

УДК 614.23:378(07)

РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ: ЗРАЗОК УСПІШНОГО ПРОВЕДЕННЯ І ПРИКЛАД ДЛЯ НАСЛІДУВАННЯ

Г. І. Кліщ

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

REFORMATION OF MEDICAL EDUCATION IN AUSTRIA: A MODEL OF SUCCESSFUL IMPLEMENTATION AND EXAMPLE FOR IMITATION

H. I. Klishch

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті узагальнено австрійський досвід реформування медичної освіти. Розглянуто головні фундаментальні зміни у нових навчальних планах медичних університетів Австрії, їх переваги та наслідки.

In this article the Austrian experience in reformation of medical education is summarized. The main fundamental changes in new curriculum of medical universities of Austria, their advantages and consequences are examined.

Вступ. З огляду на підписання Болонської декларації, сучасна українська медична освіта зараз перебуває у стані перебудови. Основні її проблеми – це невідповідність стандартам ЄС, Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО) і вимогам часу; зниження якості підготовки медичних кадрів внаслідок низької мотивації студентів і викладачів до самовдосконалення; відсутність університетських клінік; застосування застарілих педагогічних технологій, низький рівень соціального захисту викладачів, інформатизації навчального процесу і самостійної роботи студентів [1].

Будь-яке реформування – складний і болісний процес. Впровадженню змін перешкоджають незрозуміння викладачами та громадськістю завдань і мети реформ, недосконалість законодавства, недостатність фінансування вищої школи, надмірне академічне навантаження викладачів тощо. Однак реформування медичної освіти – єдиний шлях нашої держави, надання кожному громадянину сучасної медичної допомоги, а студентам – можливості здобути освіту світового рівня, стати високопрофесійним і конкурентоспроможним фахівцем [2].

Протягом останнього часу відбулися зміни у нормативній базі вищої медичної школи (перехід на нові навчальні плани, упровадження програм кредитно-модульної системи організації навчального процесу, введення державної атестації згідно з вимогами якості освіти тощо). Успішно здійснюється процес оновлення матеріально-технічної бази навчальних закладів, упровадження нових технологій організації навчально-

го процесу, розроблено проект Концепції реформування післядипломної освіти [2].

У процесі проведення реформ важливим є досвід інших країн, особливо тих, де ці реформи вже приносять певні плоди. Зважаючи на це, метою статті є узагальнення результатів реформування медичної освіти в Австрії, яка розпочала цей процес у 2002 році і має значні напрацювання та позитивні результати, які можуть бути використані в Україні.

Основна частина. Протягом останнього десятиліття Австрія пережила фундаментальні зміни у медичній освіті, наслідки яких торкнулися всього освітнього процесу – від процедури зарахування на навчання до післядипломної підготовки [6].

До запровадження нових правил старі структури, починаючи з часів монархії, були такими ж, як і тоді, коли вони були описані Теодором Більротом в його праці “Про викладання та вивчення медичної науки в університетах німецької нації, разом із зауваженнями загального характеру про університети, культурно-історичні дослідження” у 1876 році [4]. Останнім нормативним актом перед проведенням реформи, який регламентував університетську освіту, був Закон про університетське навчання 1997 року (Universitätsstudengesetz 1997), згідно з яким у медичній освіті австрійських університетів залишалась традиційна уніфікована програма (табл. 1). Упроваджена відповідно із законом уніфікація навчальних планів у медичних університетах Відня, Інсбрука та Граца полегшувала внутрішньоавстрійську мобільність студентів. Проте це не використовувалось

© Г. І. Кліщ

Таблиця 1. Структура уніфікованого навчального плану медичних факультетів Австрії відповідно до Закону про університетську освіту 1997 року

