

РЕАЛЬНЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

Пешев Л.П., Ляличкина Н.А.¹

¹ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, e-mail: Cord-an@yandex.ru

Проведен критический анализ тематических публикаций, официальных документов Минздрава Российской Федерации и результатов собственных исследований (анонимный анкетный опрос 432 студентов-выпускников медицинских вузов). Выявлены основные недостатки в системе высшего медицинского образования в России: слабая клиническая подготовка студентов, отсутствие материально-технической базы в медицинских вузах (помещений для аудиторных занятий, лабораторий, медицинской современной аппаратуры и др.), устаревшая пятибалльная система оценки знаний студентов, слабая мотивация обучения в медицинских вузах из-за низкой заработной платы врачей, социальная незащищенность, проблемы с трудоустройством; несоответствие методологии преподавания в российских медицинских вузах международным стандартам. Даны конкретные предложения по оптимизации высшего медицинского образования в стране и предлагается объективное общественное обсуждение набравших вопросов с участием всех заинтересованных сторон.

Ключевые слова: высшее медицинское образование, методология преподавания, контроль знаний студентов; трудоустройство молодых врачей.

REAL WAYS TO IMPROVE THE QUALITY OF HIGHER MEDICAL EDUCATION IN RUSSIA

Peshev L.P., Lyalichkiha N.A.¹

¹Mordovian state University. N.P. Ogarev, Saransk, e-mail: Cord-an@yandex.ru

The analysis of thematic publications, official documents of the Ministry of health and the results of our research (an anonymous survey of 432 students medical graduates). The basic shortcomings in the system of higher medical education in Russia: weak clinical training of students, lack of material-technical base of medical institutions (facilities for classrooms, laboratories, modern medical equipment, etc.), outdated five-point rating system of knowledge of students, poor motivation of teaching in medical universities because of low salaries of doctors, social insecurity, problems with employment; the mismatch of teaching methodology in Russian medical universities to international standards. This particular optimization of the higher medical education in the country.

Keywords: higher medical education, methodology of teaching, knowledge control of students; employment of young doctors.

В последнее десятилетие во всех средствах массовой информации обсуждаются этапы так называемой перестройки и оптимизации системы здравоохранения в России. Основанием для таких жарких дискуссий стали многочисленные публикации в центральной печати и по телевидению о низкой квалификации, неэтичном поведении и мздоимстве российских врачей. При этом никто, обращая внимание, никто из авторов этих обличительных статей, выливая грязь на головы наших медиков, не считал необходимым подробно и квалифицированно разобраться в сложившейся ситуации и дать конкретные предложения по ее исправлению.

Процесс зашел так далеко, что потребовалось вмешательство органов центральной власти и лично президента страны. На состоявшемся в декабре 2016 года круглом столе в Государственной думе были предприняты попытки анализа причин такого

катастрофического положения в российской медицине и выработки стратегии преобразования нашей системы здравоохранения.

В своем докладе руководитель департамента Министерства здравоохранения РФ Т.В. Семенова заверила, что руководство страны предпринимает шаги на устранение имеющейся проблемы, в частности дефицита и качества подготовки медицинских кадров в стране. Ссылаясь на Указ Президента РФ В.В. Путина (№ 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 7 мая 2012 года), в котором был обозначен «комплекс мер по устранению кадрового дефицита в здравоохранении», автор доложила, что в каждом регионе разработаны и утверждены кадровые программы. В них заложены «ключевые индикаторы и комплекс мероприятий, направленных на повышение квалификации специалистов, а также меры поддержки дефицитных специальностей в здравоохранении».

Но, судя по этим «индикаторам», состояние здравоохранения стало еще более плачевным. Если в 2011 году в стране работали 619 400 врачей, то в 2016 – 594 000.

