

## ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ В РОССИИ

**Пешев Л.П., Ляличкина Н.А.**

*ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,  
Саранск, e-mail: Cord-an@yandex.ru*

Анализ промежуточных итогов продолжающейся реформы высшего образования в нашей стране выявил существенные недостатки в обучении и последипломном повышении квалификации студентов медицинских вузов. Сложность проблемы заключается в отсутствии единой четкой государственной системы послевузовской специализации (одногодичная интернатура?, двухгодичная ординатура?), гарантирующей получение достаточного объема теоретических знаний и практических навыков, повышение уровня профессиональной квалификации в соответствии с международными стандартами. Рассмотрены возможные пути решения проблемы, среди которых оптимальным является радикальный пересмотр вузовской программы обучения студентов: введение двухгодичной первичной специализации – субординатуры после 4 курса, а по окончании вуза – обязательная двухгодичная клиническая ординатура по избранной специальности; отмена неэффективной одногодичной интернатуры. Предложенная модификация позволит без существенных финансовых затрат значительно повысить квалификацию молодых врачей, избавит наше общество от «эрсатз»-специалистов, повысит престиж российских врачей в мире.

**Ключевые слова:** реформа медицинского образования, последипломное обучение, профессиональная квалификация, ординатура, интернатура

## PROBLEMS AND WAYS OF OPTIMIZATION OF POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION IN RUSSIA

**Peshev L.P., Lyalichkina N.A.**

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

Analysis of the interim results of the ongoing reform of higher education in our country has revealed significant shortcomings in training and postgraduate training of medical students. The complexity of the problem is the lack of a single clear state system of postgraduate specialization (one-year internship?, biennial residency?) ensure sufficient theoretical knowledge and practical skills, improve the level of professional qualifications in accordance with international standards. The possible ways of solving the problem, among which the optimum is a radical revision of the undergraduate curriculum students: the introduction of a biennial primary specialization – subordinator after the 4th course, and after graduation – required biennial residency in their chosen specialty; the abolition of the inefficient one-year internship. The proposed modification will allow without significant financial cost to significantly improve the skills of young doctors, will save our society from «ersatz» experts, will enhance the prestige of Russian doctors in the world.

**Keywords:** the reform of medical education, postgraduate training, professional qualifications, residency, internship

Продолжающаяся в течение последних лет реформа всей системы высшего образования в нашей стране существенно отразилась и на педагогической системе медицинских вузов, выявила многие проблемы медицинского образования [2, 3]. Одна из таких ключевых проблем – перестройка послевузовской специализации и повышения квалификации врачебных кадров. Отход от традиционной системы первичной специализации – субординатуры с последующей одногодичной интернатурой или двухгодичной ординатурой, переориентация на подготовку врачей общей практики (аналог зарубежного «семейного врача») в сочетании с переходом на порядок самостоятельного трудоустройства выпускников вузов создали дополнительные проблемы профессорско-преподавательскому составу, администрации медицинских институтов

в поиске путей оптимизации последипломного образования врачей, доведения его до уровня международных стандартов Болонского соглашения.

Очевидно, что для решения обозначенных проблем необходимы целенаправленные научно-педагогические исследования – разработка более эффективных технологий подготовки и переподготовки врачебных кадров, повышения их квалификации в соответствии с современными требованиями.

**Цель исследования** – поиск эффективных направлений модернизации последипломного высшего образования выпускников отечественных медицинских вузов.

### **Материалы и методы исследования**

Ретроспективный анализ итогов структурированного анонимного анкетного опроса студентов об эффективности существующей системы подготовки

врачебных кадров в стране; контент-анализ законодательных документов и источников тематической литературы для теоретического обоснования подходов к модернизации образовательного процесса в медицинских вузах.

### Результаты исследования и их обсуждение

При анализе тематической литературы обращает на себя внимание отсутствие мнения обучаемых (студентов) об эффективности существующей системы подготовки врачебных кадров в стране.

