

ПРОБЛЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ И ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Р.А. Ованесян

Бурное развитие медицинской науки во второй половине XX века и в начале текущего столетия привело к огромному увеличению суммы знаний, которые должны быть усвоены врачом для успешной профессиональной деятельности. Однако программа подготовки студентов на медицинских факультетах уже не в состоянии охватить весь объем имеющейся информации во всех многочисленных отраслях современной медицины. Более того, приобретенные во время учебы знания устаревают через 5-10 лет, а медицинская информация удваивается каждые 5 лет и необходимо читать ежедневно 5-10 статей, чтобы быть в курсе проблем по своей специальности.

Специфические условия деятельности врача требуют от него непрерывного приобретения новых специальных знаний и совершенствования мастерства на протяжении всей профессиональной жизни. Это требование обусловлено рядом объективных факторов, возникших в процессе экономического, социального и культурного развития современного общества. В связи с этим считаем уместным привести высказывание Константина Симонова: *“Образованный человек тем и отличается от необразованного, что продолжает считать своё образование незаконченным”*.

Таким образом, повышение профессиональной квалификации из морального обязательства врача перед обществом превращается в необходимость, более того в **категорический императив** (см. статью Б.В.Меграбяна*), обусловленный требованиями общества и закрепленный во многих странах в законодательном порядке.

Учитывая всю важность продолжения врачами своего профессионального образования в качестве фактора, способствующего повышению уровня медицинской помощи населению, 43-я Ассамблея Всемирной Медицинской Ассоциации в 1991 году приняла специальную Декларацию, которая начинается с основополагающей фразы: *Медицинское образование - непрерывный процесс, начало которого совпадает с моментом поступления в медицинский институт, а окончание - с прекращением врачом активной практики* (см. раздел I).

Таким образом, на сегодняшний день вся важность и абсолютная необходимость непрерывного медицинского образования (НМО) не вызывают сомнений. Отсюда неизбежно вытекает не менее важный вопрос - а какого врача хочет иметь современное общество? В этой связи большой интерес представляют разработки **модели специалиста**, предлагаемые многими ведущими специалистами в области медицинского образования. Кратко, в обобщенном виде, эту модель можно представить следующим образом:

1 компонент – **знания**. В них должны быть выделены: *базовые*, составляющие “золотой фонд” медицинской науки, *современные* и *прогнозируемые*. Отобранные таким образом знания сопровождаются указанием необходимого в каждом отдельном случае уровня мышления и усвоения. Такие указания обязательны для “работающей” модели, т.к. сразу ориентируют преподавателя в требованиях к качеству и содержанию его работы в аудитории. Другими словами модель ориентирует преподавателя и студента на *дифференцированную работу над научным материалом*.

2 компонент – **умения**. Они также могут быть подразделены на *современные*, новые методики, уже применяемые в клинической практике, и *прогнозируемые* (создание новых технологий и методик), к применению которых важно готовить, предвидя завтрашний день.

3 компонент – **навыки**, т.е. *автоматизированные движения*, от набора которых в значительной степени зависит степень профессионального мастерства. Оптимальный перечень навыков, который требуется практикой, создается и уточняется кафедрами, и все они должны быть выработаны у студентов в ходе обучения.

4 компонент – включает в себя **перечень черт личности**, которые необходимы выпускнику, как представителю врачебной специальности. Уточнение в рамках модели *социально-психологических* и *общегражданских* черт личности делает более четко ориентированным и осознанно организованным самовоспитание этих черт на протяжении всей профессиональной деятельности.

* Здесь и далее: цитируемые подобным образом статьи опубликованы в настоящем номере АМРЖ (прим. автора).

5 компонент – **мировоззрение**. Медицинские институты в любой стране мира готовят врача не как абстрактного специалиста, но как *личность*, которая должна функционировать в конкретном обществе. Важно подчеркнуть, что этот компонент, выделяясь как самостоятельный, в то же время является органической частью всех других компонентов.

Итак, если нам ясно какого врача хочет иметь современное общество, рассмотрим круг вопросов и тенденций, которые волнуют современные академические центры здоровья (1).

