

# ТРИАДА, БЕЗ КОТОРОЙ МЕДИЦИНЫ НЕТ

## КАК В КАЗНМУ ИМ. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА ВОЗВРАЩАЮТ ПРОФЕССИИ ВРАЧА ЕЕ ГИППОКРАТОВО НАЧАЛО

Медицина в Казахстане снова поворачивается лицом к человеку, пытается отвоювать и укрепить позиции, чуть было совсем не утерянные в бесшабашные 90-е и весьма противоречивые «нулевые» годы. В стране работает, правда, с большими издержками, новая единая национальная система здравоохранения, большинство медицинских услуг оплачиваются государством. Укрепляется база больниц и клиник, они оснащаются оборудованием, технологиями, соответствующими современным достижениям науки и техники. Строятся новые больницы, модернизируются уже существующие. Однако качество обслуживания пациентов по-прежнему вызывает у людей много нареканий. И на этом фоне вопрос подготовки высококвалифицированных врачей как никогда сверхактуален, более того – от него зависит судьба идущей в стране реформы системы здравоохранения. На эту тему наш обозреватель беседует с ректором ведущего профильного вуза страны – Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова профессором, доктором медицинских наук А.А. АКАНОВЫМ.



– Уважаемый Айкан Аканович! Прошли очередные, седьмые по счету, ежегодные «Дни КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова». Такое впечатление, что на ваш форум съехалась чуть ли не вся планета. Не означает ли это, что наш ведущий медицинский вуз на прямом пути к международному признанию?

– Президент страны поставил задачу войти в международное образовательное пространство. Если на макроуровне для страны стоит задача войти в 30 развитых стран, в 50 мы уже входим, то вузы и медицина должны внести в это свой посильный вклад. И, конечно, очень трудно, допустим, по образованию в какую-то 30-ку, в какой-то рейтинг попасть. Но существует ряд таких показателей, например, международный рейтинг университетов. Наиболее известных три, но для нас наиболее подходящим является так называемый QS, где 23 тысячи университетов стараются по своим 4–5 критериям попасть в этот рейтинг. Это вопросы учебных программ, их содержательность, узнаваемость и признаваемость университета, это его научные труды, которые известны всему миру, это так называемая узнаваемость среди работодателей и, конечно, составы – профессорско-преподавательский и студенческий, то есть в них должно быть определенное количество международных студентов и международных преподавателей. Вот на основе примерно этих показателей ежегодно сортируются вузы, и для страны является высокой честью, когда его вузы входят в состав всемирно признанных университетов.

К сожалению, медицинский университет не может пытаться даже туда заходить, потому что философия развития университетов в мире такова, что в одном университете не бывает только одной специальности.

Если возьмем историю университетов вообще, то она уходит корнями в 12–13-й века, когда наряду с философией, теологией присутствовала медицина, искусство и т.д. Да, университеты – это универсальные организации, но Советский Союз умудрился здесь свою лепту внести, которая отличается от понятия университета, принятого в мире. В Советском Союзе в 1933 году было



принято решение, по которому медицину, традиционную медицину, объединяющую медицинскую практику, медицинское образование и медицинскую науку, разорвали, расчленили, хотя на самом деле это единство – суть медицины. Медицина европейская стала всемирной потому, что она объединила эти три понятия. Врачи в 12–13-м веках в Европе открыли две вещи, которые обусловили лицо сегодняшней медицины. Во-первых, они стали писать историю болезней, а когда врачи начали писать историю болезней, у них появился архив, врачи начали собирать историю болезней, случаи и стали их систематизировать, методом сравнения выявлять какие-то закономерности, и тогда наряду с практикой появилась наука. Во-вторых, они стали проводить консилиум. На консилиум собираются 3–4 ведущих специалиста, с ними вместе и молодые врачи, которые у них учатся. То есть здесь к практике привязали образование. Возникла корневая система: это наука и образование, связанные с практикой, и это триединство является сутью европейской медицины. Благодаря этому фундаменту, медицина в Европе начиная с 12–13-го веков получила огромный импульс. Она перестала быть, как пишут, «шепчущей, кастровой» для какого-то круга, стала научной, и, благодаря этому триединству, европейская медицина доминировала в то время, например, над египетской, арабской, китайской медицинами и ушла в сегодняшнем

варианте намного дальше, чем эти традиционные медицины. И сегодня на Западе чтут и берегут этот принцип: наука, практика и образование.

Вот эта философия в Советском Союзе самым чудным образом была отринута. Потому что те люди, которые пришли к власти, в основном это пролетарий, исходили из текущих нужд. 1933 год, вот-вот ожидается вторая мировая война. Значит, мы от медицины отберем медицинское образование, решили в верхах, создадим медицинский институт и будем штамповать за четыре года будущих врачей, офицеров запаса. Так в СССР создали 180 медицинских институтов и ускоренно готовили врачебные кадры. А где оказалась наука? А науку отобрали, отдали системе Академии наук, чтобы институты занимались удовлетворением нужд практики. Они разорвали главную суть медицины. Если мы хотим понять, почему наша медицина отстает, мы должны заглянуть ровно на 80 лет назад, в историю вопроса.

– История историей, но ведь, по общему признанию, в Советском Союзе медицина стала лучшей в мире, а, например, Семашко, первый нарком здравоохранения, был умнейший и образованнейший человек, так ведь?

