

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

П.Г. Петрова, Н.В. Борисова, Л.А. Апросимов

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВА- НИЯ КАК ФУНДАМЕНТА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

УДК 616-614.2(=1.571.56-81)

Одной из актуальных тенденций совершенствования медицинского образования является развитие междисциплинарных связей, которое может быть обеспечено новым федеральным государственным образовательным стандартом, созданием на основе модульного и компетентного подходов интегрированных программ специальностей, которые бы являлись не простой суммой программ предметов, как сейчас, а составляли бы единое целое. Принципиально меняется суть последиplomной подготовки, которая должна быть максимально гибкой и иметь модульный тип обучения.

Ключевые слова: федеральный государственный образовательный стандарт, модульный тип обучения, целевая подготовка.

One of the urgent tendencies of perfection of medical education is the development of connections between different discipline, which can be supplied with the new federal state educational standard, formation on the basis of modular and competent of the approaches of the integrated programs of specialties, which would be not the simple sum of the programs of subjects, as now, but would make a single unit. Essence of postgraduate education essentially varies which should be maximum flexible and have a modular type of training.

Keywords: federal state educational standard, modular type of training, target preparation.

Кадровая политика системы здравоохранения в годы ее модернизации, проводимой в Российской Федерации, направлена на формирование, развитие и профессиональное совершенствование специалистов. Решающую роль в формировании нового поколения профессиональных кадров должно сыграть возрождение российской образовательной системы. В новых социально-экономических условиях реальную ценность для здравоохранения представляет лишь широко образованный врач, способный гибко перестраивать направление и содержание своей деятельности в связи с запросами отрасли. Основной стратегией развития медицинского образования является необходимость подготовки и повышения квалификации специалистов с учетом потребности государства в конкретных категориях медицинских работников.

Подбор кадров для здравоохранения республики начинается с подбора абитуриентов. И здесь наиболее важным является вопрос о целевых местах. В своем выступлении о модернизации медицинского образования и кадрового обеспечения заместитель министра Минздравсоцразвития РФ В. Скворцова остановилась на одной из серьезных проблем сегодняшнего здравоохранения – дефицит кадров в сельской местности и отдаленных районах страны. Для удовлетворения

потребностей регионов в медицинских кадрах было предложено ответственность за кадровое состояние в каждом конкретном регионе возложить на руководителей властных структур и управления здравоохранения, а также на руководителей вузов и ссузов региона. С целью реализации данного предложения в 2010/2011 и текущем 2011/2012 учебном году Правительство РС (Я) сделало государственный заказ Северо-Восточному Федеральному университету им. М.К. Аммосова на подготовку 175 врачей. Все они подписывают 3-сторонний договор «СВФУ-Минздрав-студент» об обязательном трудоустройстве по окончании мединститута в сельских лечебно-профилактических учреждениях. В свою очередь муниципальная и улусная администрации должны контролировать успеваемость своих будущих специалистов, организовывать для них летнюю практику, заранее готовить место будущей работы, а также необходимые жилищные и другие социальные условия.

К сожалению, на целевые места продолжают поступать абитуриенты с низкими баллами из-за недостаточной отборочной работы на местах. На двух курсах обучается в настоящее время 148 студентов, т.е. 27 чел. уже прекратили учебу в связи с неуспеваемостью. Помимо госзаказа 90 студентов обучается за счет российских целевых бюджетных мест, выделенных для сельских районов.

Начиная с 2012 г. финансирование российских вузов будет проходить в зависимости от рейтинга, который базируется на данных среднего балла ЕГЭ поступивших абитуриентов. 100%-ное финансирование сохранит-

ся для тех вузов, где средний балл ЕГЭ поступивших абитуриентов не ниже 57 (в Медицинском институте СВФУ средний балл ЕГЭ в 2011 г. составил 50). В связи с этим руководство университета прекращает выделение целевых мест из средств бюджета Российской Федерации и поднимает нижние границы баллов для поступления. Ранее из 185 мест, квотируемых РФ, не менее 30% выделялось для целевого набора. Следовательно, на самое ближайшее время нам всем необходимо усилить работу с районными управлениями образования, со школами по отбору абитуриентов на места, финансируемые за счет Госзаказа республики. И здесь главные врачи районов должны работать совместно с министерством здравоохранения, ведь подбирая абитуриентов, вы подбираете свои будущие кадры.

