприятия – первый в России курс Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) под руководством президента общества профессора Г. Костамани, первый в России курс обучения для медицинских эндоскопических сестер под эгидой ESGE, шесть российско-японских курсов (включая первый в России) и уникальный мастер-класс под руководством профессора Т. Ито (г. Канадзава, Япония) по обучению новым эндоскопическим операциям с помощью биологических тренажеров (органов животных). Слушателями курсов стали 3400 специалистов из 30 регионов России, Украины, Казахстана, Беларуси.

Опыт работы эндоскопического учебного центра в виде выставочной экспозиции «Инновационный образовательный комплекс: моделирование профессиональной деятельности» был представлен на прошедшей в Москве 20-21 апреля 2011 г. II Всероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование - 2011» и получил высокую оценку специалистов в области образования и здравоохранения, а также представителей бизнес-сообщества. Впереди – большие планы, в том числе презентация достижений Центра на XIX Европейской гастроэнтерологической неделе в Стокгольме в октябре текущего года.





Лучшее – госпиталям для ветеранов войн

Главный врач госпиталя для ветеранов войн Омской области **Евгений Валерьевич Захаров**, врач высшей категории, сообщил нам, что только за 2010 год в госпитале получили качественное лечение 3292 пациента, – и это достаточно высокая цифра.

- Основным направлением деятельности учреждения является оказание амбулаторной и стационарной помощи ветеранам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним по льготам (труженики тыла, ветераны труда, участники боевых действий). С 2008 года к госпиталю прикреплены пострадавшие от радиационного воздействия на Чернобыльской АЭС.

Для этого имеется необходимая лечебно-диагностическая база, позволяющая в короткие сроки провести диагностику заболеваний, выбрать правильную тактику лечения. Успешно применяются методики ультразвукового исследования органов брюшной полости, мочевого пузыря, щитовидной и молочной железы, брахицефальных сосудов и сосудов нижних конечностей.

В 2010 году трое врачей госпиталя стали победителями областного

этапа Всероссийского конкурса «Лучший врач года».

Госпиталю – 70 лет. Работая в тесном взаимодействии с министерством здравоохранения Омской области, мы решаем следующие задачи:

- увеличение продолжительности и улучшение качества жизни ветеранов ВОВ и лиц, приравненных к ним по льготам; сохранение их способности к самообслуживанию;

- укрепление материально-технической базы;

- внедрение современных методов лечения возрастной патологии на основе изучения российского и международного опыта;

- повышение образовательного уровня и информированности пожилого населения в вопросах профилактики возрастной патологии и преждевременного старения;

- подготовка медицинских кадров по вопросам геронтологии и гериатрии, по уходу за больными пожилого и старческого возраста, медицинской реабилитации данной категории граждан;

- взаимодействие с социальной службой по оказанию помощи пожилым людям.

Важной проблемой для нашей деятельности является отсутствие в стране долгосрочной целевой программы по развитию госпиталей для ветеранов войн. Она очень необходима, и это наша просьба, наш наказ главе Минздравсоцразвития России Т. А. Голиковой.

Партнерские усилия власти, бизнеса, профессионального сообщества должны быть направлены на то, чтобы все лучшее было предоставлено пожилым людям, ветеранам войн и «горячих точек».

Последипломной подготовке – зелёный свет!

Директор ГБОУ СПО «Ессентукский медицинский колледж» Минздравсоцразвития России, кандидат медицинских наук **Валерия Петровна Филиппова** рассказывает:



- Ессентукский медицинский колледж вот уже 24 года является одним из ведущих образовательных учреждений Северного Кавказа.

На его базе осуществляется подготовка будущих специалистов и их дальнейшее последипломное образование с последующей сертификацией, а это важнейшее звено в деле развития здравоохранения Ставропольского края.

На отделении последипломного образования на бюджетной основе у нас ежегодный прием слушателей составляет 2 тысячи человек. Обучение проводится по 22 специальностям.

Наиболее приемлемая форма повышения квалификации средних медицинских работников – это выездные циклы (50 процентов), так как обучение осуществляется без отрыва от работы на базе крупных ЛПУ

Ставропольского края и краевого центра. Специалисты нашего образовательного учреждения оказывают также консультативно-методическую помощь отделениям повышения квалификации других учебных заведений Северо-Кавказского федерального округа, помогают координировать и решать проблемы сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения региона.

ИНТЕРНЕТ, ТЕЛЕФОНИЯ,
ЦИФРОВОЕ ТВ

АНКАН-TELECOM

Телефон в Самаре (846) 265-25-67



На правах рекламы

Болезни по таксе

И государственная, и частная медицина призваны служить охране здоровья граждан. Государственная считается «бесплатной», финансируется из бюджета. Частная медицина живет по «законам рынка», в условиях жесткой конкуренции, выплачивая налоги государству, которое, в свою очередь, эту частную медицину просто не замечает.

