

ВЫСШЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

Майорка, 16-23 августа 2010 г.

Медицинские науки

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИИ В ЕВРОПЕЙСКОЕ ПРОСТРАНСТВО

Жижин К.С.

*ГОУ СПО РО Ростовский базовый
медицинский колледж
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Интерес к проблемам высшего медицинского образования обусловлен тем, что здравоохранение — необходимая составляющая управления трудовыми ресурсами. Сравнительный анализ систем медицинского образования других стран и России, показывает, что врачи в нашей стране, подготавливаемые в два этапа: додипломная (общеврачебная) подготовка (шесть лет) и последипломная (профессиональная) — от года до четырех лет 47 государственными медицинскими и фармацевтическими ГОУ ВПО до последнего времени вполне выдерживали конкуренцию с зарубежными коллегами. И, тем не менее, неоднократные реформирования отечественного здравоохранения за последние двадцать лет, крен в сторону рыночных отношений, привели к тому, что значительно деформировалась парадигма обучения будущего врача. Появление «платных больных» сделало затруднительным контакт не только студентов с больными, но и сотрудников учебных кафедр, «расквартированных» на базе клинических комплексов. Больше того, клинические кафедры ГОУ ВПО, и особенно медицинские колледжи и училища под самыми благовидными предлогами «выживания» ЛПУ главными врачами вытесняются с подведомственных площадей и территорий. Технический же парк кафедр и собственных клиник ГОУ ВПО по большинству позиций длительное время из-за недофинансирования не обновлялся, ССУЗам же ни того, ни другого, в принципе, не полагалось.

Мы давно впереди планеты всей по числу медработников на 10 тыс. населения, но, создается такое впечатление, что руководящее ме-

дицинское звено страны не очень волнует: сколько врачей торгует на рынках, сидит за баранкой такси, занимается сантехническими и другими, далекими от медицины, работами? Кем на самом деле работают, по меньшей мере, 25-30% дипломированных медсестер? Без оснований напряжен и рынок труда: одновременно ищут работу и интерн после года стажировки, и ординатор после двух лет обучения, и очный аспирант после трех лет учебы, и врач-профессионал, оставшийся по каким-то причинам временно без работы. Само собой разумеется, что в такой неравной конкуренции кто-то из них неизбежно проигрывает.

В этом плане, нелишне будет (хотя бы фрагментарно!) сравнить, как поставлено дело подготовки и использования труда будущих врачей в близкой к нам Европе. Особенно сейчас, в контексте Болонского соглашения о едином европейском образовательном пространстве. Во Франции, Нидерландах, Дании значительная часть медицинских школ и колледжей обособлены от национальной системы здравоохранения, располагают собственными клиниками или на договорных началах используют частные больницы. В Италии и Бельгии отсутствуют какие-либо ограничения по приему студентов в медицинские учебные заведения. Критерием оценки абитуриентов является уровень знаний, полученный ими в объеме общеобразовательной школы. *Практически во всех медицинских школах и колледжах осуществляются мероприятия по выявлению профессиональной пригодности путем психологического тестирования.*

Особо хотелось бы остановиться на опыте Великобритании, которая «впитала» и творчески переработала, как это ни странно прозвучит, многое из Российской системы подготовки врачебных кадров. Как правило, медицинские школы Великобритании находятся при крупных многопрофильных госпиталях, располагающих поликлиническим отделением, анатомическим театром, лекционными залами, учебными комнатами, библиотекой. Доклинический уровень обучения длится два года. Большую часть времени в клинике студент самостоятельно работает у постели

больного, при необходимости консультируется со своими кураторами. Выпускной экзамен проводится не специалистами того учебного заведения, где студент учится, а нейтральной «Единой национальной комиссией» дважды в году (в октябре и июне). Врачу, окончившему интернатуру, позволительно работать *лишь в должности помощника* самостоятельного общепрактикующего врача, врача общей практики в группу практикующих врачей района или старшего ординатора по внутренним болезням в стационаре. Последипломная подготовка интерна может растянуться до трех лет. Подготовка врачей узкой специализации лечебного профиля, вообще, *длится семь лет*, включая строгую систему последовательного замещения учебных врачебных должностей в специализированных отделениях учебных госпиталей (старший ординатор — год, врач-регистратор — два года, старший регистратор — 2-4 года). *Только после*

окончания этого срока врачу предоставляется право занимать самостоятельную должность врача-специалиста. Дальнейшее повышение квалификации, как общепрактикующих врачей, так и «узких» специалистов в Великобритании осуществляется только на базе крупнейших специализированных лондонских школ последипломной подготовки. *Объемы выпусков и потребность в кадрах сбалансированы.* Расставшись с XX веком, мы отказались от его нозоцентрической концепцией здравоохранения, в которой преобладала парадигма «врач-больной». Новый век требует реализации здравоцентрической концепции с её основными составляющими: «граждане-врач-здоровое общество». И это диктует настоятельную необходимость в переходе к альтернативному, инновационному медицинскому образованию взамен традиционного, так называемого, подерживающего.

Педагогические науки

ПОКАЗАТЕЛИ КУЛЬТУРЫ КАЧЕСТВА ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Медведева Н.И.

*ГОУ ВПО «Ставропольский
государственный университет»*

Осознание первостепенного значения науки и образования для экономического процветания и социального благополучия общества и государства привело к принципиальным сдвигам в мышлении политических, промышленных, финансовых кругов ведущих стран мира. Одной из приоритетных целей научно-технической политики стал рост национальной конкурентоспособности, и, соответственно повышение качества жизни за счет развития науки, образования, применения новых эффективных технологий, инновационных систем, постоянного роста квалификации кадров. Процесс интеграции научных и образовательных ресурсов нашей страны должен способствовать повышению качества образования, активности научно-технических кадров, созданию организационно-экономических и научно-технических структур нового типа, способных обеспечить высокий уровень культуры современного образования, придать высокий динамизм коммерциализации результатов прикладных

научных исследований и разработок. Чрезвычайно важно, что культура качества образования перестала интересовать только узкий круг людей, которые занимаются ею в силу профессиональных обязанностей или интересов. Государство предпринимает практические шаги по определению стратегических направлений в этой сфере государственной политики. Год 2010 объявлен президентом Д.А. Медведевым годом учителя совершенно не случайно. Президент страны на высоких собраниях подчеркивает, что развитие вузовской науки и крупных научно-образовательных центров должно стать приоритетной задачей в ближайшие годы. Как нам представляется, в качестве причин обращения общественности и государственных мужей к культуре качества образования можно отметить недостаточное внимание государства к образованию и науке как основным факторам развития интеллектуального потенциала общества и низкая востребованность результатов научно-технической и образовательной деятельности.

Одним из условий повышения культуры качества образования и одновременно оценкой этого параметра является интеграция научной и образовательной деятельности. Эти меры включают:

- развитие сети научно-образовательных объединений или центров в форме юридических лиц для реализации образовательных программ и проведение научных исследований;