

Стандартизация высшего медицинского образования, производственный контекст

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

²Городская клиническая больница № 10 г. Хабаровска

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

Резюме

Неолиберальные реформы в новой России перевели медицинское образование в разряд производства образовательных услуг с последующей их реализацией на рынке по количественным и качественным характеристикам. Рост числа медицинских вузов за четверть века реформ сопровождался увеличением числа выпускников, но отрицательно сказался на качестве их подготовки. Подписание Болонского соглашения в 2003 году стало отправной точкой адаптации отечественной медицинской школы к международному образовательному стандарту, что невозможно без включения в структуру вуза университетской клиники.

Ключевые слова: рынок, образовательные услуги, производство, стандартизация, университетская клиника

V. Dyachenko, S. Dyachenko

Standardization of medical education, the production context

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

Neoliberal reforms in Russia have translated medical education in the category of production of educational services and following their implementation in the market via quantitative and qualitative characteristics. The increase in the number of medical schools for a quarter century, reform was accompanied by an increase in the number of graduates, but had a negative impact on the quality of their training. The signing of the Bologna agreement in 2003 was the starting point of adaptation of the domestic medical schools to the international educational standard that is impossible without the inclusion in the structure of the University the University hospital.

Key words: market, educational services, manufacturing, standardization, University hospital

Введение

Начало XXI века ознаменовалось формированием значительных перемен в мировой экономике, которая стремится к глобализации. Российская Федерация в условиях глобализации, с точки зрения развития экономики и географического положения, испытывает трудности в конкурентной борьбе, поскольку две трети территории страны – это территория вечной мерзлоты. Для сохранения независимости страны жизненно важным условием является переход к новому технологическому укладу на основе инновационных преобразований в науке и образовании, которые более двух десятилетий находятся в фазе стойкой стагнации.

Обсуждение результатов

Основной причиной стагнации отечественной науки и образования являются направления неолиберальных реформ на рубеже XX-XXI века, которые привели к потере большинства высокотехнологических производств и созданию в России примитивной, сырьевой экономики. Попытки реформирования отечественного образования все эти годы строились вокруг мировоззренческой установки неолибералов. Весьма точно эта установка выражена в высказывании бывшим министром образования РФ А. Фурсенко: «...недостатком советской системы образования была попытка форми-

ровать человека-творца, а сейчас задача заключается в том, чтобы взрастить квалифицированного потребителя, способного квалифицированно пользоваться результатами творчества других». Между тем реальная ситуация в системе образования России свидетельствует о необходимости пересмотра в первоочередном порядке общей концепции образования и значительного увеличения средств бюджетного финансирования на цели образования [44].

В то же время в мировой практике наблюдается рост рынков образования в абсолютных цифрах, особенно в таких странах, как Китай и Индия. Доля молодежи, которая после окончания средней школы продолжает учебу в вузах постоянно растёт. Так в Китае сегодня тринадцать процентов восемнадцатилетних идут учиться в университеты, а это – десятки миллионов [24]. В экономически развитых странах потенциал роста рынка высшего образования ещё более высок, учитывая, что, например, в государствах Евросоюза 45% от числа выпускников средних школ стремятся продолжить обучение в университетах [17].

В условиях нарастающей конкуренции на рынке образовательных услуг на успех могут рассчитывать вузы, которые в состоянии обеспечить востребованный работодателями уровень подготовки выпускников. Реформирование отечественного здравоохранения предусматривает направления усилий медицинских работников и общественности на улучшение доступности, качества и безопасности меди-

цинской помощи, что во многом зависит от уровня профессиональных компетенций специалистов как главного ресурса отрасли [32]. В соответствии с Государственной программой развития образования на 2013–2020 гг. одной из ключевых задач медицинских вузов является создание современной системы оценки качества образования на основе принципов открытости, объективности, прозрачности, общественно-профессионального участия. Для её реализации требуется внедрение интегрированной системы менеджмента качества. Тем более, что с 2016 г. в России изменились правила допуска к медицинской деятельности. Сертификация специалистов заменяется системой аккредитации кадров здравоохранения. Эти изменения коснутся всех медицинских работников [34].

Высшее медицинское образование и экономический уклад. Изменение экономического уклада в XIX веке потребовало перемен всех направлений человеческих знаний. Появилось новое направление в философии – герменевтика (hermeneutics), связанное с реализацией воззрений Ф. Шлейермахера и В. Дильтея, М. Хайдеггера, Х. Г. Гадамера и др. [23]. Технический прогресс позитивно повлиял на развитие экономики, что потребовало опосредованной трансформации знаний в области естествознания и медицины. В течение определенного пе-

риода своего развития общество накапливает теоретические знания и опыт. Последующая передача знаний и опыта от прошлых поколений к настоящим и от настоящих к будущим осуществляется, главным образом, через различные тексты, что требует толкование их языка, понимания смысла написанного. Особенно ярко этот процесс проявляется в медицинской науке и практике, что потребовало формирования соответствующих подходов в рамках медицинской герменевтики. (Примечание - Медицинская герменевтика исходит из того, что понимание – фундаментальная черта познавательного процесса, который отражает особенности медицинской деятельности, её творческий и культурный потенциал. Понимание является обязательным условием трансляции медицинских знаний из теории в практику и стало познавательной основой процесса диагностики, лечения и профилактики, раскрывая смысл медицинских знаний и формируя фундамент общения врача и пациента (прим. авторов).

В XIX веке появились и стали формироваться разные направления медицины, параллельно открывались соответствующие подразделения в университетах в виде кафедр, факультетов и институтов. Основой медицинского образования стало преподавание у постели больного, однако освоение теоретических основ медицинских знаний потребовало создания теоретических кафедр, а время подготовки врача увеличилось с 3 до 5-6 лет, как в традиционных университетах, так и в частных

ВОЗ-ЗДВР
ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

медицинских школах. Система высшего медицинского образования России пытается унаследовать лучшие международные традиции и подходы, сложившиеся в XIX веке, а также все ее приобретения времен СССР. С начала политической и социально-экономической перестройки нашего государства постоянно идет речь о реформе высшей школы, в том числе и медицинской [20,33,45]. Тем не менее, в последние десятилетия многие завоевания отечественной системы подготовки врачей и медицинского образования в целом оказались утраченными, что требует корректировки стратегических планов подготовки кадров для обеспечения населения доступными, качественными и безопасными услугами [1,22].