О том, как существуют негосударственные медучреждения можно, скорее, узнать из рекламных буклетов, чем из СМИ. Позиция чиновников от медицины примерно такова: «Прежде чем говорить о развитии негосударственной медицины, нужно сперва четко прописать степень ответственности частных врачей за здоровье пациента».

Главврачи частных клиник возражают: «К нам каждый месяц заходит несколько проверяющих, если бы мы не могли каждый раз предоставлять им сертификаты и свидетельства повышения квалификации наших врачей, нас бы попросту лишили лицензии. Есть закон о лицензировании, о сертификации врачей – что еще нужно?».

Для представителей частной медицины «врачебная ответственность» – это вопрос репутации и наличия клиентов. Что касается разницы между «государственной» и «частной» врачебной ответственностью, то кадры для частных клиник часто комплектуются из бывших - а то и просто работающих по совместительству - «государственников», ищущих возможности повышения квалификации и более высокого заработка. Как правило, это специалисты достаточно высокого уровня, обладающие необходимыми сертификатами, чтобы выдержать конкуренцию в сфере частной медицины.

У пациента есть возможность выбора: платить за сервис и технологии или же лечиться бесплатно, надеясь на старую добрую школу советской медицины и собственный иммунитет. Иногда бесплатные

врачи дают своим коллегам из коммерческого сектора сто очков вперед.

В большинстве городов России частная медицина представлена, в основном, стоматологическими клиниками, где требуется минимум диагностического оборудования, или совсем простенькими зубными кабинетами с персоналом из трех человек. Нередко можно встретить еще и косметологические, и гинекологические клиники, но у них, как правило, заключен договор о проведении рентгеновских исследований, УЗИ, лабораторных анализов и других обследований с госклиниками. Частные роддома, клиники экстракорпорального оплодотворения, где требуется особая ответственность, - явление не частое.

Согласно маркетинговому исследованию, проведенному консалтинговой компанией «АМИКО», в 2010 году объем легального рынка платных медицинских услуг, по официальной статистике, составил 244 млрд рублей. В 2009 году он оценивался на уровне 223 млрд рублей, то есть рост составил около 10%. В последнее время происходит некоторое замедление роста рынка плат-

ных медуслуг. Например, в 2002 г. рост составлял 40% в год, к 2008 г. он замедлился до уровня 21%, а в 2009 г. составил 14%.

За первые 5 месяцев 2011-го рост рынка платных медуслуг составил 9,2%, по сравнению с аналогичным показателем предыдущего года.

Крупнейшими регионами по официальному объему платных медицинских услуг являются Москва, которая занимала в 2010 году около 18,5% общероссийского показателя, и Санкт-Петербург - с долей рынка в 7,2%.

Поскольку в большинстве частных клиник работают те же врачи, что и в государственных, говорить о каких-то особых успехах отечественной частной медицины не приходится. В лучшем случае эти учреждения стоят в плотной группе добротных середняков, привлекая пациентов высоким уровнем сервиса и большей конфиденциальностью. Зато гораздо чаще возникают претензии по поводу «лечения» несуществующих болезней. Такие примеры встречаются не только в провинциальных городах, но и в столице. Это явление получило название «подвальной урологии» - как правило, маленькие медицинские кабинеты размещаются в подвалах домов, в подземных переходах. Особенно часто такие «клиники» занимают урологией. Отсюда и название. Врачи нередко «выявляют» простатит, импотенцию, аденому, а потом лечат эти болезни, даже если на самом деле пациент абсолютно здоров. Недобросовестным лекарям удобно ставить диагнозы, которые потом сложно проверить.

Но есть еще и нетрадиционная медицина. Загляните ради интереса в газеты «Оракул» или «Тайная сила» и сразу поймете, что за символическую плату – от 300 рублей до 3 тысяч (за консультацию) – вы обретете здоровье, богатство, любовь и благополучие.

Закон регламентирует деятельность целителей, а незаконное занятие народной медициной влечет за собой как административную, так уголовную ответственность. Но что-либо доказать, если тебя обманули, – трудно.

Услуги по народной медицине (целительству) не подлежат лицензированию, а значит, и контролировать ее чиновники от медицины не будут. «Если народ хочет, чтобы его обманывали, пусть его и обманывают», - заявил один из руководителей здравоохранения Москвы... Вот так!



Нельзя заменить Бога, но запчасти для человека изготовить можно...