- *Дилемма рынка здоровья*. Продавцы (врачи) держат под контролем большинство используемых достижений, покупатели (пациенты) обычно имеют слабую позицию в определении своих нужд, занимаясь или сравнительно благоразумной, а следовательно, недостаточной для своего здоровья покупкой услуг, в которых нуждаются или решая, что помощь была оказана компетентно. Кроме того индивидуальные потребности в услугах здравоохранения очень отличаются, зачастую непредсказуемым образом, и их удовлетворение часто дорого стоит потребителям. Вместе с тем следует помнить, что охрана здоровья – это моральное благо или, иными словами требование справедливости. Следовательно, крайне необходимо, чтобы здравоохранение не приняло бы чисто рыночный облик.
- *Круг ответственности академических центров здоровья*. Наиболее важная концепция этих центров – соотношение между специалистами различных медицинских профессий. Например: соотношение между числом врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь и узкими специалистами. Не менее важными являются проблемы оптимизации номенклатуры врачебных специальностей, сроков последипломного обучения и др.
- *Нерациональное распределение врачей*. Известно, что штат врачей, как первичной помощи, так и специалистов укомплектован неполностью. Кроме того они часто размещены в невыгодных для практики районах, таких как сельские или бедные городские, ограничивающих доступ к здравоохранению даже людям с медицинской страховкой.
- *Перепроизводство врачей*. Многие аналитики считают, что очень скоро мы столкнемся с перепроизводством врачей. Одной из причин данного явления является ожидаемый быстрый рост организации труда в здравоохранении и пропорционально этому уменьшение количества занятых врачей.
- *Рост, родственных врачебным, профессий*. Есть тенденция к дальнейшему увеличению таких профессий, как практикующие медсестры и ассистенты врачей. Еще неясна степень, в какой эти специалисты могут быть заменой врачам, угрожают ли они врачам, особенно в контексте предстоящей перенасыщенности рынка труда врачами, или же они дополняют врачей, проводя обслуживание, которое не проводят врачи и делая тем самым их труд более продуктивным.
- *Этика профессионалов системы здравоохранения*. В отличие от коммерческих предприятий, основой которых является получение прибыли, профессиональная этика врача требует, чтобы интерес пациента был первой и самой главной мотивацией поведения. Это обязательство, равно как и обязательство отбросить любые интересы, включая собственные, в пользу интересов пациента, наверное, можно считать самыми удивительными нормами медицины.

Как видно из вышеприведенных пунктов, вопросы, напрямую связанные с медицинским образованием, отражены во втором. Однако при внимательном анализе остальных пунктов приходишь к выводу о том, что имеется глубокая причинно-следственная взаимосвязь между: 1) номенклатурой врачебных специальностей; 2) распределением и потребным числом врачей на душу населения; 3) этическими и моральными принципами, долженствующими присутствовать у каждого врача; 4) коммерциализацией здравоохранения.

Иными словами, если представить НМО в виде шагового алгоритма, то сначала специалисты и аналитики национальной системы здравоохранения должны определить: врачи каких специальностей нужны населению данной страны (номенклатура врачебных специальностей)? Далее, надо решить: какими знаниями и навыками должен обладать этот специалист (квалификационные характеристики)? Следующий шаг: как надо обучать будущего врача, чтобы он имел эти знания и навыки (дипломное и последипломное образование)? И наконец, последнее: проверка знаний на предмет допуска специалиста к самостоятельной практике (лицензирование).

Все четыре шага безусловно важны, ибо только при их осуществлении может быть гарантировано успешное решение главной задачи здравоохранения, а именно: обеспечение высокого **качества**

жизни. Однако, учитывая, что задачей второго номера АМРЖ, а следовательно и настоящей статьи, являются именно проблемы медицинского образования, перейдем к основной теме.

К истории медицинского образования. В предисловии к четырехтомной истории европейского университета редактор издания Вальтер Роуг (2) пишет: “Университет – институт Европы. Это дитя Европы; *par excellence* – институт европейской культуры. Как сообщество учителей и учащихся, наделенных правами самоуправления, определения содержания обучения, проведения исследований, присуждения повсеместно признаваемых ученых степеней, университет возник в эпоху средневековья в Европе папского христианства”.

Обращаясь к проблеме возникновения университетов можно встретить еще один термин: *studium generale* – институт высшего образования, учрежденный или во всяком случае получивший такое признание и подтверждение* со стороны представителей церковной (папа) и реже светской (монархи и муниципалитет) власти. Абстрактное в классической латыни *universitas* (всеобщность, целостность) в средневековье трансформировалось в понятие, которым обозначались разного рода сообщества, гильдии или корпорации. Если речь шла об обучении, то говорилось *universitas scholarum* (“университет студентов”) или *universitas magistrorum et scholarum* (“университет преподавателей и студентов”).