Эффективность функционирования систем здравоохранения различных стран зависит от результатов деятельности врачей и средних медицинских работников, что, в свою очередь, напрямую связано с уровнем их подготовки, наличию необходимого уровня знаний, навыков, умений и мотиваций [46,48,50,]. Проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, постоянно определялись как самая важная преграда на пути увеличения масштаба приоритетных вмешательств и достижения Целей тысячелетия в области развития [63]. Ключевой проблемой, с которой сталкиваются представители власти, формиру-

ющие политику государств, является обеспечение систем здравоохранения достаточным кадровым потенциалом, для того чтобы они могли предоставлять услуги, которые улучшают или поддерживают здоровье населения [57,59]. В контексте решения проблем формирования кадрового потенциала для отрасли здравоохранения требуется осмысление новых тенденций, обусловленных демографическими, технологическими, политическими, социальными, экономическими и эпидемиологическими изменениями социума [44].

Ещё в июне 2008 г. в Таллинне (Эстония) ЕРБ ВОЗ провело конференцию, где был рассмотрен вопрос влияния кадровой ситуации в системах здравоохранения на здоровье граждан и состояние экономики государств, однако в последующие годы проблемы медицинского образования и кадрового обеспечения систем здравоохранения решены не были. Это подорвало надежды на продолжение использования механизмов саморегуляции профессии врача и веру в альтруистическую миссию медицинских работников [35,55]. В связи с этим государство стало всё чаще вмешиваться в регулирование спроса и предложения на рынках образовательных и медицинских услуг, усиливая методы контроля в рамках процесса лицензирования и сертификации. Однако это не противоречит реализации механизмов рыночного типа в медицинском образовании, поскольку рыночные механизмы современной экономики основаны на допущении

нии, что каждая услуга является товаром, который продается на открытом рынке [18,43].

Представление о том, что рыночные механизмы всегда обеспечивают лучшие результаты, чем государственное планирование, может оказаться привлекательным для того, кто не учитывает социальные последствия либеральных реформ [47,52]. Между тем, либеральные реформы неизбежно приводят к созданию условий, при которых уязвимые группы общества, особенно наименее обеспеченные, не будут иметь равного доступа к качественному образованию, а порожаемый рынком индивидуализм в конечном итоге приведёт к разрушению коллективной ответственности [21, 49, 51, 54]. Производство образовательных услуг, а также их сбыт, обращение, покупка и потребление не следует рассматривать раздельно друг от друга, а во всех сложности взаимосвязей, как отражение единой системы бизнеса [2,18,43].

За годы перехода России к новому экономическому укладу отечественная система образования, претерпела заметные изменения. Она стала более открытой и демократичной, исчез чрезмерный идеологический и административный контроль. После принятия 29 государственными подготовленной правительствами Великобритании, Германии, Италии и Франции в 1999 году Болонской Декла-

рации, Россия, вступила в эпоху всеобщей и глубокой трансформации национальной системы образования, подписав в 2003 году соответствующее соглашение. С этого времени отечественная система высшего медицинского образования в условиях рыночной трансформации здравоохранения переживает сложный этап модернизации. Причем поиск путей и способов подготовки врачей «нового поколения», что, как ни странно, дополняет нарастание глубочайшего кадрового кризиса в системе производства медицинских услуг [10]. В этой связи следует отметить, что в рамках реализации либеральных реформ, кроме государственных медицинских образовательных учреждений, - унаследованных Россией от образовательной системы СССР, на рынке появились «новички» – медицинские факультеты государственных федеральных университетов и негосударственных вузов. В настоящее время в РФ по программам высшего медицинского образования идет подготовка специалистов в 88 медицинских вузах и факультетах [25].

Качество производства образовательных услуг и сертификация вузов. Казалось бы, рост числа производителей на рынке образовательных услуг должен был усилить конкурентную борьбу между производителями на основе, прежде всего, повышения качества подготовки будущих врачей. Однако на практике этого не происходит. В современных условиях возникли проблемы несоответствия качества подготовки будущих врачей требованиям медицинских организаций в рамках

функционирования системы «вуз – реальная клиническая практика» [19,40]. Негосударственные вузы по качеству подготовки выпускников, как ни парадоксально, не опережают государственные вузы. В целях систематического обновления знаний и профессиональных навыков специалистов в настоящее время начата реализация идеологии непрерывного образования. Результатом этого процесса должна стать модель сертификации специалистов [29,30,56].

В течение последних нескольких лет в системе здравоохранения России была проведена системная работа по обновлению образовательных программ разных уровней и профилей, определению и внедрению новых стандартизованных подходов к оценке качества подготовки медицинских работников и их сертификации. Созданный в этих целях «Портал непрерывного медицинского образования» обеспечивает доступ врача к реестру дополнительных образовательных программ, где предоставлена возможность формирования индивидуального плана обучения, выбора образовательной программы, включающей симуляционные тренинги, стажировки, циклы повышения квалификации и др. [7,41].

По мнению чиновников Минздрава РФ, поэтапное внедрение аккредитации по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки»

позволит уже в 2017 году, начав с аккредитации выпускников медицинских вузов, планомерно перейти к аккредитации всех без исключения медицинских работников. И действительно модель контроля качества подготовки специалистов, участвующих в производстве медицинских услуг должна базироваться на соответствии выработанным критериям и стандартам. Причем разработка и реализация федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения (ФГОС-3) началась достаточно давно, что позволяет надеяться на то, что оценка качества подготовки выпускников медицинских вузов, проводимые производителями образовательных услуг (медицинские вузы) будут соответствовать оценкам аккредитационных агентств, причем, не только отечественных, но и зарубежных [28]. Однако в современных условиях этих формальных оценок явно недостаточно, поскольку качество специалистов на рынках труда оценивается в объемах реальной их потребности в каждом его секторе отдельно.