Неоднократно мы предлагали Правительству РС (Я) для качественной подготовки абитуриентов из арктических улусов рассмотреть вопрос о дополнительной довузовской подготовке через институт профессионального образования, открыв специальные лицейные классы с углубленным изучением базовых естественно-научных дисциплин. Слушатели таких классов, с одной стороны, за год обучения адаптировались бы к студенческой жизни, с другой – поступив в институт на контрактной основе, при получении профессии могли бы работать в арктических условиях. И сегодня этот вопрос актуален как никогда.

Другая важная задача, требующая обсуждения и разрешения, – это закрепление целевых кадров. Нас тревожит, что недостаточно развит механизм закрепления врачебных кадров в

ПЕТРОВА Пальмира Георгиевна – д.м.н., проф., директор МИ СВФУ им. М.К. Аммосова; **БОРИСОВА Наталья Владимировна** – к.м.н., доцент, зам. директора по учебной работе МИ СВФУ; **АПРОСИМОВ Леонид Аркадьевич** – к.м.н., доцент, директор ИПОВ СВФУ.

сельских и арктических улусах. Одним из важных рычагов закрепления на рабочих местах молодых специалистов является предоставление им определенных действующим законодательством социальных гарантий на местах. В качестве примера хотелось бы привести Самарский регион, где каждый молодой специалист при трудоустройстве в государственном или муниципальном учреждении здравоохранения получает единовременное пособие в размере 165 тыс. руб. Кроме того, из средств областного бюджета дополнительно выделяются средства на поддержку интернов и ординаторов. Республика уже вкладывает свои средства в виде Госзаказа, теперь надо и муниципальным образованиям внести свою лепту, поддержать молодых специалистов.

Одной из актуальных тенденций совершенствования медицинского образования является развитие междисциплинарных связей, которое может быть обеспечено новым федеральным государственным образовательным стандартом, созданием на основе модульного и компетентностного подходов интегрированных программ специальностей, которые бы являлись не простой суммой программ предметов, как сейчас, а составляли бы единое целое.

Принципиальным отличием новых стандартов от прежних является увеличение доли практической подготовки в процессе обучения, причем начиная с младших курсов, а на старших она особенно усилится. Это позволит студентам сразу после получения диплома быть готовыми к самостоятельной профессиональной деятельности в амбулаторно-поликлиническом звене в должности участкового терапевта, участкового педиатра или амбулаторного стоматолога. Первый выпуск специалистов, подготовленных по новым стандартам, планируется в 2016-2017 гг. Таким образом, с 2017 г. отпадает необходимость в интернатуре как в переходном этапе послевузовской подготовки.

Кроме этого подразумевается, что на этапе вузовской подготовки будет осуществляться состыковка новых образовательных стандартов с новыми стандартами оказания медицинской помощи. Однако для вузовской подготовки врача необходимы хорошо оснащенные клинические базы, современное учебное оборудование, тренажеры и фантомные классы, компьютерное обеспечение.

Система обработки практических на-

выков и умений отражена появлением в стандарте нового блока дисциплин, объединенных в одну группу «Практическая подготовка». В ФГОС также отражены различные механизмы расширения базы учебно-методического обеспечения за счет использования электронных учебников, информационных образовательных ресурсов.

К сожалению, в настоящее время выпускники не всегда готовы к усвоению последипломного образования. Зачастую их еще в течение 3-4 месяцев приходится учить элементарным вещам: как входить в операционную, как накладывать швы.

В МИ СВФУ с целью отработки практических навыков студентов, курсантов послевузовского обучения и обучения парамедиков на фантомах в рамках Программы развития университета создается Симуляционный центр с имитацией рабочего места практического врача (больничные палаты, реанимационная, операционная и родильный залы, процедурные кабинеты и др.). Для студентов-стоматологов будут открыты индивидуальные рабочие места, оснащенные фантомами. Для студентов-провизоров будут созданы индивидуальные рабочие места провизоров (с имитацией приготовления лекарственных средств). К примеру, современный тренажер «роженцановорожденный» позволяет отработать тактику ведения как нормальных, так и патологических родов.

Задача нашего Симуляционного центра состоит в том, чтобы студент активно занимался практической деятельностью уже на 4-м–5-м курсах. Исследования, проведенные нашими коллегами, показали, что наиболее распространенные ошибки, которые совершают молодые врачи при проведении сердечно-легочной реанимации, у интернов встречаются в 92%, у ординаторов в 76% случаев. А всего лишь 2-недельный курс обучения в центре отработки практических навыков снижает их вероятность до 2%.