Старейшими университетами в Европе считаются Болонский (1088г.), Оксфордский (конец XI – начало XII веков) и Парижский (1208г.). Следует отметить, что так как первые университеты возникали на базе ранее существовавших школ, то определение точной даты их “рождения” становится весьма сложным. Если принять в качестве такой даты буллу папы или письменные уставы (1215 и 1231гг. для Парижского, 1252г. для Болонского), то время возникновения этих университетов оказывается более поздним, чем это было на самом деле.

Четыре факультета, определявших структуру средневекового университета (свободных искусств, права, медицины и теологии), хотя и были в дальнейшем дополнены многочисленными новыми, однако, и по сей день определяют сердцевину университетского образования (3). Следовательно, ещё в начале II тысячелетия нашей эры медицина не просто была включена в качестве предмета в программу обучения, а была выделена в качестве отдельного факультета. Однако возникает вопрос: почему в число университетских курсов попали именно свободные искусства, медицина, право, теология, а не какие-то другие? Почему дисциплины технологического цикла (архитектура, военное дело, машиностроение, кораблестроение, горное дело и т.д.) остались за пределами университетского образования? На первый взгляд, объяснение следует искать в средневековой классификации наук, которая проводила различия между *artificia liberalia* и *artificia mechanica* – свободными и механическими искусствами. Но только одна из *artificia mechanica*, а именно медицина, приобрела статус университетской дисциплины. Испанский философ Доминик Гундисалинус в труде “*De divisione philosophiae*“ (1150г.) высказал мнение, что вместо деления на *artificia liberalia* и *artificia mechanica* каждая наука должна быть поделена на теоретическую и практическую части, а медицина, которая имеет дело с человеческой жизнью как вершиной природы, должна иметь приоритет среди естественных наук и быть выше *artificia liberalia*. Но классификацию Доминика не приняли. В итоге, медицину поместили среди *artificia liberalia*. В уставе медицинского университета Монпелье медицина сравнивается со звездой, которая с особой яркостью освещает свод наук *artificia liberalia*. Во многих классификациях наук проводятся различия между практической медициной (включая хирургию, которую относят к *artificia mechanica*) и теоретической медициной, которую рассматривают на уровне *artificia liberalia*. Возникает вопрос: были ли у средневековых университетов прототипы? Да, это были различные школы, в том числе медицинские (*scholarum medicum*). В частности, большую известность приобрела медицинская школа в г. Монпелье (Франция), которая в 1220г. приобрела статус медицинского (!) университета.

Рассмотрим теперь, как обстояло дело с медицинским образованием в Армении. В Армении в XI – XIV веках было несколько учебных заведений высшего типа, называвшихся академиями (*ճեմաբանի*) или университетами (*համալսարանի*). Так, по имеющимся у нас сведениям (4, 5) армянский врач, философ и писатель Григор Магистрос в XI в. основал в г. Санаин академию, в которой преподавал

* Кстати, Оксфордский университет такого подтверждения так никогда и не получил, и сегодня трудно сказать, пострадал ли он от этого и насколько (прим. автора).

медицину, философию и естествознание. Не менее известный армянский теолог и духовный писатель Григор Татеваци в XIV в. в университете при Татевском монастыре наряду с теологией и философией преподавал также медицину (вернее, только анатомию). В XIII – XIV вв. в г. Сис (Киликийская Армения) процветал университет Нерсеса Ламбронаци, где наряду с другими науками преподавали также медицину. Интересен тот факт, что в медицинских школах средневековой Армении, в отличие от европейских школ преподавались также естественные науки (4). Ещё одно существенное отличие: в европейских медицинских школах и университетах преподавание всех предметов велось на латыни (вплоть до XIX века), в то время как в средневековой Армении, ещё в то время, очевидно, пришли к выводу, что если хочешь вовлечь в образовательный процесс широкие слои населения, то преподавать необходимо на родном армянском языке. Последнее, естественно, не исключало преподавание иностранных языков – латинского, греческого, арабского.