Поэтому на первом этапе исследования был проведен анонимный анкетный опрос студентов 6 курса в одном из медицинских вузов Поволжского региона ( $n = 223$  человека). По результатам опроса установлено, что только 23% из числа респондентов считали себя подготовленными к самостоятельной работе, причем 79% из них отметили недостаточность приобретенных практических навыков. При этом средний балл успеваемости, включая результаты госаттестации, составлял у них 4,1 [4]. Такие удручающие результаты свидетельствуют о необходимости радикальной перестройки системы высшего медицинского образования с акцентом на более совершенную клиническую подготовку будущего врача.

В этом контексте нуждается в усовершенствовании и система последипломной специализации и повышения квалификации молодых врачей – выпускников вузов.

В настоящее время, получая диплом врача «общей практики», т.е. не обладая должными практическими навыками по избранной специальности, студент вынужден за один год клинической интернатуры пройти специализацию, т.е. по сути, освоить заново теоретический материал и пройти соответствующую клиническую подготовку, что, как показывает практика, нереально.

Нуждается в коррекции и существующая программа клинической ординатуры, в частности по акушерству и гинекологии, в которой допущены неточности.

Например, согласно программе, лекционный курс за 2 года обучения составляет 132 часа (66 акушерство + 66 гинекология) при 2 лекциях (т.е. 4 часа) в месяц.

Очевидно, что в таком графике за 2 года ординатуры весь лекционный курс выполнить невозможно ( $4 \text{ часа} \times 22 \text{ месяца} = 88 \text{ часов}$ ). Если же увеличить количество лекций, это пойдет в ущерб практической подготовке ординаторов. Кроме того, доказано, что коэффициент усвоения лекционного материала не превышает 35–40%, т.е. по сравнению с клиническими семинарами лекция как форма обучения менее эффективна [1, 5].

Поэтому программа клинической ординатуры, на наш взгляд, нуждается в пересмотре и дополнениях. К этому обязывают и изменившиеся условия приема в клиническую ординатуру. Так, наряду с бесплатным обучением в настоящее время разрешен прием на коммерческой основе. В связи с этим учебные планы и программы клинической ординатуры должны быть не однотипными, а более индивидуализированными и разрабатываться с учетом запросов заказчика. При их составлении следует принимать во внимание стаж практической работы обучаемого, профиль его настоящей и будущей работы (акушерский, гинекологический стационары, женская консультация, частнопрактикующий врач и т.д.), базисный рейтинг (КИП). В зависимости от условий договора должна меняться и стоимость обучения в клинической ординатуре, в калькуляцию которой необходимо закладывать средства на дополнительные, зафиксированные в договоре разделы, по которым специалист желает повысить квалификацию (оперативная техника, менеджмент, психологические, организационные аспекты и др.). Таким путем, на наш взгляд, можно повысить эффективность обучения в клинической ординатуре и привлечь дополнительные материальные средства в бюджет вуза, обучающей кафедры [5].

Но здесь следует заметить, что обучение в клинической ординатуре на предлагаемых условиях накладывает на профессорско-преподавательский состав обучающей кафедры дополнительные обязательства:

– стаж работы и врачебная квалификация обучающего (по контракту) преподавателя должны соответствовать запланированному в договоре уровню профессиональной подготовки ординатора. В отдельных случаях для этих целей возможно привлечение (также на контрактной основе) высококвалифицированных практических врачей (хирургов, гинекологов, анестезиологов и др.), которые должны нести персональную ответственность за качество клинической подготовки молодого специалиста.

Второй, не менее важный аспект. Если принять к сведению, что высшее образование в нашей стране и в дальнейшем планируется оставить бесплатным, то нелогично и расточительно, с точки зрения налогоплательщиков, предоставлять выпускникам вузов свободное трудоустройство, при котором возможен отток подготовленных специалистов с высшим образованием за границу, как это нередко наблюдается в настоящее время. Поэтому, с учетом сложившейся ситуации, на наш взгляд, целесообразно повысить роль и ответственность государства

за трудоустройство молодых специалистов, на обучение которых затрачиваются немалые бюджетные средства.

Но здесь возникает ряд проблем.

Первая – по какому принципу должно происходить распределение выпускников вузов в лечебные учреждения страны? Понятно, что централизованное распределение специалистов, практиковавшееся ранее отраслевыми союзными и республиканскими министерствами, в настоящее время невозможно в связи со значительным усилением роли региональных органов самоуправления.

