

УДК 614.2 : 378.1 : 3338.46.025.2

С.В. Дьяченко¹, В.Г. Дьяченко²

Отечественная медицинская школа: школа знаний или компетенций?

¹Городская клиническая больница № 11, г. Хабаровск

²Дальневосточный государственный медицинский университет

Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

Формирование либеральной модели экономического развития России повлекло за собой коренные реформы как отечественного образования в целом, так и медицинского в частности. В настоящее время делается попытка реализации перехода от модели медицинского образования в виде школы знаний к компетентностной модели подготовки специалистов. Последняя ставит перед собой задачу не только выполнения конкретных функций медицинского образования, но и реализацию интегрированных требований в виде перехода от формулы «знания–умения–навыки» к формуле «умения–навыки–знания». Принятие компетенций в качестве результата, в контексте выполнения федерального образовательного стандарта, выстраивает продуктивный диалог между здравоохранением и медицинской школой.

Ключевые слова: здравоохранение, реформы образования, медицинская школа, знания, компетенции, качество образовательных услуг

V. Dyachenko², S. Dyachenko¹

Domestic medical school: school knowledge or competencies?

¹City Clinical Hospital № 11, of Khabarovsk

²Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

Formation of the liberal model of economic development in Russia led to a radical reform as a national education in general, and health in particular. Currently, an attempt to move the implementation of the model of medical education in the form of knowledge's school to competency model of training is made. The last one has the task not only to perform specific functions of medical education, but also the implementation of the integrated requirements of a transition from the formula of "knowledge-skills-abilities" to the formula "skills-abilities-knowledge". The adoption of competences as a result, in the context of the im-

plementation of the Federal educational standards, builds a productive dialogue between public health and medical school.

Key words: health care, education reform, medical school, knowledge, competence, quality of educational services

Введение

Характер большинства социальных процессов, и состояние институтов социальной сферы в современной России отстоят от современных достижений экономически развитых стран достаточно далеко. В этом смысле необходимость модернизации очевидна. Отсюда вопрос: возможна ли она, и каковы могут быть ее движущие силы? Если для старта модернизации страны принципиальное значение имеет коалиция экономических и политических элит, то для ее успешного хода необходима весомая социальная поддержка. Известный американский экономист Джеффри Д. Сакс, советник ведущего отечественного реформатора-либерала А.Т. Гайдара, предполагал, что, «Опираясь на опыт достаточно эффективных польских реформ и экономических событий, происходивших по всей Восточной Европе, новая команда либеральных экономистов в России в начале 1990-х годов осуществит ключевые реформы в виде проведения приватизации и получения внешней помощи, что станет отправной точкой эффективной модернизации страны» [37]. Однако реальность даже для «просвещённого» американца стала неожиданной: «Российское руко-

водство превзошло самые фантастические представления марксистов о капитализме: они сочли, что дело государства – служить узкому кругу капиталистов, перекачивая в их карманы как можно больше денег и поскорее. Это не шоковая терапия. Это злостная, предумышленная, хорошо продуманная акция, имеющая своей целью широкомасштабное перераспределение богатств в интересах узкого круга людей» [53].

И действительно в условиях становления либеральной экономики в России стали неизбежны структурные и экономические деформации: разрушение отечественной промышленности и сельского хозяйства, реструктуризация потребительского рынка, замещение импорта на товары отечественного производства, снижение качества товаров, сокращение социальных расходов государственного бюджета и т.д. [25, 46]. В то же время следует понимать, что роль государства при определении стратегии модернизации состоит в гарантировании решения не только экономических, но и социальных проблем, ради которого и запускаются модернизационные механизмы. Основной задачей государства следует считать заключение общественного договора, нарушение которого должно расцениваться как несправедливое поведение по отношению к участникам [20]. Именно в рамках модерниза-

ции и должны быть реализованы задачи по коренным изменениям в социальной сфере, в частности в образовании.

Главным действующим лицом в инновационной деятельности остается, по-прежнему, преподаватель. Однако, вместо повышения его роли в общественной жизни, преподаватель по мере продвижения либеральных реформ отодвинут вниз по социальной лестнице. Его место на её ступеньках заняли бизнесмены, чиновники и «силовики». Причем свое мнение о месте преподавателя в современном обществе 4 августа 2016 года лидер партии Единая Россия, премьер-министр РФ Д.А. Медведев высказал во время общения с участниками форума «Территория смыслов» на Клязьме. Он посоветовал преподавателям, которые недовольны своим социальным положением, уходить в бизнес [15].

Обсуждение результатов

Остается только сожалеть о том, что руководитель такого ранга не видит, как год от года в стране снижается престиж образования. Школы уже не выпускают разносторонне образованных молодых людей, знающих как математику, так и историю с географией. Сегодняшние выпускники могут написать ответы на тесты ЕГЭ по тем трем предметам, по которым готовились последние два школьных года. Неоднократные заявления чле-

нов Правительства РФ о том, что количество специалистов с высшим образованием превышает потребности промышленности и народного хозяйства страны, вызывает недоумение. Безусловно, существует дефицит «рабочих специальностей», но это не является свидетельством того, что их следует готовить в «ремесленных училищах» и в опережающем темпе сокращать число вузов, не вкладывая значительных ресурсов в сферу профессионального образования.

Конечно же, общество постоянно высказывает свои претензии и повышает требования к уровню профессиональных качеств специалистов, занятых в сфере образования. Общество полагает, что в сложных условиях, когда государство находится в тяжёлом экономическом положении, несомненно, то, что на педагогическом поприще нужны не просто профессионалы, а настоящие подвижники своего дела, яркие личности, способные преодолевать возникающие трудности. При этом необходимо, чтобы такими личностями становились не единицы, не одни лишь передовики и новаторы, а их число должно постоянно возрастать [2]. В то же время, как сами образовательные учреждения, так и их кадровый состав находится под нарастающим давлением множества проблем, — это, прежде всего, кроме снижения социального статуса преподавателей, наблюдается не решаемый многие годы недостаточный уровень вознаграждения за добросовестный и эффективный труд. Нарастание процессов стагнации, преобладание на

рабочих местах в образовательных организациях возрастных преподавателей блокируют приход в профессию носителей творческих инициатив. Образованные молодые люди, обладающие комплексом качеств: эрудированность, чувство нового, способность к самоанализу, гибкость мышления, волевые качества характера, развитая фантазия и др., не торопятся становиться преподавателями ни в средней, ни тем более в высшей школе [9, 13, 14].