– Я не возражаю. В 1918 году, когда сформировалось правительство Советской России, первыми народными комиссарами действительно стали интеллектуалы, продвинутые люди

своего времени, и в 1918 году, впервые за пять тысяч лет существования человечества была создана государственная система медицинского обслуживания, и во главе ее стоял Семашко. Потом и другие страны стали создавать государственные системы. А венцом этого стала международная конференция в Алма-Ате (1978 год), на которой было признано, что каждое государство отвечает за организацию системы здравоохранения, у каждого человека есть право на здоровье. У истоков же стояла действительно «могучая кучка» людей, в том числе и Семашко. Но история Семашко закончилась в 1929 году. Вы, наверное, не знаете, до 1928 года в Советском Союзе существовала страховая медицина по образу и подобию германской модели. Если вспомнить роман Ильфа и Петрова «12 стульев», там каждый говорит «я член профсоюза» и бережет свою книжку, потому что все члены профсоюза были застрахованы, они могли получать бесплатную медицинскую помощь. В 1926 году в государственной системе здравоохранения Советского Союза на одного гражданина приходилось 16 полновесных советских рублей – подушевых, из которых 14 рублей уходило через больничную кассу страхования.

**– По-моему, это модель, которая может быть идеалом и до сих пор.**

– И вот в 1927–1928 годах, в предчувствии близкой войны, уже когда

Сталин пришел, начали создавать милитаристскую модель, ставить медицину на другие рельсы. Семашко и ему подобные стали уже неудобными, потому что они мыслили по-иному и, слава Богу, что в то время Семашко благополучно ушел в науку и преподавательскую работу.

**– Да, он как-то исчез из истории потом.**

– Он тихо жил и умер в 1949 году. Но система пошла не по той модели, которую создавали большевики, а по пути тоталитарной идеологии, и все, что вокруг ей мешало, было убрано. Эти люди, наверное, по-своему, с близоруккой точки зрения, были правы, потому что они создавали медицинские институты и начали штамповать врачей, наштамповали множество врачей и смогли выиграть войну. Эта система военной медицины позволила 75% раненых солдат и офицеров вернуть в строй. Вот такая упрощенная социалистическая модель военного образца и дала Советскому Союзу во время второй мировой войны еще одну дополнительную армию, вы представьте: 75% раненых, излечившись, продолжали воевать. Но проблема состоит в том, что эта военная модель хороша в военное время. Вот, допустим, санэпидемстанция – это военизированная медицинская часть, которая может карантинные устанавливать, закрывать границы, останавливать поезда и прочее. Эта специальная военная

медицинская часть была жизненно необходима в условиях военного времени. Это мобилизационная модель общества, и она признавалась хорошей. Но когда наступили 70-е годы и стало ясно, что войны уже не будет, что будет более мирная жизнь, появились болезни, с которыми эта военная модель не может справиться. Например, возникли болезни, связанные с мирным образом жизни населения – алкоголизм, ожирение, болезни сердечно-сосудистой системы и т.д. Болезни такого образа жизни человека – здесь военная модель не работает. Поэтому одна из проблем, почему эта советская модель здравоохранения непригодна сейчас, является золотой, может быть, страницей истории, но она архаична, она ушла в прошлое.

**– Это была и золотая страница вашего вуза?**

– Да, история нашего вуза идет оттуда. Мы оказались оторваны от названной мной триады, у нас не было своей клиники, специальной медицинской науки в вузе. Она была в системе Академии медицинских наук в Советском Союзе. И вот мы имеем это наследство сегодня, и главной задачей является для нас, если хотим вернуться в мировое медицинское образование, – объединить науку, образование и практику. На Западе самые лучшие клиники – это университетские клиники, самые сильные, самые продвинутые, потому что там и наука, и образование, и практика. Вот эти корни многие наши коллеги пытаются понять, но никто вглубь не смотрит и не видит истоки наших сегодняшних проблем.

Сейчас мы в университете что делаем? Президент поставил нам задачу, нам приходится решать, как это осуществить. Кстати, сейчас над этими проблемами ломают голову не только у нас, все постсоветские страны думают, как провести структуризацию, выйти на международный уровень. Для этого надо собрать эти составные части.

**– А что вам мешает перейти от слов к делу?**

– Это вопрос вопросов. Сейчас нам надо, чтобы была очень мощная и сильная университетская клиника.



**– Но у вас столько опорных базовых больниц, разве нельзя там развернуться?**

– Я вам сейчас объясню ситуацию. Больницы – это самостоятельные лечебные учреждения, нам нужна своя база. Вот я пришел сюда 7 лет назад, и первой задачей было создать университетскую клинику, свою собственную университетскую клинику.

**– Ее не было вообще?**

– Ее не было вообще. И что мы сделали? У нас был маленький профилакторий на углу улиц Шевченко и Космонавтов. Мы превратили его в небольшой образовательный клинический центр, прообраз будущей университетской клиники. Там у нас и профессора консультируют, и лечение люди проходят, и все прочее. Клиника небольшая, всего где-то 3–4-этажная и не играет существенной роли, потому что у нас огромное количество студентов, преподавателей. Там у нас от силы помещается две кафедры, где можем обучать 100–200 студентов, а у нас их 11 тысяч. Очередным шагом было следующее. В 2010 году министр Жаксылык Доскалиев предложил «убитую» клинику Института кожных болезней, которая находилась несколько лет на ул.Ташкентской, взять и попробовать ее отстроить. Я с энтузиазмом за это дело взялся, мы вложили свои сэкономленные 500 млн тенге, провели капитальный ремонт. А одним из условий министерства было то, что 2/3 мы возьмем на университетскую клинику, 1/3 вернем в кожвенинститут. А что такое 2/3, это всего лишь 100 коек, там сейчас у нас размещаются 8 кафедр и около 1500 студентов обучаются.