Таким образом, можно утверждать, что в средние века в Армении, также как и в Европе, существовали медицинские школы, университеты и академии, в виде рукописей имелись учебники по анатомии, физиологии, фитотерапии, а преподавали в этих учебных заведениях виднейшие представители армянской средневековой медицинской мысли.

Однако, вернемся в современную эпоху. Каждая страна имеет свои исторически сложившиеся традиции в отношении форм и методов НМО. Сравнение существующих организационных принципов и тенденций развития дипломного и последипломного медицинского образования в различных странах весьма затруднительно не только вследствие имеющихся различий в социальном строе, в структуре национальных систем здравоохранения и высшего образования и т. п., а также вследствие терминологических различий. Например, в определении того, что входит в понятие “последипломное медицинское образование” существуют следующие термины: профессиональная подготовка, продвинутое медицинское образование; первичная, вторичная, узкая специализация, субспециализация; основное усовершенствование, профессиональное усовершенствование, дальнейшее усовершенствование и т.д.

Различны также сроки обучения – как дипломного, так и последипломного. Сроки дипломного обучения в различных странах колеблются от 5,5-и до 7-и лет; последипломного – от 2-х до 7-и лет. Например в Швеции обучение на медицинском факультете длится 6,5 лет, во Франции – 7, в Германии – 5,5, в России – 6 лет. В США для получения высшего медицинского образования необходимо 7-8 лет: сначала курс медицинского колледжа (premedical education) продолжительностью 3-4 года, затем 4 года обучения в университетской медицинской школе (medical school). Широко варьируют также сроки последипломного обучения. Например, в Германии - 2 года, во Франции от 3 до 5 лет, в России от 1 года до 3 лет. Весьма интересна система последипломной подготовки в Великобритании, которая построена по принципу последовательной (поэтапной) стажировки на ряде учебных врачебных должностей в соответствующих специализированных отделениях больниц: 1 год на должности старшего ординатора, затем 2 года на должности регистрара (registrar) и 4 года на должности старшего регистрара, т.е. в общей сложности 7 лет, не считая предрегистрационного периода. В США подготовка специалистов после целевой или прямой интернатуры (categorical internship) продолжается в резидентуре, длительность обучения в которой равна 4-6-и годам в зависимости от выбранной специальности (6).

Представляет интерес сравнение приведенных выше систем дипломной и последипломной подготовки врачей с существующей ныне в Республике Армении. В Ереванском государственном медицинском университете им. Мхитара Гераци обучение ведется на 4 факультетах: общей медицины (6 лет), стоматологическом (5 лет), фармацевтическом (5 лет) и военно-медицинском (6 лет). Последипломная специализация осуществляется в двух формах: годичная интернатура с выдачей диплома врача общей практики, стоматолога общей практики, фармацевта общей практики, врача общей практики по медико-профилактическому делу и врача общевойскового звена (см. статью В.П. Акопяна, В.А. Шекояна) или же клиническая ординатура по одной из более чем 100 (!) специальностей.*

* Для сравнения: в Бельгии и Франции их – 22, Великобритании – 24, Израиле – 26, Швеции – 28, США – 49, в России – 67 (прим. автора).

Номенклатура врачебных специальностей. Здесь следует отметить, что перечень наших врачебных специальностей формировался стихийно и не имеет никакого научного и социально-экономического обоснования. Процесс шел в двух направлениях: 1) как только появлялась какая либо новая и значимая в настоящее время нозологическая форма под неё “приклеивалась” соответствующая специальность (например: фтизиатрия со всеми из неё вытекающими производными – фтизиоурология, фтизиогинекология, и т.д. и т.п., а также немедленное дублирование новой специальности с приставкой “детская”); 2) при появлении нового метода лечения происходило то же самое (например: врач-микрохирург, врач гемодиализа, врач-баротерапевт, врач ультразвуковой диагностики и т.д. и т.п.). Скорее всего врачебных специальностей должно быть не более 40 (они должны быть утверждены на уровне правительства, число их должно быть постоянным и изменения в них должны быть крайне редкими и очень жестко обоснованными), а все остальное следует отнести к специализации, число которых может быть неограниченно. Учитывая, что номенклатура врачебных специальностей является базисным первичным звеном в многочленной цепи НМО становится ясной вся важность её скорейшей разработки.