Таким образом, Медицинский институт обеспечит условия, позволяющие каждому обучающемуся самостоятельно выполнять медицинские манипуляции на роботах, муляжах, тренажерах и симуляторах в соответствии с программами обучения, тем самым повысит качество обучения студентов, клинических интернов, ординаторов, слушателей ИПОВ, парамедиков. Занятия в центре позволят вести пропаганду и распространение грамотности в вопросах оказания первой медицинской помощи, будут способствовать

формированию компетентности при оказании экстренной помощи.

Создание медицинской службы университета в виде клиники МИ, куда вкладываются в рамках Программы огромные суммы для приобретения современного диагностического и лечебного оборудования, позволит поднять на новый уровень качество медицинской помощи студентам, преподавателям и сотрудникам университета, а также существенно расширит собственную клиническую базу Медицинского института СВФУ.

Для всех российских медицинских вузов сегодня остро стоит вопрос о клинических базах. До сих пор все вузы ссылались на старый приказ и положение, которые были изданы еще в 1982 г. (Приказ №44). Многие главные врачи ставят под сомнение легитимность данного приказа и, пользуясь случаем, требуют оплаты за аренду площадей. По этому поводу позиция Минздравсоцразвития РФ предельно лаконична – вышел закон об охране здоровья граждан Российской Федерации, где четко написано, что взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и медицинских вузов относительно клинической базы строятся на безвозмездной основе.

Хотелось бы обратить внимание руководителей ЛПУ, что Медицинский институт СВФУ готовит врачебные кадры прежде всего для республики, и готовить качественных специалистов без вашей помощи мы не сможем. В последние годы, к сожалению, сократилось количество учебных аудиторий на наших клинических базах. Так, если раньше на базе городской клинической больницы располагалось 7 учебных терапевтических аудиторий и базировались все терапевтические кафедры, то в настоящее время там базируется всего лишь одна кафедра инфекционных болезней и курс гинекологии, и ни одной терапевтической кафедры. Мы считаем это большой ошибкой, ведь, несмотря на разные фантомы и симуляторы, мы не должны забывать традиции российского медицинского образования, а именно: обучение будущего врача ведется у постели больного. Если студентов не допускают в отделения, больницы, то о какой качественной подготовке врача может идти речь? И здесь мы должны выступать не только в качестве потребителя и поставщика кадров, а в роли стратегических партнеров, сообща, вместе изыскивать все возможности для подготовки будущих врачей.

Важный вопрос касается трудоу-

строительства выпускников. После того, как была отменена система государственного распределения выпускников, из года в год стало чрезвычайно сложно направлять в северные и арктические районы даже тех, кто оттуда родом и с кем были заключены соответствующие трехсторонние контракты. Неудовлетворительные социальные условия и, в первую очередь, отсутствие жилой площади, неустроенность быта (отсутствие товаров первой необходимости), невысокая заработная плата, высокие цены на продукты питания и коммунальные услуги – причина низкой укомплектованности арктических районов, она не способствует закреплению молодых специалистов и дальнейшей их трудовой деятельности. Во многих районах администрации муниципальных образований мало внимания уделяют вопросам закрепления кадров.

В текущем 2010 г. Медицинский институт СВФУ заканчивает 206 чел. Из них договор о трудоустройстве в сельские лечебно-профилактические учреждения имеют 145 выпускников, но все они будут проходить годичную клиническую интернатуру и сколько человек после ее окончания поедет в район согласно договору – сказать трудно.

В настоящее время согласно приказам №210 и №415 выпускники имеют право получить специализацию, независимо от специальности, полученной в вузе (лечебное дело и педиатрия). Обучение по ФГОС предполагает специализацию выпускников только в рамках основной специальности. По этому поводу также предстоит провести большую работу, и к 2016 г. будет подготовлена новая номенклатура специальностей, с новыми квалификационными требованиями. Сейчас, в переходный момент, скорее всего до первого выпуска по ФГОС, этот приказ не будет меняться.

По поводу набравших вопросов о распределении выпускников по местам трудоустройства, их специализации и «доезжаемости» до места работы. На наш взгляд, для становления выпускника хорошим специалистом большое значение имеет мотивированное желание самого выпускника овладеть определенной специализацией, а не выбор сначала места работы и затем доучивание в интернатуре или ординатуре по специальностям, на которые имеются вакантные места. Такая ситуация говорит только о том, что выпускнику все равно, какая специализация у него будет, главное

– остаться в нужном месте, чаще всего в городе Якутске. Из этого следует, что студенты недостаточно профориентированы в своей будущей профессии, у них очень низкая профессиональная мотивация. Практикоориентированное обучение студентов, интернов и ординаторов должно устранить этот пробел. В этом плане ведется большая работа на федеральном уровне. Мы можем рассмотреть, вместе с представителями Минздрава РС (Я), вариант распределения выпускников уже после получения специализации, т.е. после интернатуры и ординатуры. Кроме того, по тем специальностям, которые пользуются большой популярностью среди молодых специалистов, непременно будет отборочный конкурс, который позволит выбрать лучших из числа претендентов. Это особо касается хирургических специальностей.