Это тоже небольшое, непринципиальное решение вопроса.

В 2013 году Аксайская республиканская детская больница оказалась в сложном материальном положении, у нее долгов накопилось где-то 630 млн тенге за оборудование и около 300 млн текущих, то есть около 1 млрд. Я, когда мне предложили принять больницу в состав университета, с радостью за это ухватился. Полностью наш университет погасил задолженности, мы туда вложили в течение года около 1,5 млрд тенге,



своих денег, у государства денег на это нет, и сейчас мы вывели эту больницу из банкротства на нулевой уровень. И теперь надо вложить еще 2-3 млрд, чтобы больница стала полноценной клиникой. У меня на это большие надежды, там места на 500 коек, большие есть перспективы перевести туда полностью блок педиатрических кафедр. Со временем будем развивать там и взрослую медицину. То есть это большой проект, который находится еще на начальной стадии.

**– Там, кстати, был медицинский колледж какой-то на территории...**

– Есть там такой колледж, «Аяжан» называется, он вошел в нашу систему. То есть я пытаюсь сказать, что мы воссоздаем, министерство нам помогает. Но у министерства тоже нет больших денег, а университет своих 2 миллиарда тенге инвестировал в эти две клиники только ради того, чтобы вывести их из критического состояния. В ближайшие 2–3 года надеемся решить эту проблему. Пока в образовательный клинический центр, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова входят университетская клиника № 1, клиника внутренних болезней и Аксайская больница.

**– Не секрет, что именно в университетских клиниках мира традиционно трудятся лучшие врачи, лучшие ученые.**

– Безусловно. А те, кто не в штате

этих клиник, все равно связаны с ними партнерскими отношениями. Мы должны уйти от чистого преподавания или клинической практики. Наши врачи должны передавать свои знания и умения студентам, а все преподаватели – вести больных в клиниках. Только такой симбиоз дает должный уровень подготовки. Хотим получить максимальный эффект от совмещения исследовательской, медицинской и образовательной деятельности. Поэтому в рамках узкой тематики или редкого заболевания мы консолидируем усилия профильной клиники, кафедры и отдельной научной группы. Они обеспечивают современной диагностической и лабораторной базой и должны разрабатывать новые подходы и методики лечения. В результате наши пациенты получают высококвалифицированную помощь, причем у себя дома, а не за рубежом. Мы же при этом получаем уникальную клиническую практику и научную базу. Не скрою, развитие наших университетских клиник требует громадных материальных и трудовых затрат. Но для нас очень важно, в каких условиях лечатся наши пациенты, работают наши сотрудники. Это один из наших основных приоритетов.

**– Расскажите, как осуществляется замысел создания внутривузовской фундаментальной и прикладной науки?**

Как я говорил уже, науки в стенах вуза не было, она была сосредото-

точена в прикладных институтах Академии наук. Президент поставил задачу развернуть полноценную университетскую науку, и я потратил на это последние три года. И теперь можно сказать, что создана вся инфраструктура. До сих пор ни один вуз не готовил научно-исследовательские медицинские кадры целенаправленно. Поэтому мы еще три года назад начали реализацию собственных программ в этом направлении. В частности, создавали новые структурные подразделения университета – кроме Научно-исследовательского института фундаментальной и прикладной медицины им. Б. Атчабарова, еще Центр коллективного пользования – Молекулярно-генетическую лабораторию, Научно-образовательную лабораторию. Основной целью их создания является подготовка наиболее перспективных и востребованных для современной медицинской науки кадров.

Мы не намерены тратить все средства на развитие в наших клиниках, школах и НИИ сразу всех направлений. Выбрали наиболее прорывные, на наш взгляд.

Надо было, чтобы преподаватель немного освободился от учебной нагрузки. У нас преподаватель в среднем имел нагрузку 950 часов в год. Это он с утра до вечера занимается только образованием, на научные изыскания у него времени нет. Значит, надо было его разгрузить, мы и разгрузили на 30%. У него сейчас загрузка примерно 630 часов, эту разницу мы предназначаем на научные цели.

**– Из-за того, что вы разгрузили, учебная программа не изменилась?**

– Мы ввели кредитную технологию, дополнительные ресурсы и т.д., нашли возможности.

**– Но штат вы не увеличивали?**

– Нет. Теперь преподаватели должны 1/3 времени заниматься наукой. Мы дали им такую возможность. Иначе они бы говорили: когда нам заниматься наукой? Когда мы создали внутри университета Институт фундаментальных и прикладных исследований, дали ему

имя академика Атчабарова, известного ученого с мировым именем, нашего выпускника, кстати. И этот научно-исследовательский институт начал собирать вокруг себя преподавателей, менеджеров, обучать их, как писать гранты, как заниматься в современных условиях наукой, как войти в международную базу науки, которая преимущественно на английском языке, начал потихонечку выращивать молодые кадры. То есть появился штаб, который отвечает за науку. А у нас преподавателей 1700 человек, их всех кто-то должен был организовывать. Вторую проблему мы вот так решили.

Третья проблема: университет стал одним из первых финансировать свою собственную университетскую науку. Каждый год мы вкладываем от 1 млн и больше долларов в маленькие проекты. Кафедры и коллективы между собой конкурируют, получают маленькие гранты в течение года на наши собственные изобретения. Благодаря этим маленьким грантам в размере 10–20 тысяч долларов они доводят до готовности свои наработки, выходят на патент,



либо ищут новые пути, допустим, находят интересное направление, проводят литературный обзор, первые пробные исследования.