Рубеж XX и XXI столетий, наверное, когда-нибудь будут считать первым шагом к бессмертию: развитие биологии, медицинской науки позволило говорить о замене «дефектных» органов человека, выращивании «запасных частей» и даже о замене износившегося тела на новое. Как скоро эти мечты станут реальностью? Впрочем, ответ на этот вопрос зависит не только от темпов развития науки, он лежит уже в плоскости нравственности...

Предысторией клонирования принято считать опыты по оплодотворению яйцеклетки в пробирке. О первом таком успешном эксперименте журнал Science сообщил в 1943 году. В 1978 году в Англии родился первый ребенок «из пробирки» - Луиза Браун. Собственно клонирование, как его сейчас понимают, было проведено в 1987 году. Специалисты университета им. Джорджа Вашингтона сумели разделить клетки человеческого зародыша и клонировать их до стадии 32 клеток. В СССР опыты делали на мышах, зато более результативно, в том же 1987 году, в лаборатории Бориса Вепринцева из клетки эмбриона была клонирована целая мышь.

Самым популярным персонажем в 1997 году стала овца Долли - первое млекопитающее, полученное из ядра взрослой соматической клетки. Это был несомненный успех группы исследователей из Рослинского института и компании PPL Therapeutic (Шотландия) под руководством Яна Вильмута, хотя клонирование удалось с 278-й попытки, да и прожила Долли половину обычного для овец срока — ее усыпили, когда ей было 6 лет из-за наличия у нее неизлечимого заболевания, которое все равно бы привело к скорой смерти животного. В результате и стали известны все огрехи и неудачи клонирования.

В частности, выяснилось, что при существующей технологии клонирования, когда используют уже взрослую клетку животного как биоматериал для клона, последнему передаются вместе с ней все болезни и, возможно, даже возраст. То есть, клон рождается как бы уже старым и живет почти вдвое меньше родителя.

Но процесс уже было не остановить. Клонирование стало модной темой. Были проведены успешные эксперименты по клонированию различных млекопитающих с использованием ядер, взятых из взрослых соматических клеток животных (мышь, коза, свинья, корова). А при клонировании овец в 2007 году выживал уже каждый 5-й эмбрион. Несомненный прогресс! В 2004 году американцы начали коммерческое клонирование кошек, а в апреле 2008 года южнокорейские таможенники приступили к дрессировке семи щенков, кло-

нированных из соматических клеток лучшего розыскного пса породы канадский лабрадор-ретривер. После таких опытов было недалеко и до клонирования человека.

Потом пришло понимание, что ученые взяли на себя функции Бога, и стало страшно. Мир занял выжидательную позицию. В 1999 году в США был издан закон о запрете экспериментов по клонированию человека. В этом же году большинство европейских стран подписали Парижскую конвенцию о запрете генетического клонирования человека. В середине 1999 года к борьбе против клонирования человека подключилась церковь. В апреле 1999 года в колумбийском городе Картахена прошла встреча представителей правительств 170 стран. Большинство государств выступило за установление контроля «над межграницным перемещением генетически измененных растений и животных».

Основной аргумент церкви - «человек не вправе вмешиваться в божий промысел». Вот что говорит по этому поводу председатель комиссии по биомедицинской этике и медицинскому праву Всероссийского Православного молодежного движения, руководитель информационно-издательского управления Синодального отдела по делам молодежи Московского Патриархата диакон Михаил Першин: «Существует гипотетическая возможность воспроизвести человеческую жизнь путем клонирования, но какая это будет жизнь? Почему при этом берутся в расчет только интересы науки, и совершенно

игнорируются интересы самого человека? Какие проблемы подстерегают такого человека - с его здоровьем, психикой, духовной жизнью?... Даже далеко не полный перечень вопросов показывает, что здесь необходима твердая и внятная нравственная позиция, ограничивающая притязание ученых».

С точки зрения всех основных мировых религий (христианство, ислам, иудаизм, буддизм), наибольшее неприятие вызывает тот факт, что для получения клона одного человека необходимо убить находящийся на самой ранней стадии развития, но уже начавший формироваться эмбрион другого человеческого зародыша (ведь здесь используются, как не цинично это звучит, отходы абортариев).

В России принят мораторий на клонирование человека. Министерство здравоохранения и социального развития РФ готовит законопроекты «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «О биомедицинских клеточных техноло-

гиях», в которых прямо и косвенно запрещаются технологии клонирования человека.

