

БАЛАХОНОВ АЛЕКСЕЙ ВИКТОРОВИЧ
БУБНОВА НАТАЛЬЯ АЛЕКСЕЕВНА
ВАРЗИН СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ
МАТВЕЕВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ
ПИСКУН ОЛЕГ ЕВГЕНЬЕВИЧ
СЛЕПЫХ ЛЮДМИЛА АЛЕКСЕЕВНА
ШИШКИН АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ
ЭРМАН МИХАИЛ ВЛАДИМИРОВИЧ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАК УГРОЗА НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ

АННОТАЦИЯ

В статье говорится о проблемах российского здравоохранения и высшего и среднего медицинского образования в условиях их коммерциализации как составных элементов единой целостной системы в государстве. Серьезным испытанием для здравоохранения стала эпидемия Covid-19, которая вскрыла последствия так называемой оптимизации медицинской отрасли: отсутствие эффективного плана отражения эпидемии, нехватка больниц и койко-мест, подготовленных врачебных и сестринских кадров, необходимого оборудования и медикаментов, тестовых систем для выявления коронавируса, защитных костюмов, расходного материала, в том числе, масок. Для понимания современных тенденций прослежена динамика показателей состояния медицинской отрасли в царской России, СССР и Российской Федерации после 1991 года по настоящее время. Современная Россия оказывается по ряду позиций отброшена к показателям 1913 года (сокращение числа стационаров и поликлиник, выпуска врачей и фельдшеров, фактически нет медицинской промышленности, химико-фармацевтического производства и др.). Обозначены основные элементы эффективной организации высшего медицинского образования, в котором представлены как вопросы материального обеспечения студентов и преподавателей, так и узловые вопросы учебного процесса. Определены слабые места медицинского образования, которые обусловлены как отсутствием продуманной государственной политики по его поддержке, так и ее следствием – недостаточным его финансированием. Материалы статьи позволяют сформулировать принципы восстановления отечественного медицинского образования, как фундамента системы здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, высшее медицинское образование, среднее медицинское образование, клиническая ординатура, интернатура, врач, студент, преподаватель, национальная безопасность, здоровье народа.

BALAHONOV A.V.,
BUBNOVA N.A.,
VARZIN S.A.,
MATVEEV V.V.,
PISKUN O.E.,
SLEPIKH L.A.,
SHISHKIN A.N.
ERMAN M.V.

CONTEMPORARY PROBLEMS OF HIGHER MEDICAL EDUCATION IN RUSSIA

ABSTRACT

The article refers about the problems of Russian health care and higher and middle medical education as integral elements of a single holistic system of the state in the conditions of their commercialization. A serious test for health care was the Covid-19 epidemic, which revealed the consequences of the so-called optimization of the medical industry: lack of an effective plan to prepare for the outbreak, lack of hospitals and beds, trained medical and nursing personnel, necessary equipment and medicines, test systems for determining coronavirus, protective suits, consumables, including masks. In order to understand modern trends, the dynamics of indicators of the state of the medical industry in Tsar's Russia, the USSR and the Russian Federation after 1991 to the present have been traced. Modern Russia finds itself in a number of positions dropped to the indicators of 1913 (reduction of the number of hospitals and polyclinics, graduation of doctors and paramedics, in fact there is no medical industry, chemical and pharmaceutical production, etc.). The main elements of effective organization of higher medical education are identified, which presents both issues of material support of students and teachers, as well as core issues of educational process. The weaknesses of medical education have been identified, which are due both to the lack of sound State policy to support it and to its consequence – insufficient funding. The materials of the article make it possible to formulate the principles of restoration of domestic medical education as the foundation of the health care system.

Keywords: health care, higher medical education, secondary medical education, clinical residency, doctor, student, teacher, national security, health of the people.