Эффективной альтернативой такому «валовому» распределению может стать трудоустройство выпускников вузов на контрактной основе. При этом заказчиком должно быть конкретное лечебное учреждение, заинтересованное в пополнении или смене врачебных кадров. Для этой цели в бюджете каждой больницы должны быть заложены необходимые средства.

Формы контрактов могут быть разные.

Первая – когда договор заключается между лечебным учреждением – заказчиком, абитуриентом и вузом и предусматривает обучение студента в вузе с последующим обязательным распределением его в лечебное учреждение – заказчик. Такая форма контрактов ранее успешно практиковалась во многих регионах страны, когда заказчиками являлись лечебные учреждения крупных колхозов, совхозов и т.д.

Вторая форма – договор также заключается между указанными сторонами, но с условием лишь последипломной специализации выпускника вуза. В контракте указываются: продолжительность и форма, конечная цель подготовки (организатор здравоохранения, заведующий отделением, ординатор больницы и т.д.). Стоимость подготовки, профессионального совершенствования молодого специалиста должна быть различной и зависеть от профиля специализации (хирургический, терапевтический и т.д.), материальных затрат на его подготовку, конечной цели обучения. Например, при подготовке заведующего отделением – гинеколога минимальный уровень его хирургической квалификации должен быть не ниже освоения техники операции экстирпации матки с придатками, urgentных операций на смежных органах малого таза и др. Поэтому в договоре должны быть указаны перечень и количество операций, которые обучаемый обязан выполнить за время прохождения специализации, усовершенствования.

По окончании курса проводится квалификационная аттестация специалиста с обязательным участием в комиссии пред-

ставителя заказчика. Ответственность за качество подготовки специалиста должна возлагаться на выпускающую кафедру.

В случае выполнения условий договора – положительной аттестации, обучаемому выдается удостоверение установленного образца, а протокол аттестации заверяется подписями членов комиссии и обязательно – представителя заказчика.

Третьей, наиболее эффективной и поэтому, на наш взгляд, перспективной формой непрерывного обучения и совершенствования профессионального мастерства врачей должна быть форма долгосрочных контрактов, при которой вуз заключает постоянные договоры с лечебными учреждениями региона (регионов) о непрерывном плановом последипломном обучении, повышении квалификации врачебных кадров на клинических базах вуза. Преимущества такой формы очевидны:

– По данным рейтинг-системы вуз имеет объективную профессиональную и социальную характеристику каждого врача – бывшего выпускника. На основании ее кафедра может составить индивидуальный план повышения квалификации каждого обучающегося с учетом выявленных ранее пробелов в его знаниях.

– Вуз имеет возможность постоянно контролировать уровень квалификации врачей региона путем анализа профильных показателей годовых отчетов лечебных учреждений и на основании анализа давать рекомендации администрациям лечебных учреждений, департаментам здравоохранения, министерствам области о необходимости проведения очередного цикла профессионального совершенствования врачей по той или иной специальности.

– В отличие от практикуемых в настоящее время методов повышения квалификации врачей – индивидуальных путевок на ФПК других вузов, выездных тематических циклов усовершенствования врачей, проводимых кафедрами других медицинских институтов и др., при которых обучающая кафедра фактически не несет ответственности за качество обучения врачей, кафедры регионального вуза будут вынуждены перестраивать планы и учебные программы ФПК по отдельным специальностям в зависимости от динамики основных показателей работы лечебных учреждений.

Таким образом, предлагаемая система непрерывного последипломного обучения, повышения квалификации врачей, в отличие от ныне существующей, является более адресной и экономически целесообразной. В ней взаимосвязаны интересы административных органов практического здраво-

охранения и медицинских вузов. Позитивным результатом такого взаимодействия должно быть улучшение основных показателей охраны здоровья населения в регионе, а также экономия муниципальных материальных средств, затрачиваемых на обучение врачебных кадров.

Данная система не исключает также возможности заключения вузами срочных контрактов со смежными областями, в которых нет медицинских вузов, при условии коррекции учебных программ с учетом запросов заказчика.

В случае желания отдельных врачей пройти специализацию, повышение квалификации по избранной специальности в данном вузе на платной основе контракт может быть заключен индивидуально.