В условиях рыночной трансформации производства образовательных услуг высшее медицинское образование должно быть ориентировано на фундаментальную подготовку будущего врача для работы в условиях конкретного рабочего места в медицинской организации соответствующего уровня. Именно с этой точки зрения реальное производство образовательных услуг в отдельных медицинских вузах становится угрозой для его дальнейшего существования в связи с низким уровнем компе-

тенций выпускников. В этих вузах стандартизованный образовательный процесс заменяется его имитацией – студенты делают вид, что учатся, а преподаватели делают вид, что учат. Вместо повышения уровня требований к студенту по овладению теоретическими и практическими основами профессии и объективизации контроля профессиональных компетенций, преподаватели заняты «упрощением» учебников и учебных пособий, формированием учебной информации об устаревших технологиях, забывая о том, что выпускникам придется работать в медицинских организациях ориентированных на внедрение инновационных технологий завтрашнего дня. Именно сегодня во многих медицинских организациях при проверке соответствия претендентов (молодых специалистов) стандартам свободных штатных должностей, возникают вполне обоснованные претензии к уровню качества подготовки выпускников вузов.

С одной стороны эти претензии постоянно звучат из кабинетов ответственных чиновников. Так Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова, отвечая на вопрос журналиста радиостанции «Эхо Москвы» А. Венедиктова «Как вы оцениваете нынешний уровень подготовки врачей в РФ?» «...Это самая большая проблема сегодняшнего дня. Уровень подготовки не просто снизился, а он

просто бесстыдно низкий. Во-первых, составились те преподаватели, которые в начале 80-х годов были яркими, молодыми, перспективными. Во-вторых – новые преподаватели, молодые, не пришли в отрасль и в вузы...» [5].

С другой стороны существуют претензии специалистов изнутри системы подготовки кадров для отрасли здравоохранения. В частности указывается на то, что произошла существенная деформация профессии преподавателя медицинского колледжа и университета. Профессиональная роль мастера, учителя и воспитателя в последние годы заменяется ролью технического специалиста по производству образовательных услуг. Основной задачей такого преподавателя является предоставление стандартной информации по избранной специальности, обучения исполнению элементарных задач по диагностике и лечению распространенных заболеваний, а также овладение стандартным набором профессиональных навыков и проверка освоения образовательной программы через систему формализованных контрольных процедур.

В такой системе преподаватели разделяются на две категории: «instructor», чья задача работать с основным потоком студентов, и «academic» – исследователь, творец, который работает с немногими «посвященными» (как правило, ординаторами и аспирантами), включая их в деятельность научной или узкоспециализированной медицинской школы. Воспроизводство же самого преподавательского корпуса нарушается, по-

скольку рабочее место категории «instructor», непривлекательно для талантливых выпускников вуза, как с позиций социального статуса, так и с позиций достойного уровня вознаграждения за творческий труд, – они находят творческую, и высокооплачиваемую работу в бизнесе [12,15]. И действительно для учреждений социальной сферы важное значение имеет мотивации сотрудников «правильно» выстроенной системой оплаты труда, в частности так называемой «оплатой за результат» (pay for performance) т.е. за количество и качество произведенных услуг. Однако, например, исследование применения оплаты по результату в США показали, что как только выплаты прекращались, то снижалось качество предоставляемых услуг [54]. Расширение применения высоких технологий в отечественной медицине предполагает повышение квалификации преподавательского корпуса медицинских вузов, которые смогли бы формировать конкурентоспособного специалиста. Принцип практического обучения «Смотри и повторяй» перестал отвечать современным требованиям. На передний план выходят симуляционные технологии обучения, которые дополняют традиционное обучение у постели больного [8,26,38].

Глобализация мировой экономики, усложнение общественных отношений, рост открытости России для граждан дру-

гих государств, так или иначе, касаются рынка образовательных услуг. Именно завтра понадобятся специалисты новой формации для реализации прорывных технологий в медицине. Каким образом на эти вызовы ответит система отечественного медицинского образования? Ведь изменения образовательных программ в рамках реализации ФГОС-3 приведет к росту числа студентов, которые получают подготовку в ординатуре и аспирантуре, а это увеличит сроки постдипломной подготовки врачей от 2 до 5, а то и до 7 лет. Кроме того, нарастание процессов глобализации расширит сектор рынка образовательных услуг для студентов из стран ближнего и дальнего зарубежья, что потребует совершенствования знания иностранных, а особенно английского и китайского языков, преподавателями медицинских вузов.

Между тем университеты всего мира сталкиваются со сходным кругом проблем – от недостаточного финансирования до фундаментальных вопросов взаимоотношений университетов и общества. В прошлые годы университеты могли по праву считаться источниками и проводниками новых идей и знаний. Однако современные возможности информационных технологий, глобализация открытого доступа к информации через Интернет в корне изменили глобальную образовательную среду. Широкое внедрение «ИТ» технологий резко изменило возможности доступа до образовательной информации всех без исключения потребителей, появились реальные возможности её получения непосредственно от ведущих

преподавателей не только отечественных, но и зарубежных медицинских школ.

По мнению специалистов, решение проблем современных университетов потребует глубокого анализа образовательной среды [4,58,60,61]. Анализ тенденций развития образования позволяет говорить о том, что ощущается острая необходимость перехода от информационно-сообщающего обучения на обучение, моделирующее и формирующее будущую профессиональную деятельность. Рынок стимулирует переход к активным формам обучения, позволяющим готовить специалиста, способного быстро адаптироваться к изменяющимся производственно-экономическим условиям, систематизировать проблемы медицинского образования, разрабатывать и профессионально принимать оптимальные альтернативные решения.

Петр Дуткевич, директор Центра государственного администрирования и управления, Карлтонского университета, (Канада) считает, что в качестве примера перехода к активным формам обучения может служить Университет Мак Мастера. В конце 1960-х гг. в этом университете на базе медицинской школы было реализовано так называемое проблемно-ориентированное обучение [53]. Данный подход представлял собой ориентированный на студентов метод обучения, когда они изучают предмет через опыт решения

поставленной задачи. При таком варианте подготовки формируется как стратегическое мышление, так и требуемые знания по предмету у будущих врачей. Основные цели проблемно-ориентированного обучения заключаются в развитии гибкого мышления, формирования эффективных навыков решения проблем, самоподготовки и сотрудничества, а также обоснование внутренней мотивации к формированию необходимого уровня компетенций. Он указывает на то, что образовательные учреждения, которые не учитывали особенностей завтрашнего дня, перестали быть востребованными и быстро прекратили свое существование [9].

