

«Никогда такого не было, и вот опять...», как говорил Виктор Степанович Черномырдин. Возможное возвращение интернатуры вновь активно обсуждают в Национальной медицинской палате, Государственной Думе и Минздраве.

Следует, впрочем, признать, что все основания для подобных разговоров имеются. Выпускники медицинских вузов часто оказываются неготовыми к самостоятельной практической работе. Попав со студенческой скамьи в реальные условия первичного звена здравоохранения и хлебнув, как следует, всех его прелестей, они всеми силами стремятся из него вырваться, несмотря на связанный с этим риск, угрозы штрафами и т.п. Нередко они принимают решение вовсе уйти из профессии, о которой столько лет мечтали и столько трудностей ради неё преодолели. В то же время, само первичное звено задыхается от нехватки кадров.

Однако просто вернуть интернатуру «как было» не получится. Во-первых, потому что было по-разному, а что имеют в виду ратующие за её возвращение депутаты и чиновники, пока непонятно. А во-вторых, потому что продолжают действовать негативные факторы, приведшие в своё время к её упразднению.

Почему интернатура умерла в прошлом, что мешает её оживить сегодня, и какая модель этого некогда рабочего института интеграции выпускников медицинских вузов в практическое здравоохранение могла бы оказаться жизнеспособной и полезной? Разбираем основные моменты.

Краткая история вопроса

Интернатура в СССР была введена по результатам экспериментов, проведённых на рубеже 60-х – 70-х годов прошлого века. Она быстро стала важнейшим этапом практической подготовки врачей к самостоятельной работе. Выпускники шли в первичное звено – крупные больницы и поликлиники, где работали под руководством наставников. Врачи-интерны выполняли определённую нагрузку и получали зарплату.

Интернатура была полностью погружённым в практическую деятельность учебным процессом с минимумом академических форм обучения и лишённым какой-либо бюрократии. Врачи-интерны в период обучения реально трудились и разгружали систему здравоохранения, а многие из них по завершению интернатуры оставались работать в первичном звене. Руководители интернов получали прибавку к заработной плате, уважение коллег и общественное признание.

Рыночные реформы потребовали дать однозначный ответ: интернатура – это работа или учёба? За работу заинтересованный работодатель платит работнику зарплату, а учёбу оплачивает заинтересованный в ней учащийся или кто-то (государство, будущий работодатель) в его пользу. Ответ на этот принципиальный вопрос быстро дать не получилось, и появилось две

формы интернатуры – новая «клиническая» и традиционная «больничная».

Та, которая «клиническая», была подобна клинической ординатуре, только одногодичной и ориентированной на первичное звено. Это была «учёба» со стипендией, легализованной возможностью платного обучения и акцентами на академических занятиях, успеваемости и экзаменах. Она, будучи учёбой, уже не включалась в общий трудовой стаж и в стаж работы по специальности.

А «больничная» интернатура оставалась практической деятельностью, но всё менее охотно оплачиваемой. К выдаваемым по её окончанию документам возникало всё больше вопросов: что ещё за «бумажки», ведь это не учёба в вузе или иной организации системы дополнительного профессионального образования?

К началу десятых годов нового века дальнейшее вхождение страны в Болонский процесс привело к тому, что «больничная» интернатура оказалась за бортом. А параллельно новыми законами об образовании и о здравоохранении было запланировано через несколько лет и упразднение интернатуры «клинической». Что и было реализовано в 2016–2018 годы.

Проблемы настоящего

Нужно понимать, что дело не только и не столько в законодательстве, сколько в состоянии первичного звена здравоохранения и условиях работы. Сегодня первичное звено в глубочайшем кризисе. Участковый принцип формально сохранён, но вследствие тяжёлого кадрового дефицита и низких зарплат врачи работают на 2–3 участка и 1,5–2 ставки. Приоритет свободной записи на приём превратил работу поликлиник в конвейер, на котором врачи и пациенты становятся чужими друг другу. Приём длится 10–15 минут, очереди растут, жалобы множатся. Работа врачей и медицинских организаций бюрократизирована донельзя и придирчиво контролируется бесчисленными проверяющими.

Выпускники медицинских вузов, попадая в такие условия, быстро разочаровываются, текучесть среди молодых врачей достигает критических значений. Поликлиники громко озвучивают проблему укомплектования кадрами, но не всегда действительно стремятся её исправлять. Вузы ежегодно поставляют им новых специалистов, помогая без лишних усилий и трат затыкать кадровые дыры. Условия труда – перегрузки, устаревшее оборудование, бесконечные отчёты, избыточный контроль и чрезмерная ответственность отталкивают не меньше, чем скудное финансовое вознаграждение. Prestиж работы в поликлиниках на нуле.

Вызовы и риски

Технически вернуть интернатуру в правовое поле, конечно, можно, да

только без устранения причин бегства специалистов из первичного звена это пустая затея.

Кадровое обеспечение умирающего первичного звена превратилось в циничную игру, практический смысл которой, похоже, далёк от провозглашаемых целей. По крайней мере, реальных, действенных шагов по повышению привлекательности карьеры врача первичного звена для молодых и амбициозных специалистов мы не наблюдаем. Поликлиники, как и региональные и муниципальные власти, устраивает отработка выпускников, и весь их интерес сосредоточен на ужесточении мер, обеспечивающих их ежегодный приток. Они настойчиво требуют введения распределения выпускников медицинских вузов и наложения драконовских штрафов на избегающих отработки.