Затрагиваемая тема медицинского образования конечно же непростая, сложная. Она глубоко рассмотрена в предыдущих публикациях ряда авторов [7-10, 12]. В данной статье речь пойдет о современных вызовах, угрожающих жиз-

неспособности российского здравоохранения. Негативные тенденции в государственной политике по радикальному изменению, в том числе, коммерциализации, образования и здравоохранения были закреплены в соответствующих зако-

нах: «Об образовании в Российской Федерации» (№ 273-ФЗ от 29.12.2012 г.), «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ от 21.11.2011 г.). Последствиями этого стали серьезные противоречия во взаимодействии государственных бюджетных и рыночных внебюджетных форм отношений в жизнедеятельности людей и в целом в государстве.

Мы столкнулись на примере происходящей сегодня эпидемии коронавируса Covid-19 с серьезной проблемой нехватки медицинских кадров и ресурсов. Также нет вообще или недостает отечественных оборудования и фармакологических препаратов, в том числе, высокочувствительных тест систем на Covid-19. Важным недостатком оказалось отсутствие заранее подготовленных четких планов противодействия эпидемии, в течение нескольких месяцев продвигавшейся к нашим границам. А это означает, что, либо нет специалистов-медиков, способных анализировать и прогнозировать сложную природную и медико-социальную обстановку, либо сама государственная система не смогла организовать этот процесс заблаговременно¹.

Сейчас становится очевидно, что медицина, как система, состоит из двух неравных по весу половинок. Одна – это собственно система здравоохранения, а вторая – система высшего и среднего медицинского образования. Обе половинки, объединяясь друг с другом, образуют неделимое целое. Меньшая по объему и кажущаяся на первый взгляд менее значимой система медицинского образования оказывается фундаментом практического здравоохранения, его подпитывающим источником, поставляющим кадры, знания, технологии и пр.

Состояние системы здравоохранения России во временной динамике.

Если проследить динамику цифровых показателей отечественного здравоохранения от времен царской России до наших дней, то увидим удивительные трансформации.

В 1913 г. в России было 23,2 тыс. врачей без стоматологов и дантистов², в 1940 г. – 34,9 тыс.,

1 Варзин С.А. Нужно ли перепрофилировать больницы в период эпидемии Covid-19? <https://narzur.ru/nuzhno-li-pereprofilirovat-bolnicy-v-period-ehpidemii-covid-19/>

2 На территории нынешней России в 1913 г. врачей всех специальностей было еще меньше – 15,9 тыс, включая стоматологов и дантистов [6].

в 1970 г. – 577,3 тыс. [2], в 1989 г. – 1,27 млн врачей всех специальностей на 290 млн жителей СССР [3]. В 2016 г. – 565 тыс. врачей на страну со 146 млн жителями [1]. Врачей на 10 000 человек в 1913 г. было 1,4, в 1940 г. – 7, в 1970 г. – 23 [2], в 1989 г. – 43 [3]. В 2016 г. – 46,4 [1]. В царской России [бюджетного – ред.] здравоохранения, которое бы охватывало весь народ, как такового не было³. Советский Союз создал его фактически с нуля. Сегодня Россия теряет этот багаж. По мнению В. Скворцовой, нам не хватает 40 тысяч врачей, а также недостаточно фельдшеров. Численность среднего медицинского персонала – фельдшеров: 1913 г. – 46 тыс., 1940 г. – 472 тыс., 1970 г. – 2,1 млн [2], 1989 г. – 3,3 млн [3], в 2016 г. – 1,266 млн. Фельдшеров на 10 000 человек в 1913 г. – 2,7, в 1940 г. – 24,3, в 1970 г. – 84 [2], в 1989 г. – 113 [3]. В 2016 г. – 9 – по специальности «Лечебное дело» (+ фельдшер-лаборант – 4,7) [1]. После распада Советского Союза стало меньше выпускаться врачей. В 1970 г. выпуск врачей составил 34,2 тыс., в 1975 г. – 43 тыс. чел. [4], в 1990 г. – около 60 тыс. чел. [5]. В 2016 г. – 38,4 тыс. чел. [1], снижение более, чем на треть в сравнении с 1990 г. При этом разрушена интернатура и постоянно сокращаются бюджетные места в ординатуру (!).

Мы оказались отброшены по количеству больниц во времена царской России. Число больниц: 1913 г. – 5,3 тыс. (на территории нынешней России больниц было 3,15 тыс. [6]), 1940 г. – 13,8 тыс., 1970 г. – 26,2 тыс. [2], 1989 г. – 23,7 тыс. [3], в 2000 г. –

3 Нельзя недооценивать земскую систему [медицину – ред.] и ее огромные достижения. Вложения земств [внебюджетные – ред.] в медицину были по тем временам колоссальные, в 1913 г. они составили значительную сумму. И эффект в демографии был ощутимый. На Всемирной Дрезденской гигиенической выставке ее [земскую медицину] оценили, как самую совершенную в мире систему массового доступного здравоохранения. Но, как это соотносится с данными статистики на 1913 г. (?): в сельской местности в 1913 г. 1 врач приходился на 26 тыс. человек; в городах на 1 аптеку приходилось 10,8 тыс. жителей; в сельской местности (в границах Европейской части СССР) — 119,5 тыс. жителей; из каждой 1000 новорожденных в возрасте до 1 года в России умирало 263 ребенка; основной причиной высокой детской смертности были детские инфекции; для сравнения: в Швеции умирало 70 детей до 1 года на каждую 1000 родившихся [3]. В стране не было своей медико-инструментальной и хим.-фарм, промышленности, поэтому основное мед. оборудование, инструментарий и лекарства импортировались [11]. В стране сейчас мы видим подобное.

10,5 тыс, а в 2016 г. – уже 5,36 тыс. [1]. Потери больниц и коечного фонда связаны с «оптимизацией» здравоохранения, то есть, с его разрушением. Для жителей отдаленных районов страны медицинская помощь стала недоступной⁴.

Количество больничных коек: 1913 г. – 208 тыс., 1940 г. – 791 тыс., 1970 г. – 2,6 млн [2], 1989 г. – 3,8 млн [3]. В 2016 г. – 1,1972 млн [1]. Число койко-мест сократилось более, чем втрое в сравнении с 1989 г. Поэтому приходится сегодня срочно строить инфекционные корпуса по всей стране, восполняя этот рукотворный недостаток. Был забыт важный принцип – ресурсы медицины должны быть избыточными, чтобы противостоять неожиданным вызовам в виде природных катаклизмов или боевых действий в случае войны. Кстати число коек для беременных женщин в наше время также существенно уменьшается: 1913 г. – 7,5 тыс., 1940 г. – 147 тыс., 1970 г. – 224 тыс. [2], 1989 г. – 259 тыс. [3]. В 2016 г. – 67 тыс. [1]. Также погром имеет место и в амбулаторном звене. Количество поликлиник (амбулаторий): 1913 г. – 5,7 тыс, 1940 г. – 36,8 тыс., 1970 г. – 37,4 тыс. [2], в 1989 г. – 42,8 тыс. [3]. В 2016 г. – 19,126 тыс. по данным Росстата (6,188 тыс. – по данным Минздрава) [1], – снижение более, чем вдвое (!).

Важнейшими условиями подобных метаморфоз оказались смена экономического строя государства, господствующей элиты и ее идеологии⁵. Заявление первыми лицами государства, что здравоохранение и образование должны стать выгодным для бизнеса делом, провозглашение ими догмата рыночных отношений привело к параллельному разрушению стройной государственной системы медицинского образования и здравоохранения. Ее следствием оказался подрыв здоровья народов нашей страны. Мы приводим данные о смертности в России. Смертность на 1000 человек в 1913 г. – 30,2, в 1940 г. – 18, в 1970 г. – 8,7 [2], в 1989 г. – 10,7 [3]. В 2016 г. – 12,9 [1]. За последние почти 30 лет смертность все годы реально превы-

шала и превышает сегодня рождаемость. В 2019 г. это превышение составило 316 тыс.

Цель высшего медицинского образования сегодня – обеспечить здоровье и сбережение народа(ов) страны завтра. Высшее медицинское образование как система – это конвейер, устремленный в будущее. В самом его начале находятся выпускники школ; на выходе, – через 6 лет учебы, – молодые врачи с дипломами о высшем медицинском образовании. Дальше должна быть интернатура, которую упразднили в 2017 году [13], и клиническая ординатура, число бюджетных мест в которую резко сокращено, и частично замещено платными (внебюджетными) местами. О постдипломной подготовке мы скажем ниже.

Подготовка врачей кадров – это государственное дело, важнейший элемент национальной безопасности. Стратегическая обязанность государства – формирование кадрового врачебного состава и поддержание системы здравоохранения, так как здоровье нации – это всё: это труженики на производстве и в сельском хозяйстве, науке, культуре, образовании, это армия, это дети, женщины и старики. Подготовка врачей, такая же важная задача, как и подготовка инженеров, летчиков и др. жизненно важных для государства специалистов. Подготовка одного летчика в США еще недавно стоила не меньше 1-го миллиона долларов. Обучение руководителя в системе Газпрома, – в настоящее время, – обходится в 16 млн рублей.

Узнать, сколько должно стоить образование врача в России, нам пока не удалось. Проблема заключается в том, что вряд ли кто-то в нашей стране занимался такими расчетами, которые требуют досконально определить совокупный перечень и стоимость современного оборудования, помещений, клиник, цену труда преподавателей и студентов и многое другое, которые с течением времени меняются в сторону их повышения. Однако, у западных коллег (благодарность профессору Koos Jaap van Zwieten, Бельгия)⁶ удалось получить сведения о затратах государства на подго-

4 «Во многих регионах страны оптимизация здравоохранения была проведена ужасно. И качество, и доступность услуг в здравоохранении резко ухудшились», – заявила вице-премьер РФ Татьяна Голикова в интервью программе «Вечер с Владимиром Соловьевым» 24 декабря 2019 г. на телеканале «Россия-1». – <https://tass.ru/obschestvo/7418625>

5 Которая стала человеконенавистнической и жадной до денег. – *Авт.*

6 Есть и дополнительная информация на эту тему: The Price We Pay: How the Cost of Medical School Contributes to US Healthcare Disparities and Spending. <https://sites.tufts.edu/cmhp357/2017/04/09/the-price-we-pay-how-the-cost-of-medical-school-contributes-to-us-healthcare-disparities-and-spending>

товку врача в течение 6 лет: они составляют около 1 450 000 евро, а постдипломная подготовка врача (хирурга или терапевта) в течение последующих 6 лет – 800 000 евро.

На что же должны идти такие деньги при обучении врача?

1. Создание студентам благоприятных условий для их жизни и учебы: это стипендии, жильё (общежитие), транспорт, связь, организованное, здоровое и регулярное питание, занятия физической культурой и спортом, приобщение к достижениям культуры.

Обеспечение достойных условий для быта и работы профессорско-преподавательского состава: жильё и зарплаты, чтобы преподаватели могли полностью отдаваться преподаванию и учебно-методической работе, написанию учебников и учебных пособий и пр. (при этом не искать себе дополнительную работу для выживания).

2. Объем учебной нагрузки на ассистента, доцента, профессора должен быть научно обоснован и учитывать положительный опыт времен Советского Союза. У преподавателя должно быть время для чтения и размышления, для работы с большими и научной деятельности.

3. Создание и использование таких учебных программ, освоение которых даст будущему врачу твердые знания и навыки, умение клинически (логически) мыслить, способность сопереживать больному и готовность оказать ему бескорыстно медицинскую помощь, любовь к своей стране, крепкое физическое здоровье. За время своего обучения будущий врач должен быть приобщен к высоким цивилизационным ценностям русской российской культуры, он должен стать высокодуховным и нравственным человеком. Программы не должны быть перегружены излишними предметами и избыточной информацией, но должны сочетаться с адекватным его материально-техническим обеспечением. Студент должен успевать учиться, приобщаться к научной работе, заниматься физической культурой (спортом), посещать учреждения культуры.

4. Материально-техническое обеспечение учебного процесса, оснащение кафедр помещениями и техникой, в том числе симуляторами и тренажерами, клиник и клинических баз, лабораторий

– аппаратурой и оборудованием, на котором будут работать врачи, они же преподаватели. Создание и поддержание библиотек, анатомического театра (для кафедр анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии, патологической анатомии, для хирургических кафедр). Обеспечение бесплатным транспортом студентов на протяжении всего учебного процесса для их перемещения между аудиториями, если они расположены на удалении друг от друга.

5. Содержание научных лабораторий, ресурсных центров, вивариев и финансирование научных исследований (включая расходный материал) преподавательского состава и самих студентов.

6. Формирование и поддержание университетских клиник и поликлиник для учебного процесса, со своим стоматологическим отделением, в том числе и для оказания помощи студентам и преподавателям. Наличие безвозмездных договорных отношений между медицинским вузом и лечебным учреждением (стационаром, поликлиникой), как клинической базы на основе государственного законодательства.

7. Наличие в вузе мощного издательско-полиграфического комплекса для опубликования учебников и учебных пособий, различных учебных и учебно-методических материалов. Создание и поддержание российских научных журналов, журналов общественно-социального содержания, факультетских и студенческих летописных журналов, сборников конференций и конгрессов. Научные журналы должны публиковать статьи отечественных ученых на русском языке, а для доступности их иностранным читателям – и на иных языках.

Но как обстоят дела в реальной жизни?

1. Условия жизни для студентов далеко не такие, какие мы их описали в качестве эталонных. Стипендия студента 1600 рублей⁷. В колледжах стипендия около 700 рублей! Что можно купить на эти деньги? Единый проездной билет в Санкт-Петербурге для студента стоит 1075 рублей. За проживание в общежитии нужно заплатить

⁷ Кстати в каждом вузе (колледже) есть ректор, проректора, деканы факультетов, Ученые советы и т.д. Неужели они (то есть, мы) не видят этого и не ставят вопрос перед Государством об устранении этого безобразия. Даже родители студентов молчат ... и сами студенты ...

300 рублей, хотя где-то это может стоить и дороже. И всё! Деньги от стипендии почти закончились! А как жить дальше: питаться, покупать необходимые и важные мелочи для жизни, быта? Где брать деньги студентам, у которых родители сами перебиваются от зарплаты к зарплате, и не могут их поддерживать весь период обучения в вузе. Известно, что оптимальные средства для жизни одного (!) человека на конец 2019 года составляли 39 тысяч рублей (бюджетный минимум). Соответственно, стипендия должна быть приближена к данной цифре. Финансовая поддержка (стипендия) совершенно недостаточная у клинических ординаторов и аспирантов. Неадекватные оклады трудовым затратам врачей в практическом здравоохранении снижают привлекательность этого вида деятельности для потенциальных талантливых абитуриентов, а уже дипломированных врачей заставляют искать высокооплачиваемую работу – ежегодно из медицины уходит около 15 тыс. специалистов (из выступления В. Скворцовой).

Особое внимание обращаем на условия поступления выпускников вузов в клиническую ординатуру. Организаторы этого процесса (Министерства) для получения дополнительных баллов предложили выпускникам вузов предъявлять справки о том, что они работали в период учебы в качестве мед. сестры (брата) в лечебном учреждении. В стационарах наших студентов берут на работу только на полную ставку, а это – 7-8 суточных дежурств. Итог: студенты в лучшем случае на занятии спят, в худшем – отсутствуют, но в обоих случаях им некогда учиться. В последние месяцы стало известно, что заботливые организаторы здравоохранения прислали уточнение – «лучше предъявлять справку о 3-х годах работы» мед. сестрой (братом) в период учебы.

2. Зарплата профессора (1 ставка) в престижном Санкт-Петербургском медицинском вузе – около 60 тысяч рублей, у доцента и ассистента, соответственно, меньше. Но преподаватель – не студент! Он имеет семью, детей. Он должен оплачивать ЖКХ, образование детей, у него есть потребность участвовать в конгрессах и конференциях, нередко в других городах. По своему статусу он вправе иметь автомобиль, дачу и т.д.

