

Президент РФ В. Путин поручил Правительству и Министерству здравоохранения РФ обеспечить целевой приём абитуриентов в медицинские вузы, чтобы после выпуска они работали в той больнице, которая направила их учиться. По данным Минздрава, дефицит врачей в России составляет 40 тыс. человек, среднего медперсонала — 270 тыс. человек. Как будет действовать эта схема, как отслеживать распределение выпускников? И не будет ли это способствовать развитию очередного вида коррупции? На эти вопросы ответил ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова профессор Олег ЯНУШЕВИЧ.

В российские медицинские вузы уже завершился приём первой волны абитуриентов. Будущие студенты оказались активнее, по сравнению с предыдущим годом, примерно на 10%. Так, в МГМСУ было подано 21 тыс. заявлений, правда, 7 тыс. абитуриентов имели право поступать на несколько факультетов на выбор. Порядка 29% поступавших, как и в предыдущие годы, составляют целевые студенты от разных регионов — Московской, Калужской, Липецкой, Орловской, Смоленской областей, республик Калмыкия, Бурятия, Тыва, Чеченская, Северная Осетия — Алания.

Хотя новый закон об образовании определил максимум 15% от всего количества студентов, которое набирается по целевому набору, но ещё 2 года назад совместно с Министерством здравоохранения и социального развития и Министерством образования и науки РФ было решено, что квота для медицинских вузов будет несколько выше — до 40%.

К сожалению, существует проблема возвращения студентов в свои регионы. Так, опыт работы МГМСУ с регионами и заключения трёхсторонних договоров между органами управления здравоохранением региона с вузом и конкретным студентом показывает, что ситуации бывают разные. Небольшой набор на вечернее отделение (30 человек) объясняется тем, что туда приходят в основном фельдшеры, работающие на «скорой», которые хотят поднять свой образовательный уровень. Фактически 100% этих ребят возвращается в систему здравоохранения Москвы на скорую помощь. Хороший процент «возврата» (около

90%) в Калмыкии, Бурятии, Туве. Противоположная ситуация со студентами из Липецкой, Тульской, Рязанской областей. Студенты из



Авторитетное мнение

Плюсы и минусы целевого набора

Как обязать выпускников работать там, где это необходимо?

этих регионов Центрального федерального округа после окончания вузов стараются закрепиться в Москве, как и представители Чечни и Ингушетии.

Решит ли проблему создание региональных филиалов медицинских вузов? Во времена СССР в стране было всего 18 стоматологических факультетов. Сейчас только в России их 46. Практически каждый крупный город имеет медицинский вуз, либо факультет в классическом университете. Конечно, открытие филиалов на базе классических вузов — правильно, поскольку, когда человек учится в регионе, он там потом обычно и закрепляется. А сейчас те же студенты из республик Чеченской, Ингушетии и Дагестан, приезжая учиться, например, в Ставрополь, там же стараются и остаться.

Достаточно неплохо в регионах начала работать программа, по которой молодому специалисту,

приехавшему работать на село, выдают 1 млн руб. в качестве подьёмной. Но уже идут предложения, чтобы это распространялось не только на молодых, но и на опытных специалистов. Чтобы не возникало ситуаций подобной той, когда педиатр в Курской области со своим уходом оставила без медицинской помощи около 400 детей. Да и среди пожилых врачей-москвичей наверняка найдутся желающие, пусть и в небольшом количестве, получить в регионе свой «домик в деревне» перед выходом на пенсию.

Что касается молодых выпускников, они по-прежнему хотят делать карьеру в медицине, работать в крупных специализированных центрах, делать высокотехнологичные операции. И их нежелание ехать в глубинку можно понять — не каждый регион способен обеспечить такие запросы. Но если регион (или работодатель из региона)

оплатили затраты на обучение своего целевого студента, они, безусловно, имеют право спросить с него компенсацию в качестве отработки. А студенту, самому оплатившему своё образование и согласному работать в районной поликлинике, где предложат, затраты на образование, наоборот, можно вернуть. Такая система работает в Китае, в Швеции и в ряде других стран, которые переводят обязательства студента-медика в финансовую плоскость. И об этом стоит подумать, тем более что уже возникают предложения о воз-

дефицит специалистов в стране.

Отслеживание распределения выпускников на сегодняшний день осуществляется с помощью отчётности, которую регион предоставляет в Министерство здравоохранения. Конечно, специалист может через полгода уйти, не выполнив условия договора. Но целевой набор в вузе составляет примерно 200 человек в год, за каждым не уследишь. Сейчас Минобрнауки собирается проводить мониторинг трудоустройства выпускников всех вузов. Но на сегодняшний день вся информация держится на личных контактах деканата с каждым из выпускников.

Есть ещё одна проблема, о которой мало говорят, — около 14% выпускников устраиваются в разные фармфирмы, где работают менеджерами по продажам. Конечно, и такие специалисты нужны. Но можно их считать работающими по специальности? А порядка 12-13% выпускников устраиваются в администрации больниц, частных клиник — бывает, становятся чуть ли не сразу после окончания вуза главными врачами. Итого получается, трудоустройство по специальности 26-27% выпускников вызывает сомнение.

Если брать проблемы конкретно молодых стоматологов, они временно работают в 3-5 клиниках, зачастую по 12 часов в сутки. И это практикуется в других отраслях медицины. Понятно, что такой вид трудоустройства отследить бывает сложно. Тем более что молодому специалисту-стоматологу устроиться в поликлинику, скажем, в Москве просто нереально — все ставки заняты.