Интернатуре здесь места нет – зачем она нужна, если никак не влияет на величину притока? В глазах местного руководства, это лишние хлопоты. А представители Минздрава России не раз высказывались прямо и недвусмысленно: интернатура рассматривается ими не иначе, как «потеря» года между выпуском и кадровым пополнением отрасли, отражающимся в статистике.

Один из главных барьеров на пути возврата интернатуры заключается в правовой неупорядоченности вопросов распределения ответственности за ошибки и их негативные последствия. Врачи работают под строгим контролем: любое нарушение, а тем более связанное с причинение вреда, грозит наказанием, вплоть до уголовного преследования. Интерн – новичок в профессии, он учится на практике, и промахи неизбежны. Наставник не может контролировать каждый его шаг, ему надо свою работу выполнять. Должен ли он отвечать за ошибки подопечных? Если да – желающих учить не найдётся. Если нет, то отвечать будет сам интерн, а роль наставника становится чисто номинальной. Ему проще и безопаснее держаться в стороне. Солидарная же ответственность сильно усложняет ситуацию, поскольку чётко разграничить её не получится при всём старании.

Культура наставничества в здравоохранении, к слову, во многом утрачена именно благодаря усиливающемуся потребительскому давлению, умножению и усложнению требований, росту ответственности и контроля за врачебной работой. Увы, на длинных временных отрезках культура утрачивается вместе с её носителями. Это новый негативный фактор для возможного возвращения интернатуры.

Пути решения

Ключевой вопрос кадрового обеспечения – условия труда: достаток, престиж профессии, социальная обеспеченность, уверенность в завтрашнем дне. Министр здравоохранения не так давно по вопросу о возможном

возвращении интернатуры отметил, что нужно учитывать уровень жизни молодых врачей, особенно с семьями. Это верно. Без зарплаты год интернатуры становится труднопреодолимым барьером, а без перспективы все усилия по его преодолению лишены смысла.

То, что министр демонстрирует понимание – это прекрасно. Так, подвижки будут? Можем ли мы надеяться на улучшение условий труда в первичном звене? Без выполнения этого условия все попытки вернуть интернатуру обречены на провал. Чтобы она заработала, «как встарь», нужны перемены. Первичное звено должно стать привлекательным для молодых (и не только) специалистов вариантом карьеры. Необходимо повысить зарплаты, сократить нагрузку, исключить бюрократию, дать врачам достаточное время на работу с каждым пациентом.

Наставничество также требует поддержки. Нужно проработать вопросы доплат и уменьшения нагрузки для опытных врачей, сокращения отчётности, а также разумного снижения потребительского прессинга и распределения ответственности среди соучастников лечебно-диагностического процесса, сопряжённого с учебной нагрузкой.

Зарплата интернам – обязательное условие, как в советской модели, поскольку интернатура в своём рациональном варианте это не столько учёба, сколько работа с пользой для всей системы. Здесь важна продуктивная коммуникация между врачом-интерном и его руководителем. Они не должны соперничать за какие-то ресурсы или перекладывать друг на друга ответственность.

Возвращение субординатуры существенно помогло бы делу практической подготовки студентов, сделав их переход к интернатуре и затем к самостоятельной деятельности ещё более последовательным и плавным.

И, конечно же, необходимо существенно увеличить финансирование, как первичного звена, так и системы подготовки кадров здравоохранения.

Кто и как обеспечит все эти изменения? Без выполнения необходимых условий возвращение интернатуры останется лишь громким обещанием. Или, того хуже, заведомо провальным проектом, который лишь отвлечёт на себя ресурсы и внимание без какой-либо пользы.

Что дальше?

Вопрос о возможном возвращении интернатуры далеко не прост, как смогли, я надеюсь, здесь убедиться уважаемые коллеги. Нужно принимать во внимание не только видимую часть эволюции этого некогда востребованного института, но и причины, приведшие его к упадку и упразднению.

Интерн, воскресни! Прошлые и будущие образы интернатуры

Категория: Мероприятия, публикации, события, проекты и достижения

Опубликовано: Четверг, 20 марта 2025, 16:15

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

185

Здесь обозначены некоторые аспекты проблемы возвращения интернатуры. Несколько дней назад на нашем сайте была опубликована статья, в которой эта проблема раскрывается гораздо шире и глубже: [«О воскрешении интернатуры и проблемах первичного звена здравоохранения»](#).

Названная статья вызвала живой отклик в медицинском сообществе – она получила уже более 270 комментариев, и обсуждение ещё продолжается. В наших ближайших планах провести содержательный анализ комментариев, чтобы не упустить ни одно важное наблюдение и ни одно интересное предложение коллег. Оставайтесь с нами!

Для цитирования:

Таевский А.Б. [Интерн, воскресни! Прошлые и будущие образы интернатуры](#) . – ЗдравЭкспертРесурс, 201.
<https://www.zdrav.org/index.php/201-intern-voskresni>.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

[Обсудить в Телеграм](#)

[Обсудить вКонтакте](#)

[Каталог решений Здрав.Биз](#).