На пороге выбора стратегии модернизации. Руководители современной России в течение последнего десятилетия стали осознавать пагубность смены государственного строя, отсутствие механизмов консолидации общества и обострение проблемы самоидентификации политических и экономических элит. Сегодня никого не должно успокаивать складывающееся положение вещей в виде стойких тенденций модернизации армии и флота, минимальные положительные сдвиги в обеспечении продовольственной безопасности, стабилизация демографических показателей и т.п. Не должны нас успокаивать и ссылки на положительные примеры из славного прошлого России и высказывания наших исторических оппонентов, таких, например, как Отто фон Бисмарк: «Даже самый благополучный исход войны никогда не приведёт к распаду России, которая держится на мил-

лионах верующих русских греческой конфессии. Эти последние, даже если они впоследствии международных договоров будут разъединены, также быстро вновь соединятся друг с другом, как находят этот путь друг к другу разъединённые капельки ртути. Это неразрушимое Государство русской нации, сильно своим климатом, своими пространствами и своей неприхотливостью, как и через осознание необходимости постоянной защиты своих границ» [52].

Если в рамках индустриальной модели развития страны основной упор делался на рост материального производства, развитие производительных сил, а индивид рассматривался исключительно как ресурс труда, то в современном мире человек с совокупностью накопленных у него знаний и умений, социальных, духовных, нравственных и культурных характеристик сам является источником экономического роста. Именно в современном мире вырастает значимость правильного выбора стратегии реформирования отечественного образования с точки зрения поступательного развития человеческого капитала. Благодаря выбору правильной стратегии государство может сохранить лидирующие позиции в мировом сообществе. Снижение качества человеческого капитала – главного фактора формирования и развития инновационной экономики и экономики знаний, как следующего высшего этапа развития России и её регионов, может стать отправной точкой дальнейшего распада государства [26,55]. Сегодня доля че-

Отечественная медицинская школа: школа знаний или компетенций?

ловеческого капитала в национальном богатстве России по всем основным характеристикам ниже, чем в экономически развитых странах мира, что накладывает отпечаток на структуру трудовой миграции – эмигрируют граждане страны, составляющие вершину пирамиды её человеческого потенциала.

Современная Россия, к сожалению, продолжает существовать в условиях «конфронтации с западным миром», продолжающихся перемен и неясности выбранного пути дальнейшего развития государства. Однако при любом избранном варианте в основе развития лежат наука и образование. Причем непосредственное влияние на науку и образование оказывает постмодернизм. Постмодернизм представляет собой кризисную форму либерального сознания, возникшую как реакция на слабости и мощь модернизма, нашедшего самое сильное свое выражение в реальном социализме с его культом общественного общего разума и стремлением все и вся поставить под контроль объединившихся живых индивидов [45]. Именно в условиях либеральных реформ и неопределенности дальнейшего развития государства уже второе десятилетие продолжаются реформы отечественной медицины и медицинского образования.

О предпосылках реформировании медицинского образования. Анализ со-

циологической концепции медицинской профессии на примере классических работ Толкотта Парсонса и Мишеля Фуко [32, 43] позволяет сделать следующие выводы:

- ✓ *медицинские профессии организованы в социальном институте, выполняющем функции социального контроля;*
- ✓ *социальная значимость медицинской профессии обуславливает высокие требования к социально-психологической составляющей компетенции профессионала;*
- ✓ *медицинское образование тесно связано с медицинской практикой, определяя необходимость его непрерывности и определенные требования креативности и мобильности к профессионалу;*
- ✓ *одной из значимых характеристик медицинской профессии является ее корпоративность, обуславливающая особенности профессиональной этики и культуры;*
- ✓ *социальный характер медицинской профессии определяет особенности профессионального ролевого репертуара.*

В этой связи следует отметить, что вступление в XXI век ознаменовалось формированием принципиально новой концептуальной модели медицинского образования, где вместо принципа: «образование на всю жизнь» декларируется новый подход – «образование через всю жизнь» (life long learning) [10,31]. Таким образом, отечественное медицинское образование приблизилось к реализации положений Декларации по медицинскому образованию, принятой ещё 39-й Всемирной

медицинской ассамблеей в Мадриде в 1987 году. В декларации указано следующее: «медицинское образование есть процесс непрерывного обучения, начинающийся с момента поступления на медицинский факультет и заканчивающийся после прекращения медицинской практики» [28,40].

По мнению управляющих структур государства, отечественная медицина переживает период бурного развития, которое по темпам и качеству должно соответствовать ожиданиям российского общества. В концепции социально-экономического развития РФ до 2020 г. здравоохранению отводится важная роль, на основании чего и были сформулированы Концепция развития системы здравоохранения страны и Программа модернизации здравоохранения субъектов РФ в виде укрепления материально-технической базы медицинских организаций, внедрения современных информационных систем и современных стандартов производства медицинских услуг [38,42]. На фоне реализации этих задач приходится признать, что сложившаяся в стране система профессионального медицинского образования имеет ряд слабых сторон [42].

В частности, – это несоответствие качества подготовки специалистов современным требованиям, отсутствие интегрированной системы профессиональ-

ной подготовки в условиях «вуз – реальная клиническая практика», отсутствие стандартизированной для задач практического здравоохранения технологии внешней оценки качества профессионального образования [5]. По мнению ректора ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова проф. П.В. Глыбочко решение этой проблемы находится в поле стандартизации образовательных программ подготовки врачей: «...в систему высшего медицинского образования внедрен Федеральный государственный образовательный стандарт третьего поколения. Основой его является ориентация обучения в высшей школе на формирование у выпускников определенных видов компетенций – так называемый компетентностный подход. Проведенный нами анализ показал, что современные выпускники вуза, владея академическими знаниями по фундаментальным дисциплинам, зачастую не способны оказать первую медицинскую помощь, определить группу крови, остановить кровотечение или выполнить простейшие манипуляции уровня среднего медицинского работника...»[7].

Кроме того, слабой стороной отечественного медицинского образования является последипломная подготовка. Причем, довольно часто вместо реализации инновационных образовательных технологий в условиях современных университетских клиник оснащенных на уровне последних достижений науки и практики, последняя заменяется занятиями в аудитории [41].