А вот правительство Великобритании в апреле 2000 года сняло запрет на клонирование эмбрионов человека. По мнению английских ученых, это поможет создать совершенно здоровые человеческие органы, необходимые для трансплантации, и вероятность отторжения таких органов ничтожно мала. Это называется терапевтическим клонированием (в отличие от репродуктивного клонирования, цель которого создать человеческую особь). Врачи экспериментируют с использованием стволовых клеток - главных клеток, которые являются своеобразными строительными блоками для всех типов тканей, существующих в человеческом организме. Создавая стволовые клетки, ученые надеются, что благодаря им удастся предотвратить отторжение трансплантированных тканей организмом человека, поскольку стволовые клетки получены из собственных ДНК пациента.

Результатов экспериментов ждут миллионы людей с неизлечимыми заболеваниями. Около 16 млн человек во всем мире страдают нейродегенеративными заболеваниями, такими как болезнь Альцгеймера и Паркинсона, свыше 120 млн - диабетом и миллионы - артритами, СПИДом, инфарктами и другими заболеваниями, которые могут быть излечены с помощью применения клеточных трансплантатов. По самым скромным подсчетам, десятки наиболее распространенных заболеваний могут быть побеждены с внедрением клеточной терапии. «Если в отношении детей с детским церебральным параличом интенсивную терапию стволовыми клетками начинать очень рано, то огромная их часть может прийти к

первому году жизни без этого диагноза», - утверждает руководитель лаборатории клинической иммунологии Центра акушерства, гинекологии и перинатологии Геннадий Сухих.

Несмотря на массовый ажиотаж по поводу достижений в области клонирования, даже принимая во внимание последние открытия в этой области, возникает больше вопросов, чем ответов на них. В настоящее время сама возможность получения стабильных клонов ставится под сомнение: получить терапевтическим клонированием стволовые клетки, пригодные для использования в медицине, пока никому не удалось. Остается в виде проектов выращивание из клеток зародышей отдельных человеческих органов.

Что ж, у клонирования, однозначно, есть сторонники и противники. За клонирование выступают, в первую очередь, ученые, которые непосредственно проводят эксперименты по этой направленности. Их поддерживают врачи и все желающие победить с помощью клонирования многие болезни на планете.

«Я не вижу никаких проблем, чтобы работать с эмбрионами до 14 дней их развития», - заявил академик РАН, президент Восточно-Сибирского научного центра РАН Сергей Колесников. С ним солидарен и член-корреспондент РАН Геннадий Сухих: «Клонирование эмбрионов в лечебных и научных целях имеет право на жизнь».

В спорах рождается истина. Но только жизнь сможет эту истину подтвердить. И научный прогресс остановить не удастся.

А в 2007 году Долли снова возродилась. На этот раз из сохраненной клетки овечки были получены сразу четыре здоровых клона. Они совершенно идентичны Долли, но при этом лишены проблем, которые преследовали ее в жизни. Выведенные клоны не страдают от артритов и заболеваний легких. Четыре «новых» Долли здравствуют и по сей день...



Врач работает не только за зарплату,

но государству должно быть стыдно платить ему мало



Булгаковский профессор Преображенский - наглядный пример того, как жили врачи в царской России, хотя действие романа и разворачивается уже в годы Советской власти. «Я один живу и работаю в семи комнатах, - отводит Филипп Филиппович Швондеру, - и желал бы иметь восьмую. Она мне необходима под библиотеку». О таких условиях большинство современных российских медиков и не мечтает...

ТО ЛИ ЛЕКАРЬ, ТО ЛИ ШПИОН

Врач - всегда была одной из самых престижных профессий в нашей стране, сколько бы он ни зарабатывал. Это было престижно даже тогда, когда зарабатывали врачи совсем мало, а профессия требовала и требует самоотречения вплоть до жертвенности. Впрочем, самопожертвование, самоотречение - это уже наши, русские категории, пришедшие вместе с земскими врачами. Первые лекари в России обходились без этого. Они были иностранцами.

Лекари образовывали иерархию, верш ее занимали доктора с дипломами европейских университетов, лечившие главным образом внутренние болезни; затем шли собственно лекари, занимавшиеся болезнями наружными и хирургией, ниже стояли аптекари и другие специалисты. История сохранила имя первого врача в России - Ральф Стэндиш.

В середине XVI века получают развитие связи между Россией Ивана IV и Англией Эдуарда VI и Елизаветы I.

В конце 1556 - начале 1557 годов в Англии побывало первое русское посольство, возвратившееся в Россию с первым лекарем - доктором Ральфом Стэндишем, который и был царским врачом до своей смерти в 1559 году. Приехавший с ним хирург и аптекарь Ричард Элмз работал в России с 1557 по 1584 годы. Затем были Рейнолдс, Линдсей, Бомелиус, Якоби, Хамей, Ридли... Главным пациентом у них был царь. Некоторые совмеща-

ли медицину с политикой или интригами, кое-кто даже сложил голову на плахе... Время было такое.