Что касается проходных баллов, у целевиков в Липецкой области по ЕГЭ он составил 280, в Республике Кабардино-Балкария — 262, в Московской области — 246, в Республике Бурятия — 234 балла. Не самые низкие результаты даже для конкурсного поступления. Поэтому не стоит думать, что целевиков набирают неизвестно из кого и непонятно какие врачи из них получатся.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Прямая речь

О недостаточном высоком качестве подготовки выпускников медицинских вузов сегодня говорится очень много. В публичную дискуссию об уровне и проблемах современного высшего медицинского образования в России включились все, от руководителей Министерства здравоохранения РФ до рядовых врачей.

Своими мыслями о том, как повысить эффективность учебного процесса, чтобы готовить для практического здравоохранения специалистов с высоким уровнем как теоретических знаний, так и практических навыков, с корреспондентом «МГ» поделился профессор кафедры онкологии Новосибирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, лауреат Государственной премии Пётр ШЕЛЕСТЮК.

— Мой медицинский стаж исчисляется с 1957 г., я имею в равной степени большой опыт работы и как практикующий врач, и как преподаватель. Поэтому мои выводы не голословны, а предложения не умозрительны — они появились в результате многолетнего наблюдений за подготовкой будущих врачей и столь же длительного личного участия в образовательном процессе.

Прежде всего, я убеждён в том, что формирование будущего врача — задача не только медицинских университетов, но и самого практического здравоохранения. Руководителям региональных минздравов и главным врачам

Учиться где, чему и зачем?

К сегодняшним задачам высшей школы

лечебных учреждений следует не только констатировать факт слабой практической подготовленности молодых специалистов, но и обратить внимание на причины этого явления.

Давайте посмотрим, как организованы занятия студентов на кафедре, которая расположена на базе лечебного учреждения. Принято считать, что главная роль в приобретении студентами практических навыков принадлежит преподавателю. Однако согласитесь, что один преподаватель и даже все сотрудники кафедры не в состоянии в полной мере справиться с этой задачей без соответствующих условий, которые должно создать руководство учреждения здравоохранения.

Преподаватель встречает группу студентов, проверяет их теоретическую подготовку к теме сегодняшнего занятия и ведёт в отделение, а дальше ребята занимаются курацией больных, работают в операционной, перевязочной, процедурном кабинете, лаборатории, поликлинике и других подразделениях ЛПУ. Может ли один преподаватель быть одновременно рядом с каждым из 10-15 студентов? Конечно же, нет. Поэтому я как профессор буду только признателен врачам, меди-

цинским сёстрам, лаборантам за то, что те не будут раздражаться и отмахиваться от «непрощенных гостей», а проявят отеческую заботу о студентах, доброжелательно сделают им замечания, вежливо укажут на ошибки. Ведь сегодняшние «ученики» и практиканты — это наши завтрашние коллеги.

Отдельная тема — помещения, которыми располагают вузовские кафедры в лечебных учреждениях. Здесь, что называется, кому как повезёт. Если это крупная многопрофильная больница, то кроме собственно кабинета заведующего кафедрой есть и учебные комнаты. А если клиника поменьше, где отделения испытывают дефицит площади под коечный фонд, тут учебные кафедры не в приоритетном положении. Мне и самому, будучи профессором, пришлось долгое время вести занятия со студентами по онкологии... в холле-столовой хирургического отделения. Нужно ли разъяснять, что подобное неприемлемо?

Далее. Все заинтересованы в разработке и интенсивном внедрении новых методов диагностики и лечения в практику здравоохранения. Прививать будущему врачу эти навыки — и исследовательские, и внедренческие — надо как можно энергичнее,

начиная со студенческой скамьи, и в этом деле тоже не обойтись без взаимодействия вузов и системы здравоохранения. Почему бы не выделить в лечебных учреждениях, которые являются клиническими базами университетских кафедр, помещения под научные лаборатории?

Создание и полноценное оснащение такой лаборатории на базе лечебного учреждения могло бы сыграть важную роль. Во-первых, она стала бы научной базой для студентов, аспирантов и сотрудников кафедры. Имея опыт работы в двух медицинских вузах, могу с уверенностью сказать, что качество дипломных работ значительно возрастает, если студенты начинают выполнять их с 3-4-го курса и имеют возможность вести свои исследования в хорошо оборудованных лабораториях. Кроме того, именно по результатам научной работы можно проводить максимально объективный отбор студентов в клиническую ординатуру или аспирантуру.

Во-вторых, появление кафедральной научной лаборатории на базе ЛПУ даёт возможность и практикующим врачам заниматься научными исследованиями. В идеале, необходимо создать такие условия, когда каждый заведую-

щий отделением больницы был бы заинтересован в том, что его сотрудники ведут исследования, а результаты научной деятельности должны учитываться при аттестации и самих врачей, и заведений. Разумеется, необходимо и оправданно материальное стимулирование исследовательской деятельности врача, его усилия по освоению и внедрению новых методов диагностики и лечения. В некоторых медицинских вузах есть специальность «врач-исследователь». По моему убеждению, быть исследователем может и должен быть каждый врач, это подразумевается самой нашей профессией: ни одна другая профессия не предполагает владения столь огромным объёмом знаний, при этом постоянно обновляющихся. Не только дать «программный» набор информации, но научить сначала студента, а потом и врача с энтузиазмом пополнять копилку своих знаний и вести научный поиск, анализировать данные, работать со статистическими материалами и литературой — такой мне видится задача высшей медицинской школы сегодня.

Записала Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Новосибирск.