



Медицинское образование в странах CARNET



**CARNET: Сеть Центральноазиатских республик
по вопросам реформирования здравоохранения**

CARNET: Серия № 2



CARNET: Серия документов № 2
CARNET: Сеть Центральноеазиатских республик
по вопросам реформирования здравоохранения

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СТРАНАХ CARNET



ЕВРОПА

Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения

**Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения**

Политика и системы здравоохранения

**Scherfigsvej 8
2100 Copenhagen Ø
Denmark**

**Телефон: +45 39 39 17 17
Телефакс: + 45 39 17 17 18**

ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ОФОРМЛЕНИЕ:

РЕПРОДУКЦИЯ КАРТИНЫ АННАДУРДЫ АЛМАМЕДОВА «КОВРОВЩИЦЫ» (ТУРКМЕНИСТАН)

© Всемирная организация здравоохранения 1999

Все права на данную публикацию сохраняются за Европейским региональным бюро. Документ может без ограничений рецензироваться, резюмироваться, размножаться и переводиться на другие языки при условии полного признания прав на него со стороны источника. Документ не подлежит продаже или использованию в коммерческих целях. Эмблема ВОЗ не может быть использована без надлежащего разрешения Европейского регионального бюро ВОЗ. Любой перевод данной публикации должен содержать следующие слова: *«Переводчик данного документа несет полную ответственность за точность перевода»*. Европейское региональное бюро будет благодарно за получение трех экземпляров перевода документа на любой язык. Любые мнения, выраженные авторами публикации, являются исключительно ответственностью данных авторов.

Ключевые слова: РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБРАЗОВАНИЕ, МЕДИЦИНСКОЕ, ПОДГОТОВКА ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ, ОБРАЗОВАНИЕ, МЕДИЦИНСКОЕ, НЕПРЕРЫВНОЕ, ЕВРОПА, АЗЕРБАЙДЖАН, КАЗАХСТАН, КЫРГЫЗСТАН, ТАДЖИКИСТАН, ТУРКМЕНИСТАН, УЗБЕКИСТАН

EUR/ISPC/CARE 06 01 06 (B)

Здоровье-21: Европейская задача 18 — Развитие кадровых ресурсов для здравоохранения: *К 2010 г. все государства-члены должны добиться того, чтобы медико-санитарные работники и работники других секторов приобрели необходимые знания, навыки и умения в вопросах защиты и охраны здоровья.*



СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	7
ПРЕДИСЛОВИЕ	11
ГЛОССАРИЙ	13
ГЛАВА I: ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА	15
Введение	17
Международный опыт и современные тенденции	18
ГЛАВА II: ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	23
Национальные и общепринятые особенности	25
Медицинское образование в системе планирования здравоохранительных мер	26
Многопрофильные медико-санитарные бригады	26
Непрерывность обучения	27
Спрос, потребность и предложение врачебных кадров	30
Качество врачебного персонала	32
Стратегии и методика обучения	32
Сочетание теории и практики в подготовке врачей	34
Отбор студентов	34
Разработка учебных программ	36
Оценка знаний студентов	38
Подготовка преподавательских кадров	39
Оценка работы преподавателей	40
Оценка эффективности программ обучения	41

ГЛАВА III: МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА.....	43
Медицинское образование в Швеции	45
Медицинское образование в Нидерландах.....	47
Медицинское образование в Соединенном Королевстве	49
Медицинское образование в Дании	50
Медицинское образование в Германии	51
Медицинское образование в Турции.....	53
Медицинское образование в Литве	54
ГЛАВА IV: МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СТРАНАХ CARNET	57
Текущая ситуация	59
Характерные особенности медицинского образования в странах CARNET	61
Потребность в реформе	65
ГЛАВА V: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	69
ГЛАВА VI: ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	75
БИБЛИОГРАФИЯ.....	81

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Данная публикация, представляющая собой итог работы стран-участниц CARNET в рамках цикла по вопросам медицинского образования, была подготовлена отделением политики и систем здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ под руководством д-ра B Serdar Savaş.

Основной материал публикации был написан доктором Zafer Öztek, профессором кафедры общественного здравоохранения медицинского факультета Хачеттепского Университета, Анкара, Турция в соавторстве с доктором Gülin Gedik, ведущим специалистом по проектам в странах-участницах CARNET отделения политики и систем здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ.

В публикацию включены информация по реформированию медицинского образования, представленная на совещании CARNET, которое состоялось в Барселоне, Испания 15-17 декабря 1997 года, и принятые на нем заключительные документы, тем самым авторы признают важность вклада, сделанного следующими представителями стран-участниц совещания, принявшими в нем активное участие и подготовившими доклады о состоянии медицинского образования в своих странах.

Азербайджан: Профессор Ахлиман Амирасланов, *Ректор, Азербайджанский Медицинский Университет*; Казахстан: Профессор Айкан Аканович Аканов, заместитель министра, Министерство образования, культуры и здравоохранения; Д-р Максут Кульжанов, *Ректор, Казахская школа общественного здравоохранения*; Д-р Талгат Муминов, *Ректор, Государственный Медицинский Университет*; Кыргызстан: Д-р Искендер Акылбеков, *Ректор, Кыргызская Медицинская Академия*; Профессор Тилек С. Мейманалиев, *Координатор программы, Программа реформирования здравоохранения «МАНАС», Министерство здравоохранения*; Таджикистан: Д-р Жума Р. Сангинов, *заместитель ректора, Государственный Медицинский Университет*; Туркменистан: Д-р Курбанджамал О. Артыкова, *главный специалист, управление науки, учебных заведений и реформирования, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности*; Д-р Какагельды Х. Ходжанесепов, *декан лечебного факультета, Государственный Медицинский Институт*; Узбекистан: Д-р Тургунпулат А. Даминов, *Ректор, Первый Ташкентский Медицинский Институт*; Д-р Улугбек К. Каюмов, *начальник управления науки и новых технологий, Министерство здравоохранения.*

Нижеследующие эксперты участвовали в цикле в качестве временных советников:

Д-р Jose M. Fornells, *Центр по сотрудничеству с ВОЗ в области медицинского образования и подготовки специалистов общественного здравоохранения, Institut d'Estudies de la Salut, Барселона, Испания*

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Профессор Vilius Grabauskas, *Ректор, Каунаская Медицинская Академия, Каунас, Литва*
Д-р Arcadio Gual, *Центр по сотрудничеству с ВОЗ в области медицинского образования и подготовки специалистов общественного здравоохранения, Institut d'Estudies de la Salut, Барселона, Испания*
Д-р Jørgen Nystrup, *Президент, Ассоциация по медицинскому образованию в Европе, районная больница Фьерден, Роскильде, Дания*
Профессор Zafer Öztekin, *медицинский факультет, кафедра общественного здравоохранения, Хачеттепский Университет, Анкара, Турция.*

Наблюдатели:

Г-н Ed Martinez, *помощник директора программ Американского международного союза по здравоохранению, Suite 750, 1212 New York Ave NW, 20005 Washington DC, USA.*
Г-жа Джамия Нугманова, *Американский международный союз здравоохранения, улица Жибек Жолы 60, . 17, Алматы, Казахстан*
Г-н Donn Rubin, *Директор программ в странах центральной и восточной Европы, Американский международный союз по здравоохранению, 1212 New York Avenue, NW Suite 750, Washington, DC 20005, USA*
Д-р Sona Strabanova, *Координатор программ в Чешской Республике, Американский международный союз по здравоохранению, Прага, Чешская Республика*

Следующие специалисты представляли Всемирную организацию здравоохранения:

Д-р Фарман Абдулаев, *сотрудник по связям с ВОЗ, Азербайджан*
Д-р Milagros Garcia-Barbero, *региональный советник, отделение больничной службы и медицинского образования, Европейское региональное бюро ВОЗ*
Д-р Gülin Gedik, *ведущий специалист по проектам в странах-участницах CARNET, отделение политики и систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ*
Г-н Александр Иванов, *отделение политики и систем здравоохранения, Европейское региональное бюро*
Д-р Serdar Savaş, *региональный советник, отделение политики и систем здравоохранения, Европейское региональное бюро*
Д-р Мурат Уссатаев, *сотрудник по связям с ВОЗ, Казахстан*
Г-н Simon Wilson, *отделение политики и систем здравоохранения, Европейское региональное бюро*

Переводчики:

Г-жа Анна Обряшенко
Г-н Александр Иванов

Особой благодарности заслуживает д-р Albert Oriol-Bosch, *Директор Центра по сотрудничеству с ВОЗ в области медицинского образования и подготовки специалистов общественного здравоохранения, Institut d'Estudies de la Salut, Барселона, Испания, на базе которого проходило совещание.*

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Г-жа Ольга Сафронова и г-н Simon Wilson обеспечили административную поддержку в процессе подготовки книги к изданию. Редактором оригинального текста был г-н David Breuer. Книга переведена на русский язык Александром Ивановым. Г-жа Sabrina Honoré, компания «Lindegaard Marketing ApS», подготовила постраничный макет книги.

Авторы благодарят г-на Аннамуратова, Председателя Союза художников Туркменистана, за разрешение использовать защищенный авторскими правами материал для художественного оформления книги.



ПРЕДИСЛОВИЕ

В странах-участницах CARNET, как и во многих других странах, в процессе реформирования систем охраны здоровья населения службы здравоохранения подвергаются значительным преобразованиям. Особый упор делается на важность первичной медико-санитарной помощи и внедрение принципов семейной медицины в медицинское обслуживание населения.

Изменение роли врачей в системе предоставления медико-санитарных услуг явно указывает на необходимость переподготовки работающего сегодня медицинского персонала. В этой связи медицинские учебные заведения предлагают уникальную возможность для подготовки будущих врачей, которые должны обладать соответствующими их новой роли знаниями, навыками и отношением к своей профессии.

Признавая важность вышесказанного, страны-участницы CARNET решили посвятить пятый цикл CARNET вопросам реформирования медицинского образования.

Последовавшие за этим решением действия и обсуждения показали, что страны CARNET сталкиваются с общими для всего региона проблемами. На совещании CARNET по реформированию медицинского образования (Барселона, 15-17 декабря 1997 г.) страны-участницы согласовали общую стратегическую линию по подготовке медицинских кадров в будущем.

В данной публикации дается описание проведенной в рамках цикла CARNET работы и полученной информации, включая материалы совещания в Барселоне, а также особенности согласованной странами и основанной на результатах проведенной работы стратегии дальнейшего развития людских ресурсов здравоохранения.

Д-р В. Serdar Savaş
Директор, Управление программами
Европейское региональное бюро ВОЗ

ГЛОССАРИЙ

Врач (медик, доктор, практикующий в области медицины специалист):

Врач – это профессиональный работник здравоохранения, который после поступления в медицинское высшее учебное заведение, имеющее соответствующий статус в стране нахождения, успешно закончил рекомендуемый курс подготовки в области медицины и получил необходимые квалификации, которые позволяют ему/ей получить лицензию на обслуживание пациентов (включающее в себя меры по профилактике заболеваний, диагностику, лечение и реабилитацию), используя при этом собственное мнение по поводу предпринимаемых мер и содействуя здоровью общества и отдельных граждан. *Источник: Hogarth (1)*

Медицинское образование:

Процесс обучения и подготовки, направленный на приобретение квалификации, позволяющей заниматься медицинской практикой. *Источник: Hogarth (1)*

Преддипломное медицинское образование:

Период обучения, который начинается со дня поступления студента в медицинское учебное заведение и заканчивается выпускными экзаменами по основным предметам обучения или предоставлением лицензии на ведение врачебной практики. (Лицензия на ведение практики может иметь временный характер и включать в себя такие условия как работа под наблюдением более опытного коллеги до успешного окончания практического курса или интернатуры). *Источник: Hogarth (1)*

Практический курс:

Стадия обучения, направленная на расширение клинического опыта и приобретение основных клинических умений и знаний посредством практики. Интернатура в условиях стационара является обязательной частью практического курса. Обычно после этого этапа студенты получают полную аккредитацию и лицензию на ведение врачебной практики. *Источник: Hogarth (1)*

Базовое медицинское образование:

Этот термин включает в себя общее медицинское образование и практический курс (интернатуру). *Источник: Hogarth (1)*

Постдипломное медицинское образование:

Данный термин обозначает все виды проводимых на официальном уровне программ обучения, которые способствуют приобретению навыков и знаний в определенной области медицинской практики. Сюда входят программы по специализации (ординатура), подготовка и защита кандидатских и докторских диссертаций.

Непрерывное медицинское обучение:

Данный термин используется для обозначения всего комплекса краткосрочных программ обучения, проводимых с целью укрепления знаний и повышения квалификации практикующих врачей, а также повышения уровня их информированности о последних достижениях медицинской науки и практики. *Источник:* адаптировано из Hogarth (1)

Семейный врач (врач общей практики):

Врач первичного уровня здравоохранения, несущий ответственность за общее медицинское обслуживание пациентов, включая профилактику и лечение любого заболевания или травмы, оказывающих неблагоприятное воздействие на здоровье человека. Работа семейного врача отличается тем, что он/она может обслуживать пациента на дому и очень часто под его/ее наблюдением находится вся семья. *Источник:* Hogarth (1)

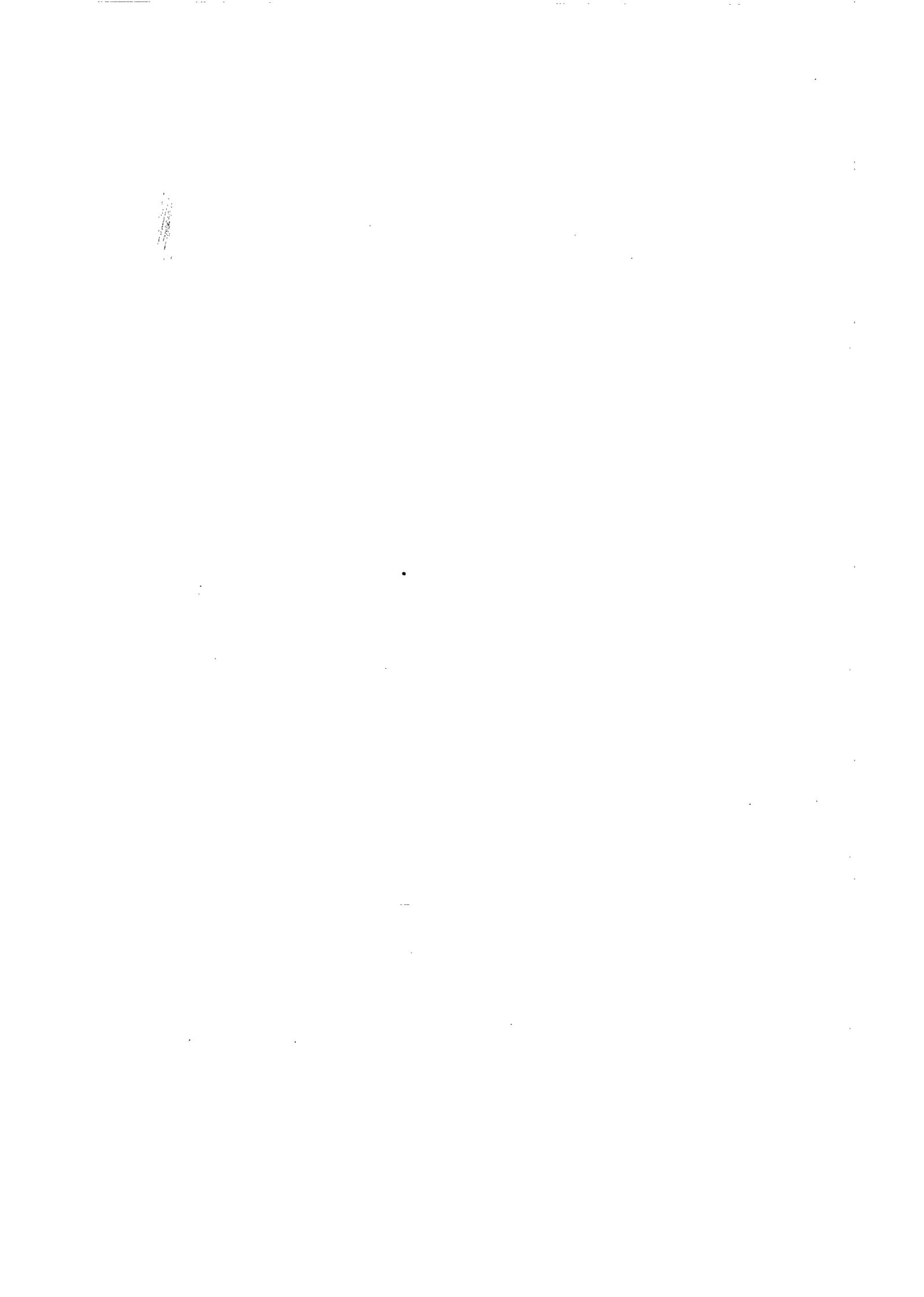
Врач-специалист:

Врач, прошедший специализацию в области профилактики и лечения определенной группы заболеваний и частично или полностью ограничивающий свою практику этой группой. *Источник:* Серия публикаций «Технические отчеты ВОЗ» (2)

Медицинское высшее учебное заведение (медицинский факультет, медицинский колледж, колледж по подготовке хирургов, медицинский институт, медицинская академия, медицинский университет):

Любое высшее учебное заведение (включая факультет в системе университета), предоставляющее соответствующую требованиям программу медицинского образования. Чаще всего это те учебные заведения, которые предоставляют условия для получения преддипломного и постдипломного медицинского образования. *Источник:* Hogarth (1)

ГЛАВА I:
ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА



ВВЕДЕНИЕ

В программах развития многих стран одно из центральных мест отводится реформированию систем здравоохранения с целью достижения равенства в предоставлении медицинских услуг для всех нуждающихся. Для того, чтобы добиться этой цели, необходимо обеспечить соответствующую подготовку медицинских кадров и их более рациональное использование, т.е. планирование количества людских ресурсов здравоохранения и улучшения качества их подготовки являются чрезвычайно важными компонентами процесса реформирования системы охраны здоровья любой страны. Хотя в оказании медицинской помощи все категории работников здравоохранения играют важную роль, ключевая позиция в этом процессе отводится врачам. Отсюда следует, что страны, планирующие проведение преобразований в системе медицинского обслуживания, должны также учитывать потребность в определенных категориях врачей, их количество и уровень подготовки, чтобы обеспечить реформированные системы здравоохранения необходимым числом персонала различных категорий.

В последние два десятилетия большое внимание уделяется концепции главенства первичной медико-санитарной помощи и, соответственно, основанным на ней стратегиям реформирования здравоохранения. В связи с этим возникает настоятельная необходимость пересмотреть кадровую политику здравоохранения и адаптировать подготовку и обучение медицинских работников к новым целям и задачам процесса предоставления медико-санитарных услуг населению. Это имеет прямое отношение к странам-участницам CARNET (Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан), которые предпринимают сегодня серьезные усилия по преобразованию своих систем здравоохранения.

Реформирование базового преддипломного медицинского образования обусловлено как внутренними, так и внешними факторами (1,2). Прежде всего медицинские ВУЗы испытывают определенные трудности в отборе необходимой для будущего врача информации, поток которой постоянно растет. Внешние факторы включают состояние здоровья населения и уровень заболеваемости, особенности системы предоставления медицинских услуг и ожидания широких масс населения относительно медицинской профессии (3). Руководители правительств, министерства образования и здравоохранения, профессиональные ассоциации и отдельные специалисты выступают в своих рекомендациях за обновление, реформу и эксперимент в системе подготовки и обучения медицинских кадров. (4).