По данным руководителя департамента, ежегодно по разным причинам из здравоохранения уходят 54 тыс. врачей (и 122 тыс. работников среднего звена). Поэтому дефицит врачей в отрасли в настоящее время составляет 35 тыс. (а медсестер, акушерок и фельдшеров – 270 тыс. человек). Приведенные факты показывают, что новый этап «перестройки и модификации» должен быть не декларативным, а продуманным и продуктивным. Для этого необходим глубокий объективный анализ причин такого провала и разработка действительно эффективных мер по выходу нашего здравоохранения на достойный уровень. Это необходимо не только с профессиональных, но и с социальных и этических позиций, потому что здоровье нации – это основной капитал государства, важнейший двигатель его экономического, политического и духовного процветания.

К сожалению, анализ тематических публикаций различных авторов, в том числе педагогов, и официальных документов правительства показывает, что выверенной стратегии перестройки системы здравоохранения в стране нет. Все пожелания, рекомендации, инструкции касаются лишь частных вопросов и не позволяют создать эффективную программу выхода нашего здравоохранения из тупика. Как утверждают многие авторы, основная трудность решения этой проблемы заключается в негодной системе высшего медицинского образования в России [1-5].

При этом одни авторы для исправления ситуации рекомендуют «расширить и углубить фундаментальную составляющую высшего медицинского образования, основанную на традициях образования в дореволюционной России» [6].

Другие считают приоритетным повышение качества практической подготовки наших врачей [7; 8].

Третьи призывают поднять престиж педагогов-медиков в обществе, считая, что «преподаватели высшей медицинской школы – особая категория педагогов, имеющих специфические функции, условия и методы работы, квалификационные и личностные характеристики» [9].

В то же время реалисты утверждают, что причины всех бед заключаются в мизерной оплате труда и педагогов-врачей и вообще медиков, чем снижается мотивация для приобретения медицинских профессий, а также в недостаточной материально-технической базе медицинских вузов: отсутствии помещений для проведения аудиторных занятий, лабораторий; хроническом дефиците современной медицинской диагностической и лечебной аппаратуры для обучения студентов; отсутствии программ и отсутствии методической литературы, дающих возможность проводить учебный процесс по единому современному стандарту [10; 11].

В связи с этим Министерством здравоохранения РФ разработан новый «комплекс мер, включающий три основных направления: совершенствование, планирование и использование кадровых ресурсов, усовершенствование системы подготовки специалистов, формирование и расширение системы стимулирования медицинских работников». Как реальный шаг, рекомендовано «увеличить долю целевого приема студентов на медицинские специальности», которая в 2016 году составила лишь 38% от запланированного [12].

Итогом работы круглого стола стало принятие рекомендаций правительству РФ рассмотреть возможность финансирования строительства клиник при медицинских вузах в рамках программы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» Государственной программы «Развитие здравоохранения» [5; 7].

Но реализация этого плана по строительству практически невыполнима, поскольку бюджетное финансирование здравоохранения правительством РФ в 2017 году сокращено до 363 млрд рублей, т.е. по сравнению с 2016 годом уменьшено на 181 млрд рублей (на 33,3%) [13].

Таким образом, очевидно, что в сложившейся ситуации необходим поиск эффективных, но менее затратных путей реорганизации здравоохранения, основанных на конструктивных предложениях профессорско-преподавательского состава медвузов, квалифицированных организаторов здравоохранения, практических врачей, студентов, так как последним в ближайшей перспективе предстоит реализовать намеченные программы.

Целесообразность такой инициативы показали проведенные нами социологические исследования [14]. По результатам анонимного анкетного опроса 432 студентов-

выпускников двух медицинских вузов установлено, что только 197 из них (45,5%) считали себя всесторонне подготовленными к самостоятельной работе. При этом 333 студента (77,2%) жаловались на недостаточную клиническую подготовку и только 39 (9,1%) – на нехватку теоретических знаний. Согласно данным других авторов, на слабые клинические и теоретические знания указывали 29,0% респондентов [7].

Одной из главных причин такого удручающего положения, следует признать, является отсутствие надлежащих условий (помещений, современного медицинского оборудования и др.) для проведения практических и лабораторных занятий [7; 10; 11; 15].

Не секрет, что в большинстве вузов клинические кафедры расположены на базе лечебных учреждений практического здравоохранения, где полновластным хозяином является главный врач. Поэтому от его понимания и взглядов на условия проведения учебного процесса зависит и предоставление помещений для учебных комнат, и разрешение на использование медицинской аппаратуры для учебных целей, и регламент работы студентов в палатах, манипуляционных, операционных, т.е. основные факторы, определяющие клиническую подготовку будущих врачей.