Обсуждение настоящего и будущего высшей медицинской школы в рамках изучения официальных точек зрения представителей властных структур, экспертных интервью различного уровня и результаты творческих семинаров позволило прийти к выводу о том, что важнейшей проблемой сегодняшней высшей медицинской школы является «имитационная модель» реформирования, что требует неотложных системных решений на уровне государства. Механизмы глобализации и рынок ставят новые задачи перед образовательными организациями, они достаточно давно были четко определены Дж. Уэлшем, исполнительным директором «Дженерал Электрик»: «Если скорость перемен внутри института меньше, чем скорость перемен снаружи, конец его близок» [42].

Исходя из практики управления бизнесом, те отечественные медицинские вузы, которые в обозримом временном периоде не примут системных решений по своей модернизации, станут нерентабельными, то надобность в дальнейшем их существовании отпадёт. Именно в складывающейся ситуации с высшей медицинской школой в РФ, требуется государственное вмешательство, но не в регулирование уровня конкуренции между медицинскими вузами разных форм собственности, а в регулирование допуска образовательных учреждений на рынок производства образовательных услуг с позиции их соответствия современным структурным и технологическим стандартам.

Стандарты высшего медицинского образования. Мы полагаем, что переходу на современные образовательные стандарты в отечественной высшей медицинской школе должен предшествовать системный анализ образовательной среды для оценки её достижений и недостатков. Остаётся только сожалеть о том, что в довольно узком кругу представителей управляющих структур и экспертов чаще всего обсуждаются технические и технологические стандарты высшей медицинской школы, а структурные стандарты выпадают из сферы их внимания. Кто-то может сказать, что это детали, однако именно в деталях и скрывается ис-

тинные причины провалов реформы медицинского образования последних десятилетий.

В этой связи следует обратиться к опыту Абрахама Флекснера, который ещё в 1910 г. опубликовал свой доклад о медицинском образовании в США и Канаде. Этот доклад был сформирован на основании изучения образовательного процесса всех 155 медицинских школ этих государств. Проведенный анализ включал в себя 5 направлений:

- I. требования при поступлении,*
- II. количество и подготовка преподавателей,*
- III. финансовое состояние и цена обучения,*
- IV. качество учебных лабораторий,*
- V. состояние клинического госпиталя.*

Именно в этом докладе было указано, что качественные медицинские школы не могут существовать в отрыве от учебных лабораторий по химии, патологии и другим дисциплинам, а также университетских клиник. В разделе рекомендаций по реформированию А. Флекснер призывал опираться на опыт лучших, приняв за образец/стандарт их структуру и функции. Число медицинских школ, по его мнению, следовало уменьшить со 155 до 31.

Что же относительно медицинского образования России того времени, то оно было построенное по образцу стандартов ведущих университетов Германии и Швейцарии. Но образцом для всей страны служил Клинический городок медицинского факультета Московского университета, построенный в 1887–1897 гг., как прообраз современного «частно-государственного партнерства»: земля на Де-

вичьем поле была выделена Московской думой, а деньги на строительство дали 35 купцов-благотворителей. В результате за несколько лет медицинский факультет получил 12 великолепных зданий клиник, амбулаторию и 8 НИИ. Выступая в 1897 г. в Москве на открытии Международного съезда врачей, Рудольф Вирхов сказал: «В центре Европы создан центр науки, который и по направлениям, и по рангу своих представителей принадлежит одному из лучших, какой только может показать нация... Учитесь у русских» [6].

Остается только сожалеть о том, что более чем через 100 лет с момента опубликования доклада А. Флекснера и создания клинического городка медицинского факультета Московского университета, представители современного здравоохранения России не обращают внимание на то, что организационной стандарт того времени предусматривал **«обязательное наличие университетской клиники в составе высшей медицинской школы»**. А между тем основоположник научного менеджмента Фредерик Уинслоу Тэйлор ещё в начале XX века говорил о том, что сберечь собственное время и ресурсы помогает творческое отношение к прошлому и чужому опыту. Именно такой подход позволяет оптимизировать организационную структуру, выбрать эффективную стратегию развития для своей организации [62].

По мнению президента Всемирной федерации медицинского образования Ганса Карле (Hans Karle, WFME) медицинский ВУЗ должен обеспечить студентам ресурсы, необходимые для получения достаточного клинического опыта, в том числе возможность обследования достаточного количества пациентов и посещения клинических учреждений. Всемирные стандарты WFME касаются всех трех этапов медицинского образования: базового высшего медицинского образования; последиplomного медицинского образования; повышения квалификации медицинских работников [16].

Следовательно, исходя из истории формирования медицинского образования в России, позиций международных организаций (WFME), подписанного РФ в 2003 г. Болонского соглашения, внедрение в настоящее время образовательной системы «вуз – реальная клиническая практика», построения концептуальной модели аккредитации образовательных систем, многочисленных заявлений чиновников различного уровня об успешной реализации ФГОС-3, медицинские вузы России должны пройти этап структурно-функциональной трансформации. В её основе должны лежать результаты проспективных исследований и анализа текущей деятельности. Для этого следует учитывать следующие давно известные обстоятельства:

- ✓ *Адаптацию цели и задач медицинского школы к показателям научного, социально-экономического развития региона.*

- ✓ *Изменение требований к подготовке специалистов в соответствии с документированными потребностями медицинских организаций, в которых им предстоит работать.*
- ✓ *Совершенствование учебных планов в рамках соответствия достижениям фундаментальных, биомедицинских, клинических наук, а также динамики структуры и характера заболеваемости населения региона.*
- ✓ *Обновление ресурсов, используемых в процессе обучения, в соответствии с изменением потребностей медицинского вуза и др.*

Однако главное обстоятельство, которое тормозит реализацию позитивных изменений в отечественной высшей медицинской школе, является отсутствие университетских клиник в большинстве провинциальных медицинских вузов России.