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Людские ресурсы являются фундаментом любой системы здравоохранения. Если процесс развития людских ресурсов не отвечает потребностям населения в услугах здравоохранения и не соответствует социальным условиям, практически невозможно добиться такого уровня охраны здоровья, который позволил бы гражданам вести экономически и социально продуктивную жизнь (5). Связанные с людскими ресурсами проблемы существовали давно. Они и сегодня остаются насущными и будут представлять серьезные трудности для многих стран в будущем. Вопросы планирования, подготовки и управления кадрами в области здравоохранения уже многие годы находятся в центре внимания здравоохранительных организаций на международном уровне. ВОЗ занимается этими вопросами со дня своего основания в 1948 г. Мероприятия, направленные на развитие людских ресурсов, всегда были неотъемлемой частью работы этой организации. С 1948 г. ВОЗ занимался выработкой деклараций по этому вопросу, организовывал работу экспертных групп, проводил международные совещания и оказывал поддержку национальным программам (6).

Несмотря на выше отмеченные положительные преобразования, во многих странах студентам медицинских ВУЗов все еще приходится перерабатывать огромное количество информации и изучать сложные в технологическом отношении лечебные процедуры, с которыми они могут не столкнуться в их будущей практике. Во время работы Всемирной конференции по медицинскому образованию, организованной в 1988 г. в Эдинбурге Всемирной Федерацией по медицинскому образованию при поддержке ВОЗ, ЮНИСЕФ, ПРООН и Шотландского агентства по развитию, рассматривались, помимо выше названной проблемы, самые разнообразные вопросы подготовки медицинских кадров (7).

Согласно Эдинбургской декларации (8), принятой по окончании работы конференции, медицинское образование должно быть направлено на подготовку и выпуск таких врачей, которые бы содействовали укреплению и защите здоровья всех граждан общества. Однако по традиции и преподавательский состав медицинских учебных заведений и широкая общественность отводят выпускникам медицинских ВУЗов, помимо их основной специальности, роль теоретиков и практиков медицинской науки, гуманистов и граждан с высоким чувством ответственности за оказываемые ими услуги. Кроме этого, врачи должны обладать не только современными знаниями в медицине, но и быть в курсе достижений медицинской науки и практики на протяжении всей своей активной профессиональной жизни. Лишь небольшое количество выпускников медицинских ВУЗов отвечают этим критериям.

В ЭДИНБУРГСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ УКАЗЫВАЕТСЯ, ЧТО УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ МОГУТ ПРЕДПРИНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СВОЕЙ РАБОТЫ (8):

1. обеспечить соответствующие условия для обучения студентов, включая не только больничные учреждения, но и все ресурсы, имеющиеся в наличии на уровне общины;

2. разработать учебные программы, соответствующие потребностям общества;
3. обучать студентов навыкам непрерывного повышения квалификации и знаний;
4. повышать качество подготовки преподавателей, делая особый упор на просветительную деятельность, а не просто на специализацию в области медицины;
5. оценивать знания студентов с точки зрения их профессиональной компетенции, а не умения запоминать информацию;
6. вести преподавание с акцентом на профилактику заболеваний и оздоровление населения;
7. обеспечивать соответствующее соотношение теории и практики в учебном процессе и интеграцию научной и практической подготовки;
8. совершенствовать процесс отбора студентов: помимо интеллектуальных способностей принимать во внимание личные качества поступающих в медицинский ВУЗ;
9. обеспечивать условия для совместной разработки стратегий и учебных программ министерствами здравоохранения и образования;
10. соотносить количество обучаемых студентов с потребностями страны во врачах;
11. ввести принцип многопрофильного «бригадного» подхода в процесс обучения: обучение, научная работа и другие виды деятельности проводить с представителями других профессий;
12. обеспечивать ресурсы для непрерывного медицинского образования.

Одним из важнейших пунктов, на которые указывает Эдинбургская декларация, является то, что реформа медицинского образования требует не только согласия всех заинтересованных сторон, но и преданности делу, активного руководства и политической воли.

В 1993 г. в Эдинбурге также проводилась всемирная встреча в верхах (саммит) по вопросам медицинского образования. На встрече было выработано 22 рекомендации по пяти основным категориям вопросов (9):

- А. Политика здравоохранения и медицинская практика
 1. Единство задач образования и политики здравоохранения;
 2. Кадровое планирование в здравоохранении: количество врачей и области их компетенции;
 3. Медико-санитарная помощь: участие медицинских учебных заведений в процессе развития общины;
 4. Врачи-специалисты и врачи общего профиля: обеспечение баланса;
 5. Эпидемиологические изменения состояния здоровья населения: характер заболеваемости во всем мире;
 6. СПИД и другие хронические заболевания.
- Б. Проблемы образования
 7. Политика медицинских ВУЗов и институциональное управление;
 8. Процесс отбора студентов;
 9. Подготовка преподавателей для усовершенствованной системы медицинского образования;
 10. Участие студентов в процессе планирования и оценки;
 11. Наука и медицина;

12. Этические основы медицинского образования;
 13. Стратегия и методы преподавания и обучения;
 14. Разработка дополнительных вариантов учебных программ в целях преодоления проблемы избыточности информации.
- В. Непрерывность медицинского образования
15. Постдипломное образование: всесторонний подход;
 16. Непрерывное медицинское образование: учет потребностей врачей.
- Г. Партнеры по обучению
17. Медико-санитарные бригады и многопрофильное обучение;
 18. Участие общин;
 19. Связь с пациентами и общественностью;
 20. Расширенное число участников процесса принятия решений, включая представителей общественности.
- Д. Условия обучения
21. Условия, максимально приближенные к действительности: окружение как медицинского, так и немедицинского характера;
 22. Медицинское образование, учитывающие потребности населения: участие учебных заведений.

В 1995 г., через два года после Всемирного саммита по вопросам медицинского образования, 48-ая Всемирная Ассамблея Здравоохранения приняла резолюцию (WHA 48.8) по переориентации медицинского образования и медицинской практики для достижения целей стратегии здоровья для всех. Резолюция призвала государства-члены ВОЗ направить свои усилия на реформирование всех элементов системы здравоохранения, включая практику и образование медицинских работников. (10).

В резолюции обращается особое внимание на роль врачей в регулировании расходов на здравоохранение и в решениях относительно форм оказания медицинской помощи. В ней также говорится, что именно врачи могут улучшить соответствие предоставляемых ими услуг нуждам населения, их качество и экономическую эффективность и тем самым внести большой вклад в реализацию стратегии здоровья для всех. Резолюция (11) призывает государства-члены ВОЗ:

- (1) учитывая свои потребности в людских ресурсах, пересмотреть принципы участия врачей и учебных заведений в достижении целей стратегии здоровья для всех;
- (2) в целях более эффективного реагирования на нужды населения и улучшения состояния здоровья граждан, организовать сотрудничество со всеми заинтересованными организациями, включая профессиональные ассоциации, по вопросам формирования врача будущего и, где это представляется уместным, определения роли врача общей практики и врача-специалиста и их отношений с поставщиками первичной медико-санитарной помощи;

- (3) оказывать содействие и поддержку научным изысканиям в области организации здравоохранительных систем с целью определения оптимального количества медицинского персонала, сочетания различных категорий врачей и их географического распределения, инфраструктуры и рабочих условий, улучшив тем самым соответствие количества и типов медицинских работников потребностям населения и экономическую эффективность процесса предоставления медицинских услуг;
- (4) оказывать поддержку медицинским заведениям в вопросах улучшения соответствия учебных программ потребностям общества и их участия в процессе реформирования системы предоставления медицинской помощи и базового медицинского образования с целью учета вклада врачей общей практики в работу служб первичного медико-санитарного звена.

В резолюции ясно указывается на то, что врачи завтрашнего дня могут отличаться от врачей более отдаленного будущего, т.к. общество и вместе с ним система здравоохранения не стоят на месте в своем развитии, непрерывно адаптируясь к насущным потребностям сегодняшнего дня и стараясь предвосхитить тенденции будущего. Однако, несмотря на это, есть некоторые универсальные по важности качества, которые характеризуют, по терминологии ВОЗ, «пятизвездочного врача» (10). Такие врачи являются:

- поставщиками медицинских услуг, рассматривающие пациента как личность, с одной стороны, и как неотъемлемого члена семьи и общества, с другой стороны, и предоставляющие качественную, всестороннюю, непрерывную и индивидуализированную медицинскую помощь в рамках основанных на доверии долгосрочных отношений с пациентами;
- лицами, принимающими решения относительно технологий и методов лечения, их этической ценности и экономической эффективности и отвечающими за качество предоставляемых услуг;
- просветителями, которые могут понятным для населения языком разъяснить положительные стороны здорового образа жизни, тем самым предоставляя возможности отдельным гражданам и группам населения самим нести ответственность за улучшение и защиту своего здоровья;
- лидерами в общинах, которые, завоевав доверие людей, среди которых они работают, могут свести воедино индивидуальные и коллективные требования относительно здоровья человека и инициировать действия от имени членов общины;
- управленцами, которые могут успешно работать и с отдельными гражданами и с целыми организациями как внутри, так и вне системы здравоохранения и удовлетворять потребности пациентов и общины, соответствующим образом используя имеющиеся в наличии данные информационных систем.

Согласно резолюции Всемирной Ассамблеи Здравоохранения проблемы, связанные с ролью врачей и их образованием, присущи почти всем странам. Эти проблемы нельзя решать, не учитывая проблем, с которыми сталкиваются отдельно взятые страны в процессе предоставления медицинских услуг. Соответствующие подходы к кадровой политике могут стать отправной точкой для реформирования системы здравоохранения в целом. Всесторонний план реориентации людских ресурсов здравоохранения лежит в основе любой реформы

здравоохранения, рассчитывающей на успех, т.к. он предполагает определение новых функций для медицинских работников, обеспечение нового профессионального окружения, в котором они будут вести свою практику, а также создание оптимальных рабочих условий и организацию соответствующих программ непрерывного образования (10).

ГЛАВА II:

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Медицинское образование - это сложный многосторонний процесс, включающий в себя научные, социальные, культурные и экономические аспекты. Занимающиеся планированием лица и полномочные организации должны учитывать все эти аспекты подготовки врачей, а также факторы, влияющие на соответствие образовательных программ потребностям населения в услугах здравоохранения в определенной стране.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ И ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ОСОБЕННОСТИ

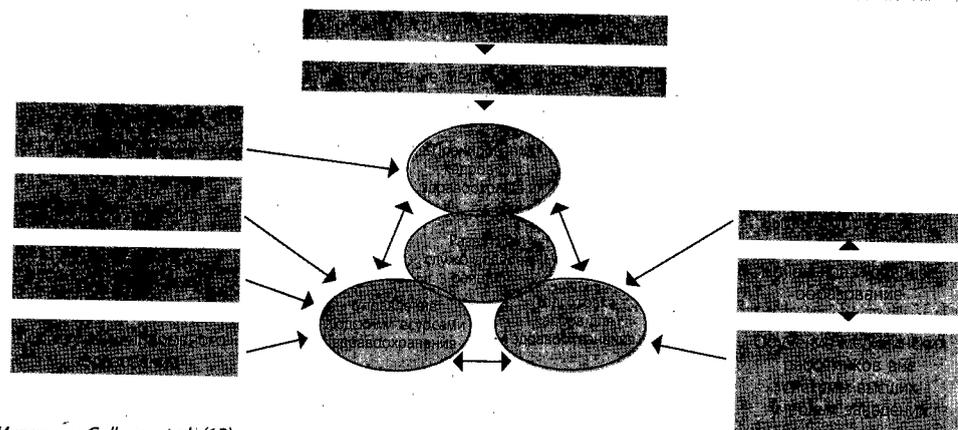
При подготовке медицинского персонала, включая врачей, необходимо принимать во внимание тот факт, что каждая отдельно взятая страна имеет свои постоянно меняющиеся потребности относительно количества врачей и медицинских сестер, их специализации и методов подготовки. Опыт традиционных систем образования и обучения показал, насколько важно добиваться соответствия программ обучения конкретным условиям в каждой стране (6). Это должно стать ключевым моментом при разработке эффективных систем здравоохранения. Функционирование производителей медицинских услуг нельзя оценивать с точки зрения количества подготовленных высокоспециализированных кадров, количества больничных коек или наличия сложного радиологического оборудования в стране. Основой для оценки должна служить релевантность предоставляемых услуг нуждам населения (12). Это означает, что врачи должны обладать не только соответствующими профессиональными знаниями и компетенцией для оказания медицинской помощи в своих общинах, но и знать социальные и культурные характеристики людей, которых они обслуживают, а также наиболее типичные для общины проблемы здоровья. К сожалению, во многих странах медицинские высшие учебные заведения оторваны от действительности и обучают студентов в соответствии с некими пространственными международными стандартами и не совсем ясно представляемыми требованиями 21-ого века, в то время как насущные медико-санитарные потребности общества сегодняшнего и завтрашнего дня остаются совершенно без внимания (13).

Кроме национальных особенностей медицинская практика имеет принятые во всем мире характеристики, которые необходимо учитывать при подготовке врачей в любой стране. Предназначение медицины и угрожающие здоровью людей факторы в основе своей не несут каких-либо национальных различий. Однако это не означает, что программы обучения в медицинских ВУЗах должны быть совершенно идентичны в каждой стране. Тенденции и особенности медицинского образования в одних странах могут быть совершенно не приемлемы для других. Медицинские учебные заведения должны прежде всего искать пути для более эффективного удовлетворения национальных потребностей в своих странах, уделяя при этом меньше внимания вопросу взаимообразности систем медицинского образования (14).

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ МЕР

Развитие людских ресурсов для здравоохранения должно быть, в первую очередь, направлено на удовлетворение нужд и потребностей населения, а не профессионального интереса, т.е. каждой стране необходимо определить свои цели и задачи, принимая во внимание свои собственные приоритеты, представленные в национальных программах развития здравоохранения и общегосударственных планах. Такие планы устанавливают не только какое количество и какие категории медицинского персонала требуется подготовить, но и указывают на то, какими знаниями, навыками и умениями, в какой области и на каком уровне должны обладать будущие врачи и медсестры, чтобы успешно выполнять поставленные перед ними задачи. Это говорит о том, что подготовка и выпуск врачей должны стать неотъемлемой частью процесса планирования медико-санитарных мер, все компоненты которого должны быть объединены в единый процесс, направленный на развитие служб здравоохранения (Рис. 1) (13).

РИС 1. СВЯЗЬ МЕЖДУ НАЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОГРАММАМИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЗВИТИЕМ ЛЮДСКИХ РЕСУРСОВ



Источник: Gelhorn et al. (13)

МНОГОПРОФИЛЬНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ БРИГАДЫ

Услуги здравоохранения представляют собой сложный с профессиональной точки зрения процесс, который может быть обеспечен только многопрофильной бригадой медицинских работников, т.е. группой врачей и медсестер, обладающих соответствующими знаниями, навыками, функциями

и задачами, взаимодополняющими друг друга в процессе достижения единой цели (6, 15). Ключевым словом в данном определении является «взаимодополнение»: члены бригады, имеющие различную профессиональную подготовку, являются частью целого (15). Каждый член бригады вносит свой вклад в реализацию поставленных задач и успех работы бригады представляет собой совокупность усилий всех ее членов. Любые недостатки в работе одного члена сказываются на качестве обслуживания, за которое несет ответственность вся бригада.

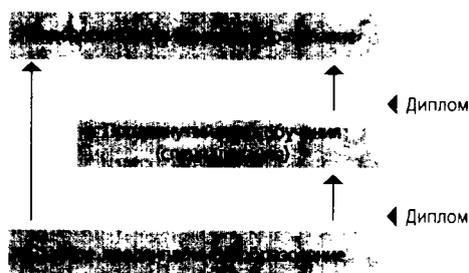
Формирование бригады зависит от характера выполняемой работы, рабочего места и инфраструктуры медицинских учреждений в стране. Врачи являются основными членами бригады и обычно возглавляют ее работу. В связи с этим обучение студентов навыкам работы в многопрофильной бригаде следует включить в учебные программы медицинских ВУЗов, которым необходимо учитывать при этом следующие обучающие цели:

- повышение результативности обучения;
- стимулирование сотрудничества в процессе обучения;
- создание условий для взаимооценки и взаимопомощи между студентами;
- укрепление положительного восприятия и отношения к сотрудничеству и взаимодействию между различными категориями медицинских работников.

НЕПРЕРЫВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ

Образование врачей (и других категорий медицинских работников) рассматривается как непрерывный процесс, который начинается с базового медицинского образования (преддипломная стадия), по окончании которого студенты могут приступить к более продвинутому этапу обучения (специализации) в качестве интерна. В конце этого периода подготовки студенты получают сертификат, диплом или другой документ, удостоверяющий их квалификацию на ведение независимой специализированной практики. Непрерывное образование - это любая

РИС 2. ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ



Источник: Серия документов ВОЗ «Технические отчеты», № 534, 1973 (15а)

форма обучения или подготовки, которую медицинский работник проходит после окончания ВУЗа, при чем такое обучение не предполагает получение новой степени или диплома, т.к. оно направлено на совершенствование ранее полученных знаний, что должно способствовать повышению качества предоставляемых услуг.

Медицина – это огромная область человеческих знаний. Все, что известно об организме человека и его здоровье, невозможно изучить за тот ограниченный период времени, отводимый на преддипломное образование и специализацию. Быстрое развитие медицины еще больше осложняет задачу составителей учебных программ. Кроме того, было доказано, что половина полученных в медицинских ВУЗах знаний перестают быть актуальными через 5-7 лет, т.е. они либо меняются, либо забываются в течении 5-7 лет после окончания ВУЗа (17). Это означает, что врачи обязаны постоянно совершенствовать свои знания и умения, изучая новые методы оказания медицинской помощи и знакомясь с достижениями науки и техники (2). Студенты-медики должны понимать, что медицинское образование - это длящийся на протяжении всей их будущей карьеры познавательный процесс и что навыки непрерывного образования они должны привить себе еще на этапе базового медицинского обучения.

Необходимость непрерывного и рекуррентного образования вызвана целым рядом причин (4).

- Медицинская помощь должна быть высокого качества. Медицинские работники и преподаватели медицинских ВУЗов должны регулярно обновлять свои знания и навыки, чтобы компенсировать быстрое устаревание научных и технических знаний.
- Медицинское обслуживание необходимо переориентировать без ущерба для здоровья целого поколения. Новые методы оказания медицинской помощи требуют от работников здравоохранения применения новых технологий и приобретения навыков, с которыми они не имели возможности познакомиться во время их предыдущего обучения.
- Необходимо предпринять меры по предотвращению излишней специализации медицинских работников. По мере того, как в здравоохранении появляются новые функции и роли, адаптация нынешних специалистов к новым условиям работы более предпочтительна, чем создание новых профессий и технологий обслуживания.
- Следует создать больше условий для продвижения по службе. В этом смысле нынешняя система образования не предполагает широкого разнообразия возможностей. Система рекуррентного образования могла бы обеспечить работников реальными возможностями для так называемого вертикального и бокового продвижения по службе, которое бы делало акцент на индивидуальные способности персонала.
- Необходимо создать условия для обучения преподавательского состава. Новые задачи, стоящие перед медицинским образованием, включая введение системы многопрофильных бригад и смещение акцента на первичную медико-санитарную помощь, требуют новых педагогических подходов и методологических решений. Для реализации этих задач преподаватели должны постоянно обновлять свои знания и умения.