К тому же совершенно абсурдным с юридических позиций выглядит пункт в утвержденном Минздравом «Временном положении о клинической больнице», согласно которому заведующий кафедрой, не являясь штатным сотрудником больницы, подчиняется по лечебной работе главному врачу.

Таким образом, находясь в статусе «приживалок» на клинических базах, кафедры фактически лишены возможности строить учебный процесс в соответствии с современными требованиями к практической подготовке будущих врачей. Оптимальным выходом из сложившейся ситуации, по нашему мнению, должно быть не строительство новых клинических баз, а передача крупных больниц и родовспомогательных учреждений медицинским вузам, где руководителями клиник следует назначать заведующих профильными кафедрами. Штаты в таких учебно-производственных комплексах (зав. отделениями, лабораториями) необходимо комплектовать из опытных клиницистов-профессоров, доцентов, ассистентов, в функции которых должна входить организация не только лечебного, но и учебного процесса. С финансовой стороны такая модернизация обойдется государству значительно дешевле, чем строительство новых клиник, нужна только «политическая воля», т.е. всесторонне продуманный консенсус министерств высшего образования, здравоохранения и финансов.

Другим ключевым моментом в решении кадровой политики в здравоохранении должно быть радикальное изменение принципов обучения студентов в вузе. Несомненно, бесплатное образование и здравоохранение – гуманнейшие социальные достижения в нашей

стране, но у нерадивых студентов сложилось стойкое убеждение, что государство обязано их учить. Отсюда пропуски занятий, «хвосты», троечная успеваемость, а в итоге низкая профессиональная квалификация и «врачебные ошибки», гневно обсуждаемые в средствах массовой информации. Кроме того, обучение таких «эскулапов» ложится тяжелым и бесполезным финансовым бременем на плечи налогоплательщиков. Поэтому будет логичным перевод студентов-троечников на платную форму обучения. Таким путем можно в кратчайшие сроки повысить успеваемость и одновременно заметно пополнить скудный государственный бюджет на образование и здравоохранение.

Но для этого необходимо радикально изменить систему контроля знаний студентов, так как существующая пятибалльная система не дает возможности персонифицировать уровень квалификации каждого студента – будущего врача и создает лазейку недобросовестным преподавателям для общеизвестных манипуляций. При введении так долго обсуждаемой рейтинг-системы оценки знаний вместо порочного принципа учебы «за оценку» у студентов появится стимул к учебе «за знания», что в свою очередь позволит объективно выявить уровень их профессиональной квалификации в процессе обучения [10].

Значительного повышения качества медицинского образования при минимальных финансовых затратах, мы полагаем, можно достичь, изменив на последних курсах программу обучения. В настоящее время студент, обучаясь в вузе шесть лет, получает в итоге диплом врача «общей практики» и вынужден, по сути, освоить «экстерном», за 1–2 года, избранную специальность. Квалификация такого эрзац-специалиста общеизвестна. В то же время, согласно данным анкетного опроса, абсолютное большинство (83,7%) студентов окончательно выбрали будущую специальность уже после четырех лет обучения в вузе. Приведенный факт позволяет утверждать, что рационально после 4 курса, т.е. после получения студентом базисных знаний по основным предметам, на 5 и 6 курсах начинать осваивать избранную специальность (первичная специализация), а затем продолжить в течение 2 лет, обучаясь в клинической ординатуре. При этом клиническая ординатура должна стать обязательным этапом обучения каждого студента, а не бонусом для «особо одаренных» студентов. Таким путем мы увеличим сроки специализации будущих врачей без крупных финансовых затрат, одновременно значительно повысив уровень их клинической подготовки.

Одним из самых острых вопросов, многократно обсуждаемых в печати, является трудоустройство молодых специалистов и оплата их труда.