Именно это обстоятельство формирует парадоксальную ситуацию, когда администрация многих государственных медицинских организаций считает кафедры вуза балластом, разрушая некогда достаточно устойчивый механизм конструктивных производственных взаимоотношений между государственными образовательными и медицинскими организациями.

В настоящее время за пределами университетских клиник созданы препят-

ствия к реализации участия сотрудников клинических кафедр вузов в производстве медицинских услуг и совершенствования принципа медицинского образования «у постели больного». Переход России к непрерывному медицинскому образованию требует разработки специального подхода к формированию содержания, организации и контроля результатов подготовки врача. Развитию подобного подхода препятствует отсутствие современной национальной системы квалификаций, механизма формирования современных стандартных требований к профессии и стандартных технологий для каждой медицинской специальности. Переход к непрерывному обучению требует изменения системы управления образовательной сферой и ее ресурсного обеспечения [26,31]. По мнению профессора Южного федерального университета А.Г. Бермуса, ключ к современной концепции содержания образования находится в самом слове, имеющем смысл «содержания», т. е. отношения совместности, возникающей в образовательном пространстве, которое имеет разные традиции. «Наиболее традиционная «школа знания» строится на совместности, возникающей вокруг учебного текста (книги), в отношении к которой один из участников взаимодействия (учитель) осуществляет передачу этого знания, а другой (ученик) – получателя. Очевидно, что основным (если не единственным результатом) обучения становятся формально-демонстративные знания. Другая традиционная «школа деятельности» предполагает сов-

местную деятельность учащихся и учителя по поводу решения учебных проблем. Результатами этой совместности являются компетенции как субъективированные образы деятельности по решению проблем» [3].

Именно в условиях рыночной трансформации как отрасли здравоохранения в целом, так и системы медицинского образования, возникает конфликт интересов между штатными представителями коллективов медицинских организаций и представителями клинических кафедр вузов. Вполне естественно, что использование административного ресурса представителями коллективов медицинских организаций решает большинство проблем конфликта в их пользу. Сотрудникам клинических кафедр медицинских вузов не остается иного способа остаться на конвейере по производству медицинских услуг, как в рамках современного трудового законодательства стать штатными сотрудниками медицинских организаций. И в этом плане не имеет никакого значения юридический статус медицинской организации, и то, что является ли она клинической базой медицинского вуза.

Таким образом, приходится констатировать факт того, что участие профессоров, доцентов и других преподавателей клинических дисциплин медицинских вузов испытывает сегодня значи-

тельные ограничения, причем, как ни странно, даже в так называемых «клинических больницах». Надежд на то, что с течением времени будет разработано оптимальное положение о клинических базах, которое явится своеобразным «регулятором» взаимоотношений между вузовскими работниками и сотрудниками медицинских организаций не имеют под собой реальной основы, поскольку в условиях рынка взаимоотношения между производителями медицинских услуг формируются в рамках спроса, предложения и жёсткой конкуренции. Попытка вмешиваться в производственные процессы с помощью регулирующих документов, не поддерживаемых даже частью коллектива медицинской организации, вызывает конфликты, свидетелями которых мы периодически становимся.

Университетская клиника, как обязательное условие стандартизации медицинского вуза. Для любой медицинской организации, является ли она клинической базой вуза или существует за пределами интересов системы медицинского образования, весьма важным аспектом деятельности является выбор места на рынке медицинских услуг. Многие руководители государственных медицинских организаций стремятся увеличить объем поступления финансовых ресурсов для решения уставных задач. Однако дефицит финансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи стимулирует поиск дополнительных возможностей формирования доходной части фи-

нансового плана. Возможный выход из такого положения – расширение оказания платных медицинских услуг населению и получение дополнительных финансовых ресурсов, что естественно становится в линейную зависимость между объемами производимых медицинским персоналом услуг и уровнем вознаграждения, в первую очередь врачебного персонала. Именно в эту схему достаточно сложно вписываются сотрудники клинических кафедр медицинских вузов не имеющих собственных клиник.

Специфика производства образовательных услуг в медицинском вузе обусловлена, прежде всего, тем, что подготовка врачей – особая сфера образовательного процесса, которая существенно отличается от образовательной деятельности вузов иной направленности. В частности, медицинский вуз должен осуществлять образовательный процесс в условиях широкого использования различных электронных учебных материалов, начиная от различных учебных пособий, сборников тестов для самопроверки, моделирующих программ для проведения компьютерных экспериментов и решения клинических задач, а также сложных симуляционных обучающих систем и комплексов. Но ничуть не менее важным аспектом подготовки современного специалиста в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний яв-

ляется реализации учебных программ в условиях реального производства медицинских услуг, что требует соответствующего ресурсного обеспечения. Таким образом, главным условием эффективного образовательного процесса в медицинских вузах является подготовка будущих врачей в условиях реально функционирующих университетских клиник первичного (квалифицированного), вторичного (специализированного) и третичного (высокотехнологичного) уровней.

Именно поэтому основным стандартом медицинского вуза, который определяет выбор технологий преподавания и уровень качества образовательных услуг является стандарт структуры (основные фонды, кадры, материально техническое обеспечение и финансы). Стандарт основных производственных фондов медицинского образовательного учреждения – здания и сооружения, где расположены учебные лаборатории, классы, лекционные залы и университетская клиника – многопрофильное лечебное учреждение федерального уровня на 1000-1200 коек должны соответствовать требованиям СНИПов и САНПинов. Причем непосредственно университетская клиника должна представлять собой современный как лечебный, так и научный образовательный комплекс, основной целью которого является: подготовка медицинских кадров, оказание многоуровневой медицинской помощи населению, проведение научных исследований с разработкой и внедрением инновационных технологий (Рис.1).



Рис. 1. Внешняя и внутренняя среда производства образовательных услуг медицинского вуза
(Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В., 2012)

Внедрение ФГОС-3 в реальных

условиях медицинских вузов Дальневосточного федерального округа (ДФО), который является самой отдаленной провинцией России, значительно затруднена по причине того, что они не имеют собственных клиник. И в контексте обсуждаемой проблемы представляет особый интерес два события, которые произошли в 2016 году в разных частях страны. Первое, – в течение нескольких дней в Дальневосточном федеральном университете (Владивосток) обсуждали перспективы развития ДФО до 2030 г., в рамках которого был заслушан доклад «Университеты будущего: глобальные тренды и перспективные модели» [13].

Второе, – 25 октября 2016 г. (Резиденция «Горки» Московская обл.) было проведено заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 25 октября 2016 г. № 9, о паспортах приоритетных проектов по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Образование» и «Здравоохранение» [36]. Остается только сожалеть о том, что оба этих события обошли молчанием проблемы качества отечественного медицинского образования с позиции стандартизации структурных элементов медицинских вузов, особенно организации университетских клиник.

Безусловно, что особенности организа-

ции учебного процесса в медицинских вузах в условиях реализации ФГОС-3 должны предусматривать компетентностный подход в подготовке будущих врачей, используя инновационные методы, инструменты и технологии образовательного процесса включающих широкое применение интерактивных технологий в рамках разработанных и внедряемых в практику электронных учебно-методических комплексов и фондов оценочных средств. Однако практическая подготовка специалиста любого профиля должна осуществляться на производственном конвейере медицинских услуг в университетской клинике, который невозможно заменить самыми совершенными симуляторами.

И дело совсем не в том, что нас преследует «навязчивая идея» о том, что каждый медицинский вуз в РФ должен иметь собственную университетскую клинику, а в том, что международная практика показывает, что в большинстве стран мира медицинский факультет университета или медицинский вуз может реализовать задачи по достижению заявленного уровня качества выпускников только в условиях наличия собственной клиники (University Hospital/Teaching Hospital), руководитель и медицинский персонал которой являются сотрудниками/преподавателями вуза, а структура подразделений клиники соответствует программам дипломной и постдипломной подготовки специалистов медицинского профиля.

В этой связи следует отметить, что в современной России ведущие медицинские вузы имеют университетскую клинику и даже не одну. В частности в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова при наличии двух десятков собственных клиник вместе с Правительством Москвы с 2014 г. реализуется совместный проект «Университетские клиники» в рамках которого в медицинских организациях (клинических больницах) г. Москвы формируются единые команды специалистов университета и практикующих врачей [19,39]. По мнению ректора этого университета, члена-корреспондента РАН П.В. Глыбочко сегодня следует расширять возможности практической подготовки специалистов используя открывающиеся возможности совместной работы с органами исполнительной власти регионов исходя из потребностей рынка. В частности: «...Возникла необходимость формирования системы высокотехнологичных стажировок для специалистов учреждений здравоохранения различных форм собственности. Первый МГМУ имени И.М. Сеченова активно использует учебно-тренинговый центр «Пракси-медика» и Университетскую виртуальную клинику «Ментор медикус...» [8].

Однако подобных положительных примеров в отечественной медицине всего около десяти, а в большинстве случаев

роль университетской клиники выполняет базовая областная/краевая или городская больница, где структура и уровень ресурсного обеспечения, в частности обновления основных фондов, не всегда соответствует целям и задачам образовательного процесса. А между тем университетская клиника должна обеспечивать непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения, внедрение современного медицинского оборудования, за счёт формирования инновационных лечебно-диагностических отделений и вспомогательных служб. Но самое главное, – формировать специфическую среду в виде объединения медицинской организации, решающей задачи диагностики, лечения, профилактики и реабилитации заболеваний и медицинского вуза, где преподаватели осуществляют реализацию подготовки специалиста с требуемым уровнем компетенций на рынке труда. Для формирования нужного уровня компетенций у выпускников медицинского вуза эта специфическая среда должна обеспечить условия для доступности работы с современной профессиональной информацией. В свою очередь это требует обновление библиотечного фонда вуза, создания современной электронной библиотеки, оснащения учебных аудиторий и лекционных залов новым технологическим оборудованием для обеспечения образовательного процесса, а также создания сети фантомных и симуляционных классов и лабораторий [32].

Применение новых форм лечебно-образовательной среды в виде организации

производства медицинских и образовательных услуг потребует изменения содержания, мощности, а в отдельных случаях и профиля формирующихся клиник университетов. Эти изменения, в свою очередь, потребуют формирования индивидуальных проектов университетских клиник в рамках исполнения положений современных СНиПов и СанПинов, адаптации существующих пространственных структур и новых архитектурных решений. По словам известного итальянского архитектора Джо Понти, «архитектура... должна служить счастьем и потребностям людей на уровне их физической жизни... Должна питать человеческий разум на уровне культурного развития... Как искусство архитектура должна питать душу человека и его мечты...» [14]. Если сказанное отнести к архитектуре больничных зданий, роль проектировочных решений, с точки зрения взаимодействия больного человека с окружающей его больничной средой, значительно возрастет [27].

Заключение

Концепция модернизации медицинского образования в России своей главной задачей определяет сохранение его фундаментальности, традиционности и соответствия актуальным потребностям, как отдельной личности, так и общества в целом. Остается только сожа-

леть о том, что медицинские образовательные учреждения Дальнего Востока России продолжают оставаться на периферии мейнстрима инновационного развития отечественного образования, занимая места в четвертой десятке в различных отечественных рейтингах [37]. Следует признать свершившимся факт окончательного расслоения медицинских вузов России на бесспорных лидеров и явных/аутсайдеров.

Группу лидеров представляют вузы, преимущества которых заложены в регулярно обновляемых основных фондах, включая современные университетские клиники, в сочетании с высоким уровнем интеллекта профессорско-преподавательского состава и инновационной направленностью управлением производства образовательных услуг. Группу аутсайдеров представляют провинциальные медицинские вузы, дислоцированные в дотационных регионах страны, причинами отставания которых являются устаревшие основные фонды, отсутствие университетских клиник, тяжелейший кадровый кризис и неэффективное управление производством образовательных услуг.

Выход из сложившейся ситуации видится в совершенствовании механизмов государственной аккредитации медицинских вузов в сочетании с плановыми и внеплановыми проверками по примеру внеплановых учений, которые с завидной регулярностью проводит Минобороны РФ. Организация жесткой стандартизации производства образовательных

услуг в сочетании с современными методами управления вузами позволит в течение обозримого временного периода приблизить аутсайдеров к лидерам.