МЕДИЦИНА ОТ ПЕТРА

Развитие собственной российской медицины началось при Петре I. В начале XVIII века он учредил Медицинскую канцелярию во главе с архиатром - главным лекарем России. Первым на эту должность был назначен все-таки англичанин лейб-медик Эрскин (Арескин). С этого времени управление медицинскими делами от вельмож переходит к профессиональным медикам. Начинает формироваться государственная медицинская система Российской империи. Указом Петра I, подписанным 25 мая 1706 года, предписывалось: «За Язуюю рекою против Немецкой слободы в пристойном месте... построить госпиталь», где «больных лечить и врачей учить было можно». Госпитальная школа при Московском военном госпитале, построенном в 1707 году, - первое высшее учебное медицинское заведение.

Петр I также учреждает медико-хирургические училища. Несмотря на такие простые названия, как «школа», «училище», подготовка в них не уступала подготовке в европейских университетах, а порой даже превосходила. В госпитальных школах обучение было практическим: учащиеся непосредственно участвовали

в лечении больных, вскрывали трупы.

Здесь полностью отошли от метода обучения в европейских университетах, сохранявшего черты средневековой схоластики: книжно-словесное обучение, заучивание текстов, «диспуты» по ним. В госпитальных школах в обязанности обучающихся было введено приготовление лекарств, а также в большом объеме преподавалась и «*materia medica*» - курс, включавший в себя фармакогнозию, фармакологию, фармацию, а впоследствии и ботанику. Занятия по этим дисциплинам проводились в госпитальных палатах и в ботанических садах.

ГОВОРИТЬ ПО-РУССКИ

В Московском университете чтение лекций на медицинском факультете началось в 1758 году, а в 1791-ом факультет получил право возводить врачей в «докторское достоинство». В Петербурге медицинское образование давалось также в Императорском медико-хирургическом институте, открытом в 1783 году. Преподавание шло исключительно на немецком языке. В 1797 году была учреждена Медико-хирургическая академия (впоследствии Военно-медицинская академия) в Петербурге. Кстати, нередко многие врачи получали медицинское образование за границей, затем держали экзамены в Петербурге при медико-хирургической академии. Одни из вы-

державших экзамен получали право на частную практику, другие же назначались поветовыми или городскими врачами или же определялись на военную медицинскую службу.

К середине XVIII века из врачей, окончивших госпитальные школы и медицинские факультеты иностранных университетов, наиболее талантливые боролись за право быть преподавателями в медицинских школах России. Целое столетие (с середины XVIII века почти до середины XIX века) тянулась борьба за право пользоваться в медицине русским языком. В 1764 году Медицинская коллегия признала равноправие русского и немецкого языков в преподавании в госпитальных школах. В первой четверти XIX века Московский университет для нужд студентов издавал переводы медицинских учебников с немецкого языка на латинский.

В 1859 - 1860 годах было разрешено защищать диссертации на русском языке.

Подлинно научная медицина начинается в начале XIX века, и ее начало - хирургия. Это неслучайно, ведь Россия вела военные кампании. Блестящий период русской хирургии начинается с Николая Ивановича Пирогова, основавшего экспериментальную медицину и опередившего в хирургии достижения Европы. За Пироговым шли другие выдающиеся хирурги - Грубер, Бобров, Павлов, Дьяконов, Склифосовский, Вельяминов; появляются известные педиатры - Раухфус и Филатов, гинеколог Снегирев, психиатр Корсаков. А с появлением Боткина зарождается русская школа в медицине. Боткин первым вводит принцип изучения не болезни, а больного.

ЗЕМСКИЙ ДОКТОР - ВРАЧ-УНИВЕРСАЛ

В середине XIX века в России появляется земское самоуправление. У земства были два любимых занятия - медицина и образование. Земская медицина России - прогрессивная для своего времени система охраны здоровья населения. Здравоохранение было организовано на принципах общедоступности и бесплатности, профилактики и разделения на участки. На участки делились уезды (иногда 4 - 5 на уезд), каждым участком заведовал врач, приглашаемый земством.

В среднем на участкового врача приходилось около 10 - 15 тыс. человек, разъезды врачей были очень велики. Помощниками земских врачей являлись фельдшеры, акушерки и фельдшерницы.

В земской медицине сформировался врач-универсал, обладавший широким кругом знаний и практических навыков, врач-ученый, аналитик, статистик, организатор здравоохранения. Кстати, земские врачи испытывали на себе большое влияние демократических идей, считали себя защитниками интересов крестьян.