А у нас в этом институте созданы виварии, то есть там делают эксперименты на животных. В течение года ученые «щупают» материалы, подводят итоги. Как только что-то получается, на следующий год пишут заявку на большой грант в Министерство науки и образования, на международный уровень. То есть это как трамплин. В 2014 году мы стали финансировать не всех, кто подает на гранты, а создали специальную инновационную школу. Молодые, талантливые, прошедшие на международном уровне практику люди делают большой задел на будущее. Это третье, что мы сделали.

Четвертое – это как массовый спорт. Мы стали поголовно занимать наукой студентов. Например: студенты старших курсов стопроцентно обязаны заниматься наукой. И если без единой статьи кто-то хочет стать интерном, то я запрещаю такому выдавать диплом. Да, это, может быть, где-то превышение моих полномочий, но другого пути я пока не вижу. И из этой огромной массы, а выпускников у нас – 1000–1200 в год, появляются настоящие самородки, их немного, но они уже появляются.

Студенты со второго курса обязаны заниматься наукой, в среднем у нас до 60% студентов вовлечены в неё. Для этого пришлось при всех кафедрах создать «студенческие кружки», теперь это целая система. Надеемся, что такая массовость со временем даст хорошие плоды.

Пятое – мы создали систему мотивации. В порядке эксперимента ввели в практику так называемые «ключевые показатели деятельности». Каждый сотрудник в течение года оценивается – по вкладу образование, науку, по клинике, воспитательной и общественной работе, и по этим 4–5 направлениям победитель премируется от 1 млн тенге и выше. У нас это два раза в год происходит – ко Дню университета и ко Дню медицинского работника.

Вот пять направлений, которые мы ведем. И даже шестое могу назвать. Мы создали историю всех своих ученых, наших выпускников, академиков. Имена великих ученых присваиваем аудиториям, есть имен-



ные премии, стипендии, то есть мы подняли нашу историю.

И последнее, седьмое: мы развернули широкое международное сотрудничество. Здесь нам помогает система приглашения визитинг-профессоров: в год приглашаем примерно 200–250 профессоров из 40–45 стран мира. Некоторую долю денег министерство выдает, основную часть университет платит сам. Эти люди – наши партнеры – стараются приезжать ко Дню нашего университета. Поэтому вы увидели на последнем Дне университета 135 визитинг-профессоров из 30 стран мира. Причем ведущих, из самых известных университетов. Таким образом, вы увидели вершину айсберга.

**– Да, да, парад планет другими словами.**

– Основная идея медицинского образования на сегодня – это объединить науку, образование и клинику. Вот суть, и над этой сутью мы бьемся всем университетом. В процессе реализации нашей мечты подходим уже где-то к заключительной фазе. Клиника у нас какая-то есть, международное сотрудничество налажено, и наука зашевелилась. Кстати, по науке, чтобы нам тему завершить, эта инфраструктура заметно возросла – по науке увеличение в течение одного года в шесть раз. Сейчас мы в республике среди медицинских вузов лидеры по всем показателям.

**– А что за показатели?**

– Количество статей, опубликованных в международной печати с импакт-фактором. Это международные проекты и гранты, которые выполняет университет отдельно и вместе с другими университетами, это количество студентов и преподавателей, которые занимаются наукой и, конечно, финансирование. Финансирование нам удалось поднять по сравнению с 2008 годом почти в 100 раз. Если в 2008 году финансирование было всего на уровне 8 миллионов, то сейчас у нас 800 с лишним миллионов.

Когда мы вышли на финальную часть, то увидели одну интересную вещь: результаты системной ошибки советской модели медицинского образования. Мы увидели, что наши преподаватели могут одновременно заниматься наукой, образованием и клиникой. Теперь, имея свою базу, мы клиникой большей частью занимаемся у себя, хотя являемся частыми гостями и в других клиниках города, республики. Там наши преподаватели не всегда допускаются непосредственно к лечебному процессу. И наши профессора, кандидаты как бы прикрывают своим авторитетом эту систему. Они дают консультации, советуют, но сами юридическую ответственность за больного не несут, несет врач, который ведет в этой палате.

Стараемся привить своим коллегам эту самую юридическую ответствен-

ность. Иначе это ведет к тому, что современный преподаватель больше теоретик, он больше, скажем, консультирует. Я был поражен, когда первые международные специалисты приехали, они поставили нам диагноз, сказав: «Ваши специалисты привыкли не лечить, они привыкли консультировать». А это большая разница: лечить – это жить с больным, его проблемами и т.д., пока он не выйдет из этого состояния. А консультировать? Это такой философский момент, некая отстраненность. А западный преподаватель живет с этим больным и его проблемами, и студент рядом с ним стоит и живет этой проблемой. Наш же это наблюдает... Вот они, издержки всей системы.

И второе – наш преподаватель не занимается серьезной наукой. Потому что есть прикладные институты, врач наш – практик, не исследователь, а западный врач, стоя рядом с этим больным, одновременно исследователь. Потому что каждый случай – это как бы феномен. Иными словами, мы столкнулись с проблемой, что нужно в корне менять педагога, его психологию. У нас преподаватель, как правило, только врач, он педагогикой никогда не занимался. Современное медицинское образование требует, чтобы помимо того, что он блестящий врач, исследователь, больным сочувствует, помимо того он был бы еще и педагогом. А он не получил педагогического образования, закончил аспирантуру, доктор наук или кандидат наук или вообще

просто с практики пришел. Он не знает даже основы. А современная педагогика в мире ушла очень далеко. Мы привыкли по старинке: я читаю лекции, ты записываешь, как школяры, потом мне рассказываешь, что я тебе рассказал, или я дам тебе 30 страниц, ты зубри и потом мне расскажешь по написанному в моей книге.

