



О.И. Кит

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

Развитие общества диктует свои условия развития отдельных отраслей народного хозяйства, в том числе и здравоохранения.

Опыт реализации всех программ приоритетного национального проекта «Здоровье» показал, что самая большая и сложная проблема российского здравоохранения – укрепление кадрового потенциала отрасли. Оказалось, что недостаточно изыскать средства на новое медицинское оборудование и капитальный ремонт или строительство новых лечебно-профилактических учреждений. Главное – это обеспечить их необходимыми высококвалифицированными кадрами врачей и средним медицинским персоналом.

В «Ключевых направлениях модернизации российского здравоохранения до 2020 года» не зря говорится о том, что в настоящее время отмечается серьезный дисбаланс в кадровом составе здравоохранения. Это касается, конечно, и среднего медицинского персонала, но наиболее значимо и наглядно проявляется в отношении врачей-специалистов.

Так, врачей одних специальностей (гематологи, урологи, гинекологи) больше, других (педиатры, пульмонологи, хирурги) меньше реальных потребностей населения.

Обеспеченность врачевными кадрами в городах, особенно крупных, несравненно выше, чем в сельской местности, а в стационарах выше, чем в амбулаторно-поликлиническом звене.

Конечно, эта проблема имеет много составляющих. Это и различный уровень зарплат, и социально-бытовые условия, включая жилье, наличие современной инфраструктуры и так далее. Ситуация усугубляется также отсутствием единой системы государственного распределения выпускников медицинских вузов по регионам страны.

В связи с этим для исправления ситуации необходимо знать реальную потребность различных регионов в медицинском персонале определенного профиля. Формирование всесторонних связей учреждений послевузовского профессионального образования по программе ординатуры и Органов управления здравоохранением позволит целенаправленно готовить и направлять в практическую медицину регионов необходимые кадры.

Это должно касаться всех участников последипломной подготовки медицинских кадров, включая научно-исследовательские институты, имеющие лицензию на данный вид образовательной деятельности.

По сути, речь должна идти о формировании тщательного продуманного и обоснованного целевого приема в ординатуру.

Это достаточно хорошо зарекомендовавшая себя на протяжении многих лет практика. «Целевые ординаторы» гарантированно попадают на обучение в престижный профильный НИИ, а по окончании обучения региональное здравоохранение гарантированно получает готовых специалистов. Помимо прочего эта система даёт дополнительный стимул обучающимся молодым специалистам в приобретении необходимых знаний и практических навыков, так как они уже ориентированы на будущее место работы.

Означает ли это, что прием в ординатуру на конкурсной основе плох. Совсем нет. Однако он не учитывает реальной потребности в кадрах нуждающихся в них регионов. И причина этого не в количестве обучающихся ординаторов. Их достаточно много. Дело в другом.

НИИ, как и другие учреждения послевузовского профессионального образования по программе ординатуры, как правило, расположены в крупных городах и вполне понятно желание подготовленных специалистов закрепиться именно здесь. «Нецелевые» специалисты свободны в выборе места работы и этот выбор обычно не в пользу регионов.

Другая причина также очевидна. Планом Минздрава России РФ определен также и план приема в аспирантуру по тем же специальностям и в сопоставимых цифрах. Таким образом, НИИ должен выполнить план, а молодые люди, уже обучаясь в ординатуре, задумываются об обучении в аспирантуре и пытаются больше зарекомендовать себя как будущие ученые, а не как практикующие врачи. Но аспирантура не обеспечивает условий для глубокой и широкой подготовки профильного специалиста, способного в последующем решать задачи практического здравоохранения. Аспиранты на протяжении трех-четырёх лет занимаются выполнением узкой научной темы и более подготовленными специалистами в широком понимании этого слова не становятся.

Получив же искомую степень, такие специалисты скорее будут искать себе место в том же НИИ, в вузе, в крупной городской больнице, но вряд ли захотят поехать в отдаленный регион.