Предмет	Код / семестри	Годин			Кредитів
		лекцій	практичних	разом	
Доклінічні дисципліни (4 семестри)					
Медична фізика	1MED Mphy/1	90	15	105	11
Медична хімія	1MED Mche/1	120	60	180	16
Медична біологія	1MED Mbio/1,2	75	15	90	9
Анатомія	1-2MED Anat/2,3	180	125	305	28
Гістологія та ембріологія	1-2MED His/2,3	90	195	285	15
Медична біохімія	2 MED Bioc/4	105	60	165	14
Медична фізіологія	2 MED Phys/4	120	90	210	27
Всього					120
Теоретично-клінічні дисципліни (3 семестри)					
Медична психологія	3-4 MED Mpsy/5-7	45	15	60	3
Загальна патологія	3-4 MED GePa/5-7	135	120	28	28
Функціональна патологія	3-4 MED FuPa/5-7	120	30	150	22
Радіологія	3-4 MED Rad/5-7	45	15	60	7
Гігієна і мікробіологія	3-4 MED Hyg/5-7	120	30	150	9
Фармакологія і токсикологія	3-4 MED Phar/5-7	120	45	165	21
Всього					90
Клінічні дисципліни (5 семестрів)					
Внутрішні хвороби	4-6 MED IntMed/8-12	345	120	465	31
Хірургія	4-6 MED Surg/8-12	345	120	465	24
Педіатрія	4-6 MED Ped/8-12	150	60	210	17
Гінекологія та акушерство	4-6 MED Gyn/8-12	180	75	255	17
Психіатрія	4-6 MED Psys/8-12	90	30	120	10
Неврологія	4-6 MED Neur/8-12	90	30	120	10
Офтальмологія	4-6 MED Opht/8-12	75	30	105	6
Дерматологія і венерологія	4-6 MED Derm/8-12	90	30	120	16
Оториноларингологія	4-6 MED Otol/8-12	60	15	75	7
Соціальна медицина	4-6 MED SocM/8-12	45	15	60	3
Судова медицина	4-6 MED ForM/8-12	75	15	90	6
Стоматологія	4-6 MED Dent/8-12	30	15	45	3
Всього					150

у прямому розумінні слова, а стало причиною для такого собі екзаменаційного туризму студентів. Іноді сотні студентів уникали “важких” екзаменів в одному університеті, змінивши на семестрових канікулах місце навчання на інший, з явю “легшими” екзаменами. Успішно склавши їх там, вони повертались, по можливості, під час семестрових канікул на початкове місце навчання [7].

З 1999 року три медичних факультети австрійських університетів були залучені до розробки абсолютно нової програми підготовки лікарів. Імплементція цієї реформи розпочалась у 2002 році із прийняттям Федеральним парламентом Австрії “Закону про університети 2002 року” (Universitätsgesetz 2002). Цей процес різко прискорився із зміною організаційної структури університетів: у 2004 році від трьох класичних університетів – Відня, Інсбрука і Граца – від’єдналися медичні факультети, в результаті чого

було створено три незалежних медичних університети, які набули статусу повної автономії [10].

До 2004 року логіка і структура професійної підготовки майбутніх медиків була традиційною. Значна кількість прогресивних викладачів, а особливо навчальні комісії, були незадоволені процесом організації навчання за уніфікованою програмою, вказуючи на такі основні недоліки:

- основна структура навчальної програми з медицини була застарілою;
- навчання здійснювалось без чіткого узгодження дисциплін між собою. Міжпредметний дидактичний підхід існував лише в обрисах. До дискусій про зміст предметів доходило хіба що через скарги студентів про надмірну кількість матеріалу на екзаменах;
- через ізольовану автономію предметів і відокремленість наукових структурних одиниць (інститутів і клінік) при відсутньому центральному управлінні

навчання було для студентів свого роду бігом з перешкодами від установи до установи, у процесі якого поставало питання швидшого пристосування до відповідних місцевих правил;

– навчальний план передбачав для першого (“передклінічного”) періоду навчання чотири семестри, для другого (“міжклінічного”) періоду – три, а для третього (“клінічного”) навчального періоду – п’ять семестрів. Реальність свідчила про те, що перші навчальні періоди для багатьох студентів тривали до семи або восьми років; а клінічний період, навпаки, часто “закінчували” протягом двох або максимум трьох семестрів у формі “заочного навчання”;

– перші два навчальні періоди, які у такий спосіб домінували у часовому відношенні у навчанні, мали майже повністю теоретичний характер. Такого важливого для подальшої професії контакту з пацієнтами майже не було, у дійсності він зводився до надто короткого клінічного навчального періоду.

Результатом такого навчання була непридатність випускників для практики [9].

Приїом на медичні факультети був повністю безкоштовним. Будь-який випускник, що отримав середню освіту, мав право зареєструватися на навчання. Цей підхід привів до величезного напливу студентів (до 1800 студентів-першокурсників у Віденському медичному університеті у 80-х роках ХХ століття) та не дозволяв проводити ретельне планування курсу. Відсоток відсіву був дуже високим: близько 50 % студентів; причому приблизно дві третини студентів були відраховані протягом “доклінічного періоду”, тобто ще до приходу їх у клініку. Хоча навчальний план був розрахований на шестирічний термін, середній час завершення навчання становив більше восьми років [6].

Медичний факультет у Граці отримав фінансування у фонді Австрійського національного банку на дослідницький проєкт, проведений позаштатними науковцями, темою якого стало оцінювання традиційного навчання медицини за уніфікованою програмою. Це єдине у своєму роді австрійське дослідження (SCHÖBER, Spiel & REIMANN, 2004) охопило опитуванням всіх суб’єктів навчального процесу (студентів, викладачів, випускників, лікарів практичної ланки, а також головних лікарів як “замовників” студентів-випускників).

Дослідження в основному підтвердило наведені вище недоліки, а пов’язані з цим наслідки вказували на таке:

– навчання студентів мало переважно теоретичне спрямування. Практичному досвіду не надавали належної уваги, лікарським навичкам і такому важливому аспекту роботи лікаря, як здатності до комуні-

кації з іншими людьми, здатності до критичного спостереження і психосоціальної компетенції взагалі не навчали і не тренували, або якщо це і робили, то у недостатньому об’ємі.

– відповідно, професійна підготовка лікаря, що здійснювалася після навчання, була для випускників і випускниць у справжньому розумінні “стрибком у крижану воду” разом з високою мірою невпевненості та фрустрації [12].

Зважаючи на це, а також на відповідні настрої у суспільстві, де побутовало незадоволення рівнем підготовки лікарів, було вирішено провести масштабне реформування медичної освіти.

Визначальними для дискусій про розробку змісту навчальної програми стали відомі європейські основоположні документи (GENERAL MEDICAL COUNCIL UK, 1993, 2003; ASSOCIATION OF UNIVERSITIES IN THE NETHERLANDS, 1994, 2001; JOINT COMMISSION OF THE SWISS MEDICAL SCHOOLS, 2001).

У процесі розробки кваліфікаційного профілю для випускників за новою навчальною програмою значна увага була приділена ліквідації дисбалансу між теоретичним навчанням та обмеженою підготовкою до практичної лікарської діяльності. На відносно ранніх стадіях дискусії про реформи, завдяки внеску зовнішніх експертів, була майже повна однотайність стосовно того, що традиційну послідовність спеціальних дисциплін (доклінічні, теоретично-клінічні та клінічні) потрібно замінити на сучасну тематично спрямовану навчальну програму, побудовану на модульній основі, де окремі предмети мають взаємодіяти в інтегрованому контексті [3]. Вирішальним було питання про те, як зреалізувати такого роду новий фундаментальний план реорганізації медичної освіти. Проглядався великий потенціал конфліктів, оскільки традиційні предмети втратили приблизно 40 % часового ресурсу, який був необхідним для запровадження нового змісту навчання [5].