В земствах возникали новые учреждения здравоохранения - летние детские ясли-приюты, лечебно-продовольственные пункты для пришлых рабочих, грязелечебницы. Земство организовывало фельдшерские и акушерские школы, санитарные бюро, оспенные телятники, бактериологические институты с пастеровскими отделениями... Впрочем, чем конкретно заниматься земствам, определяли гласные (члены городских дум, земских уездных и губернских собраний).

Как правило, в обязанности земских врачей входило содержание больниц, содержание фельдшерских и повивальных школ, проведение оспопрививания, борьба с эпидемиями, организация съездов.

В первые годы после введения земского самоуправления реформы носили скорее количественный, чем качественный характер - увеличилось число врачей, фельдшеров, больниц, приемных покоев. Это позволило предпринимать санитарно-противоэпидемические меры: врачи выезжали в отдаленные уезды для борьбы с оспой, тифом. О необходимости сочетания участковыми врачами лечебной работы с санитарной стали говорить с самого первого съезда земских врачей. По предложению съезда каждый участковый врач должен был собирать санитарные сведения. Участковым врачам вменялось в обязанность «при посещении своего участка обращать особое внимание на гигиеническую обстановку деревни вообще и в частности на обстановку каждого двора». Врач также должен был исследовать почву, воду, пищу, продукты питания, освещение, одежду, обувь и в случае необходимости рекомендовать «постановления, необходимые для обеспечения здоровья».

Бесплатная медицинская помощь - это было новшество в земствах. Правда, ее введение произошел не столько из гуманных соображений, сколько из-за того, что даже минимальная плата резко снижала обращаемость за медицинской помощью. Уже в 70-е годы XIX века амбулаторная помощь в земских медицинских учреждениях оказывалась бесплатно. Взималась лишь плата «за посуду». Стационарная помощь в уездных больницах также была бесплатной.

В 1913 году в России было всего 28 тысяч врачей, на одного врача приходилось по 5,7 тысячи человек.

ПО ТРУДАМ И ПЛАТА, И АВТОРИТЕТ

Самые маленькие оклады в начале XX века были у младших чинов государственных служащих - 20 рублей в месяц. Столько же получали простые служащие почты, земские учителя младших классов, помощники аптекарей, санитары, библиотекари и т. д. Гораздо больше получали врачи. Например, в земских больницах у них было жалование 80 рублей,

у фельдшеров 35 рублей, а заведующий больницей получал 125 рублей в месяц. В маленьких сельских больницах, где в штате был всего один фельдшер, он получал зарплату 55 рублей.

Абсолютные цифры мало что говорят, поэтому приведем цены той же эпохи на разные товары. Батон свежего ржаного хлеба весом 400 граммов стоил 4 копейки. Черствый можно было купить на копейку дешевле. Килограмм молодого картофеля стоил 15 копеек, старого - 5 копеек. Килограмм макарон можно было купить за 20 копеек, кусковой рафинад отборный - 60 копеек за кило, шоколадные конфеты - 3 рубля. Килограмм кофе в зернах стоил 2 рубля, а кило чая - 3 рубля. Соль - 3 копейки за килограмм. 1 литр молока - 14 копеек, литр сметаны - 80 копеек, творог - 25 копеек за килограмм, литр подсолнечного масла - 40 копеек. За килограммовую курицу надо было отдать 80 копеек, за десяток яиц 25 копеек, за килограмм говядины 30 копеек, и за свиную шейку - 30 копеек за кило.

Не очень дороги были и деликатесы. Килограмм (!) зернистой черной икры стоил 3 рубля 20 копеек, паюсной 1 сорта - 1 рубль 80 копеек, красной - 2 рубля 50 копеек. Килограмм мороженой осетрины можно было купить за 90 копеек.

Надо было еще и одеться. Выходная рубаха стоила 3 рубля, длинное пальто - 15 рублей, сапоги яловые - 5 рублей, летние ботинки - 2 рубля. За 40 рублей можно было купить патефон, а за 2 тысячи - автомобиль. Впрочем, тогда актуальнее был гужевой транспорт. Лошадь для повозки стоила 100 рублей. Сколько на что надо копить, сосчитать несложно...

То, что врачи не бедствовали и по уровню доходов соответствовали всем другим лицам, входящим в круг разночинной интеллигенции (наряду с учителями, инженерами), - это понятно.

Авторитет врача в обществе был высок. Как правило, к его мнению прислушивались. Неслучайно, в литературе того периода врач часто был героем романов и повестей. Профессионализм русского врача, работающего за границей, не подвергался сомнению, потому что русская школа врачевания к концу XIX - началу XX века имела высокую оценку в мировом сообществе.