В связи с изложенными фактами предлагаются следующие изменения:

1. Студенты по окончании 4 курса, т.е. после получения базисных знаний по основным клиническим дисциплинам, проходят обучение в течение 2-х лет в субординатуре по избранной специальности – первичная специализация (включая возможную специализацию «врача общей практики»).

2. После получения диплома выпускник вуза в обязательном порядке продолжает обучение по специальности в 2-годичной клинической ординатуре (повышение квалификации).

3. Клиническую интернатуру, как неэффективный метод исключить из системы обучения врачей.

4. Учитывая нововведения – самостоятельное трудоустройство выпускников медицинских вузов, оплата обучения молодого специалиста в клинической ординатуре производится лечебным учреждением, с которым у выпускника вуза заключен договор о трудоустройстве.

В договоре должен быть указан срок отработки в данном учреждении по окончании врачом клинической ординатуры.

5. Студенты, окончившие вуз с удовлетворительными оценками, должны обязательно проходить обучение в клинической ординатуре на платной основе до полного освоения избранной специальности. Такая мера должна повысить ответственность самих обучающихся и оградить будущих пациентов от неквалифицированных врачей.

6. Заявку на необходимое количество специалистов каждый главный врач лечебного учреждения должен подавать в администрацию вуза самостоятельно.

Предложенная система подготовки медицинских кадров будет способствовать повышению их квалификации, устраним недовольство населения качеством оказания медицинских услуг без существенных дополнительных финансовых затрат государством на здравоохранение.

#### Список литературы

1. Берзинь В.И., Глущенко А.Г., Слепушкина И.И. Методы активного обучения в медицинском вузе // Актуальные психолого-педагогические проблемы медицинского образования в Украинской ССР: тез. докл. 2-й Респ. науч. конф., 20–21 апр. 1990 г., Ивано-Франковск. – Киев; Ивано-Франковск, 1990. – С. 25.

2. Дадаева Т.М., Фадеева И.М. Реформа высшей школы: парадоксы и тупики институциональных изменений / Институциональный дизайн высшей школы. – 2014. – № 3. – С. 28–35.

3. Клюев А.К., Князев Е.А. Структурные преобразования в высшей школе России: проблемы и перспективы // Университетское управление: практика и анализ. – 2008. – № 5. – С. 6–11.

4. Пешев Л.П. Рейтинг – система контроля знаний студента на клинической кафедре. – Саранск: Изд-во Мордовского госуниверситета, 2001. – 55 с.

5. Пешев Л.П. Педагогика медицинского вуза: учеб. пособие. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2011. – 184 с.

#### References

1. Berzin V.I., Glushhenko A.G., Slepushkina I.I. Metody aktivnogo obuchenija v medicinskom vuze // Aktualnye psihologo-pedagogicheskie problemy medicinskogo obrazovanija v Ukrainskoj SSR: tez. dokl. 2-j Rosp. nauch. konf., 20–21 apr. 1990 g., Ivano-Frankovsk. Kiev; Ivano-Frankovsk, 1990. pp. 25.

2. Dadaeva T.M., Fadeeva I.M. Reforma vysshej shkoly: paradoksy i tupiki institucionalnyh izmenenij / Institucionalnyj dizajn vysshej shkoly. 2014. no. 3. pp. 28–35.

3. Kljuev A.K., Knjazev E.A. Strukturnye preobrazovanija v vysshej shkole Rossii: problemy i perspektivy // Universitet-skoe upravlenie: praktika i analiz. 2008. no. 5. pp. 6–11.

4. Peshev L.P. Rejting sistema kontrolja znanij studenta na klinicheskoj kafedre. Saransk: Izd-vo Mordovskogo gosuniversiteta, 2001. 55 p.

5. Peshev L.P. Pedagogika medicinskogo vuza: ucheb. posobie. Saransk: Izd-vo Mordov. un-ta, 2011. 184 p.

#### Рецензенты:

Зорькина А.В., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии и функциональной диагностики, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск;

Сипров А.В., д.м.н., профессор кафедры фармакологии, клинической фармакологии с курсом фармацевтической технологии, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск.