

7. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2015617022, выдано Феде-

ральной службой по интеллектуальной собственности Российской Федерации 26.06.2015 г.

#### Literature

1. Decree of the President of the Russian Federation on May 7, 2012 № 598 «On improvement of Public Health policy».

2. Obuhova O.V. New industry standards time // Health Care. – 2015. – Vol. 12. – P. 20-25.

3. Russian Federation Ministry of Health Order from 06.02.2015 № 290n «On approval of typical branch norms of time for performance of work-related visit to a patient pediatrician district, general practitioner, general practitioner (GP), a neurologist, otorhinolaryngologist, ophthalmologist and physician-obstetrician».

4. Starodubov V.I., Son I.M., Ivanova M.A., Lutsko V.V., Armashevskaya O.V., Sokolovskaya T.A., Ban-

tyeva M.N. Working time of doctors outpatient according to the photochronometry study // Management in Health Care. – 2014. – Vol. 8. – P. 18-22.

5. Shipova V.M. Rationing of Labour in Health Care. Лекции. – М.: Printing by Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, 2013. – 88 p.

6. Certificate of state database registration № 015620976, issued by the Federal Service for Intellectual Property of the Russian Federation 06.26.2015.

7. Certificate of state registration of the PC № 2015617022, issued by the Federal Service of the Russian Federation on intellectual property 26.06.2015.

**Координаты для связи с авторами:** Армашевская Ольга Викторовна – канд. мед. наук, заместитель зав. отделением нормирования труда медицинских работников ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, тел. 8-(495)-639-86-52, e-mail: ova19@yandex.ru; Жмеренецкий Константин Вячеславович – д-р мед. наук, доцент, и. о. ректора ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: zhmerenetsky@list.ru; Иванова Маиса Афанасьевна – д-р мед. наук, профессор, зав. отделением нормирования труда медицинских работников ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, тел. 8-(495)-639-86-52, e-mail: maisa961@mail.ru; Люцко Василий Васильевич – канд. мед. наук, главный специалист отделения нормирования труда медицинских работников ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, тел. 8-(495)-639-86-52, e-mail: vasilij\_l@mail.ru; Чижова Галина Всеволодовна – д-р мед. наук, профессор, ректор КГБОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК, тел. 8-(4212)-72-87-15, e-mail: nauch2@ipksz.khv.ru; Петричко Татьяна Алексеевна – д-р мед. наук, зав. кафедрой общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК, тел. 8-(4212)-72-87-15, e-mail: tpetrichko@mail.ru; Ушакова Ольга Вячеславовна – д-р мед. наук, главный врач КГБУЗ «Клинико-диагностический центр», тел. 8-(4212)-75-75-45, e-mail: oluschk@mail.ru; Кохан Валентина Григорьевна – главный врач КГБУЗ «Городская клиническая поликлиника № 3», тел. 8-(4212)-31-12-34, e-mail: poly3\_khv@mail.ru; Чумакова Ирина Николаевна – заместитель главного врача КГБУЗ «Городская клиническая поликлиника № 3», тел. 8-(4212)-31-12-34, e-mail: poly3\_khv@mail.ru; Черенцова Ирина Александровна – зав. отделением КГБУЗ «Клинико-диагностический центр», тел. 8-(4212)-75-75-45, e-mail: oluschk@mail.ru.



УДК 378.147:614.2.07

В.Г. Дьяченко, П.Э. Ратманов

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ – ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

### Резюме

Отечественная медицинская школа, сохраняя традиционную, дифференциально-типологическую концептуальную модель в условиях кадрового кризиса и реализации Болонского соглашения, в начале XXI века вошла в сложный этап модернизации, в основе которого лежит подготовка специалистов с достаточным уровнем профессиональной компетентности и непрерывность образовательного процесса. Модернизация потребовала изменений, как структуры самих образовательных учреждений, так и смены парадигмы медицинского образования в виде реализации нового образовательного стандарта, что должно сопровождаться повышением уровня компетентности профессорско-преподавательского состава.

**Ключевые слова:** профессионализм, компетенция, медицинское образование.

## Summary

Russian medical school has traditional, differential-typological conceptual model. In the beginning of the XXI century in the period of personnel crisis and of the implementation of the Bologna agreement there was in a difficult phase of modernization, which is based on training of specialists with a sufficient level of professional competence and continuity of the educational process. The modernization required changes both the structure of educational institutions and a paradigm shift of medical education to implement new educational standards. It must be accompanied by improving competence of faculty members.

*Key words:* professionalism, competence, medical education.

Во всех странах мира работники здравоохранения играют ключевую роль в производстве медицинских услуг. Эффективность систем здравоохранения и качество медицинских услуг зависят от эффективности деятельности медицинского персонала, а также от уровня его компетентности и мотивации. При этом перспективы подготовки профессионалов для производства медицинских услуг вызывает большую тревогу [4, 8, 15], поскольку из десятилетия в десятилетие в высшей медицинской школе не решается несколько важнейших проблем:

- обеспечение качественной системы профессионального отбора при зачислении в высшее учебное медицинское заведение;
- формирование четкой учебной мотивации на достижение конкретной цели на каждом этапе подготовки врача;
- отсутствие обоснованных направлений необходимого уровня компетенций по избираемой специальности.

Между тем, кадровый кризис системы здравоохранения России набирает обороты, хотя его причины характерны для большинства развивающихся стран мира – годы недостаточного инвестирования в обучение и переподготовку кадров, сравнительно низкий уровень заработной платы, некомфортные условия труда и несовершенная система управления кадрами медицинских организаций. Всё это привело к острой нехватке ключевых специалистов производства медицинских услуг, росту показателей смены рода занятий и раннего выхода на пенсию врачей, а также к национальной и международной миграции, как врачей, так и медицинских сестер. По существующим оценкам, в мире дефицит медицинских кадров в 2006 г. составлял более 4 млн человек [33].

Согласно распространенному убеждению значительный объем знаний, накопленный современной наукой, сосредоточен в области медицины. Это предъявляет новые, зачастую, повышенные требования к подготовке медицинского персонала способного выполнять современные стандартные технологии. На нижней ступени условной иерархической лестнице производства медицинских услуг находятся медицинские сестры, а на верхней – врачи [30]. Однако именно количественные и качественные характеристики врачебного персонала медицинских организаций являются определяющим фактором способности системы к движению вперед. Цель кадровой политики в современной медицине очевидна – подготовить не-

обходимое количество врачей с достаточным уровнем компетенций, распределить их в нужное место, при этом сохранить гибкость в реагировании на кризисные ситуации, решая существующие проблемы и предвосхищая будущие события [36, 37]. Шаблонный подход в этом случае работать не будет, поскольку эффективные стратегии в области кадровых ресурсов должны соответствовать уникальным историческим условиям и ситуации каждой страны или даже региона [32].

Новая фаза развития мировой цивилизации решающим образом связана с повышением роли человеческих ресурсов: интеллекта, созидательных способностей и качеств личности. Следовательно, именно в этой фазе развития резко возрастает и роль образования, оно все более прямо и непосредственно определяет социально-экономический прогресс и возможностей использования человеческого капитала [21, 39].

**Болонское соглашение и подготовка врачей.** За годы погружения России в океан либеральной экономики отечественная наука, включая науку системы образования, претерпела заметные изменения. Она стала более открытой и демократичной, исчез чрезмерный идеологический и административный контроль. В 1999 г. 29 государствами была принята Болонская Декларация, подготовленной правительствами Великобритании, Германии, Италии и Франции. Россия в этот период также вступила в эпоху всеобщих и глубоких изменений национальной системы образования. Особую актуальность изменения в этом направлении приобрели после подписания Россией в 2003 г. Болонского соглашения о создании общеевропейского образовательного пространства, поскольку вхождение в него предусматривает гармонизацию отечественной высшей школы с системой высшего профессионально образования, рекомендуемой Болонским соглашением и принятой Европейским сообществом [3, 5, 14, 44]. Этот сложный и неоднозначный для отечественной высшей школы процесс, несомненно, должен быть хорошо осмыслен и подготовлен, как с учетом уже накопленного странами-участницами Болонского процесса опыта, так и его адаптации применительно к условиям современной России [4].