Согласно нашим данным, 393 (90,7%) студента планировали по окончании института работать по избранной специальности, но при этом 247 студентов (57,2%) желали бы работать за границей, мотивируя свое желание низкой зарплатой и социальной

незащищенностью (проблемы с трудоустройством, некомфортные бытовые условия, особенно в сельской местности и отдаленных районах) врачей в России. Такая тревожная статистика требует принятия неотложных и радикальных мер по исправлению ситуации. Во-первых, необходимо восстановить гарантии государства по трудоустройству молодых специалистов, но по новым принципам. Поскольку в настоящее время значительно расширены полномочия региональной власти, главные врачи всех участковых, районных и городских медицинских учреждений будут обязаны ежегодно сообщать через Интернет о вакантных ставках врачей с перспективой на ближайшие 3 года. В этом случае студенты старших курсов могут заранее заключить договор с заинтересованным лечебным учреждением и обговорить условия работы. С другой стороны, студент по окончании вуза будет должен за бесплатно полученное образование отработать 5 лет в лечебном учреждении согласно договору. При несоблюдении этого условия выпускник обязан вернуть государству все средства, затраченные на его образование. В противном случае он лишается диплома.

Если в лечебном учреждении на вакантную ставку будет несколько претендентов, то преимущество должно отдаваться выпускнику с более высоким рейтингом (в баллах), который студент обязан предъявить при заключении договора.

Обобщая анализ данных литературы и результатов собственных исследований, логично заключить, что эффективная реорганизация системы здравоохранения в стране возможна только при объективном обсуждении всех наболевших вопросов профессорско-преподавательскими коллективами вузов, компетентными представителями органов практического здравоохранения, врачами и студентами.

Список литературы

1. Аникин В.В., Зотова Ю.А. Проблемы медицинского образования в России // Бюллетени медицинских интернет-конференций. – 2016. - Вып. № 1. – Т. 6. [Электронный ресурс]. – URL: <https://medconfer.com/node/5943>.
2. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Педагогическая рефлексия как один из ведущих факторов качественного повышения квалификации врачей-педагогов медицинского университета // Медицинское образование-2013: сборник тезисов. – М., 2013. - С. 29-32.
3. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. – М., 2013. – С. 369-375.

4. Караваев В.Е., Тезикова И.В., Варникова О.В., Философова М.С. Медицинское образование: проблемы и перспективы [Электронный ресурс]. – URL: <https://interactive-plus.ru/ru/article/18664/discussion-platform>.
5. Скворцова В.И. Пути решения кадровой проблемы в здравоохранении [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=7674>.
6. Петров С.В., Балахонов А.В., Молитвин М.Н., Фионин Д.В. Современные проблемы высшего медицинского образования. Роль фундаментализации высшего медицинского образования // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. – 2006. – Вып. № 4. – С. 129–137.
7. Турупаев К. Проблемы подготовки медицинских кадров в высшей школе [Электронный ресурс]. – URL: www.Statusmedicus.ru/2017/01/16/.
8. Шапошников В.И., Ашхамаф М.Х., Гедрон Р.В., Марченко Н.В. Проблемы современного медицинского образования // Медицинский журнал экспериментального образования. – 2012. – № 4-2. – С. 272-274.
9. Валеев Р. Реформы медицинского образования: кадры решают все [Электронный ресурс]. – URL: <http://ra-ria-ami.ru/read/23912>.
10. Пешев Л.П. Педагогика медицинского вуза: учеб. пособие. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2011. – 184 с.
11. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. Непрерывное обучение врачей – требование современной практики здравоохранения // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2013. – № 1. – С. 18-25.
12. Проект концепции развития непрерывного медицинского образования с участием профессиональных медицинских организаций РФ // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2012. - № 3. - С. 72-79.
13. Романцов М.Т., Мельникова И.Ю., Шамшива О.В. Российское национальное медицинское образование на этапе его реформирования // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2014. – № 1. – С. 14-19.
14. Пешев Л.П., Ляличкина Н.А. Реальные векторы повышения качества подготовки врачей в вузах России // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. - URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23328>.
15. Пушкарь Д.Ю. Через 10–15 лет у нас образованных врачей в принципе не будет [Электронный ресурс]. – URL: www.kommersant.ru/doc/325843.