А у них на Западе критическое мышление, их студент приходит на занятие, предварительно прочитав по теме 100–150 страниц текста, и с преподавателем в интерактивной форме это обсуждает. Преподаватель ему помогает, раскладывает по полочкам эти разрозненные знания, которые тот впитал. Вот это интерактивные методы, методы мозгового штурма, критическое осмысление материала, творческий подход. У нас этого нет. Поэтому тема дней КазНМУ этого года: «Высокое качество медицинского образования – через преподавателей, через современное преподавание». И пригласили мы по этому поводу Президента Европейской ассоциации медицинского образования, старшего советника Всемирной федерации медицинского образования Мадалену Патрицио из Португалии, а также профессор и декан медицинского факультета одного из лучших университетов Великобритании «Данди» Джин Керр делилась с нами опытом.

Иными словами, у нас в университете из года в год идет эта системная работа, изначально мы эту проблему видели, последовательно ее решаем

и со временем выйдем на хороший уровень.

Лет 30–40 тому назад, когда я учился, у нас была другая модель образования. Она основывалась на школярских принципах, мы зубрили, особенно латынь, термины и т.д. А сегодня уже зубрить невозможно, медицина настолько ушла вперед. Сегодняшняя диагностика, ее возможности неисчерпаемые, она позволяет любой орган рассмотреть совершенно до микроскопических уровней. Медицина стала более технократичной, она даёт фантастические возможности, и если в мое время медицина была искусством, то сейчас это еще и точная наука. Например, если в пору моего студенчества врачи лишь предполагали признаки наступающего инфаркта, нарушения кровообращения, то теперь можно рассчитать до миллиметров степень сужения сосуда, параметры каждой мышцы сердца. Медицина на Западе становится более точной наукой. И если в 30-х годах прошлого века для того, чтобы быть врачом, учились 4 года, в 60-х годах – 5 лет, в мое время – уже 6 лет, то сегодня приходится 10 лет.

#### – Неужели прямо-таки 10 лет?

– Да, сейчас в нашем университете так. Если вы намереваетесь стать кардиохирургом, заканчиваете 5 лет базового образования, у нас это называется бакалавриат, основа высшего образования, потом у вас 2 года идет интернатура, то есть вы, уже только занимаясь медициной, углубляясь в профессию, становитесь хирургом, акушером-гинекологом, терапевтом, патологом, врачом-педиатром. И вы за эти 2 года как бы из одного ствола ушли на несколько ветвей. Теперь дальше: если хотите стать кардиохирургом, еще учитесь в среднем 4 года. То есть вы там сначала 5 лет, потом 2 года обучались и еще 4 года, т.е. через 11 лет вы можете стать кардиохирургом.

– Но на каждом этапе же выдается диплом или соответствующий документ?

– Конечно, уже после бакалавриата человек получает первый диплом о высшем медицинском образовании.



– И может этот человек уже работать?

– Он уже может быть помощником врача или же в составе среднего медицинского персонала, фельдшером. Когда заканчивает еще 2 года обучения, может работать врачом общей практики или общим специалистом, а дальше становится специалистом высокого уровня. Вот так на моих глазах высшее медицинское образование увеличилось от 9 до 11 лет. И произошло это в течение какого-то десятилетия.

– Выходит, что медицинское образование прогрессирует, берет все лучшее из мировой практики, учитывая еще и возможности нашего государства и возможности каждого вуза. Но когда мы, пациенты, посещаем клиники, всего этого как-то не ощущаем...

– Правильно, вы не ощущаете, потому что, во-первых, система медицинского образования сейчас переживает период трансформации, который закончится, думаю, в ближайшие 2–3 года. Во-вторых, система медицинской практики, я ее называю рынком медицинского труда, меняется медленно, к сожалению. Основная идея состоит в том, что врач, средний персонал не просто оказывают медицинскую помощь, они работают в условиях рынка труда. Вся их деятельность расписана по стандарту, протоколу лечения, качеству и стоимости этого лечения. А мотивация к такому труду окончательно не сформировалась. Вы получаете маленькую зарплату, не мотивированы как врач, чтобы я, пациент, пришел к вам, не дорожите мною, потому что у вас есть общие нормативы – это уравниловка.

На Западе, скажем, иная обстановка на уровне первичной санитарной помощи, у них есть семейная медицина в одних странах, в других – врач общей практики. Возьмем, к примеру, Великобританию. Вы врач общей практики, в течение года приписывается к вам две тысячи человек, с каждым из них заключается договор, и на каждого человека государство посылает деньги. Теперь вы, имея две тысячи досье, сами строите отношения с каждым больным, договариваетесь с муниципальными



больницами насчет коек, чтобы туда их направлять. Вы рисуете портрет здоровья каждого вашего больного и говорите, скажем, что вот этот пациент у меня болеет гипертонической болезнью. Если у него начнется кризис, я направляю его в больницу. Деньги-то у меня на счету за вас есть, но если их отдавать другим, то я буду банкротом. Потому моя задача заключается в том, чтобы вы не заболели, берегли здоровье, чаще советовались со мною, лечились под моим руководством. И мы с вами выстраиваем политику вашего поведения, контроля реального давления и т.д. Я с вами партнер, я ваш семейный консультант, моя задача – чтобы вы не заболели, тогда я не буду платить куда-то на сторону и деньги останутся у меня, я буду богат, вы здоровы – вот мотивация. И, разумеется, все это должно быть освящено нравственным началом. Потому что у нас в деятельности есть сильные этические моменты, уважение к вашим личностным, религиозным особенностям и т.п. В вас я вижу личность, а не просто мешок с деньгами, изучаю вас в целом как человека, подбираю к вам ключи и помогаю контролировать свое здоровье. Вот почему на Западе расклад в медицине другой, нежели у нас.