Отечественная система высшего медицинского образования в рамках реализации Болонского соглашения переживает сложный этап модернизации путей подготовки профессионально образованных врачей нового поколения для работы в условиях рынка [6, 25, 28, 38]. В основе новой парадигмы высшего профессионального образования лежит компетентностный

подход, согласно которому приоритетной целью образования становится формирование профессиональных и общекультурных компетенций будущего врача. Изменения в области целей образования связаны с новыми требованиями, предъявляемыми к деятельности выпускника вуза в современных условиях.

Понятие «компетенция» [43] выступило «в качестве общего определения ... интегрального социально-личностно-поведенческого феномена как результата образования в совокупности мотивационных, ценностных и когнитивных составляющих», что позволяет говорить не просто о модернизации учебного процесса, а о переходе к новой образовательной парадигме [11, 13, 20]. Именно новая образовательная парадигма компетентностного подхода способна формировать общественный и государственный контроль за деятельностью различных профессиональных групп. Переосмысление изменений в политике здравоохранения и сопутствующих ей перемен в медицинской профессии занимает особое место в современных дебатах в сфере социологии профессий [22].

Профессиональная компетентность может быть определена как сочетание следующих типов компетентности:

- концептуальная (научная) компетентность – понимание теоретических основ профессии врача;
- инструментальная компетентность – владение базовыми профессиональными навыками по избранной врачебной специальности;
- интегративная компетентность – способность сочетать современную теорию и практическое воспроизведение стандартных технологий производства медицинских услуг;
- контекстуальная компетентность – понимание социальной, экономической и культурной среды, в которой осуществляется профессиональная деятельность медицинского работника;
- адаптивная компетентность – умение предвидеть изменения, важные для профессиональной медицинской деятельности, и быть готовым к их реализации;
- коммуникативная (психологическая) компетентность – умение эффективно пользоваться средствами коммуникации (устными, письменными и др.) для достижения максимальных результатов здоровья пациентов в результате оказания медицинской помощи.

**Компетентностный подход как основа модернизации медицинского образования.** Существенной особенностью отечественной медицины является ее коммерциализация в рамках реализации стратегии либеральной трансформации экономики. Производство медицинских услуг сегодняшнего дня – процесс весьма затратный, что требует строгого экономического анализа и рационального использования ресурсов, особенно кадровых и финансовых. Однако экономические соображения производителей не могут быть выше интересов потребителей (пациентов), а пациентов в значительной мере заботит уровень профессионализма врачей [18, 23, 27]. В настоящее время наблюдается известное противоречие между планируемой системой подготовки врачей и конечным результатом этой подготовки:

- имеются недостатки профессиональной подготовки (слабое владение физическими методами непосредственного обследования больного, недооценка данных тщательного анамнеза);
- изменение профессиональной ментальности (ориентация главным образом на аппаратно-инструментальные и лабораторные методы);
- когнитивные изменения (снижение уровня клинического мышления и принятие подчас неверных решений, опирающихся исключительно на технологический прогресс);
- недостаточный уровень общей и профессиональной культуры.

Вышеуказанные противоречия прямо указывают на то, что современная медицина, ориентирующаяся преимущественно на новейшие технологии, негативно отразилась на формировании у врачей клинического мышления. А ведь именно оно в виде системы логических суждений и умозаключений, основанных на современных научных знаниях и практическом опыте, обеспечивает принятие оптимальных решений при производстве медицинских услуг конкретному пациенту [26].

Многие специалисты работающие в отечественной высшей медицинской школе разделяют мнение о том, что уровень профессиональной подготовки выпускников медицинских вузов не соответствует запросам производителей медицинских услуг. Повсеместная стандартизация медицинских технологий, массовое обновление их аппаратного обеспечения, внедрение и расширение информатики производственных процессов в медицинских организациях, как отражение значительных финансовых вливаний 2011–2012 гг. в отечественную медицину, требует системной трансформации высшей медицинской школы.

И дело даже не в том, что многие отечественные медицинские вузы до сих пор не имеют в своем составе многопрофильной университетской клиники, оснащенной по современным стандартам, хотя именно этот факт определяет уровень практической подготовки будущих врачей. Сегодня им не хватает рациональных знаний и навыков для формирования требуемого уровня компетенций. Именно этот дефицит чаще всего требует пополнения в рамках организации непрерывного образования для того чтобы решить проблему доступности, качества и безопасности медицинской помощи [9]. Многие педагогические коллективы медицинских вузов по разным причинам не способны создать собственный комплекс знания в виде уровня компетенций требуемого для формирования современного специалиста. Довольно часто эта проблема связана с недостатком неявного знания (невербализованного) о том, как делать что-либо – выполнить стандартную технологию с обоснованным с точки зрения доказательной медицины, результатом. Однако во многих случаях проблема недостаточного уровня компетенций дополняется исключительно формальным подходом к процессу сертификации. По мнению доктора философии в области социологии Джона Равена (John Raven) в таком контексте понятие сертифицируемой (формализуемой) профессиональной компетентности становится оксюмороном [24].

В современном мире, по крайней мере, одна треть населения сталкивается с теми или иными признаками

полной некомпетентности достаточно широких «профессиональных» групп, в частности медицинских работников. Результаты опросов, проведенных Д. Шоном [40, 41], подтверждают это мнение, поскольку довольно часто эти профессиональные группы, прикрываясь результатами формально проведенной сертификации, создают видимость того, что выполняют все предписанные процедуры, но не приносят потребителям ожидаемой пользы [42]. В ответ на запросы общества на несоответствие результатов сертификации деятельности профессиональных групп и уровню удовлетворенности потребителей, управляющие структуры вводят всё новые и, как правило, более жесткие требования к программам «контроля качества», основанных на оценке технико-рациональных знаний производителей товаров и услуг. Эти требования по сертификации «компетентности», формирование многочисленных стандартов, к сожалению, пока не повышает уровня компетенции производителей. В то же время Р. Хоган [34], Т. Бехер [31], А. Иллотт [35] и др. показали, что некомпетентность вовсе не является обратной стороной компетентности. По их мнению, главными источниками некомпетентности является недостаточный уровень коллективного профессионализма, т. е., как компетентность, так и не компетентность являются групповыми характеристиками и отражают вклад отдельных профессионалов в деятельность группы производителей медицинских услуг, в которую они включены.

Поскольку компетентность — это специфическая способность, позволяющая эффективно решать типичные проблемы и задачи, возникающие в реальных ситуациях повседневной жизни, то формирование необходимого уровня компетентности будущего врача является главной задачей высшего медицинского образования. В то же время, специальные формы компетентности в виде органического сочетания знаний и умений предполагают оптимальное решение очерченного круга задач в профессиональном виде деятельности — реализации профессионального стандарта. Однако природа компетентности такова, что оптимальные результаты любой деятельности достижимы лишь при условии глубокой личной заинтересованности профессионала [2].

**Особенности преподавателя медицинской школы.** В системе медицинской школы врач-педагог выполняет одновременно два сложных вида профессиональной деятельности: врачебную и педагогическую. Специфика исследования его социальной роли при этом заключается в сочетании двух видов деятельности и их пересечения в практической плоскости — обучения (передача теоретических и прикладных знаний) и «научения» (передача навыков и умений). В то же время врач-педагог должен постоянно самосовершенствоваться и самообразовываться, расценивая самообразование как своего рода «социальный заказ» для его социологической рефлексии. В этом проявляются основные особенности социальной роли врача-педагога, которые не являлись до сих пор предметом интереса социологии медицины и изучение которых в настоящее время становится особенно актуальным. Интеграция педагогической составляющей в профессиональную деятельность врача и формирование новой для него социальной роли врача-педагога требует социо-

логического анализа различных проблем в области, как додипломной подготовки врачей, так и процесса непрерывного профессионального образования в рамках специальности «Преподаватель высшей школы». Этот процесс должен дополняться изучением условий и факторов, влияющих на уровень профессиональной компетенции в виде обеспечения врача-педагога современными инновационными социально-педагогическими технологиями [29].

В связи с запросами общества и государства к подготовке врачей высшая медицинская школа в целом, и преподаватели в частности, должны быть готовы к изменению структуры вузов и смене образовательной парадигмы в виде повышения уровня компетенции профессорско-преподавательского состава (обладание специальными профессиональными знаниями, умениями и навыками). Эта модель, сформированная в конце XX века, включает две основных компетенции: методическую — способность накапливать, систематизировать и передавать опыт; и социальную — способность гибко адаптироваться к меняющимся условиям социума [1, 16, 17, 19].

Основные идеи модернизации современного образования заключаются в следующем [12]:

- гуманизация образования — поворот от технократических целей (приспособление к нуждам производства) к гуманистическим (становление и развитие личности, создание условий для ее саморегуляции);
- демократизация образования — переход от жесткой централизованной системы к созданию возможностей для каждого учебного заведения, преподавателя, студента раскрыть свои возможности;
- непрерывность образования — изменение концепции от «Образование на всю жизнь» к «Образование через всю жизнь» (Long Life Learning Conception, Long Life Study).

Несмотря на то, что традиционный, дифференциально-типологический концептуальный подход подготовки профессионалов сохраняет свою актуальность исходя из предрасположенности личности к профессии будущего врача [7, 10], с 2011 г. отечественные медицинские вузы перешли на работу по Федеральному государственному образовательному стандарту 3-го поколения (ФГОС-3), что в определенной мере меняет традиции формирования профессиональной компетенции. Новая модель медицинского образования предполагает начало практической деятельности студента, начиная с 1-го курса. Кроме того, в программах ФГОС-3 значительно увеличивается объем информации и учебных часов, отведенных для отработки практических навыков на двух старших курсах. Шестой курс становится «тренинговым», когда студенты под непосредственным контролем своих преподавателей закрепляют теоретические знания и практические навыки, значительно повышая уровень своих компетенций, отработывая стандартизованные профессиональные модели диагностики, профилактики, лечения и реабилитации в клинике. Первые врачи, получившие образование в рамках реализации программ ФГОС-3 приступят к практической работе в 2016 г., что, по мнению управляющих структур отрасли, снизит остроту проблем кадрового кризиса.