Медицинские кадры.* Общая численность врачей в Республике Армения в 2001г. составляла 11529 чел., т.е. по сравнению с 1990г. уменьшилась на 15,4%. На 10000 населения этот показатель составляет 30,3 (8). Для сравнения: международный стандарт этого показателя для развитых стран составляет 28-32. Еще одно сравнение: в Российской Федерации этот показатель в 1998г. составлял 45,8 на 10000 населения (7). Казалось бы в количественном отношении насыщенность врачебными кадрами у нас соответствует мировым стандартам. Более того, если учесть постоянную эмиграцию населения и весьма сомнительные итоги последней переписи населения, согласно которой в Республике Армения в настоящее время проживает около 3800000 человек, то цифра 30,3 даже возрастет. Однако, более подробный анализ позволяет выявить существенные диспропорции по данному вопросу. Так, различия в обеспеченности врачами в г. Ереване и в сельской местности (на 10000 населения соответственно) весьма существенны (в 3,3 – 5,1 раза). В Ереване в 2001г. на 10000 населения работало 60,4 врачей, в то время как в Гегаркуникском марзе (области) – 11,8. Самый низкий показатель в 2001г. зарегистрирован в Баграмянском районе Армавирского марза – 5,4 на 10000 населения. Настораживает также следующая тенденция: из года в год показатель обеспеченности врачебными кадрами на 10000 населения во всех областях Армении (за исключением Вайоцзорского марза) снижается. Это говорит о том, что существовавшая ранее система распределения выпускников полностью развалилась и никакими благами врачей на село не привлечешь (в принципе особых благ и не предлагается). В результате заложена “мина” в виде значительного неравенства в медицинской помощи (её доступности, уровне, объеме и качестве).

Если к этому добавить большой оборот (текучесть кадров), постоянный отток молодых специалистов за границу, стремление оставшихся переместиться в специализированную медицину при значительном дефиците кадров в первичном звене, рост неудовлетворенности врачей своей работой, оплатой труда и местом в обществе, то картина состояния врачебных кадров в Армении будет более ясной.

На наш взгляд, именно сейчас нужно включить регулирующие механизмы и прекратить стихийность в распределении кадров. Лучшее всего (и это полностью справедливо для бесплатного – по госзаказу - образования) было бы восстановить систему распределения выпускников. Однако, если это по каким-то причинам невозможно, то следует ввести в действие соответствующие договорные отношения.

Не вдаваясь в анализ численности врачей по специальностям, что свидетельствует не столько об учете потребностей населения или о нормативном подходе, сколько о престижности той или иной профессии, остановимся лишь на соотношении врачей и медсестер. В 2001г. это соотношение в Армении составило 1:1,7, в то время, как в других странах это соотношение значительно выше (от 1:4 до 1:7), например, в Финляндии – 1:4,3, в США – 1:4,7. Ближе всех по этому показателю к нам находится Россия – 1:2 (7). О чем говорят эти соотношения?

* Все показатели, приведенные в настоящем параграфе взяты из Ежегодного справочника Информационно-аналитического центра МЗ РА. К сожалению, показатели за 2002 г. пока ещё неопубликованы (прим. автора).

Во-первых, при имеющемся неравномерном распределении врачей, они частично берут на себя сестринские функции, т.е. налицо нерациональное использование более дорогостоящего врачебного рабочего времени.

Во-вторых, и это самое главное, институт медсестер, как таковой, в нашей стране ещё полностью не сформировался и медсестры большей частью выполняют роль помощников врачей или даже иногда младшего медперсонала. В других странах для этого имеется более дешевый персонал (регистраторы, парамедики и др.), а медсестры имеют самостоятельные разделы работы. Здесь следует отметить, что в Ереване, начиная с 1999г. колледж “Эребуни” выпускает медсестер с высшим образованием (бакалавров). Казалось бы, вот оно – решение вопроса. Однако, вследствие того, что до сих пор не решен в нормативно-правовом отношении вопрос о медсестрах с высшим образованием, выпускники колледжа работают просто медсестрами, в лучшем случае преподают на кафедре сестринского дела Национального института здравоохранения МЗ РА.

Необходимо законодательными и иными способами добиться того, чтобы институт медсестер носил самостоятельный характер (а не в качестве придатка врачам), тем более, что в последние годы уровень подготовки медсестер существенно повысился и практическое здравоохранение оказалось неготовым к приему специалистов качественно нового уровня.