Любая модель здравоохранения должна включать учреждения первичного, вторичного и третичного уровней. Услуги вторичного и третичного уровней (специализированное обслуживание) в основном предоставляются врачами-специалистами, т.е. в каждой стране в

них есть необходимость и их следует готовить. Однако система охраны здоровья населения должна исходить из главенства первичной медико-санитарной помощи и упор следует делать именно на этот уровень медицинского обслуживания. Большинство врачей общей практики (семейных врачей) работает в учреждениях первичного уровня. Следовательно, достижение соответствующего баланса между врачами общей практики и врачами-специалистами представляется чрезвычайно важным аспектом организации здравоохранения. Если в стране специалистов больше, чем того требует ситуация, многие из них либо не имеют работы, либо заняты на участке, где они лишены возможности продуктивно применять свои знания (скрытая безработица), либо занимают место врача общей практики. Экономически это не выгодно для страны и не имеет никакого смысла. Исследования показали (18), что врачи общей практики могут диагностировать и лечить около 90% пациентов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, и только 10% больных требуют направления в медицинские учреждения вторичного и третичного уровней: стационары общего профиля и специализированные больницы.

Кроме непосредственно лечебной практики врачи должны специализироваться в основных отраслях медицинской науки, биохимии, микробиологии и физиологии, а также в таких вопросах общественного здравоохранения как эпидемиология, управление здравоохранением, гигиена окружающей среды и гигиена труда.

При планировании медицинского персонала необходимо учитывать связь между требованиями к подготовке специалистов и требованиями к услугам, которые они предоставляют. Эта связь существует уже многие годы и имеет место во всех странах. В некоторых странах Европейского региона были сделаны попытки соотнести предусматриваемое в программах обучения количество мест для каждой медицинской специальности с потребностью в различных категориях специалистов и, соответственно, с предполагаемым наличием возможностей для успешной карьеры врача. На практике осуществление такой формы планирования обычно предполагает два различных вида отношений: между количеством подготавливаемых по данной специальности студентов и обучающими возможностями ВУЗа, с одной стороны, и между количеством подготавливаемых по данной специальности студентов и региональными и национальными потребностями во врачах данной специальности, с другой. Это означает одно из двух: либо эти два вида отношений совпадают, что маловероятно, либо между ними существует разрыв, указывающий на необходимость дальнейшего развития и рационализации подготовки врачей-специалистов (19).

Во многих странах наблюдается несколько уровней с специализации. Каждый уровень имеет четко определенные обучающие цели. Например, эндокринология, кардиология, нефрология и другие относящиеся к внутренней медицине области являются специальностями второй и даже третьей степени (субспециальности). Районные или областные учреждения здравоохранения чаще всего имеют в своем штате врачей по внутренним заболеваниям общего профиля, которые специализируются в определенной области медицины и, как и врачи общей практики, отводят часть своего времени на обслуживание пациентов по их специализации, а все остальное время посвящают больным с внутренними заболеваниями общего профиля. Уровень применения субспециализации на практике может отличаться от того, как субспециальности используются

в качестве дисциплин преподавания в учебном заведении, т.к. пациенты с редкими или сложными заболеваниями могут требовать направления на дальнейшее обследование или специализированное лечение (19).

Планы по реформированию здравоохранения в странах CARNET отводят особое место изучению роли семейных врачей в других странах Европейского региона.

Семейное медицинское обслуживание в различных странах организовано и функционирует в зависимости от наличия людских ресурсов и не зависит от политических и национальных особенностей или методов оплаты медицинскому персоналу (9).

Многие практикующие врачи предоставляют прямой и постоянный доступ к своим услугам для всех членов семьи, которую они обслуживают. Пациенты либо посещают врача в медицинском учреждении, либо врач обслуживает их на дому. Такие врачи берут на себя полную ответственность за оказание медицинской помощи и, если в этом есть необходимость, за организацию услуг врачей-специалистов или социальной помощи (9). Семейные врачи (или врачи общей практики) обычно работают в центрах первичной медико-санитарной помощи и предоставляют обращающимся профилактические услуги. Пациенты обращаются к ним прежде, чем они предпринимают другие шаги, и лечение при этом предоставляется в амбулаторных условиях. Кроме того, семейные врачи проводят с ними работу по укреплению здоровья. Медицинская помощь, предоставляемая семейными врачами, не ограничивается определенными категориями населения. Ее может получить любой гражданин, независимо от возраста, пола, социальной, расовой или религиозной принадлежности. Она также носит общий характер с точки зрения того, что врач общей практики должен рассматривать все без исключения жалобы или связанные со здоровьем пациентов проблемы (9).

СПРОС, ПОТРЕБНОСТЬ И ПРЕДЛОЖЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ

Во второй половине двадцатого столетия почти все страны отмечали, что нехватка квалифицированных кадров, включая врачей, тормозит развитие системы предоставления медицинских услуг (13). В связи с этим, почти в каждой стране количество врачей после 1975 г. значительно выросло и стало намного выше, чем требовалось, что незамедлительно сказалось на уровне и качестве занятости врачей. Такое положение дел привлекло повышенное внимание со стороны специалистов по вопросам людских ресурсов в здравоохранении и ответственных министерств и ведомств.

Вынужденная необходимость в подготовке врачей носит кумулятивный характер и обусловлена рядом различных факторов. Спрос на профессию врача объясняется популярностью медицины среди будущих студентов и их родителей. Предложение основано на принципе, применяемом в

нескольких странах и даже записанном в конституции некоторых из них (н-р, Германии), согласно которому будущие студенты, набравшие определенный, не ниже требуемого аттестационный бал, имеют право сами решать, какое образование они хотят получить. Учебным заведениям в связи со спросом на определенные специальности приходится расширять свои программы (5).

Некоторые страны, такие как Соединенное Королевство, давно уже ввели ограничения на количество поступающих в медицинский ВУЗ, хотя изначально квоты устанавливались не на основании ожидаемого спроса на врачей, а в зависимости от размера прикрепленной к учебному заведению обучающей больницы и ее возможностей предоставлять условия для практических занятий студентов. В других странах, где клинический опыт и возможности прикрепленной больницы не играли большой роли, решающим фактором был спрос, диктуемый интересами студентов. Такого принципа традиционно придерживаются Испания, Франция и Италия и многие латиноамериканские страны. Некоторые из них устанавливают квоты либо на прием, либо на количество студентов, допускаемых на второй год обучения на основании оценок, полученных во время экзаменов за предыдущий год (Франция). Однако, если использовать показатели ожидаемого спроса, то в установлении квот не будет необходимости. Хотя в середине 80-х годов в Испании 25% врачей были зарегистрированы как безработные, квота на медицинское образование была установлена на основании количества студентов, которым, исходя из материально-технических и академических возможностей ВУЗов, можно было дать образование приемлемого качества (5). Таким же образом квоты определяются для всех университетов Турции, включая медицинские учебные заведения, т.е. в зависимости от количества выпускников высшей средней школы в данном учебном году.

Общество само внесло свой вклад в нарушение баланса людских ресурсов в здравоохранении по той простой причине, что широкие слои населения не знали или не обращали должного внимания на связанные с этим проблемы. Учебные заведения не имеют особого интереса в планировании рабочей силы, а крупные работодатели – различные государственные учреждения здравоохранения – являются лишь пассивными получателями обученного персонала. Кроме того, работодатели обычно не участвуют в процессе планирования и образования. Такое отсутствие связи между различными сторонами процесса развития людских ресурсов приводит к безработице среди медицинских работников или их занятости не по специальности, а также миграции в другие страны, в которых спрос на профессиональных работников здравоохранения выше и/или условия труда и проживания лучше (20). С точки зрения рационального использования общественных ресурсов серьезную проблему представляет то, что врачи, будучи безработными или неудовлетворенными своей работой, уходят из здравоохранения в другие сектора экономики. Это приводит к растрате финансовых и людских ресурсов, которые ушли на подготовку и обучение квалифицированных кадров.

КАЧЕСТВО ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА

Врачи оказывают непосредственное воздействие на качество предоставляемой медицинской помощи. Однако в каждой стране концепция качества медицинских работников рассматривается по своему и не имеет общепринятого стандарта. Термин «качество» включает в себя уровень подготовки врачей и уровень их компетенции при выполнении ими своей работы. Наивысший уровень компетенции в одной стране может не быть таковым в другой.

Основная задача, стоящая перед системой здравоохранения с точки зрения качества врачебного персонала, заключается в достижении одинаково высокого уровня знаний всех врачей и постепенном повышении качества процесса обучения, чтобы заканчивающие сегодня врачи были более подготовлены, чем выпускники предыдущих лет. Для достижения этой цели необходимо непрерывно совершенствовать методы преподавания и укреплять материально-техническую базу учебных заведений.

Ранее бытовало мнение, что наилучшим способом убедить врачей работать в сельской местности является перепроизводство или выпуск избыточного количества врачей и перенасыщение ими рынка труда в городской местности. Надежды при этом возлагались на то, что ввиду отсутствия работы в городе выпускники медицинских ВУЗов начнут искать ее на периферии. В большинстве стран это не привело к улучшению распределения людских ресурсов. Более того, качество подготовки выпускаемых врачей ухудшилось. Это еще раз доказывает, что количество не всегда автоматически ведет к качеству. Оба параметра должны рассматриваться одновременно (5).

СТРАТЕГИИ И МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ

Различные медицинские учебные заведения в разных странах или даже в одной и той же стране могут придерживаться различных образовательных стратегий и методов преподавания. Каждая ситуация требует определенной стратегии. При выборе соответствующих стратегий и методов преподавания необходимо стремиться к облегчению процесса познания и учитывать имеющиеся в наличии ресурсы и социальные характеристики студентов и преподавателей (21).

В силу многих причин, включая традиционность, необходимость и удобство в организации, лекционный метод преподавания продолжает оставаться доминирующим в преподавании в современных высших учебных заведениях. Мнения о нем со стороны студентов и преподавателей самые различные: кто-то его защищает, а кто-то критикует. Однако, поскольку вероятнее всего лекция так и останется основным методом преподавания в медицинских ВУЗах, следует улучшить качество процесса коммуникации между лектором и слушающими и создать все необходимые условия для того, чтобы лекции достигали своих обучающих целей (22).

Процесс обучения должен быть максимально приближен к реальной профессиональной деятельности будущих врачей. Поскольку образование должно быть направлено на облегчение и содействие процессу познания, некоторые стратегии могут быть более эффективными, чем другие. В связи с этим мультидисциплинарное, интегрированное, основанное на проблемном подходе обучение или мультипрофессиональное образование, прививающее студентам навыки решения проблем, представляются наиболее приемлемыми в подготовке медицинских работников (21).

Интегрированная или мультидисциплинарная модель в большой степени стирает искусственные границы между теоретическими дисциплинами и предметами предклинических и клинических курсов. Интегрированная модель преподавания строится по принципу от простого к сложному: студенты знакомятся с самыми простыми функциональными и структурными единицами и затем постепенно переходят к более сложным функциональным блокам и системам человеческого организма. Все лекции и лабораторные занятия скоординированы и предметы взаимосвязаны. Лабораторные занятия проходят в многопрофильных лабораториях. Узкоспециализированные лаборатории отдельных кафедр не отвечают должным образом потребностям интегрированной системы преподавания (23).

При обучении, основанном на проблемном подходе, студенты получают знания или знакомятся с какой-либо концепцией на примере конкретной медико-санитарной проблемы или ситуации. В дальнейшем эта же проблема или ситуация используется для развития навыков решения проблем. Обучение, *основанное* на проблемном подходе, не предполагает лекций или практических занятий, на которых студенты получают предварительную информацию о рассматриваемой проблеме. Этим оно отличается от *ориентированного* на проблемы обучения, при котором проблемы используются для интеграции знаний, преварительно полученных на запланированных расписанием занятиях. Основанное на проблемах обучение более реалистично по характеру, но более сложно в реализации. Ориентированное на проблемы обучение не совсем отражает действительную ситуацию, но не представляет трудностей в организации и выполнении. Оба типа обучения можно применять при введении и изучении мультидисциплинарных проблем (24).

При мультипрофессиональном образовании студенты различных специальностей в определенный период своей подготовки занимаются вместе (25). Мультипрофессиональное обучение трудно осуществить на преддипломном уровне, т.к. подготовка по различным дисциплинам отличается по продолжительности и содержанию. Наибольший эффект оно может дать в период специализации (21).

СОЧЕТАНИЕ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ

В течении многих столетий молодые врачи и хирурги начинали свою карьеру под наблюдением своих более опытных коллег в качестве их учеников. Развитие практических навыков играет очень важную роль в подготовке врачей, которая, в свою очередь, должна основываться на теоретических знаниях. Теоретические дисциплины и практическая подготовка в медицинских учебных заведениях имеют одинаково важный статус и не должны иметь какого-либо главенства или приоритетности друг над другом.

Каково же наиболее сбалансированное сочетание теории и практики в процессе подготовки студентов-медиков? Где должна проходить практическая подготовка? Эти вопросы не имеют стандартного решения. При определении баланса между теоретической и практической подготовкой, а также места проведения практики необходимо принимать во внимание потребность в определенных категориях врачей и наличие местных медицинских учреждений в конкретных странах. Однако врачи не должны обучаться только как специалисты и загружаться огромным количеством информации, которую они никогда или крайне редко будут использовать после окончания института. По одному вопросу теории и практики здравоохранения пришли к общему согласию: студенты-медики должны прежде всего готовиться как врачи первичной медико-санитарной помощи и, соответственно, часть их подготовки должна проходить в учреждениях первичного уровня обслуживания, где они будут работать в будущем.

ОТБОР СТУДЕНТОВ

В процессе развития людских ресурсов для здравоохранения отбор студентов всегда был необходимой процедурой. В некотором смысле он является первым шагом в предоставлении медицинской помощи. Хотя процедура отбора студентов для учебы в медицинском ВУЗе проводится во всех странах, цели и методы отбора имеют значительные различия и обычно отражают социальную ситуацию в стране. Ниже приводятся примеры различных подходов к отбору студентов (26):

- Все абитуриенты независимо от их академических наклонностей – гуманитарные предметы, естественные науки или математика - принимаются в медицинский институт и большая часть из них исключается после первого года обучения. Обычно только 20-50% от первоначального набора продолжает учебу на третьем и последующих курсах.
- Во время последних лет средней школы студенты начинают делать акцент на базовые научные дисциплины и при успешной сдаче экзаменов по этим дисциплинам их заявление принимается в медицинский ВУЗ. Только половина кандидатов отбирается и в последствии 20-50% поступивших бросает учебу.

- Относительно большие или даже небольшие группы студентов отбираются на конкурсной основе независимо от их академических наклонностей. При этом процент неуспевающих и бросающих учебу сравнительно низкий.
- Абитуриенты, имеющие определенный бал по научным дисциплинам, отбираются на конкурсной основе; в этом случае процедура отбора включает конкурсные экзамены и собеседование. Поступает относительно небольшое количество студентов и многие из поступивших успешно заканчивают ВУЗ и получают квалификацию врача.
- Студенты для учебы в медицинском ВУЗе отбираются среди тех, кто уже получил диплом о высшем образовании (обычно по научным, а иногда и по гуманитарным дисциплинам).
- Медицинские сестры и другие категории медицинского персонала (например, помощники врача) отбираются на конкурсной основе для учебы в медицинском ВУЗе и составляют часть или, в исключительных случаях, большинство набора студентов на первый курс.

Теоретически при отборе студентов необходимо делать упор на те качества, которые наиболее соответствуют их будущей профессии врача. Самыми важными из них являются умение общаться с пациентами и обслуживаемым населением, способность ставить диагноз и проводить лечение, умение определить медико-санитарные проблемы, характерные как для одного человека, так и всей общины, способность работать с другими членами медико-санитарной бригады и способность к приобретению медицинских знаний (27).

При определении и использовании соответствующих процедур отбора, отражающих выше перечисленные критерии, учебные заведения очень часто сталкиваются с некоторыми трудностями. Информацию об успеваемости поступающих в медицинский ВУЗ получить довольно легко, что делает ее более привлекательной для формирования мнения о студенте, хотя она не отражает тех способностей и умений, которые особенно необходимы врачам в их работе.

Политическая система в стране, особенности которой следует принимать во внимание, может также оказать влияние на процесс отбора. Например, некоторые политические системы требуют, чтобы студенты-медики получали финансовую помощь от политических партий. В других странах отдается предпочтение абитуриентам из неблагоприятных в географическом отношении регионов или представителям определенных этнических групп или народностей. В некоторых странах Европейского региона (например, в Германии) граждане имеют закрепленное конституцией право на поступление в высшее учебное заведение, если они имеют необходимый для поступления минимум квалификаций и при этом никакие другие процедуры отбора не разрешаются (27). В Турции студенты поступают в университеты в соответствии с оценками, которые они получили на вступительном экзамене, проводимом каждым университетом в отдельности или каким-либо уполномоченным учреждением в централизованном порядке.

Кто проводит отбор? Иногда это делает декан, что не совсем приемлемо, или постоянный комитет при совете факультета, который называется «приемная комиссия». В ряде стран, практикующих жесткую политику планирования кадров, со студентами в централизованном порядке проводится ориентация (а не отбор), за проведение которой отвечает либо университет, либо специальная комиссия, или совместный комитет министерства или министерств, занимающихся вопросами образования или экономического развития. (26).

РАЗРАБОТКА УЧЕБНЫХ ПЛАНОВ

Согласно определению, данному Исполнительным советом ВОЗ в 1972 г., врачом это профессиональный работник здравоохранения, который после поступления в медицинское высшее учебное заведение, имеющее соответствующий статус в стране, где оно находится, успешно закончил рекомендуемый курс подготовки в области медицины и получил необходимые квалификации, которые позволяют ему/ей получить лицензию на обслуживание пациентов (включающее в себя меры по профилактике заболеваний, диагностику, лечение и реабилитацию), используя при этом собственное мнение по поводу предпринимаемых мер и содействуя здоровью общества и отдельных граждан (1).

В девятнадцатом столетии терапия и хирургия не включались в медицинскую науку как отдельные области. Для симптоматического лечения наиболее часто встречаемых заболеваний предписались имеющиеся в наличии лекарственные средства, а операции, чаще всего самые основные, выполнялись только опытными хирургами. Такие качества как личное обаяние и умение ухаживать за пациентами, которым предписывался постельный режим, являлись самыми важными для практикующего врача. Это обусловило главную цель медицинского образования в те дни, которая заключалась в расширении видения и знаний врача. Медицинская наука преподавалась без всякой связи с ее практическим применением. К сожалению, этот подход все еще остается традиционным, в то время как жизнь или смерть пациентов зависит прежде всего от практических навыков и умений наблюдающих или лечащих их врачей. Студентам-медикам приходится «переваривать» огромное количество бесполезной информации (8). Некоторые предметы, не отвечающие целям и задачам преддипломного медицинского образования, следует перенести на период специализации (постдипломная подготовка). В ряде стран уже предпринимались серьезные попытки по реализации такого рода преобразований учебных программ (28).