## Литература

1. Андреев В.И. Эвристика для творческого саморазвития: учебное пособие. – Казань: Центр инновационных технологий, 1994. – 247 с.
2. Бордовский Г.А. и др. Модели и методы внутреннего и внешнего оценивания качества образования в вузах: научно-методические материалы. – СПб.: Книжный дом, 2008. – 340 с.
3. Буромский И.В. Формирование профессиональной компетентности врача в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы в современных условиях : автореферат дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.24 / И.В. Буромский. – М., 2009. – 45 с.
4. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс (клиническая подготовка в медицинском образовании). Выпуск XI / М.А. Пальцев [и др.]. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2007. – 180 с.
5. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс (медико-профилактическое образование). Выпуск IX / М.А. Пальцев [и др.]. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2006. – 230 с.
6. Денисов И.Н. Медицинское образование: ситуация сегодня и пути совершенствования подготовки врачей // Врач. – 2004. – № 4. – С. 4-7.
7. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – М.: Академия Естествознания, 2009. – 300 с.
8. Дьяченко В.Г. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса / В.Г. Дьяченко, Т.А. Костакова, И.В. Пчелина. – Хабаровск: ДВГМУ, 2012. – 424 с.
9. Дьяченко В.Г. Кадры здравоохранения. Кривое зеркало статистики / В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко, В.Б. Пригорнев // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2013. – № 4. – С. 3.
10. Дьяченко В.Г. и др. Профессиональные мотивации будущих врачей // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 2. – С. 2.
11. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дис. ... д-ра филолог. наук : 10.02.19 / В.В. Жура. – Волгоград: Волгогр. гос. пед. ун-т, 2008. – 40 с.
12. Захарочкина Е.Р. Дидактические аспекты обеспечения качества образования фармацевтических специалистов // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4. – С. 136-140.
13. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования / И.А. Зимняя // Высшее образование сегодня. – 2003. – № 5. – С. 34-42.
14. Инновационное образовательное пространство Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова (двухлетний опыт работы) / М.А. Пальцев [и др.]. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2008. – 226 с.
15. Лаун Б. Утерянное искусство врачевания / Б. Лаун; пер. Е. Незлобина. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. – 367 с.
16. Маркова А.К. Психология профессионализма / А.К. Маркова. – М.: Просвещение, 1996. – 308 с.
17. Маркова А.К. Формирование мотивации учения / А.К. Маркова, Т.А. Матис, А.Б. Орлов. – М.: Просвещение, 1990. – 172 с.
18. Матинян Н.С. Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам / Н.С. Матинян, Е.И. Скачкова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 3.
19. Мещерякова М. и др. Обучение профессиональным мануальным умениям и оценка уровня их сформированности у студентов медицинских вузов // Врач. – 2007. – № 7. – С. 81-83.
20. Овсянникова Е.К. Особенности формирования общекультурных компетенций студентов медицинского вуза // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 4. – С. 177-180.
21. Определение ключевых компетенций врача общей практики / Г.Б. Мамедова [и др.] // Молодой ученый. – 2015. – № 11. – С. 676-679.
22. Переосмысливая управление профессионалами: Новые международные тенденции в здравоохранении / ред. Э. Кульман, М. Сакс. – Bodmin.: MPG Books, 2008. – 248 с.
23. Петросян М.Е. Врач и пациент: этико-правовой аспект / М.Е. Петросян // США: экономика, политика, идеология. – 2001. – № 4. – С. 91-101.
24. Равен Д. Компетентность, образование, профессиональное развитие, психология и социоконвергентика / Д. Равен // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2014. – № 2. – С. 170-204.
25. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
26. Сокол А.Ф. Современный врач: особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств / А.Ф. Сокол // Социология медицины. – 2014. – № 1. – С. 7-14.
27. Уайт М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию. – М.: Генезис, 2010. – 347 с.
28. Улумбекова Г.Э. Остаться в профессии. Долго-вечен ли энтузиазм российских докторов? // Медицинская газета. – 2015. – № 78. – С. 4.
29. Шурупова Р.В. Концепция формирования и реализации социальной роли врача-педагога в отечественной медицине: автореферат дис. ... д-ра социол. наук : 14.02.05 / Р.В. Шурупова. – Волгоград, 2011. – 46 с.
30. Эдвардсон С.Р. Американский взгляд на соотношение компетенции и квалификации врачей и медицинских сестер // Международная конференция «Кадровые ресурсы для медицины XXI века». Ташкент (Узбекистан). – Ташкент: ТашМИ-П., 1997. – С. 59-65.
31. Becher T. The incapable professional / T. Becher // Competence in the learning society / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 33-35.
32. Buchan J. Health worker migration in the European region: country case studies and policy implications / J. Buchan, G. Perfilieva. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. – 18 p.

33. Dubois C.-A. Human resources for health in Europe. – Maidenhead: Open University Press, 2006. – 249 p.
34. Hogan R. Unmasking incompetent managers // *Insight*. – 1990. – P. 42-44.
35. Ilott I. Incompetence: An unspoken consensus // *Competence in the learning society* / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 36-41.
36. Mooney H. Workforce plans predict «bitter opposition» and «volatility» // *The Health Service Journal*. – 2007. – Vol. 117. – № 6037. – P. 5.
37. Mullan F. Medical migration and the physician workforce. International medical graduates and American medicine // *JAMA*. – 1995. – Vol. 273. – № 19. – P. 1521-1527.
38. Rosof A.B. Continuing medical education: a primer. – New York: Praeger, 1992. – 233 p.
39. Scaling up priority health interventions in Tanzania: the human resources challenge / C. Kurowski [et al.] // *Health Policy and Planning*. – 2007. – Vol. 22. – № 3. – P. 113-127.
40. Schön D.A. The reflective practitioner: how professionals think in action. – New York: Basic Books, 1983. – 374 p.
41. Schön D. The Crisis of Professional Knowledge and the Pursuit of an Epistemology of Practice // *Competence in the learning society* / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 116-130.
42. Seddon J. Systems thinking in the public sector: the failure of the reform regime... and a manifesto for a better way. – Axminster: Triarchy Press, 2008. – 216 p.
43. Spencer S.J. Establishing a causal chain: why experiments are often more effective than mediational analyses in examining psychological processes // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2005. – Vol. 89. – № 6. – P. 845-851.
44. Ziguras C. The impact of the GATS on transnational tertiary education: Comparing experiences of New Zealand, Australia, Singapore and Malaysia // *The Australian Educational Researcher*. – 2003. – Vol. 30. – № 3. – P. 89-109.