Считаем, что немаловажная роль в подготовке будущих специалистов отводится главным врачам ЛПУ и ЦРБ. На современном этапе ими должно проводиться перспективное планирование кадрового состава своих подразделений минимум на 3-5 лет, иначе в ближайшем будущем могут возникнуть проблемы по привлечению специалистов. Предполагается, что выпускникам мединститута будут предложены специализации, квотированные Минздравом как основным заказчиком и работодателем с учетом потребности отрасли и длительностью подготовки специалиста. Такая система распределения поможет выпускнику осознанно определиться с выбором специализации и повысит качество обучения молодого специалиста.

Госдумой РФ принят пакет поправок в федеральное законодательство, призванных привлечь молодых специалистов в сельское здравоохранение. В соответствии с ними специалистам с высшим медицинским образованием до 35 лет, переезжающим на работу в сельские населенные пункты в 2011-2012 гг., будет выделяться 1 млн. руб. подъемных при условии, что врач берет на себя обязательство отработать в сельской местности не менее пяти лет. Деньги будут перечисляться претендентам на свободную вакансию в течение 30 дней со дня заключения договора с органом исполнительной власти субъекта РФ. Данная сумма будет считаться единовременной нецелевой выплатой, не облагаемой подоходным налогом. Кроме того, законодателями прописан ряд других мер адресной социальной поддержки медицинских кадров, которая будет оказываться им

на уровне регионов. Для того, чтобы получить возможность привлечь в регион «медиков-миллионеров», субъект РФ обязан установить на своей территории не менее одного вида из трех адресных социальных гарантий: предоставление жилья, выделение земельного участка или компенсации части процентной ставки по жилищному кредиту.

Данная мера может способствовать привлечению молодых специалистов. Однако полностью проблему дефицита кадров даже выплата столь существенной суммы, на мой взгляд, не решит. Для этого сельским медикам нужно гарантировать социальную защищенность – обеспечить жильем, повысить зарплаты. Привлечь выпускников в районы одним лишь денежным вознаграждением можно, но, чтобы их там удержать, нужен принципиально иной подход к решению кадрового вопроса – комплексное развитие сельской медицины и инфраструктуры в целом.

Принципиально меняется суть последипломной подготовки, которая должна быть максимально гибкой и иметь модульный тип обучения. Планируется, что с 2016 г. не менее 60% выпускников должны обеспечиваться бесплатной ординатурой, возможно отсроченной, т.е. после отработки определенного времени. Продолжительность ее, в зависимости от специальности, также меняется от 2 до 5 лет, особенно по хирургическим специальностям, которые требуют особо тщательного мануального праксиса.

Аккредитация ординаторов будет поступенчатой, то есть через три года, например, ординатор по урологии уже будет аккредитован как общий хирург, т.е. может начать работать как хирург общего профиля и содержать семью. В течение последующих лет ординатуры этот аккредитационный список должен ежегодно расширяться, и не только по одной специальности, но и по смежным. Чем более гибкой будет модульная система обучения, чем более расширенным будет список смежных специальностей, тем более подготовленного специалиста получит практическое здравоохранение.

Важнейший момент – переход на непрерывный образовательный процесс не на словах, а на деле. Здесь важную роль должна сыграть информатизация, которая в целом должна быть завершена к концу 2012 г. Информатизация здравоохранения сейчас по всей стране более чем примитивная, к 2015 г. ожидается продвижение до

уровня среднемировых показателей. Все вузы и ссузы должны быть включены в единое информационное пространство. Электронная библиотека, электронная база данных, интерактивные возможности обучения, телемедицинские коммуникации – это то, что за 2-3 года должно быть сделано и что реально позволит эффективно подойти к системе кредитования в плане не посещения каких-либо конференций, а реального учета полученного дополни-

тельного образования и эффективного использования результатов. В итоге система кредитования и новая форма последипломного образования позволят изменить качественный состав отрасли в том плане, что мы должны дать стимул к самосовершенствованию работающим сегодня врачам, как по своей специальности, так и по смежным направлениям. Все это будет сопровождаться материальным стимулированием, повышением заработной

платы. Функцию профессионального фильтра возьмет на себя медицинское сообщество, которому для этого будут даны права аккредитации специалистов.