Медицинское образование должно дать студенту следующее: понимание важности медикобиологических наук, знание медико-санитарных требований к здоровью и умения проводить профилактику и лечение заболеваний (5).

Стандартизация учебных планов и процесса сертификации выпускников в международном масштабе не имеет своих сторонников, т.к. форма медицинского образования и условия для аккредитации и лицензирования должны определяться в соответствии с конкретными условиями и требованиями, присущими каждой отдельной стране.

Качество учебных программ, хотя и представляет собой один из важнейших факторов, не является единственной детерминантой, определяющей результаты медицинского образования. Учебный план должен строиться на основе анализа целей медицинского образования, его положительных и отрицательных результатов. Страны, слепо копирующие методы медицинского образования без учета местных условий, обычно не достигали успеха в прошлом (8).

Медицинские высшие учебные заведения должны готовить студентов к выполнению задач, которые ставит перед ними общество, в котором они будут работать в будущем. Однако в

медицинских ВУЗах, придерживающихся традиционных учебных программ, многое из того, что преподается, не имеет практического применения. Кроме того, особенности заболеваемости населения и медико-санитарные потребности в большей степени зависят от социального и экономического развития стран. Отсюда следует, что традиционные модели подготовки студентов-медиков необходимо пересматривать именно с этих позиций. В связи с этим, медицинские учебные заведения во многих странах либо уже приступили к пересмотру своих учебных программ, либо находятся в стадии подготовки и планирования преобразований. Оценка и изменение учебных программ должны проходить постепенно, т.к. их необходимо постоянно адаптировать в соответствии с непрерывным развитием общества. В противном случае, выпускники медицинских ВУЗов не смогут удовлетворить потребности населения, характерные в период их окончания института.

За разработку учебных программ не должны нести ответственность только преподаватели и администрация медицинских учебных заведений. В этот процесс должны быть задействованы все заинтересованные организации, учреждения и ведомства, включая министерства здравоохранения и образования, органы планирования, профессиональные ассоциации и действующие на уровне общины группы населения. Такой подход поможет ответственным за разработку учебного плана лицам лучше понять реальную социальную картину и ожидания населения и медицинских учреждений, в которых по окончании ВУЗа будут работать студенты.

Учебный план включает такие элементы как содержание, стратегии и методы обучения, которые обеспечивают качество образования и высокую успеваемость студентов. Однако, чтобы обеспечить эффективность процесса обучения и избежать излишнюю его затрудненность, следует помнить, что необходимо добиваться правильного сочетания этих элементов. Учебный план может иметь все необходимые элементы, но если они не организованы соответствующим образом, это может осложнить процесс познания и не привести к ожидаемым результатам. Задачи учебного плана зависят от конкретного учебного заведения или страны, социально-экономической ситуации, применяемых программ и стратегий и имеющихся в наличии ресурсов. Решать эти вопросы каким-либо одним стандартным образом невозможно (9). Н-р, группа исследователей под руководством McGaghi (29) описывает врача в развивающихся африканских странах как медицинского работника, который может обнаруживать и лечить основные инфекционные заболевания, организовывать меры по предотвращению и распространению этих заболеваний, диагностировать и лечить болезни основных систем организма человека, обеспечивать участие населения и использовать информационный материал. В отличие от этого, в промышленно-развитых странах врачей обучают использованию компьютеров в постановке диагноза и методам научно-медицинского исследования.

Исходя из выше упомянутых соображений, в процессе планирования учебного процесса необходимо лицам учитывать следующие цели, стоящие перед медицинскими высшими учебными заведениями:

- развивать и укреплять интерес студентов-медиков к работе врача общей практики (или семейного врача) (8);
- обеспечивать условия для поддержания профессионального уровня и знаний врачей на протяжении их профессиональной карьеры (8);

- обучать каждого студента методам борьбы с медико-санитарными проблемами и характерными заболеваниями местного значения;
- делать упор на практическую подготовку;
- знакомить студентов с организацией национальной системы здравоохранения и работающих в ней многопрофильных медико-санитарных бригад;
- обеспечивать студентов адекватными знаниями и навыками в области базовых медицинских наук, превентивной медицины и клинической практики;
- обеспечивать студентов адекватной информацией о социальных и экономических условиях в стране и во всем мире (8);
- прививать студентам желание служить своей стране (8);
- прививать студентам такие качества как доброта, терпимость, терпение, сострадание и преданность делу (8);
- подготавливать адекватное количество врачей на экономически выгодных для страны условиях.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Оценка знаний и успеваемости студентов зависит от модели и целей обучения. Поскольку при оценке проводится анализ данных о приобретенных навыках или изменениях отношения и личных качеств студентов, любые достоверные сведения о навыках или поведенческих характеристиках, которые могут определяться как учебные цели в процессе обучения, можно использовать в качестве критериев оценки. Это важно потому, что для многих людей оценка прежде всего ассоциируется с письменными тестами, которые дают возможность получить информацию о некоторых видах знаний и поведения студентов. Однако многие другие поведенческие характеристики и навыки, которые студенты должны приобрести во время учебного процесса, трудно оценить при помощи письменных тестов. Наблюдения, собеседования, результаты практической работы, выполняемой студентами, и даже архивная информация могут представлять собой другие эффективные методы оценивания (30).

Любая процедура оценивания должна строиться на следующих трех принципах (31):

- Оценка должна соответствовать целям программы;
- Процесс оценивания должен носить для студентов обучающий характер;
- Процесс оценивания должен выявлять не только слабые, но и сильные стороны студентов.

Таким образом, все процедуры оценки должны ориентироваться на студентов и иметь обучающие цели. Это особенно касается курсов обучения, которые предполагают изучение материала на примерах и проблемах из реальной медицинской практики. Они обычно направлены на то, чтобы предоставить студентам возможность самим направлять свой процесс обучения в рамках общих целей, поставленных преподавателями (31).

ПОДГОТОВКА ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИХ КАДРОВ

Общая ошибка, допускаемая медицинскими учебными заведениями во всем мире, заключается в том, что на наиболее квалифицированных врачей и других медицинских работников возлагается роль преподавателей медицинских ВУЗов, исходя из предпосылки, что хорошие врачи не могут быть плохими преподавателями, что не всегда так. Образование – это наука, а преподавание – это вид деятельности, предполагающий наличие таких навыков как умение планировать лекционные и практические занятия, эффективно общаться с обучаемыми, обеспечивать студентов информационными и другими ресурсами для учебы, оказывать консультативную помощь, проводить самооценку и непрерывное самообразование (32). Помимо медицинской квалификации, преподаватели медицинских ВУЗов должны обладать высоко развитыми навыками преподавания. Следовательно, при отборе преподавательских кадров медицинских ВУЗов необходимо либо отдавать предпочтение кандидатам, уже имеющим соответствующие навыки, либо обеспечивать условия для обучения методике преподавания тех, кто был отобран для работы в ВУЗе. Участники Всемирной конференции по медицинскому образованию, прошедшей в Эдинбурге в 1988 г., обращали особое внимание на подготовку преподавательских кадров для медицинских учебных заведений.

Идеальные преподаватели должны уметь (33):

- ставить перед студентами конкретные, выполнимые, отслеживаемые и измеримые цели, отвечающие потребностям общества и стандартам медицинской профессии; четко их формулировать, постоянно проводить их в жизнь, учитывая при этом поведенческие характеристики студентов; разрабатывать соответствующий учебный план;
- применять основные принципы обучения при выборе эффективных методов преподавания своего предмета;
- общаться как с отдельными студентами, так и с группами студентов, развивая их умение критического мышления и стимулируя и направляя групповые дискуссии;
- отбирать и классифицировать опыт обучения, используя соответствующие методы преподавания и аудиовизуальные средства и подготавливая простейший наглядный материал, если в нем есть необходимость;
- разрабатывать обоснованный, надежный, реалистичный и выполнимый материал для тестов с целью оценки степени выполнения поставленных обучающих задач и эффективности своего преподавания, используя при этом самые различные методы тестирования и не полагаясь только на часто не надежные устные экзамены или подготовку докладов и эссе; в частности, преподаватели должны ежедневно оценивать свою работу при помощи научных методов и использовать полученные от коллег и студентов критические замечания и пожелания для дальнейшего совершенствования процесса преподавания и обучения;
- понимать и использовать научно-исследовательские методы в области образования.

ОЦЕНКА РАБОТЫ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Работа преподавателей должна постоянно оцениваться не только со стороны коллег или уполномоченных лиц и организаций, но и со стороны самих преподавателей. Преподаватели выносят суждения о себе и других. В свою очередь другие формируют свое мнение о преподавателях. Результаты оценки работы преподавателей можно использовать для определения уровня процесса преподавания, что необходимо для повышения его качества, а также для мониторинга конечного результата, который следует иметь в виду в процессе принятия решений относительно преподавательских кадров. Оценка преподавательской деятельности лежит также в основе отчетности учебных заведений перед теми, кто является покупателем преподавательских услуг. Кроме того, уровень преподавания играет важную роль в выборе студентами того или иного учебного заведения (32).

Каждое медицинское учебное заведение или страна, где оно находится, должны иметь систему оценки работы преподавателей. Например, система оценки на медицинском факультете Лимбургского университета, расположенного в г. Maastricht в юговосточной части Нидерландов, особый упор делает на наставнический характер преподавания. Наставник – это преподаватель, который инструктирует, мотивирует и направляет студентов в процессе их самостоятельного обучения в небольших по количеству студентов учебных группах. Наставничество в этом случае основано на медико-санитарных проблемах и ситуациях, взятых из реальной медицинской практики. Такая система оценивания (34):

- основана на модели эффективного наставничества;
- оценивает работу наставников на регулярной основе;
- использует результаты оценки знаний и успеваемости студентов для определения качества процесса преподавания и его конечного результата;
- использует различные источники для оценки работы наставников: мнения студентов и коллег;
- использует анкетирование для определения рейтинга наставников среди студентов;
- использует результаты минимум четырех наблюдений для оценки конечного результата;
- требует по крайней мере наличие шести студентов в наставнической группе для оценки конечного результата;
- использует глобальные статьи оценки и сумарные баллы для оценки конечного результата;
- использует стандартизированные процедуры для заполнения бланков;
- документирует результаты оценки в так называемых «досье» на каждого преподавателя;
- сохраняет результаты оценки работы наставника в специальной базе данных о деятельности наставников ;
- оценивает наставника в сравнении со средними показателями деятельности других наставников (относительная норма);
- публикует результаты оценки работы наставников в отчете учебного подразделения (кафедры) и проводит обсуждения результатов в группе планирования подразделения;
- обязывает администрацию учебного заведения один раз в год обсуждать результаты оценки работы всех наставников отдельной кафедрой в присутствии заведующего этой кафедрой;

- предписывает заведующему кафедрой знакомить наставника и обсуждать с ним результаты оценки его/ее работы;
- обязывает наставников с низким рейтингом участвовать в мероприятиях по повышению квалификации.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ОБУЧЕНИЯ

Обучающие медицинский персонал преподаватели несут ответственность за эффективность программ обучения, их результативность и вклад в охрану здоровья адресных групп населения. Обеспечивается ли это в процессе преподавания можно определить только при наличии надежной информационной базы. Все, кто задействован в программе, включая ответственных за ее организацию и проведение лиц, могут получить большое количество информации, анализируя функционирование программы, определяя наряду с проблемами и недостатками достижения и положительные результаты, а также разъясняя для себя и других сложные и не всегда понятные аспекты процесса обучения. Оценка становится средством для документации проводимых мероприятий, анализа проблем и определения альтернативных решений (35).

Любая программа подвергается анализу при помощи основанной на достоверной информации оценке характерных особенностей и качества всей программы и отдельных ее элементов. «Достоверность информации» означает, что информация, на которой строится оценка, имеет соответствующий уровень надежности, а метод сбора данных и их источники могут выдержать любую критику. Под «оценкой» в данном случае имеется ввиду то, что решения принимаются путем сравнения альтернативных вариантов и использования соответствующего набора критериев для сравнения. При этом крайне важно для сбора наиболее релевантных данных использовать как можно большее количество источников информации (35).

При оценке учебных программ внимание уделяется не только выполнению поставленных перед ними задач, но и тому, как функционирует программа, в каком контексте она работает, с какими проблемами сталкиваются исполнители, какие неожиданные результаты были получены и какие элементы способствовали или мешали достижению успеха (35).

ГЛАВА III:

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
В НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ
ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

В Европейском регионе, кроме ВОЗ и других международных организаций здравоохранения, вопросами медицинского образования занимаются две основные организации: Всемирная федерация медицинского образования – неправительственная организация, сотрудничающая с ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЕСКО и имеющая шесть региональных представительств в Европе, и Ассоциация медицинского образования в Европе, ответственная за организацию научных совещаний и конгрессов по проблемам медицинского образования и создание условий для обмена опытом между медицинскими ВУЗами различных стран Европы.

Еще одна организация, расположенная в г. Maastricht, Нидерланды и носящая название «Сеть научно-медицинских учебных заведений с ориентацией на развитие медико-санитарной помощи на уровне общины», преследует те же цели. Она ежегодно организует конгрессы по проблемному медицинскому образованию и направляет свои усилия на развитие этого типа обучения в Европейском регионе.

В Европе критерии по отбору студентов, подающих заявление на учебу в медицинские ВУЗы, можно классифицировать по трем категориям:

- критерии, основанные на потребности общества во врачах (в таких странах как Дания, Финляндия, Соединенное Королевство, Швеция, Исландия и Норвегия);
- критерии, основанные на «пропускной способности» медицинских учебных заведений (Германия, Австрия, Нидерланды, Испания, Швейцария, Ирландия и Турция);
- отсутствие критерий эффективного контроля (Италия и Греция).

В Таблице 1 приводятся данные о продолжительности обучения в медицинских ВУЗах некоторых стран Европейского региона.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ШВЕЦИИ

В начале 80-х годов МакМастерский (McMaster) Университет в Канаде внес изменения в свою систему медицинского обучения. Его примеру последовали некоторые медицинские учебные заведения в Европе. Одним из первых ВУЗов, начавших реформирование по примеру МакМастерского Университета, был Линкопингский (Linköping) Университет в Швеции. В 1986 г система медицинского образования в этом университете была заменена на основанное на проблемах (активное) обучение. В 1992 г. за Линкопингским Университетом последовал Лундский (Lund) Университет. Для реализации всесторонней и новаторской программы реформирования

медицинского образования в Linköping университет в сотрудничестве с местной администрацией организовал учебно-административную структуру, общую для шести различных образовательных программ медико-санитарного назначения (по медицине, медсестринскому делу, технологии лабораторных исследований, терапии профессиональных заболеваний, физиотерапии и управлению здравоохранением на уровне общины). Революционная по характеру реформа системы медицинского образования в этом университете была осуществлена при поддержке и участии общественности (36).

ТАБЛИЦА 1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

Страна	Продолжительность медицинского образования	
Албания	5 лет + 1	год интернатуры
Австрия	6 лет	(включая 4 месяца интернатуры)
Бельгия	7 лет	(включая 1 год интернатуры)
Болгария	6 лет	(включая 1 год интернатуры)
Венгрия	6 лет	(включая 1 год интернатуры)
Германия	6 лет	(включая 1 год интернатуры)
Дания	6.5 лет + 1.5	года интернатуры
Ирландия	6 лет + 1	год интернатуры
Испания	6 лет	(без интернатуры)
Италия	6 лет + 6	месяцев интернатуры
Мальта	5 лет + 2	года интернатуры
Нидерланды	6 лет	(включая 1.5 года интернатуры)
Норвегия	6 лет + 1.5	года интернатуры
Польша	6 лет	(включая 1 год интернатуры)
Соединенное Королевство	6 лет + 1	год интернатуры
Турция	6 лет + 1	год интернатуры
Финляндия	6 лет + 1	год интернатуры
Франция	8-10 лет	(включая 2-5 лет интернатуры)
Чешская Республика	6 лет	(без интернатуры)
Швеция	5.5 лет + 21	месяц интернатуры
Швейцария	5-6 лет	(без интернатуры)
Югославия	5 лет + 1	год интернатуры

Медицинское образование в Linköping основано на принципе проблемного обучения, т.е. в течение по крайней мере семи первых семестров студенты учатся в небольших группах по 6-7 человек в каждой. В течение 20 недель состав групп не меняется. Студенты работают под наблюдением двух наставников. Образование, таким образом, ориентировано на студентов, для которых создаются все условия, чтобы взять на себя ответственность за свое обучение.

Чтобы достичь поставленных целей и стимулировать процесс познания, роль преподавателей сводится к наставничеству (36).

Медицинское образование в Linköping строится также на мультипрофессиональной модели. Студенты, принятые на обучение по одной из шести программ, учатся вместе в течении первых 10 недель в небольших группах, в состав которых входят по одному студенту из каждой программы. В течении этого периода преподавание направлено на теоретические предметы, подготавливающие студентов к основанному на проблемах периоду обучения, и дисциплины общего назначения, характерные для всего сектора здравоохранения (36).

Медицинское образование в Линкопингском Университете более, чем в других медицинских учебных заведениях Швеции, ориентировано на оказание медицинской помощи в общине. В течении первых 6 семестров студенты один раз в две недели работают полдня в одном из центров охраны здоровья с целью ознакомления с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи.

С третьего курса студенты начинают посещать практические занятия по оказанию первичной медико-санитарной помощи и стационарного ухода. Студенты имеют возможность выбора какой-либо дисциплины или темы для проведения углубленных научных исследований. Они также могут выбрать место прохождения практики как в учреждениях у себя в стране, так и за ее пределами. Поскольку в системе традиционного медицинского образования занятия с упором на научные исследования не включались в программу обучения, углубленные научные исследования были еще одним нововведением в учебный план. Согласно новой системы студент должен взять либо два небольших научных курса, либо провести одно более углубленное исследование, используя при этом традиционные научно-исследовательские методы (36).

Результаты проведенной оценки показывают, что и преподаватели, и студенты положительно характеризуют новую стратегию и содержание обучения. Однако следует совершенствовать процесс выявления проблем и модернизировать применяемые методы преподавания, с одной стороны, и подготовки преподавателей для новой системы образования, с другой стороны (36).

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИДЕРЛАНДАХ

В Нидерландах функционирует 8 медицинских учебных заведений. Подготовка медицинских работников в большинстве из них основана на традиционном подходе, доминирующую роль в котором играют лекции. Программа обучения длится 6 лет, включая 1.5 года интернатуры. Исключением является Маастрихтский (Maastricht) Университет, который через несколько лет после реформы образования в Макмастерском Университете в Канаде, ввел у себя систему обучения, основанную на проблемном подходе.