### *Literature*

1. Andreyev V.I. Heuristics for creative self-development. Textbook. – Kazan: Center for Innovation Technologies, 1994. – 247 p.
2. Bordovsky G.A., et al. Models and methods of internal and external evaluation of the quality of education in universities: scientific methodological materials. – Spb.: Knizhny Dom, 2008. – 340 p.
3. Buromsky I.V. Modern approach to the development of physician's competence in the field of forensic medicine and forensic medical examination: synopsis of thesis ... of doctor of medical sciences: 14.00.24 / I.V. Buromsky – M., 2009. – 45 p.
4. Russian Higher Medical School and Bologna process (clinical training in the medical education). XI Issue / M.A. Paltsev [et al.]. – M.: Publishing House «Russian physician», 2007. – 180 p.
5. Russian Higher Medical School and Bologna process (medical-prophylactic training). IX Issue / M.A. Paltsev [et al.]. – M.: Publishing House «Russian physician», 2006. – 230 p.
6. Denisov I.N. Medical education: the situation today and ways to improve the training of doctors // *Vrach*. – 2004. – № 4. – P. 4-7.
7. Donika A.D. Professional ontogenesis: medico-sociological and psycho-ethical problems of physician's activity. – M.: Academy of Natural Sciences, 2009. – 300p.
8. Dyachenko V.G., et al. Medical staff of the Far East. Crisis cycle. – Khabarovsk: FESMU, 2012. – 424 p.
9. Dyachenko V.G., et al. Health care workforce. Distorting mirror of statistics // *Bulletin of Public Health and Healthcare in the Far East of Russia*. – 2013. – № 4. – P. 3.
10. Dyachenko V.G., et al. Professional motivations of future physicians // *Bulletin of Public Health and Healthcare in the Far East of Russia*. – 2011. – № 2. – P. 2.
11. Zhura V.V. Discourse competence of a doctor in oral medical communication: synopsis of a thesis of doctor of philological science: 10.02.19 / V.V. Zhura. – Volgograd: Volgograd State Pedagogical University, 2008. – 40 p.
12. Zakharchukina E.R. Didactic aspects of the quality of the pharmaceutical education // *Quality Management in Healthcare and Social Development*. – 2011. – № 4. – P. 136-140.
13. Zimnyaya I.A. Key competences – a new paradigm of education result / *Higher Education Today*. – 2003. – № 5. – P. 34-42.
14. Innovational educational space of the I.M. Sechenov Moscow Medical Academy (2-year experience) / M.A. Paltsev [et al.]. – M.: Publishing House «Russian Physician», 2008. – 226 p.
15. Laun B. The lost art of healing / B. Laun; translated by E. Nezlobina. – M.: KRONPRESS, 1998. – 367 p.
16. Markova A.K. The psychology of professionalism / A.K. Markova. – M.: Prosvecheniye, 1996. – 308 p.
17. Markova A.K. Formation of learning motivation / A.K. Markova., T.A. Matis, A.B. Orlov. – M.: Prosvecheniye, 1990. – 172 p.
18. Matinyan N.S., et al. Reforming of national health-care systems as adaptation to global processes // *Social Aspects of Population Health*. – 2008. – № 3.
19. Mecheryakova M., et al. Training of professional manual skills and evaluation of the level of their formation in students of the medical universities // *Vrach*. – 2007. – № 7. – P. 81-83.
20. Ovsyannikova E.K. Peculiarities of formation of common cultural competences of students of a medical university / E.K. Ovsyannikova // *International Journal of Experimental Education*. – 2012. – № 4. – P. 177-180.
21. Definition of key competences of a general practitioner / G.B. Mamedova [et al.] // *Young Scientist*. – 2015. – № 11. – P. 676-679.
22. Rethinking professional governance: New international trends in health care / edited by E. Kulman, M. Saks. – Bodmin.: MPG Books, 2008. – 248 p.
23. Petrosyan M.E. Doctor-patient: ethical and legal aspect // *USA: Economics, Politics, Ideology*. – 2001. – № 4. – P. 91-101.