Негосударственные медицинские образовательные учреждения. Говоря о недостатках медицинского образования и распределения медицинских кадров нельзя обойти вниманием проблему так называемых “кооперативных” институтов и училищ. По имеющимся у нас сведениям* в Армении на сегодняшний день действует 7 вузов, выпускающих около 200 человек по специальностям: “лечебное дело”, “стоматология” и “фармация” и 20 средних медицинских учебных заведений, которые выпускают около 800 человек по специальностям: “акушерское дело” “сестринское дело” “фармацевтическое дело” и “зуботехническое дело” ежегодно. Мы не склонны рассматривать данное явление само по себе как негативное (вспомним историю с Оксфордским университетом), однако при детальном анализе выявляются следующие, более чем отрицательные, моменты:

1. Учебные программы в большинстве этих учебных заведений не соответствуют как мировым, так и национальным стандартам.
2. Сроки обучения одной и той же специальности в разных учебных заведениях широко варьируют.
3. Наименования специальностей в дипломах выпускников указаны волюнтаристически, без всякого соблюдения законодательно принятого в Республике Армения перечня высших и средних медицинских специальностей.
4. В большинстве учебных заведений отсутствуют необходимые для полноценного обучения атрибуты – библиотеки, лаборатории, виварии и т.д.
5. Преподавательский корпус составляют в основном люди, далекие от учебного процесса (больничные ординаторы и медсестры) или же преподаватели государственных вузов, по тем или иным причинам невостребованные в своем “родном” институте.

Следует отметить, что в 2000-2001гг. был начат процесс аккредитации негосударственных учебных заведений, в том числе и медицинских: не будучи санкционирован правительством он носил стихийный характер и, на наш взгляд, “барьерная планка” при решении вопроса об аккредитации была значительно занижена. В настоящее время процесс аккредитации приостановлен, ибо “чиновники от образования”, наконец, поняли, что невозможно провести лицензирование и аккредитацию учебных заведений и специальностей если в стране отсутствуют, утвержденные правительством Единые государственные стандарты высших и средних специальностей.

Таким образом, в дополнение к уже имеющемуся потенциалу молодых врачей (образовательным цензом которых мы *не совсем довольны*), ежегодно вливающихся в практическое здравоохранение республики, мы на сегодняшний день имеем также довольно весомый массив выпускников негосударственных вузов, уровнем образования которых мы *вовсе недовольны*.

Квалификационные характеристики. Бытует пословица: “новое – это хорошо забытое старое”. Во времена “оно” (советское здравоохранение) любая существовавшая или же появляющаяся

* Данные предоставлены Агентством “Служба лицензирования и аккредитации” Министерства образования и науки РА (прим. автора).

врачебная специальность в обязательном порядке сопровождалась квалификационной характеристикой в виде нормативных актов. Что же из себя представляла эта характеристика? Перечень общих и специальных **знаний, умений и навыков** (1, 2 и 3 компоненты модели специалиста), которые характеризуют данную врачебную специальность. Более того, **данную личность** в рамках **данной специальности**. На наш взгляд, необходимо срочно пересмотреть имеющиеся квалификационные характеристики, сравнить их с международными стандартами и, исходя из новой разработанной врачебной номенклатуры, закрепить их законодательно-нормативным образом.

К вопросу о лицензировании. Наконец, последний шаг НМО: проверка знаний на предмет допуска специалиста к самостоятельной практике (лицензирование). Приказом Министерства здравоохранения РА №627 от 03.09.2001г. на территории республики было приостановлено лицензирование медицинских работников и фармацевтов. Следствием этого приказа явились: а) отсутствие контроля знаний и умений молодых врачей и медсестер и допуск их к самостоятельной медицинской практике без должной и принятой во всех цивилизованных странах оценки; б) отсутствие мотивации у практических врачей и медсестер к прохождению непрерывного усовершенствования и повышению своих профессиональных знаний. Следует отметить, что лицензирование медицинских работников и фармацевтов в Республике Армения было введено с 1996г. и по тем временам считалось большим достижением Министерства здравоохранения. Естественно, за прошедшие пять-шесть лет успел устареть как сам порядок лицензирования, так и компьютерные программы. Следовательно, необходимо было идти по пути реформирования системы лицензирования, а никоим образом не по пути её ликвидации (см. статьи Г.Г. Мхояна и А.Ф. Варосяна).