Хотя термин «основанное на проблемном подходе обучение» употребляется довольно часто, специалисты по вопросам образования не имеют единого мнения о составляющих его элементах. В Maastricht проблемное обучение используется в качестве стратегии и оказывает влияние на все аспекты образовательной системы. Стратегия Маастрихтского Университета включает следующие компоненты (37):

- организацию учебного плана с учетом проблемного подхода к обучению;
- интегрированный учебный план, объединяющий базовые теоретические предметы и клинические дисциплины;
- ориентацию учебного плана, состоящего из тематических блоков, на мультидисциплинарное обучение;
- распределение учебного времени в пользу самостоятельного обучения студентов;
- основанное на проблемах и регулируемое самими студентами обучение;
- упор на проблемное обучение в небольших группах под наблюдением наставников;
- ограниченное применение лекций;
- приобретение студентами клинических навыков с первого дня учебы;
- практическая подготовка (н-р, ознакомление с методами обслуживания пациентов непосредственно в медицинском учреждении), предусматриваемая в каждом тематическом блоке учебного плана;
- разнообразие обучающих ролей и функций преподавателей и сотрудничество различных кафедр и подразделений учебного заведения в области разработки, реализации и оценки программы обучения;
- использование студентами информационно-исследовательского центра при учебном заведении в процессе самостоятельного обучения;
- система оценивания приобретенных студентами знаний и навыков, приведенная в соответствие с принципами проблемного обучения и делающая не него особый упор.

В течение первых 4 лет обучения студенты получают теоретические знания по таким темам как основные системы человеческого организма, основы здоровья и характерные заболевания. Они также посещают медицинские учреждения и помогают в регистрационной работе отделений внутренней медицины, хирургии и медико-лабораторных исследований. На начальном этапе обучения для развития клинических навыков используются манекены. При таком подходе к обучению медицинские учебные заведения могут использовать в качестве базы для преподавания близлежащие медицинские учреждения, в частности государственные больницы.

Стратегия проблемного обучения медицинского факультета Маастрихтского Университета оказала большое влияние не только на медицинские учебные заведения Нидерландов, но и на другие колледжи и университеты.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СОЕДИНЕННОМ КОРОЛЕВСТВЕ

В Англии медицинские учебные заведения по традиции были тесно связаны с большими больничными комплексами. Студенты проходили обучение на местах, непосредственно в больницах, под наблюдением работающих врачей и посещаемость занятий была обязательным элементом до тех пор, пока в 1858 г. не был организован Совет по вопросам здравоохранения. В обязанности Совета входит не только контроль за соблюдением стандартов подготовки и обучения кадров, но и медико-санитарных требований к обслуживанию населения. Кроме того, регистрация в Совете является обязательным условием для тех, кто хочет в законном порядке практиковать медицину в Соединенном Королевстве. Прежде чем включить имя врача в реестр, Совет проверяет уровень подготовки и квалификации подающего заявление и результаты экзаменов, рекомендуемых и необходимых для регистрации. В 1967 г. Совет сделал еще один шаг вперед и до некоторой степени разрешил медицинским учебным заведениям экспериментировать со своими учебными программами. Это привело к тому, что учебные программы в медицинских ВУЗах в Соединенном Королевстве имеют заметные различия между собой (38).

Каждое медицинское учебное заведение в Соединенном Королевстве связано с так называемой обучающей больницей и университетом. Больницы находятся в ведении Национальной службы здравоохранения (а не университетов). В состав правления больниц входят представители местной общины, которые в большинстве своем не имеют профессионального медицинского образования, представители университетов и работники больниц. Кроме оказания медицинской помощи населению, больницы обязаны предоставлять учебным заведениям возможности и условия для преподавания и исследовательской работы (38).

В Соединенном Королевстве действует 26 медицинских учебных заведений. Из 4800 студентов, ежегодно поступающих в медицинские ВУЗы, 91% становятся по окончании врачами. Специально организованные советы, занимающиеся вопросами финансирования высшего образования, устанавливают квоты по приему студентов для каждого университета, используя при этом рекомендации Совместного консультативного комитета по здравоохранению, когда вопрос касается медицинского образования. Каждый университет выбирает студентов через централизованную систему данных об абитуриентах. Медицинские ВУЗы знакомятся с заявлениями абитуриентов, обращая особое внимание на пункты, где подавший заявление объясняет, чем мотивировано его/ее желание изучать медицину. Некоторые учебные заведения на основании полученной из заявлений информации посылают абитуриентам подтверждение, что они приняты на учебу. Другие ВУЗы помимо просмотра заявлений проводят с абитуриентами собеседование (39).

Программа обучения в медицинских учебных заведениях рассчитана на 5-6 лет. Все ВУЗы разрешают студентам получить одновременно с медицинской специальностью научную степень. Методы организации учебного процесса в разных медицинских учебных заведениях отличаются

друг от друга. Три медицинских ВУЗа используют систему проблемного образования. Однако в большинстве из них первые два года посвящены базовым наукам и последующие три года – клиническим дисциплинам и развитию практических навыков (39).

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ДАНИИ

В соответствии с приказом министерства, определяющим нормативы и стандарты медицинского образования в Дании, учебные программы в медицинских ВУЗах направлены на обучение студентов-медиков всем необходимым знаниям в области естественных, социальных и поведенческих наук, базовым и клиническим дисциплинам, а также соответствующим навыкам и умениям, которые помогут им работать в качестве ассистирующего врача, который может приступить к выполнению своих обязанностей, не проходя в дальнейшем какого-либо официально организованного постдипломного обучения. Программа также нацелена на то, чтобы привить студентам навыки непрерывного обучения (40). Общая цель медицинского образования в Дании состоит в том, чтобы обеспечить студентов достаточным запасом знаний и умений, чтобы они были готовы к специализированному постдипломному обучению (38).

Студенты поступают в университет в возрасте 19 лет после окончания высшей средней школы (гимназии). Некоторые студенты предпочитают попробовать другие области образования или поработать перед поступлением в медицинский ВУЗ. Курс медицинского образования длится 6.5 лет, но обычно студентам требуется 8 лет на то, чтобы полностью закончить обучение. Подготовка по предклиническим дисциплинам проходит в первые три года медицинского образования. Одной из основных проблем медицинского образования в Дании является высокий уровень бросающих учебу: 30% поступивших студентов уходят из ВУЗа после первого года обучения. Согласно данным опроса студентов, каждый третий студент-медик выбрал бы другую область образования, если бы имел такую возможность (40).

Курс обучения включает большое количество лекций (1000 часов) по естественным наукам (физике и химии) и базовым медицинским дисциплинам (биохимии, физиологии и анатомии). Почти такое же количество лекционных часов планируется на клинические предметы в трех медицинских учебных заведениях в Дании вместе взятых. В течение последующих 3.5 лет студенты обучаются в клиниках. Условия в клиниках, где обучаются студенты, и продолжительность обучения в разных учебных заведениях разные. После базового медицинского образования студенты проходят курс интернатуры, который включает 6 месяцев специализации по общей практике, 6 месяцев – по внутренним заболеваниям и 6 месяцев – по хирургии. После завершения этого периода подготовки врачи могут подавать заявления на программы специализированного обучения по отдельным медицинским специальностям. Продолжительность таких программ - от 5.5 до 6.5. лет (40).

В Копенгагене, кроме университетской больницы, несколько больших городских больниц принимают студентов на работу в качестве регистраторов пациентов и документации. Наряду с клинической подготовкой на каждой кафедре проводится более формальное обучение, за которое отвечают два преподавателя. В течении последних 1.5 лет все студенты возвращаются в больницу при университете, где они в более формальных условиях изучают различные клинические дисциплины, социальную и судебную медицину, а также сдают выпускные экзамены. Преподавание медицины и хирургии ведется в интегрированной форме (38).

Методы преподавания, применяемые в медицинских ВУЗах Дании, в основном включают лекции, лабораторные занятия, преподавание в небольших группах и индивидуальную работу со студентами. Более 50% времени обучения занимают лекционные курсы (40).

В процессе обучения часто проводятся экзамены, в которых участвуют экзаменаторы со стороны. Однако лишь очень небольшое количество вопросов на этих экзаменах основано на практических проблемах и ситуациях и определяет уровень клинических навыков студентов (40). Экзамены по клиническим дисциплинам основаны на осмотре пациентов. По некоторым предметам в экзамены входят письменные тесты. Большинство экзаменов по теоретическим дисциплинам проводятся в форме письменных тестов. Чаще всего они включают написание эссе по какой-либо тематике и многовариантный письменный тест (38).

Соотношение количества студентов и преподавателей в трех медицинских ВУЗах Дании составляет от 9:1 до 13.5:1, что ниже, чем рекомендуемый уровень – 5-6 студентов на одного преподавателя. Преподавательский состав отбирается и принимается на работу в зависимости от опыта исследовательской работы (40).

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ГЕРМАНИИ

Преддипломное медицинское образование в Германии включает минимум 2 года предклинического обучения и 4 года клинической подготовки. При этом последний год полностью посвящен практике (*Praktisches Jahr*). В 1988 г. было введено условие, согласно которого выпускники перед тем, как приступить к работе, должны пройти 18-месячный практический период по месту работы (*Arzt im Praktikum*). В 1997 г. только 38% выпускников подготовили диссертации и получили степень доктора медицины (41). После 6 лет базовой подготовки студентам приходится самим искать место работы для прохождения *Arzt im Praktikum* и многие из них так его и не находят. В течении этого периода они помогают врачам, к которым их прикрепляют, и их работа оплачивается медицинским учреждением, где они в это время работают.

Модель обучения в медицинских учебных заведениях Германии считается классической, поскольку в основном состоит из лекций, которые подкрепляются семинарами и

факультативными занятиями. Польза в таком подходе с каждым годом уменьшается в связи с растущим объемом информации, который затрудняет объяснение современных понятий медицинской науки среднему студенту (42).

Решение о введении дополнительного 18-месячного периода практической подготовки (*Arzt im Praktikum*) было обусловлено тем, что, с одной стороны, большое количество студентов лишено возможности в достаточной степени развивать практические навыки работы с пациентами и, с другой стороны, университетские клиники не имеют достаточно опытных врачей. Согласно Конституции каждый гражданин Германии имеет право на образование и приобретение профессии по своему выбору, т.е. не медицинские учреждения, а органы государственной власти определяют количество студентов, допускаемое для поступления в медицинские ВУЗы. Это количество прежде всего зависит от наличия преподавательских кадров и числа пациентов в университетской больнице. Эти два параметра находятся под пристальным вниманием государственных исполнительных органов, которые при необходимости предпринимают меры по увеличению учебных мест на медицинских факультетах. Отсюда следует, что число поступающих в медицинские учебные заведения в Германии не имеет таких ограничений, как в других странах (43).

Выше отмеченные характерные особенности организации процесса медицинского образования являются основной причиной избыточного количества врачей в Германии. Кроме того, процент бросающих учебу среди студентов-медиков очень низкий: только 2%. Все это ведет к тому, что Германия сталкивается с серьезными проблемами в обеспечении врачей рабочими местами, что вынуждает медицинских работников искать работу за пределами страны, или уходить в другие отрасли экономики, или пополнять ряды безработных. В связи с этим уровень безработицы среди врачей в Германии достиг 16% и продолжает расти.

Избыток врачей на рынке труда оказывает влияние на качество подготовки медицинских работников и качество медицинского обслуживания в Германии. В стране не введены какие-либо ограничения на количество открывающих свою практику врачей, в связи с чем их число постоянно растет. Это благоприятно действует на отношения между врачами и пациентами, но может привести к нездоровой конкуренции между врачами в их попытках привлечь как можно больше пациентов. Чтобы преодолеть проблему избыточности врачей, *Länder* (местные администрации) и федеральное правительство предпринимают различные меры, одна из которых направлена на постепенное сокращение числа студентов, поступающих в медицинские ВУЗы (43).

Общей проблемой, с которой сталкивается большинство университетов в Германии, является традиционность подхода к образованию в целом, от которого они не могут отойти. Все университеты находятся в ведении местных органов власти и обязаны выполнять инструкции и приказы, издаваемые на федеральном уровне (43).

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ТУРЦИИ

Медицинское образование в Турции длится 6 лет. После получения начального и среднего образования и достижения 18 лет студенты могут поступать в университеты. При этом они должны сдать двуступенчатый вступительный экзамен. Поступить в медицинский ВУЗ в Турции нелегко. Только те, кто наиболее успешно сдал экзамен (обычно 1% процент от всех абитуриентов), принимаются на учебу в медицинские учебные заведения. К сожалению, такая система отбора оценивает только интеллектуальные способности поступающих и не принимает во внимание наличие качеств, необходимых будущему врачу в его работе с пациентами. Процент бросающих учебу среди студентов-медиков в Турции очень низкий, т.к. если студент по каким-либо причинам прекращает учебу в учебном заведении, где он был зарегистрирован после сдачи вступительного экзамена, в следующем году ему приходится сдавать его еще раз и он может не набрать достаточно баллов для поступления в ВУЗ по своему желанию. Поэтому даже если студенты не удовлетворены своей учебой в медицинском ВУЗе, они прикладывают максимум усилий, чтобы закончить его (23).

44 медицинских учебных заведения, которые функционируют в Турции, используют 3 различных методологии обучения. В двух наиболее старых ВУЗах применяется традиционная, основанная на лекциях модель преподавания. В недавно открывшихся медицинских школах система подготовки основана на проблемном подходе. Остальные заведения применяют интегрированную модель обучения.

Среднее соотношение студентов к преподавательскому составу в медицинских учебных заведениях Турции составляет 6:1 (при колебании от 1:1 до 12:1). Одной из основных проблем в Турции является избыточный выпуск врачей. Безработица среди них пока еще не представляет серьезной проблемы. Однако растущее число безработных врачей вызывает озабоченность среди многих экспертов и представителей Ассоциации медицинских работников Турции.

Высший совет по образованию в централизованном порядке контролирует работу всех университетов в Турции, включая такие вопросы как распределение сотрудников и преподавателей, определение стандартов, координационные мероприятия и инспектирование. Совет отвечает за свою деятельность непосредственно перед Президентом республики, хотя в вопросах формирования бюджета и планирования сотрудничает с Министерством образования и Организацией государственного планирования.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЛИТВЕ

В 1993 г. правительство Литвы приняло общие положения по университетскому образованию, согласно которым определяется его двухступенчатый формат: базовая 4-х годичная программа, после которой студенты получают степень бакалавра, и 1.5-2 года преимущественно профессиональной подготовки, которая ведет к получению степени магистра. Первые четыре года обучения в медицинском учебном заведении эквивалентны степени бакалавра и последующие два года соответствуют степени магистра и приводят к получению медицинской степени после сдачи выпускных государственных экзаменов (44).

Функционирующие в Литве два медицинских учебных заведения имеют различные модели организации учебного процесса. Медицинский факультет Вильнюсского университета является одним из подразделений университета и придерживается традиционной модели, присущей европейским университетам. Каунаская медицинская академия является независимым учебным заведением и по сути представляет собой медицинский университет, в состав которого входят 5 факультетов: медицинский, стоматологический, фармацевтический, по медсестринскому делу и общественному здравоохранению (44). По своей структуре Каунаская медицинская академия ничем не отличается от академий подобного профиля в других странах СНГ.

Учебный план на всех факультетах академии составляется на основе традиционных методов преподавания отдельных дисциплин и введенного не так давно принципа проблемного обучения. Первые два года отводятся на изучение базовых дисциплин, хотя уже в конце второго курса студенты начинают брать такие предклинические предметы как патология и патофизиология. В течение третьего курса студенты продолжают заниматься по предклиническим дисциплинам и четвертый, пятый и шестой курсы почти полностью посвящены клинической подготовке. В период преподавания фундаментальных и предклинических предметов студенты также изучают социологию, эпидемиологию и социальную медицину, чтобы познакомиться с социальным аспектом здравоохранения и концепциями охраны здоровья населения (44).

Курс по каждой дисциплине имеет свою зачетную систему. По окончании академии студент должен набрать 240 зачетных баллов, 230 из которых должны быть по обязательным дисциплинам. В целях стимулирования индивидуальных интересов студентам разрешается брать факультативы, которые дают им 10 зачетных баллов (44).

Выпускные государственные экзамены проводятся один раз в год в июне. Если студенты успешно сдают устный и практический (демонстрационный) экзамены, последний из которых оценивает их навыки работы с пациентами, они допускаются до многовариантного письменного теста, при успешной сдаче которого они получают медицинскую степень. Такие выпускники имеют право работать в некоторых определенных областях. Они также могут продолжить свое обучение на двухгодичных курсах по общей практике и семейной медицине или в качестве резидентов по таким широким специальностям как внутренняя медицина, общая хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия и медико-лабораторное дело. Закончив эти программы, врач имеет право приступить к третьему уровню обучения на резидентской основе по таким

узким специальностям как кардиология, эндокринология, сердечно-сосудистая хирургия и нейрохирургия, курс по которым длится 2-3 года (44).

В системе образования Литвы явно намечены тенденции постепенно продолжать внедрение новых элементов в традиционные модели преподавания. Ниже приводится перечень тех из них, которые были частично введены и подлежат дальнейшему укреплению:

- междисциплинарная интеграция; объединение биохимии, клинической фармакологии, клинической анатомии, медико-лабораторного дела, клеточной биологии, наук о нейрологии, социальной медицины, администрации здравоохранения и экономики здравоохранения в основной учебный план;
- расширение факультативных курсов; повышение мотивации студентов;
- мультипрофессиональное обучение; в качестве экспериментального проекта студенты-медики и будущие медицинские сестры обучались совместно на курсе по возрастной медицине;
- обучение методам проведения научной работы и участие студентов в научно-исследовательской деятельности на ранних этапах обучения.



ГЛАВА IV:
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
В СТРАНАХ CARNET

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ

Во всех странах CARNET системы здравоохранения и стратегии развития людских ресурсов имеют те же основные особенности, что и система в бывшем Советском Союзе. Однако в последние годы каждая из этих стран инициировала различные программы реформирования в области охраны здоровья и кадровой политики, которые привели к некоторым различиям между ними.

Категории врачей, работающие в этих странах, заимствованы из бывшей советской системы и отличаются от классификации медицинских работников в других странах. Термин «врач» согласно западной терминологии относится ко всему медицинскому персоналу, имеющему подготовку медицинского ВУЗа. Сюда входят педиатры, терапевты, фармацевты, санитарные врачи и стоматологи (45), т.е. в западных странах педиатры и терапевты называются врачами. В отличие от этого в странах СНГ уже по окончании 6-летнего преддипломного обучения они называются специалистами. Более того, врачи в странах CARNET обслуживают пациентов в зависимости от возраста и пола. Педиатры предоставляют медицинские услуги детям и подросткам до 15 лет, терапевты – взрослому населению.

Учебные заведения, готовящие педиатров и терапевтов, называются медицинскими институтами (университетами), которые с административной точки зрения прикреплены к министерствам здравоохранения. Термин «медицинская школа» в странах СНГ относится к медицинским учебным заведениям, готовящим медицинских сестер. Иногда медсестер в этих странах также называют медицинским персоналом, что вносит еще большую терминологическую путаницу.

Институты обычно имеют пять факультетов: терапевтический, педиатрический, стоматологический, фармацевтический и санитарно-гигиенический. Факультеты проводят обучение отдельно друг от друга и их работа координируется ректором. В некоторых странах CARNET ректоры институтов и деканы факультетов назначаются министерством здравоохранения, в то время как в других их выбирает расширенный ученый совет. Терапевтический и педиатрический факультеты предлагают 6-летний курс обучения, на который студенты поступают после окончания средней школы. (Обучение на других факультетах длится 5 лет). По окончании института все студенты в течение одного года учатся в интернатуре. В течение этого периода они работают и одновременно продолжают обучение по более узкой направленности в области своей будущей специальности, например неврологии или эндокринологии. Таким образом, в соответствии с отделением, где они проходят интернатуру, выпускники могут называть себя невропатологами или детскими невропатологами, эндокринологами или детскими эндокринологами и т.п.

В некоторых странах CARNET (таких как Кыргызстан и Туркменистан) все выпускники медицинских учебных заведений в течение 2-3 лет обязаны отработать в системе государственного медицинского обслуживания, а затем, если они этого желают, они могут продолжить свое обучение и получить более узкую специальность в *ординатуре, аспирантуре и докторантуре* (46).

Ординатура – это двухгодичный курс обучения по 4 специальностям: педиатрия, терапия, хирургия и акушерство.

Аспирантура – это трехгодичная подготовка по узкой специальности (или специальностям вторичного уровня). Заканчивающие аспирантуру получают степень кандидата наук. Аспирантура обычно завершается защитой диссертации и сдачей экзамена. Кандидаты наук могут преподавать в учебном заведении на должности доцента.

Выпускники педиатрического и терапевтического факультетов, которые набирают по крайней мере 75 из 100 баллов по каждому курсу во время своего преддипломного обучения, получают красный диплом (диплом с отличием). Красный диплом дает право поступать в *аспирантуру* по базовым медицинским наукам (анатомии или физиологии) сразу после окончания института.

Докторантура – это трехгодичная подготовка, направленная на получение докторской степени, которая в некотором роде является эквивалентом степени доктора философии по медицинским наукам (Ph.D.) в западных странах. Защита докторской диссертации является обязательным компонентом программы. Доктора наук могут преподавать в учебных заведениях на должности профессора.

Студенты принимаются в высшие учебные заведения на основании результатов вступительных экзаменов, построенных по многовариантному принципу (47). Условия проведения экзаменов в различных странах CARNET разные и иногда возникают трудности с определением эффективности такой системы отбора. Некоторые страны (например, Туркменистан) устанавливают квоты на поступление в медицинские учебные заведения для определенных районов и этнических групп в надежде на то, что выпускники из этих районов после окончания ВУЗа вернуться домой и будут работать в местных учреждениях здравоохранения.

Отбор студентов на постдипломные программы обучения также основан на сдаче экзамена. Однако на практике они отбираются их научными руководителями.

Вопрос автономии медицинских институтов решается по-разному в странах CARNET. В некоторых из них министерства здравоохранения лишь направляют деятельность медицинских ВУЗов. В других же они полностью контролируют их работу. Например, учебные планы медицинских институтов в некоторых странах должны в обязательном порядке утверждаться министерствами здравоохранения, в то время как в других странах их разработкой и утверждением занимаются непосредственно сами институты (47).

Установка нормативов и стандартов была одним из наиболее важных методов в процессе планирования развития служб здравоохранения в Советском Союзе. Нормативные требования устанавливаются в области гигиены, функционирования санитарно-эпидемиологических служб, медицинского обслуживания на уровне общины, лечебного процесса, продуктивности обслуживания и обеспечения лекарственных средств и предметов медицинского назначения (48). Врачи обязаны знать эти нормы и стандарты и применять их в своей работе. В связи с этим нормативные требования являются важной частью программ обучения студентов-медиков.

В целом факультеты педиатрии и терапии имеют сходные учебные программы. Педиатрический факультет делает упор на анатомию и физиологию ребенка и детские заболевания, а терапевтический факультет – на анатомию, физиологию и заболевания взрослых. Однако студенты педиатрического факультета изучают особенности взрослого организма, а программа обучения на терапевтическом факультете включает информацию о детской патологии и заболеваемости.

Таблица 2 приводит данные об основных предметах, включаемых в программы обучения медицинских ВУЗов в странах CARNET, в зависимости от курса обучения (47).

Обучение во всех медицинских учебных заведениях основано на лекциях. Преподавание в лабораториях ограничено. Медицинские институты (университеты) не имеют своих обучающих больниц и клиник, предназначенных для практического наглядного обучения студентов. При этом клинические навыки им приходится приобретать на базе государственных больниц, которые в большинстве своем являются специализированными медицинскими учреждениями. Знания студентов являются основным критерием оценки (47).

Здания и сооружения, состоящие на балансе медицинских институтов, требуют ремонта. Ресурсы обучения, которыми располагают преподаватели, не соответствуют требованиям сегодняшнего дня. Почти все учебники и периодические издания издаются на русском языке, тем самым лишая как преподавателей, так и студентов возможности следить за развитием медицины в западных странах. Программы преподавания по некоторым дисциплинам не обновлялись в течении последних 10-12 лет. Проблемы с наличием и доступностью изданий на русском языке существовали еще со времен советского периода. Студенты и преподаватели не имеют какого-либо доступа к тому небольшому количеству компьютеров, которыми оснащены некоторые кафедры (47).

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СТРАНАХ CARNET

Азербайджан (49). Медицинское образование в Азербайджане обеспечивается Азербайджанским медицинским университетом, который является автономным учебным заведением в структуре министерства здравоохранения. Ректор выбирается Ученым Советом университета и назначается на должность Президентом страны.

На основании результатов экзамена, организуемого в централизованном порядке государственной приемной комиссией, в университет ежегодно поступает 1100-1200 студентов.

ТАБЛИЦА 2. ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ В СТРАНАХ CARNET В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРСА ОБУЧЕНИЯ

1-ый курс	2-ой курс	3-ий курс	4-ый курс	5-ый курс	6-ой курс (интернатура)
химия	биохимия	фармакология	медицина	хирургия	внутренняя медицина/ педиатрия
биология	физиология	патанатомия	акушерство	психические расстройства	педиатрия
анатомия	анатомия	топографическая анатомия	инфекционные заболевания	офтальмология	хирургия
гистология	гистология	анатомия	эпидемиология	клиническая фармакология	акушерство
история	органическая химия	физиология	детские заболевания	стоматология	
латинский язык	английский язык	общая медицина	хирургия	гинекология	
	политическая история	общая гигиена	рентгенология	амбулаторный уход	
	политэкономика	общая хирургия	венерология	управление здравоохранением	
	физика	дерматология	эндокринология	нейрология	
			психические расстройства	медицина	
			иммунология	восточная медицина	
			аллергология	клиническая патоморфология	
				урология	
				травматология	
				онкология	
				судебная медицина	

Казахстан (50). Студенты-медики в Казахстане получают образование в двух медицинских университетах и пяти медицинских академиях. Все медицинские учебные заведения Казахстана унаследовали названия и структуру факультетов из советского периода. Медицинские университеты обеспечивают сегодня и базовое преддипломное образование, и постдипломную подготовку, а медицинские академии – это измененное название бывших медицинских институтов.

Медицинские ВУЗы находятся в ведении Министерства образования, культуры и здравоохранения. Комитет по здравоохранению, входящий в состав министерства, назначает ректоров, а Комитет по образованию, также входящий в состав министерства, утверждает их кандидатуры. Ученые советы университетов (академий) выбирают деканов факультетов сроком на 5 лет.

Ректор назначает приемную комиссию, которая отвечает за организацию вступительных экзаменов для абитуриентов. Теоретическая подготовка студентов проходит на учебной базе (аудитории и лаборатории) университетов и академий, а практическое обучение - в больницах и исследовательских центрах.

При подготовке врачей учитывается тот факт, что они должны быть готовы работать в качестве врачей общей практики.

Кыргызстан (51). Медицинское образование в Кыргызстане обеспечивается тремя учебными заведениями: Кыргызской Государственной Медицинской Академией, расположенной в столице республики и являющейся ведущим медицинским ВУЗом страны, и медицинскими факультетами Кыргызско-Славянского Университета и Ошского Университета, которые обучают студентов на терапевтическом и педиатрическом отделениях.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия играет ведущую роль в разработке учебных планов и стратегий обучения. Ректор академии выбирается Ученым советом Высших учебных заведений республики сроком на 5 лет.

Студенты принимаются в академию на основании результатов конкурсных экзаменов. Во время учебы их знания регулярно оцениваются при помощи различных тестов, а в конце шестого курса они сдают государственный экзамен.

В начале 1998 г. был подготовлен и в настоящее обсуждается проект национальной программы реформирования медицинского образования (50). В структуре медицинской академии были созданы две новых кафедры с целью обеспечения постепенного перехода к новым учебным программам, которые подготавливаются к апробированию в 1999/2000 учебном году. Первый набор студентов на новый факультет будет составлять 30 человек. Это число с каждым годом будет увеличиваться, в то время как набор на другие факультеты будет постепенно уменьшаться. Участники совещания стран CARNET по реформированию медицинского образования, которое проходило 15-17 декабря 1997 г. в Барселоне, обсуждая состояние медицинского образования в своих странах, пришли к выводу, что создание такого факультета будет иметь решающее значение в процессе перехода к интегрированной программе обучения.

При медицинской академии была также организована кафедра семейной медицины. Студенты кафедры по окончании академии будут получать специальность либо врача общей практики, либо семейного врача. Врачи общей практики после 6-летнего базового медицинского образования дополнительно проходят постдипломную специализацию. Подготовка семейных врачей будет отличаться от характера обучения врачей общей практики. Упор в их подготовке будет делаться на психологию, развитие практических навыков в рамках работы поликлиники, а также на вопросы организации и управления служб здравоохранения. Хотя различие между этими категориями медицинских работников не совсем четкое, такая двойная направленность работы кафедры обусловлена особенностями переходного периода, одной из которых является то, что заканчивающие медицинский ВУЗ студенты не имеют интереса специализироваться в области семейной медицины. Это должно привести к большей осведомленности студентов о семейной медицине как специальности и обеспечить необходимое количество семейных врачей на начальном этапе. В дальнейшем эти два отделения будут объединены и семейные врачи будут проходить специализацию в рамках двухгодичного постдипломного курса. В одной из городских поликлиник в связи с этим была создана база для их практической подготовки.

Таджикистан (53). Медицинское образование в Таджикистане обеспечивается Таджикским Государственным Медицинским Университетом имени Ибн Сины. Университет расположен в Душанбе и имеет свои филиалы в Хадженде. Он является одним из структурных подразделений министерства здравоохранения. Ректор университета регулярно участвует в заседаниях министерства здравоохранения, так же как представители министерства участвуют в совещаниях Ученого совета университета. Ректор назначается на должность согласно президентского указа. Программы обучения разрабатываются университетом и Центральным методическим советом, после чего они утверждаются ректором, который предварительно выносит их на рассмотрение министерств здравоохранения и образования.

Студенты принимаются в университет по решению экзаменационной комиссии под председательством ректора. Количество принимаемых студентов определяется каждый год министерством здравоохранения.

В 1997 г. система медицинского образования в Таджикистане была пересмотрена и был внедрен принцип многоуровневого обучения студентов. Базовое медицинское образование длится 5 лет и проходит в медицинском университете, после окончания которого выпускники не имеют права работать самостоятельно. Получив базовое медицинское образование, студенты в зависимости от выбранной специальности проходят 2-4 годичную резидендатуру, которая организовывается на медицинском факультете и в соответствующих медицинских учреждениях. В резидендатуру также включена подготовка по недавно введенной специальности семейного врача.

Туркменистан (54). Система медицинского образования в Туркменистане была унаследована из бывшего Советского Союза и обеспечивается Туркменским Государственным Медицинским Институтом. Единственным изменением является введение одногодичной постдипломной программы по подготовке семейных врачей.

Узбекистан (55). В Узбекистане функционирует 7 медицинских институтов, которые имеют в своем составе различные факультеты:

- 1-ый Ташкентский медицинский институт (терапевтический и стоматологический факультеты);
- 2-ой Ташкентский медицинский институт (терапевтический и санитарно-гигиенический факультеты);
- Ташкентский педиатрический институт (педиатрический факультет);
- Ташкентский фармакологический институт (фармакологический факультет);
- Андижанский медицинский институт (терапевтический и педиатрический факультеты);
- Бухарский медицинский институт (терапевтический и стоматологический факультеты);
- Самаркандский медицинский институт (терапевтический и педиатрический факультеты).

Кабинет министров Узбекистана отвечает за назначение ректоров медицинских институтов, а министерство здравоохранения следит за тем, как они справляются со своими обязанностями. Специальная комиссия ректоров разрабатывает учебные программы, которые утверждаются министерствами здравоохранения и образования. Студенты принимаются в институты на основании результатов конкурсных экзаменов.

В республике разрабатываются планы по изменению направленности обучения в сторону подготовки медицинских работников общей практики в отличие от акцента на подготовку специалистов в прошлом. Согласно этим планам продолжительность медицинского образования увеличится до семи лет. Первые три года обучения будут посвящены предклинической подготовке, четвертый и пятый курсы – клинической подготовке и шестой и седьмой курсы – общей практике. Выпускники будут получать медицинскую степень и диплом врача общей практики.

Недавно созданная Комиссия по аккредитации программ медицинского образования работает сегодня в области унификации всех образовательных программ в стране в соответствии с целями обучения. Особое внимание уделяется соответствию программ знаниям и навыкам, которые требует современная ситуация от медицинского персонала.

ПОТРЕБНОСТЬ В РЕФОРМЕ

Приобретенная странами CARNET независимость сопровождалась быстрыми и значительными изменениями всех аспектов социальной и экономической жизни общества, включая здравоохранение. Осознанная потребность в реформировании системы здравоохранения, все страны инициировали определенные преобразования, используя при этом самые различные подходы и стратегии. Среди всех запланированных или внедряемых преобразований в области организации, управления, финансирования и оказания медицинской помощи, наиболее

серьезные задачи встали перед кадровой политикой. Ведь только при наличии соответствующих кадров можно рассчитывать на успех процесса реформирования.

В связи с этим возникает вопрос о том, может ли сегодняшнее медицинское образование удовлетворить потребности стран и содействовать решению наиболее приоритетных задач здравоохранения, которые в основном связаны с сохранением здоровья матери и ребенка, инфекционными заболеваниями и по новому проявляющимися себя неинфекционными болезнями. Все страны CARNET в своих стратегиях реформирования делают акцент на укрепление служб первичной медико-санитарной помощи с целью более экономически эффективного подхода к выше названным проблемам здоровья населения. Однако обучение медицинского персонала по-прежнему ориентировано на лечение заболеваний и его работу в больничных учреждениях третичного уровня, что негативно сказывается на профилактике заболеваний и оздоровлении населения. Более того, практическая подготовка студентов ограничена больницами, которые в большинстве своем являются медицинскими учреждениями третичного уровня и расположены в столицах стран-участниц CARNET.

Подход, основанный на главенстве первичной медико-санитарной помощи, предполагает, что усилия медицинского персонала, направленные на излечение заболевания, должны обязательно сопровождаться мероприятиями по оздоровлению обслуживаемого населения; эпизодическое оказание медицинских услуг необходимо заменить непрерывным и всесторонним обслуживанием; медицинская помощь должна оказываться не отдельными специалистами, а соответствующим образом организованными многопрофильными бригадами, включающими врача общей практики и других профессиональных работников здравоохранения; необходимо обеспечить межсекторальное сотрудничество, участие общины и личную ответственность граждан за свое здоровье.

Общей тенденцией процесса реформирования здравоохранения, характерной для всех республик Центральноазиатского региона и Азербайджана, являются их усилия, направленные на внедрение всестороннего подхода в обслуживании пациентов, в результате чего в системе первичного медико-санитарного обслуживания появились семейные врачи (врачи общей практики). Это имеет важное значение для медицинского образования. Специализированный характер нынешней системы медицинского образования стоит на пути развития этой тенденции, что в свою очередь поднимает вопрос о том, что из себя должен представлять конечный продукт медицинского образования. Страны CARNET могут пойти одним из трех возможных путей:

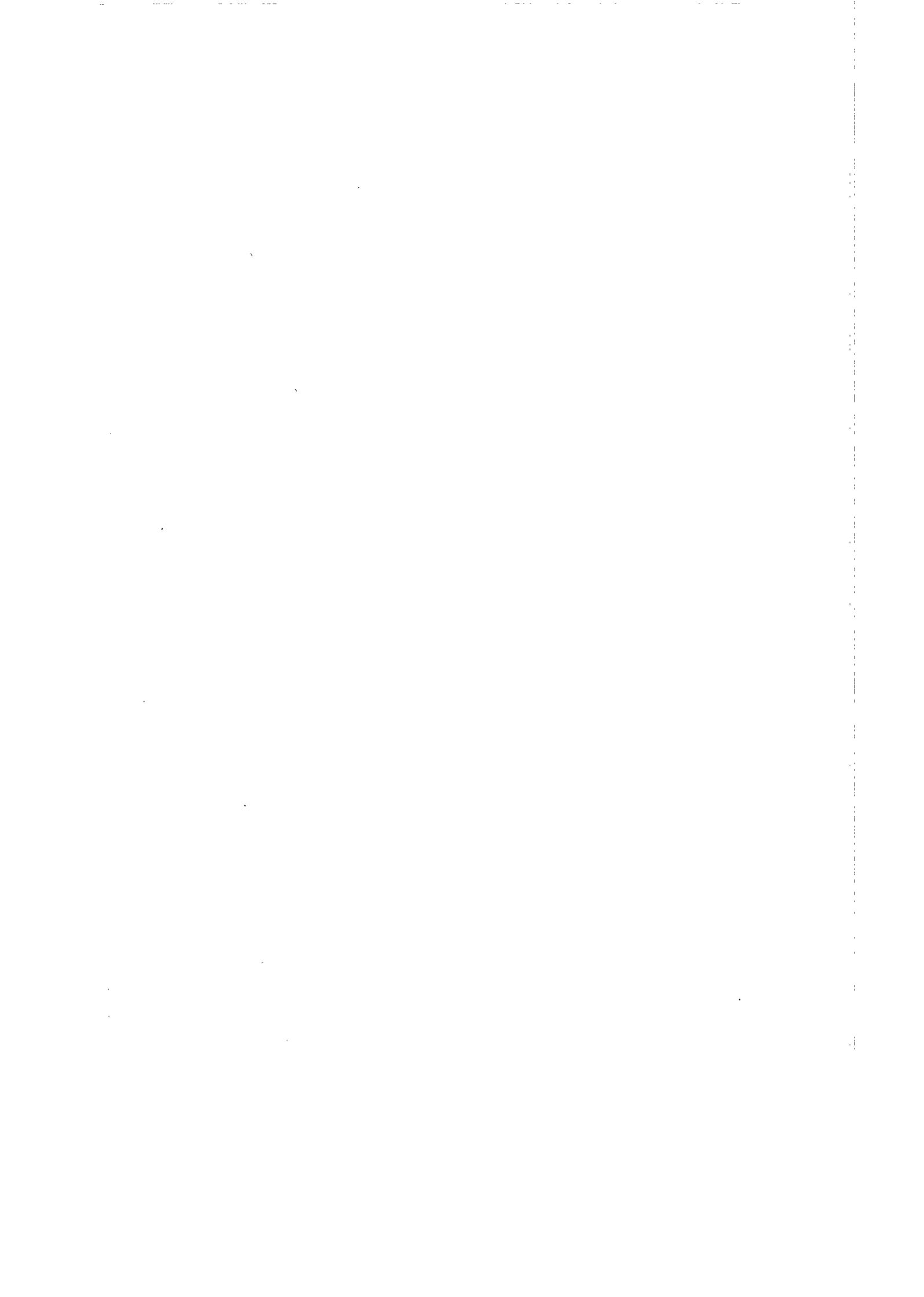
- сохранить существующую систему медицинского образования;
- отойти от специализированного обучения студентов и сделать упор на подготовку врачей общей практики, которые в течении определенного периода времени после окончания ВУЗа могли бы работать самостоятельно и затем, если они того желают, продолжить обучение в системе постдипломного специализированного образования;
- ввести 6-летнее базовое обучение медицинских работников общего профиля и следующую за ним специализированную подготовку, которые будут обязательными для всех врачей, желающих получить право или лицензию на самостоятельное ведение практики.