– А если я не мешок с деньгами, безработный какой-нибудь, ко мне будет у них такое же гуманное отношение? Про Запад говорят, что врач начинает общение с пациен-

том только после того, как прощупает, а звенит ли у него деньга в кармане.

– Я вам говорю об обслуживании на уровне поликлиники, вы – житель Англии, допустим, и так складываются ваши отношения с врачом общей практики. Теперь, когда вы все равно заболели, поступили в больницу, я, ваш доктор, иду к вам в больницу и вместе с тамошним врачом делаю обход, проверяю, как лечат моего пациента. Я ваш заступник в этой больнице, вот там такое отношение.

– У нас тоже хотели внедрить семейную медицину, но, по-моему, ничего не получилось.

– Вы знаете, я насчет этой темы очень много думаю, но это вопрос нашей культуры, культуры нашего общества, каждого нашего человека, его отношения к своему здоровью, отношения к другому человеку. Наверно, общество должно еще созреть для этого. Вот, скажем, мы внедряли страховую медицину, которая работала с 95-го по 98-й год.

– Это когда Талапкер Имангалиев, глава фонда медстрахования, хапнул все собранные 200 миллионов долларов и исчез?

– Да, проблемы есть, они откинули нашу медицину на полтора десятилетия, дискредитировали систему в глазах людей. Я в то время работал в



правительстве и знаю эту ситуацию изнутри.

#### – Вы были замминистра?

– Вначале я был заведомо социально-культурного развития аппарата правительства, а потом уже замминистра здравоохранения. Идея страховой медицины была понятна всем. Я помню, мы вели бурную дискуссию по этому поводу, в которую были втянуты и финансисты, были жаркие споры. Финансисты нам говорили: ребята, вы должны понять, что страхование – это культура общества. Страховая медицина, как известно, зародилась еще в 1883 году, в Германии. Отто фон Бисмарк ввел медицинское страхование, которое было частью всего страхования. В этом случае страховали дом, свои товары, здоровье, свою жизнь. Это была часть общей культуры. А у нас в Казахстане, говорили нам, общей культуры страхования нет вообще. Вы, мол, поставили телегу впереди лошади, и я действительно убеждался в этом после внедрения такой новации. Страхование тогда предполагало, что государство будет платить взносы за детей, за женщин, а местные акиматы будут за неработающее население, работодатели – за своих работников. А получилось, что акиматы вообще перестали платить, работодатели какую-то часть платили, а какую-то нет. В 1998 году фонд был закрыт по причине банкротства. Поэтому вопросы медицины – это всегда улица с двухсторонним движением. Никогда врачи сами без участия населения и человека не изменят ситуацию, и, мне кажется, с этой иллюзией надо сейчас прощаться, понимая, что это культура общества.

– Насчет культуры у нас такой примитив. Вот приходишь в поликлинику и чувствуешь себя нежелательным элементом. На тебя смотрят, как на пустое место, отстраняют тебя всякими методами. А вы в своем университете разработали профессиональную модель выпускников, эти пять ваших компетенций: знание, практика, коммуникабельность, медицинское право, самосовершенствование. И здесь ваш студент получает об этом не только представление, но и как бы все это наполнено содержанием. Но когда

он приходит в клинику непосредственно на работу, то сталкивается с совершенно другой обстановкой. И что он должен делать? Забыть про все ваши компетенции и принять волчьих законы этого заведения или же начать бороться, нести флаг своего вуза, по-другому работать?

– У меня на этот счет такое сравнение. Вы закончили летное училище, получили сертификат летчика, дальнейшее зависит от того, в какие руки вы попадете. Если попадете в такую компанию, как «Air Astana», то есть, полагается, втянуты будете в сферу международной культуры, то очень быстро себя там проявите. Вы какое-то время побудете там, предположим, вторым, третьим пилотом, потом будете первым, у вас есть возможность быстро вырасти. А если вы попадаете в захудалую областную авиакомпанию? Так же и наши выпускники. Одни работают в 15 странах мира и комфортно себя чувствуют, а другие... Мои студенты тоже разные: есть те, кто стремится к звездам, а есть просто готовые существовать в любой обстановке, со всем мириться. Хотя мы ставим очень высокую планку. И я с надеждой смотрю на рынок труда, потому что наш народ заслуживает качественного медицинского обслуживания. И то, что люди говорят об этом и возмущаются, это нужно для нашей системы, чтобы она стала лучше.



– Двадцать лет мы прожили в условиях независимости. Движение было в основном в сторону коммерциализации, в одно время врачей вообще называли рвачами, потому что они драли и драли деньги.

– Но сейчас же обстановка меняется, и история все поставит на свои места.

#### – И пример – ваш университет с детально разработанной системой контроля качества образования. Каков механизм этого контроля?

– Когда мы создали свою модель, мы подвели к нему структуры. Например, мы объединили учебные кафедры в один департамент. У нас есть 28 кафедр по различным внутренним болезням, мы их объединили в учебный департамент, и они проводят единую политику. Второе: мы создали комитеты образовательных программ. На каждом курсе есть свои эксперты, которые посещают пары и выносят заключения, как материал был поднесен, и что студент усвоил. А результат? Судите сами: у нас примерно до 15% наших выпускников получают красный диплом. К примеру, из 1660 выпускников прошлого года – 251 человек закончил с красным дипломом.