Отражением неоднозначности современного отечественного медицинского образования, по нашему мнению, является формирование идеологии патернализма во взаимоотношениях врача и пациента. Причем эта идеология прививается со школьной скамьи, с первых курсов медицинского вуза, когда у будущих врачей вырабатывается высокомерное отношение к своему пациенту. Их учат рассматривать пациента как сложную биологическую систему, а болезнь – как результат «поломки» каких-либо органов или систем регуляции. Пользуясь привитой в вузе профессиональной моделью, современный врач все чаще и чаще использует для диагностики и лечения сложные приборы и методики, которые позволяют в короткий промежуток времени «диагностировать и устранить поломку» или исправить «ошибки природы», игнорируя общение с пациентом для изучения его наследственности и причин страданий. Лечащий врач все реже и реже выслушивает устный рассказ пациента о своем состоянии во всем разнообразии его ощущений и переживаний. А ведь именно изучение вербальной информации полученной от пациента, нарратива ([англ. narrare](#) – языковой акт), во многих случаях сокращает сроки постановки правильного диагноза и назначения эффективного лечения.

Нарративная медицина – это отражение несогласия определенной группы врачей с «дегуманизацией» современной медицины как побочного эффекта индустриализации медицинской помощи в виде производства медицинских услуг. По их мнению, эта дегуманизация, связана, прежде всего, с кризисом индивидуального клинического подхода и нарастания стандартизации в производстве медицинских услуг, с постепенным превращением медицинской помощи в производственную систему [8,48,49]. По мнению известного американского врача-кардиолога лауреата Нобелевской премии Бернарда Лоуна: «Такое положение обусловлено не только современными философскими взглядами на болезнь, но и экономическими изменениями. Общество все больше полагается на технологию, чем на человеческое общение. Врач затрачивает в десять раз больше времени на проведение операции или инвазивной диагностической процедуры, чем на общение с пациентом или его семьей» [22]. Для части поколения современных студентов, которые получили свое воспитание и первый жизненный опыт в условиях существующей рыночной экономики, как отражения либеральных реформ, становятся непонятными и бессмысленными принципы трудовой этики (добросовестная учеба, работа и творчество).

Медицинское образование: знания или компетенции? Российское общество в течение последней четверти века, основные направления развития своего образования, пы-

Отечественная медицинская школа: школа знаний или компетенций?

тается совместить с подходами, которые сформировались в Европейском союзе, подписав в 2003 году т.н. «Болонскую декларацию». Однако этим дело не ограничилось, поскольку отечественные реформаторы-либералы в значительной мере ориентируются в своих реформах на американскую образовательную доктрину [21].

Отечественный американист А.А. Кокошин – сопредседатель Российского общественного совета развития образования в своем интервью (Газета «Труд» от 28.11.2000) сказал, что наше образование в сравнении с американским «в чем-то лучше, но намного беднее». Параллельно он объяснял успехи наших физиков-теоретиков и генетиков: «У нашей нации особая черта – способность к абстрактному мышлению в естественнонаучной области». Трудно не согласиться с мнением г-на Кокошина об успехах отечественных ученых, которые успешно работают в большинстве экономически развитых стран мира, но вот о способностях к абстрактному мышлению, как об особой национальной черте, мы имеем иное мнение. Способность абстрактно мыслить – это не генетически предопределенное качество. Это качество формировалось в условиях национальной системы образования СССР, где шло не заучивание «мертвых» схем и положений, легко проверяемых в последующем с по-

мощью тестирования, а доминировал творческий процесс познания.

Содержание и технологии образовательного процесса в России ещё совсем недавно покоились на трех китах: **академизм, унитаризм и авторитарность**. Такую школу называют «школой знаний», противники которой противопоставляют ей, как более современную, «школу компетенций». Итак «школа знаний» это:

- ✓ Академизм – это сложность требований и перегруженность образования «лишними» знаниями ради широты кругозора.
- ✓ Унитаризм – это единство содержания образования во всех учебных заведениях на всей территории страны.
- ✓ Авторитарность – это безусловное подчинение учебного процесса авторитету преподавателя.

Что же относительно «школы компетенций», то следует начать с понимания понятием компетенция (Рис. 1) и компетентность. Понятие компетенция чаще применяется для обозначения:

- ✓ образовательного результата, выражающегося в подготовленности, в реальном владении методами, средствами деятельности, в возможности справиться с поставленными задачами;
- ✓ такой формы сочетания знаний, умений и навыков, которая позволяет ставить и достигать поставленной цели;
- ✓ совокупность характеристик (мотивы, убеждения, ценности), обеспечивающая

Отечественная медицинская школа: школа знаний или компетенций?

выполнение профессиональной деятельности и достижение определенного результата;

✓ соответствие специалиста предъявляемым требованиям компетенции.

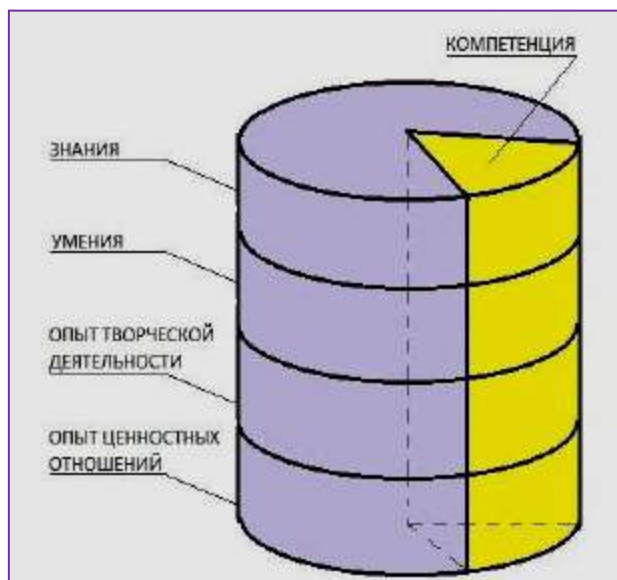


Рис. 1. Понятие «компетенция», как отражение её многостороннего, разнопланового и системного характера (Н.Ю. Котвина. Методические подходы к паспортизации компетенций. <http://main.isuct.ru/node/9327>)

Таким образом, общим для всех определений компетенции является понимание ее как свойства личности, потенциальной способности индивида справляться с различными задачами, как совокупность знаний, умений и навыков, необходимых для осуществления конкретной профессиональной деятельности [17].

В настоящее время в условиях рыночной экономики, в которой основ-

ным ресурсом становится высококвалифицированный человеческий капитал, в России идет становление новой системы образования. Востребованными становятся такие качества личности, как мобильность, решительность, ответственность, способность усваивать и применять знания в незнакомых ситуациях, способность выстраивать коммуникацию с другими людьми. По мнению реформаторов, основным результатом деятельности образовательного учреждения должна стать не система знаний, умений и навыков, а способность человека действовать в конкретной жизненной ситуации [34,44].

Концептуально «школа компетенций» была сформирована в США [51]. Именно она стала образцом для отечественных реформаторов образования в XXI веке, в то время как сами американцы ещё с 1960-х годов внимательно изучали советскую «школу знаний», поскольку концепция своего образования их не устраивала. Сегодня идеологи школы компетенций берут пример с японской школы, повторившей в значительной мере главные черты образовательной политики бывшего СССР. В современной России реформа образования предполагала высокий уровень эгалитаризма, т.е. высокого уровня равенства в получении образования. Но в реальной ситуации граждане страны ограничены в своих образовательных возможностях, а модернизация реализуется в рамках нескольких проектов, таких как «Сколково» или НИУ «Высшая школа экономики». Современная российская школа

по сути дела закрепляет социальное расслоение общества и блокирует функционирование «социальных лифтов». Именно для этого, по-видимому, и предназначено многообразие форм школьного образования, которое, с одной стороны, должно в обычных школах обеспечить минимум образования для всех, а с другой – в престижных гимназиях и лицеях обеспечить воспроизводство элиты. Мы полагаем, что результаты дискуссии между сторонниками «школы знаний» и «школы компетенций» определяют будущее российской системы образования, а возможно, и всей России [1, 6, 27].

В настоящее время большинство образовательных учреждений России перешло на новые стандарты, так называемые стандарты третьего поколения, в основе которых лежит компетентность. Причем для работодателя важно не процесс решения производственной проблемы, а и уровень достижения конкретного результата [54]. Степень готовности специалиста работать для достижения максимального результата при минимальных затратах определяется уровнем его компетентности в виде системы знаний, умений, опыта, ответственности, самостоятельности, настойчивости, т.е. совокупности профессиональных и личностных качеств (Рис. 2).



Рис. 2. Составляющие профессиональных и личностных качеств специалиста здравоохранения.

Исходя из выше сказанного, новый взгляд на стандарты медицинского образования подразумевает развитие у будущих врачей определенного набора компетентностей, которые позволят им достичь высоких результатов в будущей деятельности [3, 4, 17, 35, 36, 50].

На сегодня за рубежом существуют разные подходы к построению образовательной программы в медицинском вузе, например программа, построенная по системам органов, которая фокусируется на организации содержания обучения; программа на основе компетентного подхода, направленная на результаты обучения; программа, основанная на командной работе, где большее внимание уделяется методам обучения. Однако все существующие программы ориентированы на неко-

торые части сложной системы, но не учитывают того, как остальные компоненты образовательного процесса могут изменяться и взаимодействовать друг с другом [47]. Сегодня ведётся активный поиск оптимального пути к созданию современной программы обучения в отечественном медицинском вузе, и, именно с этой точки зрения, весьма пристального внимания требует изучение сути компетентностного подхода в подготовке будущего врача в США, Канаде, Австралии и др.

К сожалению, система отечественного высшего профессионального образования в течение длительного времени находится в состоянии сильного стресса. Намеченный и широко анонсированный руководством курс на ее реорганизацию предполагает значительное сокращение числа вузов, «не обеспечивающих надлежащего качества подготовки» [16]. Продолжаются бесконечные споры об эффективности реформ здравоохранения и медицинского образования, однако оппоненты к консенсусу так и не пришли. А между тем, по мнению специалистов, падение уровня образования начинается со школьной скамьи.

Многолетний опыт преподавания в Дальневосточном государственном медицинском университете вынуждает нас признать, что уровень подготовки будущих врачей начал стабильно снижаться с

середины 1990-х годов, а то, что произошло спустя десятилетие, стало носить признаки системного кризиса. Результаты исследований формирующихся тенденций подготовки врачей в медицинских вузах Дальнего Востока подтверждали наличие кризисных явлений в высшей медицинской школе и здравоохранении региона [11, 12, 13, 14, 18, 29, 33, 39]. К сожалению, отражением кризисных тенденций в образовании стал прискорбный факт вынужденной адаптации (упрощения) содержания как клинических, так и теоретических курсов дисциплин в вузе, к снижающемуся уровню школьной подготовки большинства студентов.

И действительно, когда в университетской аудитории студентам 3–6 года обучения предлагается обдумать стандартную клиническую ситуацию и предложить эффективный выход из неё, наблюдается характерное для последнего времени явление. Например, на предложение обдумать клиническую ситуацию с побочным действием лекарственных средств и рассчитать Риски их наступления или сформулировать программу диагностики и лечения распространенного заболевания, наблюдаем, что вместо того чтобы стремиться самостоятельно решить проблему, 8 из 12 будущих врачей открывают «гаджеты», где на страницах «википедии» или электронных справочников ищут готовое решение клинической ситуации. Часть из них, к сожалению, не обладают навыками системного анализа, нетвердо знают Таблицу умножения, не способны считать в уме, демонстрируют низкий

Отечественная медицинская школа: школа знаний или компетенций?

уровень знания родного языка, трудно ориентируются в основах теоретических дисциплин, по которым ещё несколько лет назад сдали тесты и экзамены.

Между тем медицинские организации отечественной системы здравоохранения ожидают от вузов выпуска «думающего», креативного врача, а не специалиста натасканного на сдачу тестов и запоминание азбучных истин медицины прошлого века. Как правило, современный молодой специалист теряется в условиях необходимости самостоятельного решения элементарной клинической ситуации, хотя должен принимать клинические решения на основе приемлемого уровня теоретической и практической подготовки, знаний и умений, а также самостоятельного воспроизводства клинического стандарта современного уровня. Причем в рамках реализации с 2011 года образовательного стандарта 3 поколения, отечественные медицинские вузы начали реализацию новой модели медицинского образования, которая предполагает начало практической деятельности студента уже с 1-го года обучения. Значительно увеличилось время, отведенное для отработки практических навыков на старших курсах. А последний, шестой год обучения становится тренинговым, когда студенты работают под непосредственным наблюдением своих преподавателей, совершенствуя навыки, которые

они должны будут воспроизводить самостоятельно после получения диплома и сертификата специалиста. Кстати, обязательная интернатура в рамках данного стандарта отменена. Причем в 2016 году в медицинские организации системы здравоохранения России уже пришла первая группа провизоров и стоматологов, завершивших свою подготовку по Федеральному образовательному стандарту 3 поколения.

Реформа медицинского образования невозможна без организации университетских клиник. Не одно десятилетие мы являемся свидетелями неоднозначных преобразований, происходящих в российском здравоохранении. Ссылки на тяжёлое наследие советской системы здравоохранения уже не вызывают той острой ответной реакции в широких кругах медицинских работников, поскольку в медицинских организациях все меньше и меньше специалистов, получивших образование в вузах СССР, которые реально могут сравнить советское наследие и промежуточные результаты либеральных реформ медицины в современной России. По мере внедрения в стране принципов рыночной экономики нарастает потребность в новых знаниях, методах и навыках. В настоящее время начинает остро ощущаться недостаток в прорывных теоретических разработках и концепциях для управления отечественным здравоохранением в новых экономических условиях исходя из реального социально-экономического положения рос-

сийских столиц, крупных городов, провинциальных регионов и сельских поселений.

Образовавшийся вакуум основ теории и практики управления здравоохранением в условиях рыночной экономики не могут заполнить представители «старой гвардии», организаторы здравоохранения, академики РАН (О.П. Щепин, В.И. Стародубов, В.З. Кучеренко, А.И. Вялков и др.) в силу того, что их научные достижения и жизненный опыт связаны с функционированием отрасли в условиях плановой экономики. Представители «либерального крыла» концентрируются в Центре политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ, созданного 14 января 2014 года (Руководитель С.В. Шишкин). Основными научными и организационными ресурсами этого Центра является сложившаяся группа сотрудников ВШЭ (Попович Л. Д., Шейман И. М., Селезнева Е. В., Потапчик Е. Г. и др.), в течение многих лет занимающихся фундаментальными и прикладными исследованиями проблем организации и управления здравоохранением. Результаты НИОКР этой группы специалистов, вероятно, востребованы руководством здравоохранения страны, однако на реальное реформирование отрасли их влияние ничтожно. Третья группа специалистов, представляющих Российскую медицинскую ассоциацию (Саркисян А.Г.),

Национальную медицинскую палату (Рошаль Л.М.), Ассоциацию медицинских обществ по качеству (Г.Э. Улумбекова) и др., позиционирует себя в роли экспертов и критиков реализуемых реформ здравоохранения страны. К сожалению, пока они не способны выполнить и возглавить процесс организации самоуправления врачебного сообщества, например, по образцу Американской медицинской ассоциации США или Федеральной врачебной палаты ФРГ и предложить реальную стратегию реформирования здравоохранения и медицинского образования в стране.

А, между тем, современная Россия является ареной фундаментальных макроэкономических сдвигов. На этом фоне происходит постепенное, но неуклонное осознание настоящей необходимости внесения изменений во все сферы деятельности организаций и учреждений здравоохранения с целью придания им соответствия требованиям рыночной экономики. Сделать это, однако, весьма непросто, поскольку перед руководством отрасли стоит весьма своеобразная задача – «...перейти через мост в процессе его строительства да еще в разгар землетрясения» [36]. И, все-таки, не решаемую в течение двух десятилетий задачу обеспечения медицинских организаций всех форм собственности в России молодыми специалистами, обладающими высоким уровнем знаний и компетенций, конкурентоспособности, профессиональной мобильности и социально-профессиональной адаптации, сопряженные с проблемами взаи-

действия с пациентами, коллегами, администрацией, придется решать. И, ведущим фактором на сложном пути профессиональной подготовки специалистов для работы в медицинских организациях в условиях рынка, станет создание университетских клиник во всех медицинских вузах страны. Ведь особенностью современных учебных программ является, прежде всего, практическая подготовка будущего врача.

Одной из главных проблем, с которой постоянно сталкиваются современные главные врачи больниц и поликлиник, является достаточно высокий уровень теоретической подготовки и низкий уровень владения практически навыками претендентов на рабочие места в медицинских организациях. Требования новых государственных образовательных стандартов к профессиональной компетенции выпускников и объективные условия реальной практики в здравоохранении диктуют необходимость изменений в методологии медицинского образования. Выпускник вуза обязан владеть регламентируемым объемом практических навыков и умений. При этом, в реальной жизни освоение большинства из них возможно лишь в теоретическом формате, что связано, как с Рисками осложнений при выполнении определенных медицинских ма-

нипуляций, так с правовыми и этическими нормами [30,31].

Итак, компетентностный подход предусматривает обязательное обучение студентов определенным практическим навыкам на каждом этапе образования, начиная с первых курсов. Оптимально это было бы делать на базе университетских (вузовских) клиник, реализуя исторические традиции обучения врача у постели больного. Дополняется практическое обучение в клинике отработкой практических навыков на фантомах, тренажерах и симуляторах. Это становится неотъемлемой частью образовательных программ, что дает возможность бесконечного повторения манипуляций, затем работу над ошибками, вновь повторения манипуляций, и так до тех пор, пока не будет достигнут оптимальный результат. Только после уверенного выполнения стандартных манипуляций и процедур определенного уровня сложности на симуляторах, студент допускается до работы с пациентами.

Во всем мире с начала XIX века система медицинского образования [базируется на модели университетских клиник](#). Учебный процесс здесь неразрывно связан с научными исследованиями, разработкой и внедрением новых медицинских технологий. И одновременно в клинике реализуется специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, которая базируется на самых современных достижениях медицины. Зачастую университетские клиники оказываются

лучшими в своей стране, многие из них

[широко известны во всем мире.](#)

Традиционная модель обучения, когда работники приобретают необходимые знания и навыки в периоде трудовой деятельности, неадекватна реалиям современного общества. Переход России к непрерывному образованию требует разработки специального подхода к формированию содержания, организации и контроля результатов образования. Развитию подобного подхода препятствует отсутствие современной национальной системы квалификаций, механизма формирования современных стандартных требований к профессии и стандартных технологий для каждой специальности. Переход к непрерывному обучению требует изменения системы управления образовательной сферой и ее ресурсного обеспечения.