3. Создание образовательных стандартов (ФГОСов) и, так называемых, компетентностно-ориентированных учебных планов. Их было

несколько за относительно небольшой промежуток времени! Изменение рабочих программ учебных дисциплин под обновляющиеся формы документов, сопровождающих учебный процесс, забирали массу времени и сил у сотрудников вузов, принципиально не меняя сути профессиональной подготовки наших студентов. Дополнительного финансирования мы не получали под те задачи, которые декларировались образовательными стандартами. Наоборот, для подгонки цифр наших зарплат были уволены совместители, необходимые для образовательного процесса, возросли часовая педагогическая нагрузка и число студентов в группах – вдвое. В целом, увеличилась нагрузка на преподавателей, но, соответственно, уменьшилось время для подготовки к этим занятиям и для написания учебно-методических пособий. При этом вуз фактически перестал оплачивать публикации их учебно-методических разработок, которые крайне необходимы для учебного процесса.

Значительно уменьшились учебные часы на те дисциплины, которые формируют как общую культуру и эрудицию будущего врача, так и логическое мышление, приверженность основам медицинской этики (философия, биоэтика). Крайне мало осталось часов на развитие физической культуры будущих врачей. Вместе с тем, высвободившиеся учебные часы идут не на усиление профессиональной подготовки, а на введение в блок обязательных учебных дисциплин новых предметов, необходимость которых в подготовке специалиста – врача весьма спорна (основы бизнеса, основы финансовой грамотности и т.д.). Эти замечания можно отнести не только к учебному плану подготовки специалиста Лечебное дело, но и к компетентностно-ориентированному учебному плану ординатуры. К примеру, в план подготовки ординатора-хирурга включены следующие учебные дисциплины: «Бизнес-мастерство», «Формирование механизма противодействия социально-деструктивному поведению».

4. Материально-техническое обеспечение учебного процесса явно недостаточно. Не хватает помещений для тематических классов. Занятия проводятся в разных зданиях, порой на больших расстояниях друг от друга. Студентам приходится много времени и сил тратить на дорогу. С одной стороны, мы имеем в рабочих кабинетах компью-

терную технику. Но, с другой стороны, главным в медицинском образовании является анатомический театр, операционные с возможностью выполнения оперативных вмешательств на экспериментальных животных и трупах людей. Создание самого анатомического театра стоит несколько миллионов евро, а поддержание его работы требует около 150 тысяч евро ежегодно, по опыту зарубежных университетов. Наши клинические базы не обеспечиваются вузом современной диагностической техникой, оборудованием для лечебного процесса, что в совокупности и является основой для процесса учебного.

5. В сфере здравоохранения в условиях коммерциализации рынка, наращивания медицинского капитала примат человеческих отношений, гуманистическая направленность образования оказываются факторами, препятствующими получению от пациентов прибыли в результате реализации разнообразных медицинских услуг. В итоге медицинская сфера имеет явную тенденцию превратиться из нравственно-человечной в этическом плане в прямо противоположную: в БЕЗчеловечную и БЕЗдушную. Аналогичные процессы расчеловечения происходят как в медицинском образовании, так и в образовании страны в целом [12, 14].

Заключение

Ограничение финансовой поддержки студентов и преподавательского состава приводит к отсечению талантливой, но бедной, молодежи от поступления в вузы и оттоку наиболее успешных преподавателей, – опытных и талантливых врачей, – из системы высшего образования, существенному ухудшению качества медицинского образования в стране. Коммерциализация систем здравоохранения и образования ведет к расчеловечиванию молодых людей, студентов и врачей, среднего мед. персонала, сталкивающихся с реальной действительностью, способствует очерствлению их душ и потере ими природной доброты и стремления бескорыстно служить обществу.

Посредством открытия внебюджетных мест в государственных учебных заведениях и частных вузах открыт доступ в медицину выпускникам школ с меньшим общим баллом по результатам ЕГЭ, который, в принципе, должен соответствовать уровню их знаний (так ли это?), и, очевидно,

имеющих богатых родителей (или могущих оплачивать их обучение), но в ряде случаев без должных знаний и необходимых способностей к обучению. Особую опасность представляет снижение требовательности к результатам текущей учебы. Требуется пересмотра подход к абитуриентам: справки о результатах ЕГЭ недостаточно; должны быть экзамены в ВУЗе для предотвращения поступления негодного к обучению исходного «материала». Или необходимо принимать больше студентов на первый курс, после которого отчислять нерадивых и неспособных к обучению по результатам экзаменационных сессий. Существует опасность формирования элитарного сословия врачей, которые ими становятся не по своим талантам и призванию, а по финансовым возможностям их родителей.