#### – Каждый седьмой с красным дипломом?

– Выходит так. Судите сами, на первый курс мы принимаем самых лучших абитуриентов с высоким уровнем ЕНТ. Например, в 2012 году мы приняли 1300 ребят, из них 300 человек закончили школу с золотой медалью, 255 – победители международных и республиканских олимпиад, конкурсов и т.д. У нас конкурс в университете – 6 человек на одно место. Вы, наверное, видели, что я нигде не рекламирую наш университет. Я, наоборот, стараюсь ограничить прием, потому что большое количество влияет на качество образования, и я с большим трудом закрываю приемную комиссию, потому что у нас огромные очереди. И тогда возникают проблемы, родители начинают возмущаться: «У вас там написано не менее 65 баллов, мы набрали и не поступили». А у нас проходной балл на грант в этом году

был 92–96, на отдельные специальности 100.

### – На какую специальность наивысший балл?

– На стоматологию 100 баллов, на общую медицину 92 балла. Только и слышишь: «Не хотим другой вуз, хотим в ваш». И я начинаю недовольным долго объяснять: ну нет у нас больше мест, возможностей нет. В целом, думаю, систему приема надо в корне менять. Университет должен иметь возможность проводить, как на международном уровне, отбор, потому что не все могут быть врачами. У врачей должны быть характерные черты, такие как: чувствовать чужую боль, сопереживать больному, гуманность, коммуникативные способности, умение разговаривать с пациентом. В этом году мы попробовали впервые провести анализ и выяснили: где-то 800 студентов первого курса, то есть третья часть, соответствуют врачебным требованиям, а 1/3 – не соответствуют. И это неправильная система отбора, спускаемая свыше, мы постоянно говорим Министерству образования, что надо менять её. В развитых странах как делается? В Сингапуре, например. Там отбор длится 6 месяцев, уже из школы вы посылаете о себе информацию. На основе вашей информации видят: хорошо ли вы учитесь, занимаетесь ли общественной работой, являетесь волонтером или кем-то в этом роде. На втором этапе вы сдаете какие-то экзамены – по биологии или химии, там уже видят ваш профессиональный уровень. На третьем этапе с вами проводит беседу психолог или врачи, с вами устраивают анкетирование или интервьюирование на выявление вашего психологического портрета. Потом на четвертом этапе все эти вещи суммируются и по ним отбираются достойные. В нашей стране мне нравится отбор абитуриентов только в единственном вузе, в Назарбаев университете. Там система отбора близка к международному уровню. В этом университете все программы обучения с международными университетами очень близко состыкованы. Дипломы, полученные здесь, везде в мире признаются. А еще мне нравится, что там все студенты проходят независимую



оценку знаний. Вот вуз, который в принципе можно рассматривать в качестве примера.

### – Сейчас много говорят об автономии вузов. В первую очередь национальным университетам будет предоставлена эта возможность. Вам еще не предоставлена?

– Нет.

### – Когда это будет?

– Говорят, что с 2015 года начнут этот эксперимент. Я думаю, что в первую очередь пойдут вузы системного образования. Скорее всего такие, как КазНУ, ЕНУ, словом, самые известные университеты. Видимо, министерство на этой основе хочет отработать какую-то методику, чтобы дальше поэтапно давать автономию и другим государственным вузам.

– А вы со своим министерством разве не можете потолковать о том, чтобы вам развязали немного руки? Стандартное ЕНТ, по-моему, никак не подходит к вашему профилю. Вам же надо действительно отбирать людей, которые станут настоящими врачами, а что можно этим методом «тыка»? Ну, положим, набрали абитуриентов с высокими баллами, полученными в центрах тестирования, а что дальше с ними делать в конкретных условиях вашего вуза?

– Приходится дотягивать до требуемого уровня. Вот, условно говоря, ЕНТ сдали в Аральске. Наши будущие студенты идут сдавать документы в Кызылординский государственный университет, мы их в глаза не видели. А они набрали необходимые баллы, и в сентябре, как снег на голову, нам падают тысячи студентов. И мы начинаем их учить, попутно выясняя, что за человеческий материал к нам пришел. Что делать, у университетов сегодня такая система, надо восполнять то, что недоучено в школе и т.д. Ладно, по системе знаний понятно, а вот как с человеком, который из глубинки приехал, там закончил школу, поступить, если у него отстает общее развитие, недостаточен интеллектуальный и культурный кругозор? Университет берет на себя заботу безвозмездно этот пробел восполнить. Что мы делаем? Для первых курсов бесплатно для всех студентов мы организовали специальную программу. Каждый год покупаем 10 тыс. билетов в театры города Алматы и во главе со мной ходим на спектакли. И многие студенты впервые в своей жизни видят театры, хоровую капеллу, слышат орган. То есть первый год обучения мы тратим на то, чтобы у многих абитуриентов закладывались основы культуры общечеловеческой. Потому что мы завтра будем конкурировать с врачами на международном уровне. Второй год мы опять же тратим силы, даем им по 2 часа общественного труда, чтобы наши питомцы работали бесплатно в нашей библиотеке, а у нас огромная библиотека – полтора миллиона книг. Они помогают «лечить» книги, воспитывают в себе бережное отношение к ним. 3–4-й курс: мы учим основам гуманности, их всех отправляем в дома престарелых, хосписы, где лежат умирающие, в детские дома, чтобы они видели страдания, видели смерть человеческую, закладываем у ребят гуманность. На 5–6-м курсе воспитываем социальную ответственность, посылаем в школы, университеты, колледжи читать бесплатно лекции. Например, по профилактике туберкулеза, СПИДа и т.д. Вроде вуз не должен заниматься этими вещами, исправлять то, что упустили еще в школе и семье, в процессе довузовского воспитания. Но мы прилагаем все силы к тому, чтобы выпустить

врача, который отвечает не просто компетенциям, но требованиям к личности, общей культуре.