В образовательном медицинском кластере России сложилась парадоксальная ситуация: профессора, доценты и даже академики сегодня лишились права вести лечебный процесс. Поэтому ректоры передовых отечественных медицинских университетов начали возрождать университетские клиники. А пока только более десяти отечественных медицинских университетов и факультетов имеют собственные клиники. В частности ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проф. П.В. Глыбочко, говоря о реформе

медицинского образования, указывал на необходимость расширения числа университетских клиник: «На базах городских стационаров создано 25 университетских клиник, еще 21 на базе своего клинического центра...» [19].

Между тем университетские клиники сегодня в экономически развитых странах, в частности в Европе и США стали нормой образовательного стандарта. Именно в университетских клиниках концентрируются центры всего самого передового в лечении и профилактике заболеваний, а уж тем более в подготовке кадров. Причем рейтинг медицинских университетов в значительной мере определяется уровнем ресурсного обеспечения университетских клиник (кадры, материально-техническое обеспечение и финансы). В частности рейтинг университетов мира (QS World University Rankings by Subject), в который входит более 200 высших учебных заведений составляется экспертами с многолетним стажем, которые учитывали академическую репутацию вуза, репутацию работодателя, количество цитат в научной прессе и много других важных факторов. Так, из 201 университета, которые попали в рейтинг лучших медицинских вузов 2014 года, 48 находятся в США, 25 в Соединенном Королевстве, 19 в Германии, 11 в Канаде, 10 в Японии и 9 в Австралии [23].

На основании изучения опыта экономически развитых стран Всемирной федерацией медицинского образования (WFME) были разработаны «Международные стандарты в медицинском образовании», которые приняты

Всемирной организацией здравоохранения и Всемирной медицинской ассоциацией, в которых сформулированы требования, предъявляемые к современным программам подготовки специалистов для здравоохранения:

- ✓ *обучение должно базироваться на принципах доказательной медицины;*
- ✓ *необходимо обучать пониманию формирования научного знания и критического мышления;*
- ✓ *методы обучения должны основываться на доказательных принципах эффективного усвоения знаний;*
- ✓ *активно использовать информационные и коммуникационные технологии;*
- ✓ *интенсивно обучать практическим навыкам в реальных условиях.*

Уровень базовых знаний, с которыми должны прийти абитуриенты в медицинский вуз становится все выше. Для изучения новых технологий в диагностике и лечения заболеваний, применения увеличивающегося спектра современных лекарственных препаратов требуются не только высокий уровень базовых знаний, но и высокий уровень мотиваций к их получению. Ни вузы, ни корпоративные системы повышения квалификации не могут восполнить провалы в базовом образовании и в мотивации к его получению, если они не заложены в средней школе, где и закладывается ос-

нова компетенций. В настоящее время принято считать, что максимально близкой к идеалу «школы компетенций» является американская школа.

Тем не менее, ещё в 2000 году был опубликован доклад Национальной комиссии США по преподаванию математики и естественных наук в XXI веке под названием «Пока ещё не слишком поздно». В этом докладе в очередной раз отмечался низкий уровень естественнонаучного образования большинства школьников в средних школах США. Комиссия отметила, что «60% всех новых рабочих мест в начале XXI столетия требуют квалификации и знаний, которыми обладают только 20% рабочей силы».

Что же относительно медицинского образования в США, то ситуация в этой области впечатляет. В частности, несмотря на длительный срок обучения (более 10 лет) и значительную стоимость медицинского образования, американские врачи относятся к высокооплачиваемой категории специалистов. Уровень годового дохода среднестатистического врача в размере сто тысяч долларов не вызывает удивления, хотя чтобы стать врачом надо достаточно долго приобретать знания и умения, а затем доказывать уровень компетенций. Схематически весь путь получения медицинского образования с момента окончания средней школы до начала самостоятельной врачебной деятельности в США представлен на Рис. 3.

Если говорить о медицинских вузах России, то в пятерку лучших медицинских вузов, согласно рейтингу Минобрнауки РФ вошли два Московских вуза (Первый МГМУ им.И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова), два Санкт-Петербургских вуза (СПГПМУ, ПСПбГМУ им. И.П. Павлова) и один Томский вуз (СибГМУ) [24]. Вполне естественно, что передовые отечественные медицинские вузы имеют собственные клиники, отвечающие российским, а иногда и мировым стандартам.

<http://www.mif-ua.com/archive/article/12401>).

Рост миграции врачебных кадров из развивающихся стран в экономически развитые страны указывает на то, что в большинстве случаев это обусловлено унификацией программ подготовки врачей и переход в отдельных странах мира на преподавание на медицинских факультетах университетов на английский язык.

Наблюдается значительный рост миграции врачей из Центральной Азии, особенно Китая в Австралию, страны Евросоюза и Северной Америки. Миграционный отток врачей из России в экономически развитые страны относительно невелик, основной причиной сохранения тенденции является низкий уровень владения английским языком большинством выпускников отечественных медицинских вузов, а не уровень их профессиональных компетенций.

Заключение. Многолетняя дискуссия на тему «знания или компетенции» то затухает, то разгорается с новой силой, причем после 2010 г. в России эта проблема неожиданно для многих стала чрезвычайно актуальной. Мы полагаем, что это не связано с сутью реформы медицинского образования, а в большей мере является отражением того, что современная российская медицинская школа подвергается реформированию директивно, достаточно жёстко и поверхностно, без глубокого анализа, игнорируя мнение широких слоев медицинской общественности, преподавателей и учёных.



Рис. 3. Схема получения медицинского образования в США (В. Бюгин «Как стать врачом в Америке»)

Реформы высшего медицинского образования, а правильнее сказать их имитация, в течение двух десятилетий выработали у преподавателей медицинских вузов «защитную реакцию» в виде равнодушного и созерцательного отношения к нововведениям. К сожалению, высшая медицинская школа не реформируется, а застыла в ожидании реформ, о чем прямо и косвенно свидетельствует нарастающая кризисная кадровая ситуация в большинстве медицинских организаций и медицинских вузов. Сегодня следует признать то, что значительная часть выпускников медицинских вузов не соответствует требованиям, предъявляемым к уровню их знаний и компетенций современными медицинскими организациями.