Последипломное медицинское образование. В конце XIX века, впервые в мировой истории медицинского образования, в России (Санкт-Петербург) был основан Клинический институт усовершенствования врачей (см. статью Д.Г. Думаняна, Н.А. Симонян). В дальнейшем система последипломного медицинского образования была внедрена практически во всех странах Европы и в США. Сегодня, когда знания и новые медицинские технологии непрерывно обновляются и когда выпускник медицинского вуза по объективным причинам уже не соответствует уровню, достигнутому медицинской наукой, принципиальными подходами к последипломному медицинскому образованию должны быть (см. статью Г. Кауфмана):

- самоуправляемое обучение;
- самопроизводительность;
- конструктивизм;
- рефлексивная практика;
- преобразование теории в практику.

Таким образом, полностью соглашаясь с принципами андрагогики, выведенными М. Knowles, и базируясь также на собственном опыте, позволим себе утверждать, что в процессе НМО обучающиеся врачи должны сами “конструировать” собственное понимание того, *чему они должны обучиться*, основанному на том, *что они уже знают*.

Немаловажное значение в последипломном НМО имеет внедрение кредитной системы, основанной на суммировании кредитных баллов, “зарабатываемых” врачом в межлицензионный период. Формы кредитной системы могут быть самыми различными: от участия в работе конгрессов, конференций, симпозиумов до самоуправляемого обучения (например, чтения; см. статью К. Холма, Г. Асбьёрна).

Не вдаваясь далее в вопросы медицинского образования (они достаточно полно отражены в статьях В.П. Акопяна, В.А. Шекояна и Д.Г. Думаняна, Н.А. Симонян), скажем только, что в Республике Армения, на сегодняшний день, налицо проблема реформирования всей системы как дипломного, так и последипломного медицинского образования. Это касается всех четырех шагов алгоритма НМО, и чем скорее мы приступим к практической реализации тех идей, которые волнуют как мировое медицинское сообщество, так и медицинскую (и не только) общественность нашей страны, тем скорее мы сможем констатировать, что система медицинского образования Армении достойным образом вписалась в образовательную систему мирового содружества.

Намечая конкретные пути и механизмы реформирования, следует учесть, что с одной стороны дальнейшая узкая дифференциация медицинских профессий и развитие специализированных служб

здравоохранения постоянно увеличивают потребность в подготовке врачей соответствующих специальностей. С другой стороны, перепроизводство врачей, что уже сегодня прогнозируют аналитики европейских академических центров здоровья, по принципам “естественного отбора” будет приводить и уже приводит как к “недобору” при приеме в медицинские вузы, так и к безработице в среде многих врачебных профессий.

В этом аспекте, образовательная политика государства должна быть направлена, в первую очередь, на приоритеты и стратегические задачи медицинского образования. При этом как государство, так и система медицинского образования принимают на себя определенные обязательства. В конечном итоге, образовательная политика всегда отражает общий курс политического и социально-экономического развития данного общества и данного государства.

**Адрес для корреспонденции: Р.А. Ованесян,
кафедра клинической патофизиологии,
Национальный институт здравоохранения,
ул. Комитаса 49/4, Ереван, Армения, 375051,
тел. (+3741)23-71-50, email: rouben@medlib.am**

Литература

1. Медицинские кадры США. Потенциал, тенденции и стратегия /под редакцией М. Остервейс, К. Мак-Лафлина, К. Хоппера. 2002, с. 1-7.
2. История средневекового университета. Под редакцией В. Роуга. Alma mater, 1991, N7, с. 97-109.
3. **Верже Ж.** Прототипы. Alma mater, 1991, N9, с. 100-108.
4. **Оганесян Л.А.** История медицины в Армении. Часть 2. Ереван, 1946, с.178-187.
5. Հայ անվանի բժշկներ /խմբագիր Ա. Շիրինյան, Երևան, 2002, 402 էջ: (Знаменитые армянские врачи / под редакцией А.Е.Ширинян, Ереван, 2002, с. 402 - пер. с армянского)
6. **Кардашев В.Л.** Современные тенденции в развитии последипломного образования в мире. Москва, 1996, 20 с.
7. **Комаров Ю.М.** Основные пути выхода здравоохранения России из кризиса в 1999 – 2000 годах. Москва, 1998, 59 с.
8. Ежегодный справочник Информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения РА. Ереван, 2002.