24. Raven D. Competence, education, professional development, psychology and sociocybernetics // Vector of Science of Tolyatti State University. Series: Pedagogy, psychology. – 2014. – № 2. – P. 170-204.
25. Reshetnikov A.V. Sociology of medicine (introduction to the scientific discipline): textbook. – M.: Medicine, 2002. – 976 p.
26. Sokol A.F. A modern physician: peculiarities, ways to optimize professional and personal qualities // Sociology of Medicine. – 2014. – № 1. – P. 7-14.
27. White M. Maps of narrative practice: Introduction to narrative therapy. – M.: Genesis, 2010. – 347 c.
28. Ulumbekova G.E. To stay in profession. Is the Russian doctors' enthusiasm long-term? // Medical Newspaper. – 2015. – № 78. – P. 4.
29. Shurupova R.V. The concept of the formation and implementation of the social role of a medical teacher in the national medicine: synopsis of the thesis of doctor of sociological sciences: 14.02.05 / R.V. Shurupova. – Volgograd, 2011. – 46 p.
30. Edwardson S.R. American view on the interrelation of competence and qualification of doctors and nurses // International Conference «Human Resources for the XXI-st Century Medicine». Tashkent (Uzbekistan). Tashkent: TashMI-P., 1997. – P. 59-65.
31. Becher T. The incapable professional // Competence in the learning society / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 33-35.
32. Buchan J., et al. Health worker migration in the European region: country case studies and policy implications. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. – 18 p.
33. Dubois C.-A. Human resources for health in Europe. – Maidenhead: Open University Press, 2006. – 249 p.
34. Hogan R. Unmasking incompetent managers // Insight. – 1990. – P. 42-44.
35. Ilott I. Incompetence: An unspoken consensus // Competence in the learning society / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 36-41.
36. Mooney H. Workforce plans predict «bitter opposition» and «volatility» // The Health Service Journal. – 2007. – Vol. 117. – № 6037. – P. 5.
37. Mullan F. Medical migration and the physician workforce. International medical graduates and American medicine // JAMA. – 1995. – Vol. 273. – № 19. – P. 1521-1527.
38. Rosof A.B. Continuing medical education: a primer. – New York: Praeger, 1992. – 233 p.
39. Scaling up priority health interventions in Tanzania: the human resources challenge / C. Kurowski [et al.] // Health Policy and Planning. – 2007. – Vol. 22. – № 3. – P. 113-127.
40. Schön D.A. The reflective practitioner: how professionals think in action. – New York: Basic Books, 1983. – 374 p.
41. Schön D. The Crisis of Professional Knowledge and the Pursuit of an Epistemology of Practice // Competence in the learning society / eds. J. Raven, J. Stephenson. – New York: Peter Lang, 2001. – P. 116-130.
42. Seddon J. Systems thinking in the public sector: the failure of the reform regime ... and a manifesto for a better way. – Axminster: Triarchy Press, 2008. – 216 p.
43. Spencer S.J. Establishing a causal chain: why experiments are often more effective than mediational analyses in examining psychological processes // Journal of Personality and Social Psychology. – 2005. – Vol. 89. – № 6. – P. 845-851.
44. Ziguras C. The impact of the GATS on transnational tertiary education: Comparing experiences of New Zealand, Australia, Singapore and Malaysia // The Australian Educational Researcher. – 2003. – Vol. 30. – № 3. – P. 89-109.

**Координаты для связи с авторами:** Дьяченко Владимир Гаврилович – д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, e-mail: kesmet@mail.ru; Ратманов Павел Эдуардович – д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, e-mail: ratmanov@gmail.com.



УДК 616-08-039.75:614.2:122/129

А.В. Ларинская, Л.В. Лихобаина, Д.А. Дыбов, А.В. Юркевич

## ФИЛОСОФИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

### Резюме

В современной России предпринимаются первые шаги осознания содержания и специфической философии паллиативной помощи инкурабельным больным, формируются необходимые структуры в регионах. Процесс формирования системы паллиативной помощи детскому и взрослому населению требует разработки и создания новых эффективных организационных моделей, которые учитывают особенности здоровья населения и возможности здравоохранения российских регионов. В настоящее время необходимо переосмысление междисциплинарных