Таким образом, совершенствование высшего медицинского образования на до- и последипломном этапе, качество профессиональной подготовки кадров играют особую роль в условиях модернизации как фундамент практического здравоохранения республики.

С.А. Евсеева, Т.Е. Бурцева, Г.Г. Дранаева, В.Г. Часнык, С.Н. Ганичев

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) МЕДИЦИНСКИМ НАБЛЮДЕНИЕМ ДЕТЕЙ

УДК 616-614.2(=1.571.56-81)

Начало XXI века ознаменовалось проведением масштабных общероссийских проектов по охране здоровья населения страны. В их числе приоритетный национальный проект «Здоровье» и модернизация здравоохранения. Основные проблемы сельского здравоохранения в республике – это необходимость в консультациях врачей узких специальностей (93,8%), ветхость и неудовлетворительное состояние ЛПУ (88,5%) и необходимость организации лекарственного обеспечения населения на селе (72,4%). Подавляющее большинство сельских жителей согласно конституционному праву хотели бы получать квалифицированную медицинскую помощь по месту жительства.

Ключевые слова: удовлетворенность населения, медицинская помощь, дети, Якутия.

In Russia to the start of XXI century big national projects begun: the priority national project «Health», the health care system modernization. The basis problems of the health care system are low density of the specialists providing (93,8%), non-satisfaction conditions of the rural hospitals (88,5%), and the population on the rural territory need to drugs and drug-store (72,4%). The majority of the rural population wants to take health care on the living places.

Keywords: the population satisfaction, health care, Yakutia.

Введение. Известно, что регионы России существенно различаются по социально-экономическим, климатогеографическим, медико-демографическим параметрам, по структуре оказания медицинской помощи, развитию связи и транспорта. Формированию специфической системы жизнеобеспечения населения на Крайнем Севере способствует наличие большого количества малонаселенных поселков, находящихся на значительном расстоянии, как административных, так и медицинских центров, а также довольно слабое и одновременно сложное развитие современной транспортной инфраструктуры. Основные проблемы организации системы здравоохранения Республики Саха (Якутия) обусловлены территориальными особенностями. Это – наличие малокомплектных лечебно-профилактических

учреждений для обеспечения доступности медицинской помощи, высокая потребность населения в скорой медицинской, в том числе специализированной и санитарно-авиационной помощи, в организации выездной формы оказания медицинской помощи, как первичной, так и специализированной, высокий уровень госпитализации населения [1-4]. Существующая в регионах Крайнего Севера система оказания консультативных медицинских услуг предполагает транспортировку больного или документации о нем в специализированные центры, а нередко выезд специалиста для проведения консультации, что не имеет медицинской целесообразности и экономически невыгодно. При проведении консультации в медицинском центре существуют расходы на проезд. Кроме того, большинство региональных и территориальных центров Севера не имеют возможности предоставить пациенту, а также сопровождающему, недорогое жилье.

Таким образом, проблема удовлетворенности населения в области охраны здоровья детей приобретает особую актуальность.

Материалы и методы. Проведено

Распределение респондентов по районам Республики Саха (Якутия)

Районы	Кол-во опрошенных
Усть-Янский	104
Усть-Майский	97
Верхоянский	129
Алданский	101
Олекминский	98
Сунтарский	86
Абыйский	31
Таттинский	100
Усть-Алданский	100
Намский	82
Мегино-Кангаласский	100
Итого	1028

анонимное анкетирование родителей, проживающих в 12 районах Республики Саха (Якутия): Усть-Янский, Усть-Майский, Верхоянский, Алданский, Олекминский, Сунтарский, Абыйский, Таттинский, Усть-Алданский, Намский, Мегино-Кангаласский. Всего заполнено 1028 анкет (таблица).

Результаты и обсуждение. Результаты анализа данных анкет оказались несколько неожиданными: в среднем 88,3% опрошенных сельских жителей не удовлетворены объемом медицинских услуг на местах. С учетом отда-

ЕВСЕЕВА Сардана Анатольевна – аспирант СПбГПМА; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – д.м.н., зам. дир. по науке ЯНЦ КМП СО РАМН, bourtsevat@rambler.ru; **ДРАНАЕВА Галина Гавриловна** – к.м.н., гл. педиатр МЗ РС (Я), **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф. СПбГПМА; **ГАНИЧЕВ Сергей Николаевич** – сотр-к СПбГПМА.