Страны CARNET склоняются к последним двум вариантам реформирования системы медицинского образования. Однако их подходы к подготовке и дальнейшему применению семейных врачей отличаются друг от друга. Кроме того, некоторые аспекты требуют дальнейшего разъяснения. Например, какими квалификациями и уровнем профессиональных знаний и навыков, а также отношением к работе должен обладать семейный врач?

Нынешние стратегии преподавания содействуют вертикальному типу обучения, ограниченному технической подготовкой по различным предметам. При этом отсутствует связь между преподаваемыми дисциплинами и не учитывается тот факт, что в своей будущей работе врачи будут являться членами многопрофильных медико-санитарных бригад. Большие потенциальные возможности бригадного подхода остаются в программах обучения без внимания. В связи с этим, мультипрофессиональные аспекты оказания медицинской помощи должны занимать соответствующее своему значению место в системе медицинского образования.

Преддипломное образование и постдипломное обучение не связаны между собой и их организацией занимаются различные учебные заведения или центры. Это не способствует принципу непрерывности образовательного процесса, который становится все более важным фактором в медицинском образовании.

Совместимость медицинского образования стран CARNET с программами обучения в других странах представляет еще одну требующую своего решения проблему. Вертикальное, раздробленное и узкоспециализированное преддипломное обучение, унаследованное Центральноазиатскими странами из бывшего Советского Союза, во многом отличается от характера подготовки медицинского персонала в западных странах. Это касается и структуры, и содержания учебных программ. Ввиду того, что границы между странами все менее препятствуют свободному передвижению рабочей силы, медицинские работники получают больше возможностей проходить обучение в других странах, приобретать международный опыт и, по возвращению домой, делиться полученными знаниями с коллегами из своих стран. Медицинские работники из стран CARNET могут посещать в профессиональных целях как страны СНГ, так и другие страны мира. Передвижение в рамках СНГ не представляет особых проблем и вполне возможно, поскольку совместимость программ обучения является одной из целей, которую государства бывшего Советского Союза стремятся добиться в процессе проведения преобразований. Что касается работы в других странах мира, знание языка пока еще остается серьезным препятствием.



ГЛАВА V:
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ



Общей для всех стран тенденцией развития здравоохранения является переход:

- от обслуживания отдельных граждан к укреплению здоровья всей общины;
- от ориентации на лечебную деятельность к профилактике заболеваний и оздоровлению населения;
- от эпизодического предоставления услуг к непрерывному и всестороннему обслуживанию;
- от оказания медицинской помощи отдельными специалистами к созданию условий и стимулов для работы многопрофильных медико-санитарных бригад;
- от односторонней ответственности сектора здравоохранения за здоровье населения к обеспечению межсекторального сотрудничества, участия общины и личной ответственности граждан за свое здоровье;
- от покровительственного обращения с пациентами к партнерским отношениям с ними;
- от централизованной системы к децентрализации процесса принятия решений и управления;
- от услуг специалистов к первичной медико-санитарной помощи;
- от стационарной помощи к дневным стационарам и уходу на дому;
- от незнания издержек предоставления медицинских услуг к стратегиям по максимальному увеличению экономической эффективности оказания медицинской помощи;
- от ориентации на процесс к ориентации на конечный результат.

Независимо от того, в каком направлении меняется система здравоохранения, врачи, являющиеся основой многопрофильных медико-санитарных бригад, должны уметь более эффективно реагировать на потребности населения и, следовательно, обладать знаниями, навыками и личными качествами, которые необходимы для содействия здоровому образу жизни и вовлечения конечных потребителей медицинских услуг и уполномоченных представителей общины в процесс укрепления здоровья. Врачи также должны быть в курсе последних достижений медицинской науки и техники, а в процессе принятия решений учитывать этические, финансовые и многие другие аспекты оказания медико-санитарной помощи (49). Это имеет важное значение для медицинского образования.

Вопросы реформирования медицинского образования стоят на повестке дня не только в регионе CARNET, но и во многих других странах мира. Подготовка и использование людских ресурсов системы здравоохранения требуют усовершенствования как в развивающихся, так и промышленно развитых странах. Поскольку страны-участницы CARNET разрабатывают планы радикального изменения своих систем здравоохранения, реформирование медицинского образования становится для них такой же важной задачей как и для любой другой страны мира.

В течение последующих 10-15 лет изменения в характере и содержании преддипломного медицинского образования не будут оказывать особого воздействия на процесс предоставления медицинских услуг. В связи с этим, правительственным организациям, учебным заведениям и профессиональным ассоциациям следует в ближайшем будущем инициировать и оказать всевозможную поддержку процессу обучения и подготовки следующего поколения работников здравоохранения и переподготовки нынешнего медицинского персонала, чтобы они могли эффективно реагировать на изменяющиеся нужды и потребности общества. Управление процессом преобразований невозможно осуществить силами одного учреждения. Поиск

наиболее соответствующих решений – это динамичный и непрерывный процесс, который, в зависимости от обстоятельств, может быть инициирован или активизирован самими различными факторами (56).

Затронутые выше аспекты медицинского образования не имеют стандартных и универсальных решений. Каждой стране необходимо найти свои собственные ответы на поставленные вопросы, которые соответствовали бы конкретным социальным, культурным и экономическим условиям в стране, состоянию и уровню здоровья населения, а также гармонично вписывались бы в планы по реформированию здравоохранения. Однако некоторые общие тенденции вполне закономерны для всех стран, в связи с чем учебные заведения должны перейти (9):

- от охвата как можно большего количества информации к развитию практических навыков и умений;
- от пассивного обучения к активному обучению;
- от передачи информации к решению проблем;
- от преподавания отдельных дисциплин к интегрированному подходу к медико-санитарным проблемам;
- от изолированного обучения к мультипрофессиональному подходу;
- от недопускающих отклонений программ обучения к гибкости и умению приспосабливаться к изменяющимся условиям;
- от строго профессиональной ориентации к более широкому кругу навыков и отношений (коммуникативные навыки, управленческие навыки и умение взять на себя руководящие функции);
- от ориентации на преподавателей к пониманию важности роли студентов в процессе обучения.

В последнее время подход к образованию, основанный на приобретении знаний наряду с развитием навыков и отношений, вновь стал рассматриваться в качестве основной стратегии обучения. Правда, существует точка зрения, что такой подход приемлем лишь для профессий прикладного характера. Тем не менее, все больше специалистов считают, что подход к образованию, основанный на знаниях, навыках и отношениях, способствует принятию более верных решений относительно содержания программ и курсов обучения. В своей работе медицинским работникам приходится выполнять определенные задачи и функции, которые должны учитываться и могут лечь в основу разработки программ обучения.

Во время планирования учебной программы знания, навыки и отношения можно классифицировать по двум группам: во-первых, это те из них, которые связаны с развитием мышления, формированием соответствующего отношения студентов к своей будущей работе, а также с приобретением навыков общения с пациентами и коллегами по работе и умений соответствующим образом использовать информацию и применять медицинскую технику; и во-вторых, это относящиеся к оказанию медицинской помощи знания и навыки, такие как умение поставить диагноз или провести лечение определенных заболеваний.

При планировании курса или программы обучения следует ответить на следующие вопросы (9):

- Чему необходимо обучать студентов? Что должен из себя представлять конечный продукт обучения?
- Какие знания, навыки и отношения должны приобретать студенты?
- Что необходимо сделать для более эффективного обучения студентов?
- Каким образом можно облегчить процесс познания для студентов? Какие учреждения могут лучше всего способствовать этому?
- Как должны оцениваться приобретенные студентами знания и навыки?
- Как оценивать эффективность программ обучения?
- Какими качествами должны обладать преподаватели?

Процесс планирования также предполагает принятие следующих стратегических решений:

- определение конечного продукта базового и постдипломного образования;
- распределение обязанностей между различными профессиональными работниками и группами;
- обеспечение стимулов для реализации процесса преобразований;
- содействие и поддержка процесса преобразований;
- обеспечение соответствующих ресурсов;
- разработка соответствующей законодательной базы в поддержку процесса преобразований;
- обеспечение возможностей для непрерывного медицинского образования.

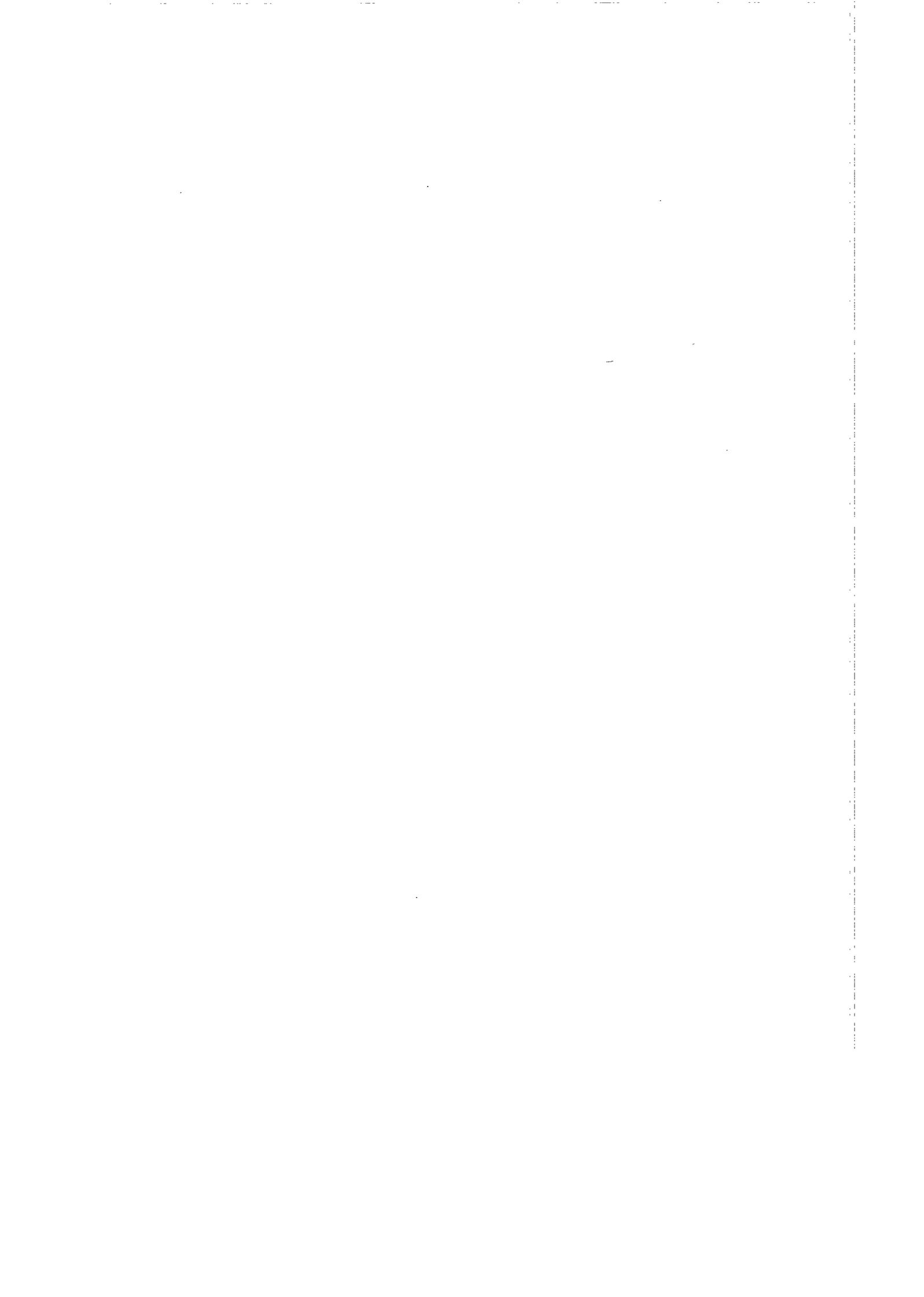
Принимая во внимание выше сказанное, странам CARNET необходимо тщательно рассмотреть такие вопросы как стратегии обучения, содержание учебных программ, подготовка преподавателей, условия и место обучения студентов-медиков и материально-техническая база учебных заведений. Для этого следует установить некоторые основные параметры и последовательность процесса реформирования медицинского образования (47,57).

- Поскольку медицинское образование должно более эффективно реагировать на изменение ориентации процесса предоставления медицинских услуг в сторону первичной медико-санитарной помощи, необходимо четко определить функции ПМСП.
- Для осуществления этих функций следует определить соответствующий состав штатных медицинских работников и их роли, обязанности и объем выполняемой работы.
- Это, в свою очередь, поднимает вопрос о планировании людских ресурсов, необходимых для осуществления функций ПМСП, и разработке методов их подготовки.
- После определения характера знаний, навыков и отношений, необходимых врачам для выполнения поставленных задач, следует определить стратегии обучения и, в соответствии с ними, изменить программы обучения.
- Следующим шагом является разработка обучающих материалов.

Поскольку все страны CARNET сталкиваются с подобными проблемами, они пришли к соглашению о сотрудничестве в разработке общего подхода к процессу реформирования медицинского образования в рамках Программы «АВИЦЕНА» по развитию людских ресурсов

для здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ в целях оказания поддержки этой инициативы может взять на себя функции секретариата.

ГЛАВА VI:
ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ



ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ СОВЕЩАНИЯ СТРАН CARNET ПО ВОПРОСАМ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ (БАРСЕЛОНА, 15-17 ДЕКАБРЬ 1997г.)

Во время совещания стран CARNET по реформированию медицинского образования участники имели возможность подробно обсудить выше перечисленные задачи и наметили основные стратегические направления, по которым было достигнуто общее согласие. (См. приводимый ниже текст выводов и рекомендаций совещания).

1. Мы, участники совещания стран CARNET по вопросам реформирования медицинского образования, принимая во внимание положения Люблянской Хартии по реформированию здравоохранения и Эдинбургской Декларации по медицинскому образованию, а также принципы стратегии достижения здоровья для всех, сделали следующие выводы и выработали следующие рекомендации:
2. Перед нашими странами стоят аналогичные медико-санитарные проблемы, характеризующиеся изменением структуры заболеваемости в переходный период. С одной стороны, по-прежнему серьезной проблемой продолжают оставаться такие инфекционные заболевания, как туберкулез, заболевания, передаваемые половым путем, гепатит. С другой стороны, все более острой проблемой становятся неинфекционные заболевания такие, например, как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Здоровье матери и ребенка продолжает оставаться задачей, требующей безотлагательного решения.
3. С целью решения вышеперечисленных проблем мы прилагаем все усилия для того, чтобы реформы здравоохранения в наших странах способствовали укреплению первичной медико-санитарной помощи. Однако эта задача все еще не выполнена. Необходимо обеспечить большее соответствие между медико-санитарными потребностями наших стран, стратегиями реформирования здравоохранения, функциями первичной медико-санитарной помощи и знаниями и умениями кадров здравоохранения, включая врачей.
4. Мы разделяем ту точку зрения, что содержание программ медицинского образования должно хорошо отражать потребности нашего общества, которые можно определить, используя имеющиеся эпидемиологические и демографические данные, мнения экспертов, работников здравоохранения, студентов-медиков, граждан и определяющих политику лиц, а также накопленные международные знания и опыт.
5. Мы понимаем, что подготовка врачей на различных уровнях медицинского образования - преддипломного, постдипломного и непрерывного - должна представлять собой

взаимосвязанный целостный процесс и что содержание обучения и учебно-методических стратегий на различных уровнях должны соответственно определяться с учетом этого принципа.

6. Врачи, заканчивающие наши медицинские учебные заведения, должны уметь диагностировать и предупреждать проблемы здоровья отдельных граждан и общества в целом, а также содействовать здоровому образу жизни и при необходимости проводить соответствующие лечебные и реабилитационные мероприятия. Врачи должны принимать решения по вопросам экономической эффективности и результативности использования ресурсов и соответствующих технологий. Все эти решения, насколько это возможно, должны основываться на надежных научных знаниях, информации и сведениях. Врачи должны играть роль лидеров нашего общества и защищать интересы здоровья населения от имени всей общественности.
7. Это предполагает, что наши врачи должны обладать хорошо развитыми аналитическими, коммуникативными и управленческими навыками. В частности, они должны уметь решать проблемы, работать в коллективе и понимать социально-культурные особенности своих стран.
8. В их работе они должны руководствоваться принципами человеческого достоинства, профессиональной этики и солидарности.
9. Наши системы медицинского образования должны обеспечивать интеграцию различных дисциплин, взаимодействие различных категорий работников здравоохранения и активное участие студентов в учебном процессе. Оценка качества образования должна основываться на оценке знаний, навыков, отношений и компетенции студентов.
10. Все лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) и другие места, где врачи занимаются медицинской практикой (н-р, дома у пациента, на рабочих местах, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, а также в стационарах), должны использоваться в системе медицинского образования в качестве обучающего окружения. Процесс аккредитации ЛПУ, которые будут использоваться в целях обучения, должен регулироваться правительством через посредство межсекторальных экспертных комиссий.
11. Мы понимаем, что профессорско-преподавательский состав должен знать самые современные стратегии и методологии обучения, чтобы быть для студентов не просто источником информации, а активным их помощником в процессе обучения. Для этой цели преподаватели должны иметь возможности совершенствовать свои знания. Преподаватели также должны быть способны овладевать новыми методами обучения.
12. Физическое окружение и учебно-методические материалы в наших учебных заведениях должны быть усовершенствованы до принятых на международном уровне стандартов.
13. Разработка национальных стратегий медицинского образования как части всесторонней политики здравоохранения представляется крайне необходимой и неизбежной для

обеспечения общего подхода к решению всех вопросов, относящихся к медицинскому образованию. Эти стратегии должны разрабатываться в сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами и, в частности, при самом активном участии профессиональных медицинских ассоциаций. Проводя реформирование медицинского образования, особое внимание следует уделять управлению процессом преобразований. Во время переходного периода переподготовка врачей должна стать приоритетной задачей и для этого необходимо обеспечить соответствующие ресурсы.

14. Мы, участники совещания стран CARNET по вопросам реформирования медицинского образования, готовы приложить все усилия для совместного решения этих общих задач. Мы обращаемся в ЕРБ ВОЗ с просьбой оказать нашим странам помощь в период преобразований. Мы решили сотрудничать друг с другом и с ЕРБ ВОЗ в рамках Программы "Авиценна", которая направлена на развитие людских ресурсов для системы здравоохранения. Мы приглашаем международные и двусторонние организации присоединиться к нам в этом сложном, но интересном процессе. Программа CARNET готова также поделиться своим опытом с другими странами.
15. Мы приветствуем инициативу Казахстана и Кыргызстана, предложившими первыми начать процесс преобразований в своих системах медицинского образования через программу "Авиценна".

БИБЛИОГРАФИЯ¹

¹ Примечание переводчика: Адаптированный перевод названия головного документа библиографической справки дается на русском языке в скобках; остальные данные даются на языке оригинала.