Список литературы

1. Альтбах Ф. Высшее образование и ВТО: безумие глобализации // Вестник высшей школы. 2001. № 6.
2. Амблер Т. Практический маркетинг. – С-Пб.: Питер, 1999. – 400 с.
3. Бермус А.Г. Проблемы и перспективы реализации компетентностного подхода в образовании // Эйдос. Сентябрь. 2005. Режим доступа: www.eidos.ru/journal/2005/0910-12.htm
4. Бермус А.Г. Онтологический поворот в науках об образовании // Непрерывное образование: XXI век. 2013. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/ontologicheskiiy-povorot-v-naukah-ob-obrazovanii> (дата обращения: 08.01.2017).
5. Венедиктов А. Интервью Министра здравоохранения В.И. Скворцовой корр. Радио «ЭХО МОСКВЫ» 07. 07. 2012. URL: <http://echo.msk.ru/programs/beseda/903377-echo/> (дата обращения: 17.11.2015).
6. Герасимов Г.А. Уроки истории: к столетнему юбилею доклада Флекснера // КЭТ. 2012. №4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/uroki-istorii-k-stoletnemu-yubileyu-doklada-fleksnera> (дата обращения: 08.12.2016).
7. Глыбочко П.В. Обеспечение инновационного характера непрерывного медицинского образования качественно нового уровня. Выступление на Первом национальном съезде врачей 5 октября 2012 г. URL: <http://www.movn.ru/innovatsii/obespechenie-innovatsionnogo-kharaktera-nepreryvnogo-meditinskogo-obrazovaniya-kachestvenno-novogo-urovnya.html> (дата обращения 12.08.2016)
8. Глыбочко П.В. Образовательно-кадровый континиум в здравоохранении. Медицинское образование и вузовская наука. № 1(7), 2015. С.7-9.
9. Дуткевич Пётр. Нужны ли реформы в системе высшего образования? Высшее образование в России. Изд. «Московский государственный университет печати имени Ивана Федорова» (Москва) 2015. №3. С. 80-84.
10. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. Хабаровск: Изд-во ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. — 420 с.
11. 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/20152/2015201.aspx>.

12. Ефимов В.С. Будущее высшей школы в России: экспертный взгляд Форсайт-исследование – 2030 [Ефимов В.С., Лаптева А.В., Румянцев М.В., Дадашева В.А., Ефимов А.В.] под ред. В.С.Ефимова. – Красноярск: Сибирский федеральный университет, 2012. – 182 с.
13. Ефимов В.С. Университеты будущего: глобальные тренды и перспективные модели» Доклад на Форсайт-сессии «Формирование стратегического видения ДВФУ-2030 с учетом долгосрочной ситуации на Дальнем Востоке России и влияний трендов АТР» 4 июля, 2016 г. URL <http://foresight.sfu-kras.ru/node/322> (дата обращения 09.01.2017)
14. Иконников А.В. Мастера архитектуры об архитектуре. – М.: Искусство, 1972.
15. Исаев С.Н., Тихомирова Н.В. Осторожный оптимизм // «Аккредитация в образовании». – №60, 2012. – С. 40-44.
16. Карле Ганс. Всемирная федерация медицинского образования. Непрерывное профессиональное развитие врачей. Мбеждународные стандарты ВФМО улучшение качества. Университет Копенгагена. Дания. 2003. URL: <http://inmeds.com.ua/upload/documents/cme/Documents/34-WFMECPDRus.pdf>. (по состоянию на 07.01.2017).
17. Кокшаров А. Понять причину о том, каким должен быть современный университет, способный приносить прибыль рассказывает директор Лондонской школы экономики Ховард Дэйвис. Эксперт. 2004. № 46. URL: <https://www.hse.ru/news/1117741.html> (дата обращения 12.08.2016)
18. Котлер Ф. Основы маркетинга. – М.: Бизнес-книга, 1995. – 702 с.
19. Краснопольская И. 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: 07.12.2016).
20. Кудрявцев В., Сидоров П. Высшее медицинское образование в России и США: Две концепции обучения одной профессии // Высшее образование в России – 1995 - №2. – с. 167-172.
21. Кульман Э. «Ответственные профессионалы» и «разборчивые клиенты»: изменения во взаимодействии медицинских профессионалов, государства и общества // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / Под. ред. В.А. Мансурова. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2007.
22. Кучеренко В.З., Микерова М.С. Здоровье преподавателей высшей медицинской

23. Левицкая И.А. Герменевтические основания профессионального образования: философско-педагогический аспект. Современная наука: Актуальные проблемы теории и практики. Серия «Гуманитарные науки», 2012. № 3.
24. Майбуров И. Стровинский Л. Цзин Цзян. Опыт образовательной реформы в КНР // Мировая экономика и международные отношения. 2006. № 10.
25. Медицинские вузы России. URL. <https://yandex.ru/search/?text=сколько%20медицинских%20вузов%20в%20россии%202016&lr=76&clid=1955454&win=205> (дата обращения 07.12.2016)
26. Мельникова И.Ю., Романцев М.Г. Особенности медицинского образования и роль преподавателя вуза в образовательном процессе на современном этапе. Международный журнал экспериментального образования. 2013. – № 11. – С. 47-52.
27. Мотова Г.Н. Кому достанется флейта? // «Аккредитация в образовании». – № 66, 2013. – С. 14-19.
28. Мотова Г.Н. Построение концептуальной модели аккредитации образовательных систем на основе использования информационных технологий в управлении образованием // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2004. №9.
29. Мотова, Г.Н. Аккредитация образовательных систем: монография / Г.Н.Мотова. – Йошкар-Ола: ЦГА, 2004. – 260 с.
30. Моргун, Н.А., Соболева, Е.В. Факторы, определяющие архитектурно-художественные решения пространственной среды лечебных учреждений / Н.А. Моргун, Е.В. Соболева // Архитектура устойчивого общества: мат. междунар. науч.-практ. конф. (11 – 15 октября 2011 г.). – Ростов н/Д.: ИАрхИ ЮФУ, 2011 – С. 261-265.
31. Николаев В.Г. Реформа российского здравоохранения и ценностные конфликты профессионализма. Журнал исследований социальной политики. 2015. Т. 13. № 4. С. 611–626
32. Павлов В.Н., Цыглин А.А. Модернизация высшего образования посредством внедрения современных инновационных технологий. Медицинское образование и вузовская наука. № 1(7), 2015. С. 84-86.
33. Пастухов В.Б. Концепция «идеального университета» как разновидность русской

социальной утопии// Общественные науки и современность. 2007. № 1. С. 28.