**– Насколько я знаю, на Западе существует такая практика, что в медицинские вузы приходят люди, уже имея какое-то начальное медицинское образование, а с улицы там никого не берут...**

– Если вы говорите о европейской модели, она близка к нам. Если об американской, то по ней действует у нас Назарбаев университет, в такой университет уже поступают после бакалавриата. Его выпускники в другом вузе получают общее медико-гуманитарное образование, а дальше приходят в университет для профильного обучения. Есть также медицинские школы как предварительная ступень перед получением высшего медицинского образования. Пройдя такую систему отбора, студент занимается только медициной. Но на входе у вас проверяют все эти основы гуманности, человеческих отношений, предрасположенность к профессии, жизненный багаж, на входе очень профессионально проверяют, соответствуете вы будущему призванию или нет. Сейчас у нас в университете, слава Богу, ситуация более или менее приемлемая. А ведь пришлось отчислить 1500 студентов. Я поставил принцип, что двоечник не имеет права быть врачом, того, кто имеет задолженность, я просто выгонял, даже «платников». Тогда «платников» было до 40%, а сейчас где-то 15%. Разумеется, платное обучение имеет право на жизнь. Допустим, стоматология, она же вся частная, почему человек не может поступить на свои деньги, фармация тоже вся частная, аптеки – то же самое. Но если говорить об общей медицине, то таких студентов не так много. То есть нам приходится сегодня выполнять много государственных функций, которые были упущены в школе, недоработаны в семье.

**– Скажите, вот мы все рожаем и никак не можем родить 12-летку. Сегодня опять возникли проблемы с нею, и, видимо, это отодвинет старт еще на какой-то срок. Но все-таки она будет, эта 12-летка, и в старших классах будет профессиональная**

**ориентация. Вы насчет этого имеете какие-то надежды?**

– Очень большие надежды, тогда нам на бакалавриат не нужно тратить 5 лет. Бакалавриату тогда точно будет 4 лет, то есть это будет экономно. На самом деле школа – это фундамент, на котором строится все высшее образование. Почему бы в старших классах будущей 12-летней школы не закладывать основы общей медицинской подготовки? Тогда бы и нам легче было бы работать с такими абитуриентами, а не брать, как вы говорите, людей «с улицы».

**– Вы сказали, что ваши преподаватели в основном были заняты преподаванием, а не наукой, лечебной практикой, теперь они перестраиваются. А вы как первый руководитель показываете ли пример коллегам в этом отношении? Учитывая вашу чрезвычайную загруженность, вряд ли такое возможно...**

– Вы знаете, я работал 20 лет в Институте кардиологии, в 1993-м году, когда создавалось суверенное государство и нужны были люди, которые будут определять политику и все прочее, я ушел из клиники, ибо на полставки быть врачом и на полставки быть руководителем – это невозможные вещи. Я живу проблемами университета 24 часа, я не могу представить себе, как быть ректором и в то же время полдня оперировать больного, остальные полдня заниматься вопросами этого огромного хозяйства, у нас коллектив около 15 тысяч человек, 11 тысяч студентов, почти 4 тысячи человек – персонал, около 20 зданий, 65 клинических баз. А надо думать и о будущем, особенно в наших условиях «турбулентной» экономики и т.д. Я не могу представить, как можно на полставки быть ректором. Прихожу на работу в 7.40 и ухожу в 20.30, и мне все равно не хватает времени. И, тем не менее, я пытаюсь сконцентрировать внимание на вопросах политики, на вопросах организации. Но у меня при этом в год выходит 4–5 различных работ и монографий. А в общем где-то в моем научном багаже около 100 монографий и около 350 статей по проблемам медицинской науки,

образования и практики. Так что научную работу от себя не отставляю, она органически входит в мой творческий и человеческий обиход.

**– В 2015 году ваш университет будет праздновать свое 85-летие. Что бы вам хотелось сделать в юбилейном году? Есть ли какая-то сверхзадача?**

– Хотелось бы окончательно объединить университет содержательно. Междисциплинарность исследований – это не только настоящее, но и будущее современной науки и образования. Думаю, что такое содержательное объединение нам удастся, поскольку тенденция к единению университета уже есть.

Университет – сложный организм. Традиции и дух университета складывались десятилетиями. И нам крайне важно сохранить их и идти вперед, опираясь на них. Наша стратегия – в единстве продуманных инициатив.

**– Благодарю Вас за интересную, содержательную беседу. Получился прямо-таки, пользуясь врачебной терминологией, анатомический театр: что, где и как происходит в современном медицинском образовании в разрезе его ведущего вуза. Успехов Вам, Вашим коллегам и питомцам на пути к международному признанию и, что особенно важно, у граждан нашей страны – берущего все новые высоты суверенного Казахстана.**

*Вопросы задавал  
С.-Г. БАЙМЕНОВ*

## АННОТАЦИЯ ○

Журналымызға берген сұхбатында С.Д.Аспандияров атындағы ҚазҰМУ ректоры, профессор А.А.Ақанов өзі басқарып отырған университетте жоғары медициналық білім «Қазақстан-2050» Стратегиясына сәйкес жетілдіріліп жатқанын айтады.