Таким образом, НИИ готовят специалистов, в основном, «для себя». Целевое обучение в ординатуре позволит максимально использовать потенциал НИИ в подготовке специалистов для практического здравоохранения.

Проанализировав в качестве примера обеспеченность Южного Федерального Округа кадрами врачей-онкологов, можем сообщить следующее.

Укомплектованность штатных должностей занятыми ставками в округе составляет 91,6% вместе со специали-



стами онкологического института и 91,3% без сотрудников института. Причем самая низкая укомплектованность в Ростовской области и Краснодарском крае - 89,9%, а самая высокая в Республике Адыгея - 98,2%. Казалось бы данные не плохие. Но этот показатель следует рассматривать в комплексе с коэффициентом совместительства врачей-онкологов.

Коэффициент совместительства говорит о том, какое количество в среднем штатных ставок занимает 1 онколог. Каждый онколог на территории ЮФО совмещает 1,3 ставки. В Астраханской и Волгоградской областях - 1,2 ставки, в Краснодарском крае - 1,3 ставки, в Ростовской области - 1,4; в Республике Калмыкия и Адыгее - 1,5 ставки. При таком коэффициенте совмещения страдает качество работы врача-онколога: меньше времени он может уделить одному больному, меньше времени на заполнение и анализ первичных медицинских документов и так далее.

Анализируя разницу между штатными единицами и физическими лицами, мы получили истинную потребность в физических лицах врачей-онкологов, которая составила 169 человек по ЮФО. В Ростовской области имеется потребность в 59 специалистах, в Краснодарском крае в 48, в Волгоградской области - в 39, в Астраханской области и Республике Адыгея - в 9 врачах-онкологах и в Республике Калмыкия - в 5.

Рассчитав формальную потребность в онкологах на территории - разницу между штатными и занятыми ставками и сравнив этот показатель с истинной потребностью, мы получили интересную картину. Например, в Астраханской области, Республиках Калмыкия и Адыгея формальная потребность составила 2,0; 1,0 и 0,5 штатных ставок, а истинная потребность в физических лицах - 9; 5 и 9 человек соответственно. Та же картина наблюдается и в других субъектах ЮФО.

Отсюда следует, что истинная потребность во врачах-онкологах в ЮФО в 3 раза превышает формально необходимую.

Кроме того, нами проведен сравнительный анализ количества физических лиц врачей-онкологов в расчете на 100 тысяч населения и на одну тысячу впервые заболевших злокачественным новообразованием в ЮФО и в целом по Российской Федерации.

В ЮФО в 2010 году количество онкологов (в пересчете на 100 тысяч всего населения) было на 21,4% ниже, чем в среднем по России. В расчете на одну тысячу впервые заболевших количество онкологов в ЮФО на 34,9% ниже, чем в России. Причем если в целом по России количество онкологов растет, то в ЮФО оно снижается.

В России на одного врача-онколога приходится 465,3 онкологических больных, состоящих на диспансерном учете; в ЮФО этот показатель составляет - 695,5 больных, что на 49,5% выше. То есть нагрузка на врача-онколога в ЮФО в 1,5 раза выше, чем в среднем по Российской Федерации.

Аналогичным образом может быть рассчитана потребность в кадрах по любой врачебной специальности. Для перспективного планирования следует также принять в расчет возрастной состав врачей-специалистов, так как у нас довольно велико число врачей пенсионного или предпенсионного возраста.

Таким образом, для устранения, существующего кадрового дисбаланса требуют безотлагательного решения вопросы формирования государственного заказа на

подготовку специалистов в ординатуре, на основе научно-обоснованной методики определения потребности в медицинских кадрах для различных типов учреждений здравоохранения по регионам.

Прием в клиническую ординатуру по плану Минздрава России должен производиться, в том числе, на основе 3-сторонних договоров между учреждениями, занимающимися последиplomной подготовкой, работодателями и ординаторами. После завершения обучения специалисты должны быть устроены на работу в строгом соответствии с заявками Органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и потребностями лечебно-профилактических учреждений региона.