Структурная модернизация значительной части отечественных медицинских организаций с последующим внедрением современных технологий производства медицинских услуг обогнала производство образовательных услуг в вузах, поскольку последние не прошли этапа структурной модернизации (2011-2012 гг.), в частности, обновления технического и технологического оборудования учебного процесса. А самое главное, медицинские вузы продолжают работать в условиях отсутствия производственной базы (университетских клиник, производственных аптек, офисов врачей общей практики и др.) оснащенных по послед-

нему слову науки и техники, способных внедрять самые современные медицинские технологии.

Заключение

Таким образом, пытаясь отвечать на вопрос, поставленный в названии этой статьи, мы полагаем, что главной проблемой отечественной медицинской школы, которую придется решать в обозримом будущем, является не переход от формулы «**знания–умения–навыки**» к формуле «**умения–навыки–знания**», а способность взять всё самое лучшее как от «школы знаний» так и от «школы компетенций» и создать оригинальную симбиотическую образовательную конструкцию. Именно эта конструкция должна сочетать в себе структурную реорганизацию учебного процесса в медицинском вузе, ведущим звеном которой должен стать стандарт учебной университетской клиники, с реорганизацией технологии преподавания медицинских знаний «у постели больного». Именно такой подход позволит добиться повышения качества подготовки будущих врачей.

Список литературы

1. Арнольд В.И. [Речь на парламентских слушаниях в Госдуме РФ. 23 октября 2002 \("Известия", 6.12.2002\)](#)
2. Ахметжанова Г.В. Инновационные подходы формирования готовности личности к педагогической деятельности // Вектор науки Тольяттинского

- государственного университета. 2012 г. URL: <http://www.movn.ru/innovatsii/obespechenie-innovatsionnogo-kharaktera-nepreryvnogo-meditsinskogo-obrazovaniya-kachestvenno-novogo-urovnya.html> (дата обращения 12.08.2016)
3. Безюлева Г.В. Профессиональная компетентность специалиста: точка зрения психолога / Г.В. Безюлева // Профессиональное образование. - 2005. - № 12.
 4. Болотов В.А. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе /В.А. Болотов, В.В. Сериков // Педагогика. - 2003. - № 10.
 5. Васильева Е.Ю. Стандарты контроля качества обучения в медицинском вузе: учебное пособие / Е.Ю. Васильева, Ж. Массар, О.В. Енина, М.И. Томилова, Д.В. Мизгирев, В.А. Акулинин, Т. Поттечер, Т. Шеффер, С. Элиа. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. – 283 с.
 6. Гладун А.Д. Школа знаний или школа компетенций? Журнал "Потенциал", 2008. № 8. URL: <http://potential.org.ru/Home/SchoolKnowledge> (дата обращения 12.08.2016)
 7. Глыбочко П.В. Обеспечение инновационного характера непрерывного медицинского образования качественно нового уровня. Выступление на Первом национальном съезде врачей 5 октября 2012 г.
 8. Готлиб А.С. Нарративная медицина глазами российских врачей: попытка эмпирического анализа // //Вестник Самарского государственного университета, - 2010. - №5(79).
 9. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. А.Д. Доника – М.: Изд-во «Академия естествознания», 2009. - 300 с.
 10. Доника А.Д., Еремина М.В. Профессия врача в современной измерительной системе оценки социального статуса // <http://research-journal.org>: Международный научно-исследовательский журнал. 2015. URL: <http://research-journal.org/medical/professiya-vracha-v-sovremennoj-izmeritelnoj-sisteme-ocenki-socialnogo-statusa/> (дата обращения: 03.08.2016.).
 11. Дьяченко В.Г. с соавт. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ. Под редакцией В.Г. Дьяченко. (Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Солохина Л.В., Капитоненко Н.А., Дьяченко С.В., Ратманов П.Э. Руссу

- Е.Ю. Костакова Т.А.) Хабаровск. 2013. Изд. Центр ГБОУ ВПО ДВГМУ. 635 с.
12. Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Пригорнев В.Б. Кадры здравоохранения. Кривое зеркало статистики. Ж. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2013. № 4.С. 4-27
13. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. Под. ред. проф. В.Г. Дьяченко. Хабаровск. Изд. ГОУ ВПО ДВГМУ. 2012 . 480 с.
14. Дьяченко В.Г. Кадровый кризис, как причина провала реформ здравоохранения региона// Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2015; №2. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/2015/2/2015201.aspx>. (дата обращения 12.08.2016)
15. Зарубин А. Федеральное агентство новостей. Москва. 4 августа 2016. URL.:<http://riafan.ru/542994-medvedev-nashel-sposob-reshit-finansovye-problemy-prepodavatelei-i-studentov> (по состоянию на 06.08.2016 г.)
16. Колбасова Т. и др. Образование по высшему разряду. Медвестник 21.09.2012. URL.: http://www.medvestnik.ru/articles/obrazovanie_po_vysshemu_razryadu (по состоянию на 08.08.2016)
17. Кондурар М. В. Понятия компетенция и компетентность в образовании // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2012. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/ponyatiya-kompetentsiya-i-kompetentnost-v-obrazovanii> (дата обращения: 03.08.2016).
18. Костакова Т.А., Дьяченко В.Г. Кадры отрасли здравоохранения Дальнего Востока в условиях рынка. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта РФ. Иркутск. 2008. С. 377-381.
19. Краснопольская И., Корольков А., Шансков А. Как готовить будущих врачей, чтобы не переучивать их на практике. Российская газета - Федеральный выпуск №6931 (63) URL: <https://rg.ru/2016/03/24/eksperty-rg-obsudili-podgotovku-budushchih-vrachej.html> (дата обращения: 13.08.2016).
20. Кричевский Н.А., Смирнов С.Н. Государство и модернизация: механизмы