34. Петров В.И., Мандриков В.Б., Сабанов В.И., Голубев А.Н. От сертификации к аккредитации специалистов: состояние проблемы и пути решения. Медицинское образование и вузовская наука. 2016 №1. С. 21-26.
35. Присяжнюк Д.И. Переосмысливая управление профессионалами: новые международные тенденции в здравоохранении / Под ред. Э. Кульман, М. Сакс. Bodmin.: mpg Books, 2008. 248 p.
36. Протокол заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам Резиденция "Горки", Московская область от 25 октября 2016 г. № 9.
37. Рейтинг медицинских вузов России. 2016. URL: <http://www.ctege.info/rejtingi-vuzov/rejting-medsinskih-vuzov-2016.html> (дата обращения 12.01.2017)
38. Романцов М. Г., Мельникова И. Ю. Роль преподавателя вуза в условиях реформирования национальной системы медицинского образования // Успехи современного естествознания. 2014. №10. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/rol->
39. Свальнов В. Проект «университетские клиники». Медицинская газета. Москва. 05.12. 2016. URL: <http://www.mgzt.ru/content/проект-университетские-клиники> (по состоянию на 10.01. 2017)
40. Скворцова В.И. Выступление на национальном съезде врачей РФ. 05.10.2012. URL <https://rmapo.ru/291-vystuplenie-ministra-zdravooxraneniya-rossiyskoj-federacii-vi-skvorcovoy.html> (дата обращения 07.12.2016)
41. Скворцова В.И. Выступление на расширенном заседании Коллегии Минздрава России 20.04.2016 г. дата обращения 12.12.2016)
42. Уэлч Дж., Бирн Р. Джек. Самая суть / Пер. с англ. — Транзит-книга; АСТ, М, 2004. — 480 с.
43. Ховард К., Эриашвили Н. Д. Маркетинг. Принципы и методы. — М.: ЮНИТИ, 1998.
44. Чернецова Н.С., Соколова О.Ю. Реформа российского образования: проблемы, методы, результаты // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Экономические науки. 2016. №1 (4). URL:

- <http://cyberleninka.ru/article/n/reforma-rossiyskogo-obrazovaniya-problemy-metody-rezultaty> (дата обращения: 14.01.2017).
45. Щепин О.П. Перспективная программа развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены и истории медицины – 1998 - №3 – с.3-11.
 46. Askildsen JE, Holmas TH. Wage policy in the health care sector: a panel data analysis of nurses' labour supply. *Health Economics*, 2003, 12(9):705–719.
 47. Bonoli G. The politics of the new social policies: providing coverage against new social risks in mature welfare states *Policy & Politics*. Vol. 33. No. 3. July 2005. P. 431–449(19).
 48. Dubois CA, McKee M, Nolte E, eds. Human resources for health in Europe. Maidenhead, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series) (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>, по состоянию на 26 июня 2006 г.).
 49. Enthoven A. The History and the Principles of Managed Competition Health Affairs. Project HOPE. 1991. V. 12 (Supplement). P. 24-48. 7500 Old Georgetown Road, Suite 600, Bethesda, MD 20814
 50. Findlay S. Health care reform in the states: florida; fresh thinking for a spending squeeze *Business and Health. Medical Economics Publishing*. 1995. April. V. 13. No. 4. P. 43-44, 48, 525 Paragon Drive, Montvale, NJ 07645-1742
 51. Hughes E.C. The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems // *Human Organization*. 1956. Vol. 14. №4. P. 21–25.
 52. Kuhlmann E. Rethinking professional governance. International directions in healthcare / Ed. by E. Kuhlmann, M. Saks. Bodmin.: MPG Books, 2008. 248 p.
 53. Lester H., Schmitt diel J. et al. The Impact of removing financial incentives from clinical quality indicators : longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators// *British Medical Journal*, May 11, 2010.
 54. Lee R.M.K.W., Chiu-Yin Kwan (1997) The Use of Problem Based Learning in Medical Education. *J MED Education*. Vol. 1. No. 2, pp. 1499157. URL: http://fhs.mcmaster.ca/mdprog/documents/Use_of_PBL_Article.pdf
 55. Lester H., Schmitt diel J. et al. The Impact of removing financial incentives from clinical quality indicators : longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators// *British Medical Journal*, May 11, 2010
 56. Marinopoulos SS et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evidence Report/Technology Assessment*, 2007, 149:1–69.
 57. Merkur S., Mladovsky P., Mossialos E., McKee M. Обеспечивает ли система не-

- прерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей? // Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2008. – 38 с.
58. Mooney H, Donnelly L. Workforce plan predicts 'bitter opposition' and 'volatility'. Health Service Journal, 2007, 4 January:4–9.
59. Motova G. Russian Higher Education and European Standards of Quality Assurance / G. Motova, R. Pykkö // European Journal of Education / Special Issue: Russian Higher Education and the Post-Soviet Transition, Volume 47, Issue 1, March 2012, p. 25-36.
60. Mullan F., Politzer R.M. & Davis C.H.: Medical migration and the physician workforce. J. Am. Med. Assn. 1995; 273:1521-1527.
61. Summerlee A. J. S., Murray J. (2008) Can universities survive the 21st century? Forum on Public Policy. URL: <http://forumonpublicpolicy.com/summer08papers/archivesummer08/summerlee.pdf>
62. Summerlee, A. J. S., & Christensen Hughes, J. (2010). The future of university education: Obsolescence or survival? In J. Mighty, & J. Christensen Hughes (Eds.), Taking stock: Research on teaching and learning in higher education (pp. 243-250). Kingston, ON: McGill-Queen's University Press.
63. Taylor F.W. The Principles of Scientific Management.// F. W. Taylor, Harper & Brothers, New York, 1911.
64. WHO. Европейская министерская конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония). <http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.