Что касается собственно обучения в ординатуре, то и здесь имеется много нерешенных проблем.

Отдельный и очень болезненный вопрос - уровень общей и специальной медицинской квалификации молодого врача. Не будет большим преувеличением сказать, что система подготовки врачей-специалистов в настоящее время находится на достаточно низком уровне. Само понятие «специалист» представляется размытым. В нашем сознании прочно укоренилось ложное представление, согласно которому специалистом является всякий, кто закончил высшее учебное заведение. Увы, это не так. Совсем абсурдно звучит словосочетание «молодой специалист». У нас это понятие ввели для молодых врачей, чтобы защитить их от ответственности за неквалифицированные действия по отношению к больному. Нашим зарубежным коллегам этого не понять. Для них существуют только два понятия: специалист и неспециалист. Только прошедший специальную подготовку и получивший соответствующий сертификат, может называться специалистом и получить право на самостоятельную работу.

Подготовка хорошего специалиста длительный и трудоемкий процесс. В настоящее время Приказами Минздравасоцразвития РФ регламентируется последиplomная подготовка врача-специалиста в интернатуре (одногодичная) или ординатуре (двухгодичная). При этом вдвое большее количество часов, затраченное на обучение будущего специалиста в ординатуре, естественным образом влияет на качество этой подготовки. Особенно в прикладном значении, то есть в приобретении необходимых навыков самостоятельной практической работы. В этом плане вызывает одобрение принятия решения об отмене интернатуры, как промежуточного подготовительного звена, которое вполне может быть компенсировано специальной преддиplomной подготовкой в ВУЗе. Однако для подготовки врача-специалиста на современном уровне и двух лет обучения явно не достаточно.

В Европейских странах, да и в Соединенных Штатах Америки, врач может получить сертификат специалиста только после прохождения четырех-пяти годичной подготовки в учебной клинике, имеющей лицензию на подготовку кадров. Эта форма подготовки называется резидентурой. Других форм подготовки специалистов, а соответственно, и получения сертификата специалиста, просто не существует. Полученный сертификат не имеет срока давности. Он действителен на протяжении всей жизни.

Ординатура - это форма подготовки специалистов, приближающаяся к общепринятой в европейских странах резидентуре. Правда, продолжительность ее в нашей стране в два раза короче. К сожалению, и она не является обязательной и ее проходит не более 10-15% всех специ-



алистов. В то же время, обучаясь в течение двух лет под постоянным надзором, молодой врач не успевает выработать навыки самостоятельного принятия решений и приобрести необходимые практические навыки, что отрицательно сказывается на его дальнейшей профессиональной деятельности. С нашей точки зрения необходимо увеличить длительность ординатуры хотя бы до 3-4-х лет, что позволит повысить качество подготовки специалистов.

Оживленные дебаты вызывает вопрос о том, что в ординатуру, в том числе по «хирургическим» специальностям идут вчерашние студенты, не имеющие ни малейших практических навыков в этой области. Для того, чтобы они стали полноценными врачами-специалистами требуется гораздо большее время, чем для некоторых других специальностей. Отсюда следует, что сроки обучения могут и должны варьировать в зависимости от избранной специальности.

Конечно, следует рассмотреть вопрос о преимущественном праве приема в клиническую ординатуру врачей, имеющих стаж работы по избранной специальности. Преимущества такого подхода не вызывают сомнений, но возникает юридическая и правовая нестыковка. Стать врачом-специалистом и работать по избранной специальности, можно только закончив ординатуру. Таким образом, даже работая по одной из полученных по окончании вуза базовых специальностей в практическом здравоохранении, молодой врач получить дополнительные специальные практические навыки до поступления в ординатуру не сможет. Вызывает сомнение и сама возможность получения этих навыков на базе районных больниц, где часто имеется уже устаревшее оборудование, а врачи-наставники, перегружены практической работой и не имеют достаточных педагогических навыков.