Существенно затруднен доступ врачам к постдипломному образованию за счет упразднения интернатуры, значительного сокращения мест в бюджетную клиническую ординатуру и увеличению числа мест в ней на платной основе, низкие и неадекватные реалиям стипендии обучающихся.

Отсутствие скрупулезных расчетов необходимых финансовых затрат на полноценную профессиональную подготовку будущих врачей и постдипломное обучение дипломированных врачей не позволяет ректорам вузов требовать от руководителей соответствующих министерств адекватного финансирования медицинского образования.

По совокупности описанных фактов характер организации медицинского образования в России, являющегося составной частью государственной системы здравоохранения, является диверсионным, то есть направленным на его разрушение.

От авторского коллектива благодарность зав. кафедрой патологии СПбГУ Леониду Павловичу Чурилову за ценные советы при подготовке статьи к печати и профессору Диппенбекского университета (Бельгия) Коосьяпу ван Цвиетену за предоставление необходимой информации.

Список литературы

1. Здравоохранение в России. 2017: Статистический справочник. – М., 2017. – 170 с.
2. Карлос Рулл. Исторические материалы. Доклад о системе здравоохранения в СССР. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://istmat.info/node/55898>

3. Исторические материалы. здравоохранение. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://istmat.info/files/uploads/10401/narhoz_sssr_1922-72_zdravoohranenie.pdf
4. Народное хозяйство СССР/1990. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://mysteriouscountry.ru/wiki/index.php/Народное_хозяйство_СССР/1990/Социальное_развитие/Охрана_здоровья
5. Подготовка медицинских кадров в СССР. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://studbooks.net/2479920/meditsina/podgotovka_meditsinskih_kadrov_sssr
6. здравоохранение в царской России, в СССР, в России после 1991 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://wiki-pravda.org/здравоохранение_в_царской_россии_в_ссср_в_россии_после_1991_года
7. Петров С.В., Балахонов А.В., Молитвин М.Н., Фионик О.В. Современные проблемы высшего медицинского образования. Часть 1. Государственные стандарты высшего профессионального образования и высшее медицинское образование // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2006. – № 2. – С. 129-136.
8. Петров С.В., Балахонов А.В., Молитвин М.Н., Фионик О.В. Современные проблемы высшего медицинского образования. Часть 2. Сравнительная характеристика госстандартов разных поколений // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2006. – № 3. – С. 130-141.
9. Петров С.В., Балахонов А.В., Молитвин М.Н., Фионик О.В. Современные проблемы высшего медицинского образования. Часть 3. Роль фундаментализации высшего медицинского образования // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2006. – № 4. – С. 124-133.
10. Чурилов Л.П. Глобализация, постмодерн и международное медицинское образование // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2013. – Т. 8. – № 1. – С. 119-158.
11. Юдкевич И. Система Семашко – первая в мире настоящая инновация в здравоохранении [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://regnum.ru/news/polit/2318307.html>
12. Ушакова Е.В., Косенко Т.С., Сидоров Н.С. Проблема коммерциализации медицинской сферы и медицинского образования: социально-философский и экономический аспекты // Философия образования. – 2020. – Т. 20. – № 1. – С. 94-112.
13. Эрман Л.В., Эрман М.В. Вот и придет конец интернатуре // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 4. – С. 48-52.
14. Сулакшин С.С., Багдасарян В.Э. Манифест грядущего человечества. – М., 2014. – 70 с.

Статья поступила в редакцию 16 марта 2020 г.

Принята к публикации 29 марта 2020 г.

Ссылка для цитирования: Балахонов А. В., Бубнова Н. А., Варзин С. А., Матвеев В. В., Пискун О. Е., Слепых Л. А., Шишкин А. Н., Эрман М. В. Современные проблемы медицинского образования как угроза национальной безопасности России // Национальная безопасность и стратегическое планирование. 2020. № 1(29). С. 40-46. DOI: <https://doi.org/10.37468/2307-1400-2020-1-40-46>