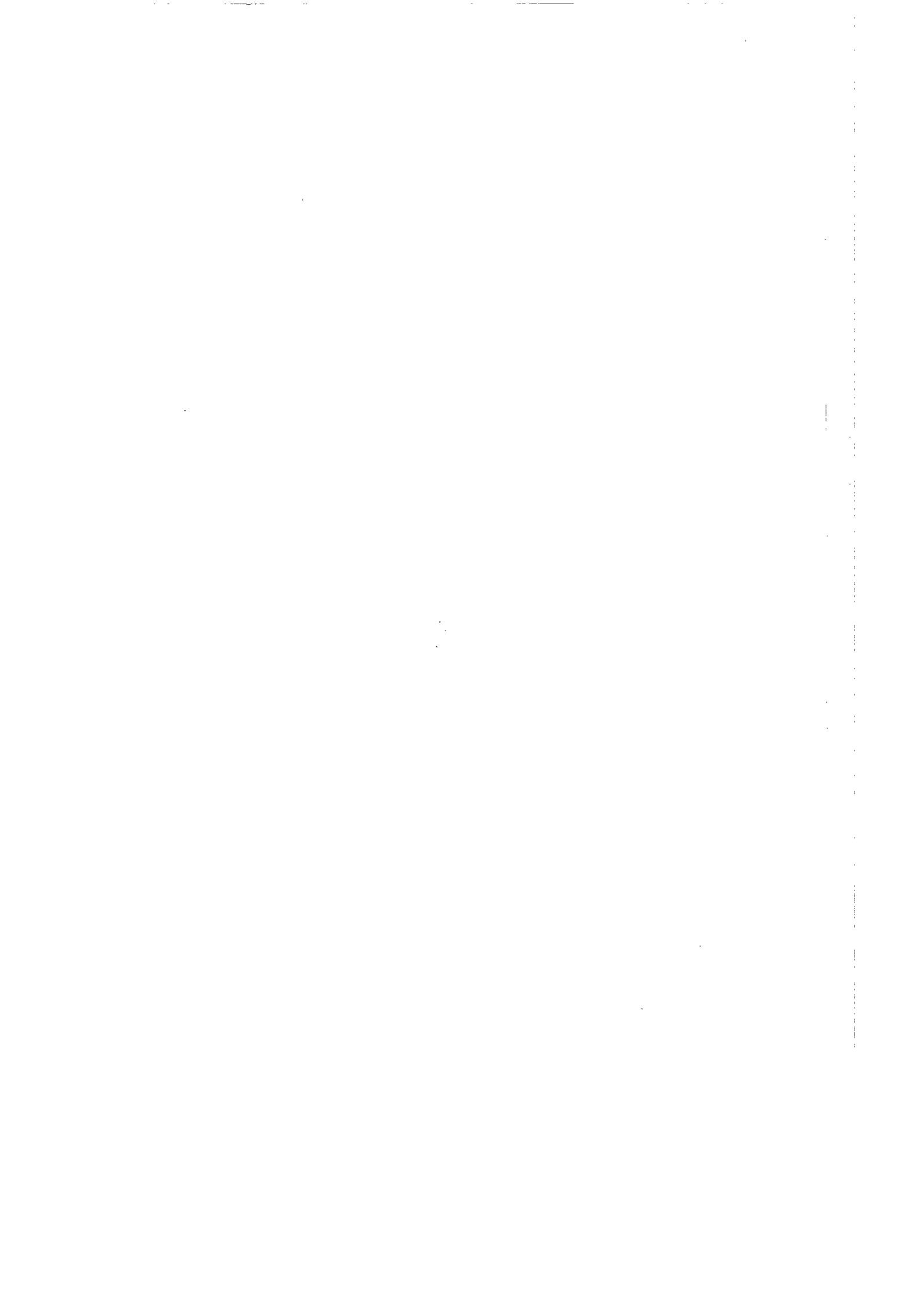
1. Hogarth, J. *Glossary of health care terminology (Глоссарий терминов по здравоохранению)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1975 (Public Health in Europe, No. 4).
2. Серия «Технические отчеты ВОЗ», No. 257, 1963 (*Training of the physician for family practice: eleventh report of the Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel*)
3. Towle, A. Medical education for the 21st century: themes and needs perspectives from the United Kingdom. (*Медицинское образование 21-ого столетия*) In: Akdab, A. & Emerk, K., ed. *Medical education in the 21st century*. Istanbul, Marmara University, 1993, pp. 14–16.
4. *New directions in education for changing health care systems (Новые направления в системе образования в условиях реформирования систем здравоохранения)*. Paris, Centre for Educational Research and Innovation (CERI), Organisation for Economic Co-operation and Development, 1975.
5. Bankowski, Z. & Mejia, A. *Health manpower out of balance – conflicts and prospects (Кадровый дисбаланс в здравоохранении – конфликты и перспективы)*. *Conference papers, conclusions and recommendations, XX CIOMS Conference, 7–12 September 1986*. Geneva, CIOMS, 1987.
6. Fülöp, T. & Roemer, M.I. *International development of health manpower policy (Международное развитие кадровой политики в области здравоохранения)*. Geneva, World Health Organization, 1982 (WHO Offset Publications, No. 61).
7. *Edinburgh Declaration on the Reform of Medical Education (Эдинбургская декларация по реформированию медицинского образования)*. Geneva, World Health Organization, 1989 (document WHA42.38)., также в «*The lancet*», ii: 464 (1988).
8. *World Conference on Medical Education, Edinburgh, 7–12 August 1988 (Всемирная конференция по медицинскому образованию, Эдинбург, 7-12 августа 1988 г.)*. Edinburgh, World Federation for Medical Education, 1988.
9. Garcia-Barbero, M. *New trends in medical education – the need for change (Новые направления в медицинском образовании)*. In: Garcia-Barbero, M., ed. *Medical curricula in European countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).
10. *Doctors for health: a WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all (Врачи для здравоохранения: глобальная стратегия ВОЗ по изменению медицинского образования и медицинской практики)*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/HRH/96.1).
11. Reorienting medical education and medical practice for health for all (Реориентация медицинского образования и медицинской практики для осуществления стратегии здоровья для всех), World Health Assembly Resolution, 48.8, Geneva, 1995.
12. Smith, R.A. *Manpower and primary health care – guidelines for improving/extending health service coverage in developing countries (Кадры здравоохранения и первичная медико-санитарная помощь)*. Honolulu, University Press of Hawaii, 1978.
13. Gelhorn, A. et al. *Health needs of society: a challenge for medical education (Потребности общества в услугах здравоохранения: важная задача для медицинского образования)*. *10th CIOMS Round Table Conference, Ulm, Federal Republic of Germany, 6–10 July 1976 and Scientific Session of the 10th General Assembly of CIOMS, Geneva, 10 November 1976*. Geneva, World Health Organization, 1977.

14. *First Regional Seminar on the Teaching of Community Health in Medical Schools (Региональный семинар по преподаванию особенностей охраны здоровья на общинном уровне)*. Final report. Manila, WHO Regional Office for Western Pacific, 1975 (document ICP/HMD/16).
15. Reerink, E. The health care team (Медико-санитарные бригады). *In: Gelhorn, A. et al., ed. Health needs of society: a challenge for medical education. 10th CIOMS Round Table Conference, Ulm, Federal Republic of Germany, 6–10 July 1976 and Scientific Session of the 10th General Assembly of CIOMS, Geneva, 10 November 1976*. Geneva, World Health Organization, 1977, pp. 143–147.
16. Серия «Технические отчеты ВОЗ», No. 534, 1973 (*Continuing education for physicians (Непрерывное образование для врачей)*): report of a WHO expert committee).
17. Fülöp, T. The importance of continuing education and its impact on the quality of health care (Важность непрерывного образования и его воздействие на качество медицинской помощи). *In: Istanbul Medical Convention 25–30 September 1977 Symposia on Medical and Nursing Education*. Istanbul, Istanbul University Press, 1977, pp. 81–102.
18. Toros, A. & Öztekin, Z., ed. *Health services utilization in Turkey (Использование служб здравоохранения в Турции)*. Ankara, Ministry of Health, 1993, p. 162.
19. Parkhouse, J.P. & Menu, J.-P. *Specialized medical education in the European Region (Специализированное медицинское образование в Европейском регионе)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1989 (EURO Reports and Studies, No. 112).
20. *Draft charter for general practice/family medicine in Europe (Проект устава общей медицинской практики/семейной медицины в Европе)*: report on a WHO meeting, Copenhagen, Denmark, 6–7 February 1998. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/DLVR 01 03 01).
21. Meija, A. et al. *Physician and nurse migration – analysis and policy implications (Миграция врачей и медицинских сестер)*: report on a WHO study. Geneva, World Health Organization, 1979.
22. Bughman, E. The lecture method of instruction (Лекционный метод обучения). *In: Development of educational programmes for the health professions*. Geneva, World Health Organization, 1973, pp. 52–58 (Public Health Papers, No. 52).
23. Öztekin, Z. *Undergraduate medical education in Turkey (Преддипломное медицинское образование в Турции)*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. *In: Garcia-Barbero, M., ed. Medical curricula in European countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).
24. Branda, L.A. Problem based learning: the McMaster experience (Проблемный подход к обучению: опыт МакМастерского университета). *In: Symposium on Teachers' Training in Medicine, University of Istanbul Faculty of Medicine, Program and Abstract Book, 17–19 October 1996, Istanbul*. Istanbul, Bilim Corp., 1996, pp. 36–45.
25. Garcia-Barbero, M. et al., ed. *How to develop educational programmes for health professionals (Методы разработки образовательных программ для медицинских работников)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (Learning to Work for Health Series, No. 3, document EUR/ICP/DLVR 01 04 01).
26. Monekosso, G.L. Selection of applicants for medical schools (Отбор абитуриентов для медицинских учебных заведений). *In: Gelhorn, A. et al. Health needs of society: a challenge*

- for medical education. 10th CIOMS Round Table Conference, Ulm, Federal Republic of Germany, 6–10 July 1976 and Scientific Session of the 10th General Assembly of CIOMS, Geneva, 10 November 1976. Geneva, World Health Organization, 1977, pp. 121–124.
27. Bennet, M. & Wakeford, R. *Selecting students for training in health care: a practical guide to improving selection procedures* (Отбор студентов для изучения медицины: практическое руководство для совершенствования процесса отбора). Geneva, World Health Organization, 1983 (WHO Offset Publications, No. 74).
 28. Block, R. Curriculum development (Разработка учебных программ). In: *Symposium on Teachers' Training in Medicine, University of Istanbul Faculty of Medicine, Program and Abstract Book, 17–19 October 1996, Istanbul*. Istanbul, Bilim Corp., 1996.
 29. McGaghie, W.C. et al. *Competency-based curriculum development in medical education: an introduction* (Разработка программ обучения, основанных на развитии соответствующих компетенций у студентов-медиков). Geneva, World Health Organization, 1978 (Public Health Papers, No. 68).
 30. Tyler, R.W. *Basic principles of curriculum and instruction* (Основные принципы учебных программ и обучения). Chicago, University of Chicago Press, 1971.
 31. Rangachari, P.K. Problem-based assessment (Оценка, основанная на проблемном методе). In: *Symposium on Teachers' Training in Medicine, University of Istanbul Faculty of Medicine, Program and Abstract Book, 17–19 October 1996, Istanbul*. Istanbul, Bilim Corp., 1996, pp. 22–23.
 32. Rotem, A. & Abbatt, F.R. *Self-assessment for teachers of health workers – how to be a better teacher* (Самооценка деятельности преподавателей медицинских учебных заведений). Geneva, World Health Organization, 1982 (WHO Offset Publications, No. 68).
 33. Fülöp, T. Training teachers of health personnel (Подготовка преподавателей для медицинских учебных заведений). In: *Development of educational programmes for health professions*. Geneva, World Health Organization, 1973, pp. 84–92 (Public Health Papers, No. 52).
 34. de Grave, W.S. Teacher assessment (Оценка деятельности преподавателей). In: *Symposium on Teachers' Training in Medicine, University of Istanbul Faculty of Medicine, Program and Abstract Book, 17–19 October 1996, Istanbul*. Istanbul, Bilim Corp., 1996, pp. 62–64.
 35. Katz, F.M. *Guidelines for evaluating a training programme for health personnel* (Руководство по оценке обучающих программ для медицинского персонала). Geneva, World Health Organization, 1978 (WHO Offset Publications, No. 38).
 36. Areskog, N.H. The new medical education in the Faculty of Health Sciences, Linköping University – a challenge for both students and teachers (Новый подход к медицинскому образованию на факультете медицинских наук в Линкорингском Университете). *Scandinavian journal of social medicine*, 20(1): 1-4 (1992).
 37. de Grave, W.S. Problem based learning: the Maastricht experience (Обучение, основанное на проблемном подходе: опыт Маастрихтского Университета). In: *Symposium on Teachers' Training in Medicine, University of Istanbul Faculty of Medicine, Program and Abstract Book, 17-19 October 1996, Istanbul*. Istanbul, Bilim Corp., 1996, pp. 59–61.
 38. Purcell, E. *World trends in medical education* (Международные тенденции в медицинском образовании). Baltimore, Johns Hopkins Press, 1971.
 39. George, C.F. *Undergraduate medical education in the United Kingdom* (Преддипломное медицинское образование в Соединенном Королевстве). Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997.

- In: Garcia-Barbero, M., ed. Medical curricula in European countries. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).*
40. Nystrup, J. *Undergraduate medical education in Denmark (Преддипломное медицинское образование в Дании)*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. *In: Garcia-Barbero, M., ed. Medical curricula in European countries. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).*
 41. Eitel, F. [Medical education in crisis (Кризис медицинского образования)]. *Langenbecks Archiv für Chirurgie (Supplement, Kongressband)*, 114: 675–678 (1997).
 42. Perleth, M. [Basic medical competence: a neglected educational goal in medical education? (Базовые компетенции в медицине: неучитываемая цель обучения в медицинском образовании)]. *Medizinische Klinik*, 93: 381–387 (1998).
 43. Habeck, D. et al. Medical education in the Federal Republic of Germany and activities of the German section of the AMEE (Медицинское образование в ФРГ), No. 6, AMEE Annual Conference, Istanbul, 1988. Münster, Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten der Medizinischen Fakultät der Universität Münster, 1988, pp. 2–19.
 44. Grabauskas, V. *Undergraduate medical education in Lithuania (Преддипломное медицинское образование в Литве)*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. *In: Garcia-Barbero, M., ed. Medical curricula in European countries (Медицинские учебные программы в Европейских странах)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).
 45. *Turkmenistan – rationalizing the health sector (Рационализация сектора здравоохранения в Туркменистане)*. Washington, DC, Human Resources Division, World Bank, 1995 (Report No. 14861 TM).
 46. Öztekin, Z. & Özcan, C. *Primary health care. Site visit report to Turkmenistan (Первичная медико-санитарная помощь в Туркменистане)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document, Health Care Policies and Systems Unit).
 47. Gual, A. *Medical education in CARNET countries (Медицинское образование в странах CARNET)*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (document, Health Care Policies and Systems Unit).
 48. Попов, Г.А. *Принципы планирования в системе здравоохранения в СССР*. Geneva, World Health Organization, 1971 (Public Health Papers, No. 43).
 49. Амирасланов, А. *Преддипломное медицинское образование в Азербайджане*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. *In: Garcia-Barbero, M., ed. Medical curricula in European countries. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).*
 50. Муминов, Т.А. *Преддипломное медицинское образование в Республике Казахстан*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. *In: Garcia-Barbero, M., ed. Medical curricula in European countries. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).*

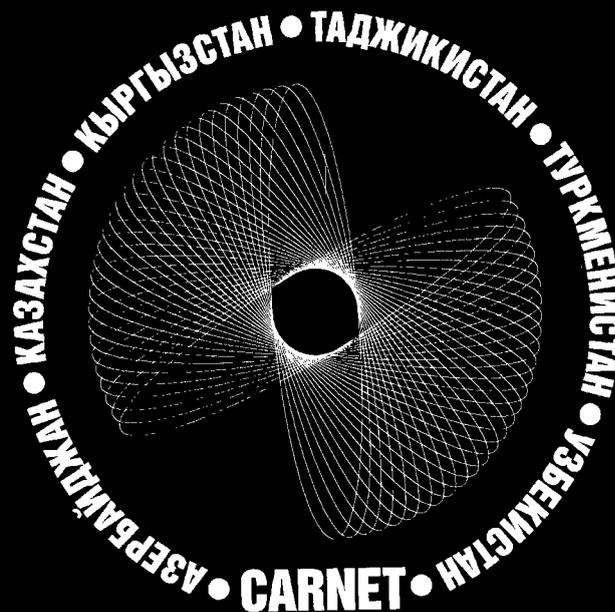
51. Акылбеков, С. *Преддипломное медицинское образование в Кыргызской Республике*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. In: Garcia-Barbero, M., ed. *Medical curricula in European countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).
52. Gedik, G. & Kutzin, J. *Report on the implementation of health care reforms in Kyrgyzstan for the period of December 1997–April 1998 (Отчет о выполнении реформы здравоохранения в Кыргызстане в период с декабря 1997 г. по апрель 1998 г.)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document, Health Care Policies and Systems Unit).
53. *Преддипломное медицинское образование в Таджикистане*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (document, Health Care Policies and Systems Unit).
54. Чарыев, М. *Преддипломное медицинское образование в Туркменистане*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. In: Garcia-Barbero, M., ed. *Medical curricula in European countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).
55. Даминов, Т.А & Каюмов, У.К. *Преддипломное медицинское образование в Узбекистане*. Background country paper to the CARNET Meeting on Reforming Medical Education, Barcelona, Spain, 15–17 December 1997. In: Garcia-Barbero, M., ed. *Medical curricula in European countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Learning to Work for Health Series, No. 4, document EUR/ICP/DHS/DLVR 01 04 01).
56. *Changing medical education – an agenda for action (Реформирование медицинского образования на повестке дня)*. Geneva, World Health Organization, 1991 (WHO/EDUC/91.200).
57. *Проект плана реализации государственной программы Президента Туркменистана “Здоровье”*. Ашгабат, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности, Туркменистан, 1997 г.



CARNET (Сеть Центральноазиатских республик по вопросам реформирования здравоохранения) является эффективным механизмом, оказывающим содействие странам-участницам (Азербайджану, Казахстану, Кыргызстану, Таджикистану, Туркменистану и Узбекистану) в вопросах реформирования систем здравоохранения в регионе с целью удовлетворения постоянно меняющихся потребностей населения в медико-санитарных услугах.

Деятельность сети направлена на поддержку процесса преобразований в странах-участницах, причем особое внимание уделяется исторически обусловленному сходству и опыту развития в странах региона и использованию накопленных другими странами знаний.

Делая упор на наиболее насущные аспекты развития систем здравоохранения, CARNET обеспечивает страны-участницы механизмом для разработки стратегий по конкретным проблемам, имеющим решающее значение для всех стран региона.



Сеть Центрально – Азиатских республик по вопросам реформирования здравоохранения

Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения

Политика и системы здравоохранения

Scherfigsvej 8
dk - 2100 Copenhagen Ø
Denmark

Телефон: +45 39 39 17 17
Телефакс: + 45 39 17 17 18