В этом плане НИИ располагают серьезными преимуществами. Так, например, РНИОИ сочетает в себе наличие уникальных лечебных подразделений (нейроонкология, челюстно-лицевая и торако-абдоминальная онкология и т.д.) и уникальных специалистов (хирургов, онкологов и ученых). В институте работают 1 академик РАН и РАМН, 2 члена-корреспондента РАМН, 52 доктора наук, 39 профессоров, 133 кандидата наук, 45 заслуженных врачей России. Ежегодно в институте оказывается помощь 20000 пациентов, выполняется 12000 операций. Ординатура в НИИ приближает ординаторов к реальной работе с больными в условиях максимально соответствующих современному уровню развития медицинской науки и практики.

Вне всякого сомнения, НИИ имеет реальную возможность сделать и делает из ординатора специалиста необходимого профиля, обладающего в достаточной мере, как теоретическими знаниями, так и практическими навыками.

Престиж прохождения ординатуры на базе НИИ обусловлен наличием высококласных специалистов и мощной клинической базы. Этот же фактор определяет Государственный заказ на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и желание населения получить необходимое лечение именно в профильном НИИ. Отсюда следует необходимость оказания медицинской помощи наиболее тяжелой категории пациентов и с тщательным соблюдением всех стандартов. Этому соответствует и спрос за окончательный результат такого лечения.

Значимым аспектом обучения ординаторов, является освоение ими не только теории, но и врачебных манипуляций, начиная от закрепления умений физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) до специальных лабораторно-инструментальных методов, методов инвазивной диагностики и собственно хирургических вмешательств.

Доверить молодому неопытному врачу, даже под контролем опытного наставника, жизнь больного – неоправданно большой риск. Поэтому и нужна многолетняя поэтапная стажировка. Только освоив в совершенстве определенный этап операции, ординатор может допускаться к следующему. И так до приобретения полной самостоятельности. Таким образом, ординатор сумеет постепенно овладеть даже наиболее сложными оперативными вмешательствами.

В отношении самой теоретической подготовки (лекции и семинары) следует отметить, что для двухлетней ординатуры по многим дисциплинам её объём намного превышает разумные пределы, во многом повторяет программу ВУЗа и, по сути, необоснованно затягивает процесс ученичества.

При подготовке специалистов в рамках ординатуры для углубленного изучения отдельных профильных дисциплин необходимо также предусмотреть возможность их обучения на учебных и клинических базах нескольких Федеральных учреждений одного региона. Такая интеграция на договорной основе позволит улучшить качество обучения. Например, наш НИИ может принять ординаторов хирургов, урологов, акушеров-гинекологов и т.д. из РостГМУ и НИИАП для совершенствования их подготовки по разделу «Онкология».

Таким образом, назрела необходимость в пересмотре стандартов обучения и приведении их в соответствие со стандартами лечения. Необходимо создание современных образовательных программ, включающих качественные учебные планы и возможность их регулярного обновления, что позволит обеспечить проведение образовательного процесса и контроля качества подготовки на высоком уровне с учетом внедрения новых технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Сегодня крайне необходимым является обсуждение и принятие решения о включении в индивидуальный план обучения в ординатуре 2-3 месячной стажировки специалиста, заключившего соответствующий договор, непосредственно в том лечебно-профилактическом учреждении, где он будет работать после окончания учебы. При таком подходе возможно выявление «болевых» точек подготовки специалиста именно для данного учреждения, региона и т.д. По возвращении к месту обучения при необходимости можно будет скорректировать учебный план в нужном аспекте. Конечно, если возможность такой корректировки будет предусмотрена учебной программой.

Надеемся, что наши предложения, равно как и предложения коллег, также занимающихся послевузовским профессиональным образованием, по вопросу оптимизации процесса обучения в клинической ординатуре позволят внести качественные коррективы в структуру и учебные программы подготовки специалистов, столь необходимых в отечественном здравоохранении.