СОДЕРЖАНИЕ

ИЗ ПЕРВЫХ УСТ

4. Об универсах позаботятся...
5. Консолидация бюджетов, или Для хорошего студента ничего не жалко
6. О проблемах современной высшей школы

РЕФОРМЫ

8. Новые проекты Губкинского университета
10. О жизненной прагматике
Междисциплинарный союз
11. Формируя модель будущего
12. Удачный симбиоз
13. Юрий Ерофеев: Главное - пациент

ОБЩЕСТВО

14. Палитра чувств, эмоций, предложений...

ТРИБУНА

16. Врач и медсестра – профессии разные
«В одну телегу впрячь не можно коня и трепетную лань»
(А. С. Пушкин)
17. Общезнать как часть безбарьерной среды
Сохранить приоритеты колледжа!
Нужна специальная программа!
Не допустить стратегической ошибки!

ЗАКОН И МЫ

18. Вероника Скворцова: Мы движемся к нормальному международному стандарту
20. Обязательное медицинское страхование как гарант прав граждан
22. В защиту прав врача и пациента
Инновации медицинского вуза
23. Медлить нельзя!
Новое время – новые законы
24. Семь раз отмерить, прежде чем один раз сложить

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

25. Роль вуза в реализации национальных приоритетов

ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

26. Академик Котельников: О самом главном...

ЯЗЫКОМ ФАКТОВ И ЦИФР

30. Развитие кадров здравоохранения в системе непрерывного профессионального образования

УЧЕНЫЕ - СВЕТ

32. Иван Артохов: Образованию революции не нужны....

НАУЧНЫЙ МОДЕРН

34. ОмГМА – образовательный грант
Повышать квалификацию постоянно
35. «Науки юношей питают...» (М. В. Ломоносов)
36. Медицина должна стать доброжелательной
37. IT-технологии – ключевое звено здравоохранения

ПАРТНЕРСТВО

38. Не надо бояться перемен!
39. Успешный диалог вуза и бизнеса
40. Лучшее – госпиталям для ветеранов войн
Последипломной подготовке – зеленый свет!

РАКУРС

41. Болезни по таксе
42. Нельзя заменить Бога, но запчасти для человека изготовить можно

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

44. Врач работает не только за зарплату...

Наши благодарности

А. А. Власову, начальнику отдела по взаимодействию со СМИ;
Е. Назаровой, заместителю начальника отдела по взаимодействию со
СМИ Минздрава России

Т. А. Федориной, проректору по учебно-методической работе и связям
с общественностью; В. Б. Сивкову, завкафедрой мобилизационной
подготовки здравоохранения и медицины катастроф, помощнику
ректора СамГМУ

В. С. Шейнбауму, начальнику учебно-методического управления;
Г. А. Грищенко, начальнику отдела госзакупок РГУ нефти и газа
им. И. М. Губкина

С. П. Гетман, замначальника Главного управления по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций Омской области

Т. Г. Равдугиной, начальнику организационно-аналитического отдела
Министерства здравоохранения Омской области

А. Д. Маркеру, заместителю главврача по организационно-методической
работе БУЗ «Клинический онкологический диспансер» Омской области

М. Барщевскому, ведущему программы «Duga Lex» радио «Эхо Москвы»
Г. Р. Хуссамовой, ведущему специалисту отдела развития КГМА

Л. М. Трофимчук, ведущему редактору; Е. А. Максимовой, инженеру
по информационной работе; Т. М. Браташовой, заведующей научной
информации Пятигорской ГФА

М. И. Лобову, проректору по административно-кадровой и
воспитательной работе СПХФА

Р. М. Файзуллиной, начальнику методического отдела БГМУ

А. С. Шереметьевой, документоведу ректора ЯГМА

С. Н. Цыбусову, проректору по учебной работе НижГМА

А. А. Протопопову, проректору по учебной работе Саратовского ГМУ

А. Г. Папюкову, проректору по учебной работе ОмГМА

Д. А. Родину, помощнику ректора РМАПО

М. К. Ахвердиевой, пресс-секретарю РостГМУ

О. Кирьянову, фотографу, за предоставленные фотографии

В номере использованы материалы:

Шевелуха В. С., Калашникова Е. А., Дегтярев С. В. Сельскохозяйственная биотехнология —
М.: Высшая школа, 1998

Генная инженерия растений (лабораторное руководство) / Под ред. Дж. Рейпера - М.: Мир, 1991г.
Сорокина Т.С. История медицины. 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва, 1994 г.
Канцельбюген А. Г. Общественная и земская медицина в 60-80-е годы 19 века. Клиническая
медицина, №7, 1988 г.