- интеграции. Модернизация России: условия, предпосылки, шансы. Сборник статей и материалов. Выпуск 2 / Под ред. В.Л. Иноземцева. – Москва, Центр исследований постиндустриального общества, 2009. – 272 с.
21. Крупенникова Л. Ш. Англосаксонская и американская модели образования. Болонский процесс (Сравнительно-социологический анализ) // Теория и практика общественного развития. 2005. №2.
22. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания / пер. с англ. Е. Незлобиной. М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. 367 с.
23. Лучшие медицинские вузы мира – 2014. URL: <http://medbe.ru/news/meditsina/luchshie-meditsinskie-vuzy-mira-2014/> (дата обращения 12.08.2016)
24. Лучшие медицинские вузы России. URL: http://www.syl.ru/article/219266/new_luchshie-meditsinskie-vuzyi-rossii-spisok-top--luchshih-meditsinskih-vuzov-rossii (дата обращения 12.08.2016)
25. Малева Т.М., Овчарова Л.Н. Социальный контекст модернизации. Модернизация России: условия, предпосылки, шансы. Сборник статей и материалов. Выпуск 2 /
- Под ред. В.Л. Иноземцева. – Москва, Центр исследований постиндустриального общества, 2009. – 272 с.
26. Мау В. Человеческий капитал: вызовы для России // Вопросы экономики. 2012. №7. с. 114-132.
27. Медведева Л. М., Коваль А. В. Метаморфозы знания в медицине // Медицина и образование в Сибири. 2007. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/metamorfozy-znaniya-v-meditsine> (дата обращения: 11.07.2016).
28. Мельникова И.Ю., Романцов М.Г. Российское национальное медицинское образование на современном этапе. TERRA MEDICA® № 1/2014. С. 26-28.
29. Мельникова Н.А. Научное обоснование системы обеспечения врачебными кадрами здравоохранения региона в современных социально-экономических условиях (на примере Хабаровского края): Автореф. дис. канд. мед. наук. – Хабаровск, 2004. – 28 с.
30. Митрофанова К.А. Компетентностный подход в медицинском образовании: опыт зарубежных исследователей // Профессиональное образование в России и за рубежом. 2015. №3 (19).
31. Парсонс Т. Система современных обществ. /Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалёва. - М.: Аспект-Перс, 1998
32. Павлов В.Н. Симуляционные технологии в формировании профессиональных

- компетенций.// Современные тенденции в медицинском образовании. 2012. № 1. С. 43-46.
33. Пчелина И.В., Дьяченко В.Г. Профессиональная ориентация в подготовке врачей (учебно-методическое пособие). Хабаровск: Издательский центр ДВГМУ, 2004. – 151 с.
34. Равен Дж. Компетентность в современном обществе / Перевод с англ. - М., 2002.
35. Равен Дж. Компетентность, образование, профессиональное развитие, психология и социобибернетика. Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. 2014. № 2 (17), с. 170-204.
36. Райс Джеймс, [Клилэнд Катрин](#). Вопросы организации и управления в Российском здравоохранении 21 века : стиль, стратегия, система. Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1996. -N 2.-С.36-41
37. Сакс Джеффри Д. Конец бедности. Экономические возможности нашего времени. Перевод с англ. Эдельмана. Изд. Института Гайдара. Москва. 2011. 423 с.
38. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. Как анализировать системы здравоохранения и формировать Стратегии. Оргздрав. № 1.2016.
39. Сулейманов С.Ш., Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. Перспективы и прогноз кадрового обеспечения отрасли здравоохранения Дальневосточного федерального округа. Материалы международной конференции «Социальноэкономические и экологические проблемы устойчивого развития территорий с уникальными и экстремальными природными условиями» 22-25 мая 2001 года. Петропавловск-Камчатский. С. 68-72.
40. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года»/ Г. Э. Улумбекова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 96 с. : ил.
41. Улумбекова Г.Э. Кризис кадров в медицине Москвы – проблема чиновников, не преподавателей. Информационное агенство REGNUM 07 августа 2016 года: URL: <https://regnum.ru/news/society/2042841.html> (по состоянию на 08.08.2016)
42. Улумбекова Г.Э., Гинойян А.Б., Калашникова А.В., Чабан Е.А. Чему нас учит рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ. Оргздрав. № 1.2016.
43. Фуко М. Рождение клиники М.: Академический проект, 2010. – 252 с. – (Психологические технологии).

44. Ходжаян А.Б., Агранович Н.В., Горбунков В.Я., Плугина М.И. Психолого-педагогическая компетентность в структуре профессиональной компетентности преподавателей высшей медицинской школы // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 8-1. – С. 177-182.
45. Эко У. Инновация и повторение. Между эстетикой модерна и постмодерна // *Философия постмодернистской эпохи: сб. пер. и реф.* Минск, 1998.
46. [Яковлев А. А.](#) Структурные ограничения либеральных реформ в российской экономике. [Экономический журнал Высшей школы экономики](#). 2001. Т. 5. № 1. С. 41-56.
47. Bordage G., Harris I. Making a difference in curriculum reform and decision-making processes // *Medical Education*. — 2011. — № 45(1). — P. 87–94.
48. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust // *JAMA*. 2001. V. 286, № 15, October, 17. URL: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/286/15/1897>
49. Charon R. *Narrative Medicine*: N.Y: Oxford. University Press, 2006.
50. Hutmacher W. *Keu competencies for Europe*//Report of the Symposium. Berne, Switzeland 27-30 March, 1996.
51. Green A. *Education and State Formation. The Rise of Education Systems in England, France and USA*. – L., 1992.
52. Lepsius J., Mendelssohn-Bartholdy Albrecht, Thimme Friedrich Wilhelm Karl. Nr. 1340. *Der Reichskanzler Fürst von Bismarck an den Botschafter in Wien. Prinzen Heinrich VII. Reuß* // *Die Grosse Politik der Europäischen Kabinette 1871-1914. Sammlung der diplomatischen Akten des Auswärtigen Amtes.*- Berlin:Deutsche veragsgesellschaft für politik und geschichte, 1922.Т.6.- P. 303. URL: https://ru.wikiquote.org/wiki/Отто_фон_Бисмарк (дата обращения: 03.08.2016).
53. Sachs Jeffrey David. *The Collapse of Russia's Economy*. [PBS](#), 15 June 2000. http://www.pbs.org/wgbh/commandingheights/shared/minitext/int_jeffreysachs.html#16 (по состоянию на 25.04.2015)
54. Spencer, L.M. (1997). *Project Management Competencies*. San Diego, CA. Paper presented at Engineering Construction and Contracting (EEC) Association Annual Conference. (5 Sept. 1997). Available from author.
55. Stiglitz, Joseph. *The ruin of Russia* // *The Guardian*. – 2003, 9 April.