Еврейская энциклопедия / Под ред. А. Гаркави и д-ра Л. Кацнельсона. Издание общества для
научных еврейских изданий и издательства Брокгауз-Ефрон. — Том 10. — М.: «Терра», 1991г.

Интернет-сайты:
www.opora.ru www.rg.ru www.mbm.ru www.interfax-russia.ru www.tassphoto.com rusnovosti.ru premier.gov.ru президент.рф www.i-russia.ru ura.ru rusnovosti.ru www.echo.msk.ru http://www.sciteclibrary.ru http://www.cosmobaza.ru http://www.maminamoliva.ru http://www.znaniemnie.ru http://www.ma-ma.ru http://alla-strepsils.narod.ru http://www.celltherapy.ru http://www.transhumanism-russia.ru http://rus.ruvr.ru http://regionsamara.ru http://zakonoproekt2011.ru/edu/ www.gazeta.ru http://pedsovet.su/forum/ http://www.lvkgmu.ru http://pharm-referatiki.ru http://www.russian-chronicle.ru http://mednurse.ru http://www.best-medik.ru/ http://www.tubunet.ru/ http://www.talera.ru old.hokma.ru/ www.er.ru

Распространение журнала «Бизнес и власть»

В Москве журнал рассылается в адрес администрации Президента и Правительства РФ, в Госдуму, ряд министерств (с учетом тематики материалов каждого номера), ТПП РФ, представительства ведущих политических партий, в офисы крупных предприятий. Получатели журнала: президенты республик, полномочные представители Президента в округах РФ, губернаторы, мэры, руководители ТПП, лидеры общественных организаций, директора и маркетинговые службы крупных промышленных предприятий, а также предприятия малого и среднего бизнеса.

В настоящее время журнал доставляется по подписке и целевой адресной рассылкой в областные центры Московской, Рязанской, Волгоградской, Ростовской, Курганской, Кировской, Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Самарской, Саратовской, Ульяновской, Челябинской, Тюменской, Свердловской, Новосибирской, Омской, Кемеровской, Иркутской, Воронежской областей, в Пермский, Красноярский, Краснодарский, Ставропольский, Алтайский край, а также в Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий автономные округа. В столице республики: Башкортостан, Марий Эл, Мордовия, Татарстан, Удмуртия, Чувашия, Калмыкия, в том числе по адресам заказчиков. С 2011 года — республика Ингушетия. География распространения журнала постоянно увеличивается.

Учредитель:
«Волга-Сибирь-Бизнес»
Генеральный директор
Т. С. Новикова

Главный редактор
Татьяна Новикова

Юридический адрес:
Россия, 443001, г. Самара,
ул. Ульяновская, 18

Почтовый адрес:
Россия, 443082,
г. Самара, а/я 7944 для
ООО «Волга-Сибирь-Бизнес»,
редакция журнала
«БИЗНЕС И ВЛАСТЬ»

Т/ф: (846) 247-96-67,
Тел.: (846) 241-82-90,
247-87-19

E-mail: volga_sibir@sama.ru
www.business-vlast.ru

Издание зарегистрировано
Министерством РФ по делам
печати, телерадиовещания
и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-11832 от 18 февраля 2002 г.
Перерегистрация: Свидетельство ПИ № ФС77-19368 от 30
декабря 2004 г.

При использовании материалов
ссылка на журнал «Бизнес и власть» обязательна.

Редакция не несет ответственности за достоверность
информации, предоставленной в рекламных
материалах.

Присланные материалы
редактируются и не возвращаются.

Редакция оставляет за собой право иметь мнение, не
совпадающее с мнением авторов публикуемых
материалов, и не вступать в переписку.

Журнал распространяется бесплатно и по подписке.
Материалы, содержащие логотип, адрес и контактные
телефоны, публикуются на правах рекламы и помечены
соответствующей надписью и звездочкой*.

Тираж 15000 экз.
Подписано в печать 19.09.2011
Периодичность — 6 номеров в год
Отпечатано
в ООО «СамПринт»
(443070, г. Самара, ул. Верхне-Карьерная, За, офис 1)

ООО «ЦИКЛОН-САМАРА»

КОНДИЦИОНЕРЫ И СПЛИТ-СИСТЕМЫ, ВЕНТИЛЯЦИЯ – КРУГЛЫЙ ГОД

ПОСТАВКА, МОНТАЖ, СЕРВИС

ЭКОНОМЬ ДЕНЬГИ, ЗАКАЗЫВАЙ СЕЙЧАС!

тел.: (846) 241-04-24
факс (846) 247-96-67
моб.: 8-927-209-71-00
e-mail: cycloneregion@gmail.com