План реорганізації передбачав повну “ліквідацію” предметів, представлених, зазвичай, науковими структурними підрозділами, оскільки група реформаторів побоювалась, що представники цих предметів будуть вести “боротьбу за виживання”, яка унеможливить справжню реформу. Тому було вирішено зробити наступним чином. У той час як при найменуванні нових модулів надавали значення тому, щоб не допускати ніякого наслідування назв існуючих спеціальних дисциплін, було вирішено, що кожному структурному підрозділу, який ототожнювався з традиційним предметом, мала дістатись “роль приймаючого господаря” для певного модуля навчальної програми. Цей план

мав цілий ряд позитивних наслідків. “Роль приймаючого господаря” вирішальним чином допомогла існуючим структурним підрозділам ідентифікувати себе з новою моделлю організації і краще перенести втрачену “верховенства” над названим предметом. Через ідентифікацію з відповідним модулем, заради якого виконувалась функція “приймаючого господаря”, виникло відчуття відповідальності за цей модуль, а разом з цим і за змістову та організаційну координацію задіяних структурних підрозділів та викладачів [8]. Це було важливо як для змістової концепції, так і для конкретного здійснення навчального та екзаменаційного процесу. У такий спосіб стало можливим також успішно дати необхідне визначення основній організаційній структурі нової навчальної програми. Було досягнуто одностайності у тому, що визначальною парадигмою нової дипломної освіти є “біологічно-психосоціальна модель”. Навчальний процес організувався таким чином, щоб студенти навчалися і сприймали пацієнтів як цілісних особистостей у їх фізичному та духовному вимірах, з їх статусом у відповідних соціальних структурах і системах [14].

Медичні університети в Австрії цілком вільні у побудові і структурі своїх навчальних програм. Тим не менше, нові навчальні програми, які були розроблені ними незалежно один від одного, мають значну подібність [13]. Важливими наріжними каменями для їх розробки стали:

– ранній контакт з найрізноманітнішими аспектами охорони здоров’я;

Таблиця 2. Структура навчального плану Віденського медичного університету після проведення реформи

Назва модуля (лінії)	Код / модуль (лінія)	Кредитів ECTS		
		лекцій	практичних	разом
Перший рівень навчання (2 семестри)				
Семестр 1				
Здорова і хвора людина	1DIPLM/M1	4,9	1,7	6,6
Людське тіло	1DIPLM/M2	10,7	1,2	11,9
Від молекули до клітини	1DIPLM/M3	9,3	2,6	11,9
Соціальна компетенція	1DIPLM/ L1	0,2	2,8	3,0
Перша допомога I	1DIPLM/ L2A	0,6		0,6
Факультативні предмети	1DIPLM/ OPT1			0,7
Разом за семестр				34,7
Семестр 2				
Функціональні системи та біологічна регуляція	1DIPLM/M4	8,9	1,5	10,4
Генетика, молекулярні та клітинні зв’язки	1DIPLM/M5	4,2	1,8	6,0
Людина в навколишньому середовищі, сім’ї і суспільстві	1DIPLM/M6	4,9	1,1	6,0

– поєднання глибокого науково-теоретичного навчання з інтенсивною практичною лікарською підготовкою;

– інтенсивне навчання комунікації, самоаналізу та догляду за пацієнтами;

– інтегративний підхід до перебудови змісту медичної освіти;

– залучення студентів до наукових досліджень [10].

Процес професійної підготовки майбутніх медиків був повністю реорганізований на основі компетентнісного підходу. Навчальні плани, які до цього мали вигляд дворівневої моделі (доклінічна/клінічна фази), були реструктуровані в інтегровані модулі з одним циклом. Модулі та додаткові курси, такі, як відпрацювання практичних вмінь і навичок, інтегрувалися як по горизонталі, так і по вертикалі. Кількість іспитів значно зменшилась, хоча і з місцевими відмінностями – в університетах Відня та Інсбрука студенти складають комплексний тестовий іспит з усіх модулів, які вони проходили за рік, а у Граці завершення кожного модуля супроводжується складанням іспиту [12]. У більшості випадків оцінювання знань студентів здійснюється шляхом проведення письмових тестових іспитів, хоча практичні навички іноді оцінюються за участю викладача. З метою розвитку наукового мислення і сприяння залученню до наукових досліджень усі студенти зобов’язані написати дипломну роботу, яка планується, виконується і захищається під час останнього року навчання [11]. Структура навчального плану Віденського медичного університету відображена у таблиці 2.

Назва модуля (лінії)	Код / модуль (лінія)	Кредитів ECTS		
		лекцій	практичних	разом
Семестр 2				
Перша допомога II	1DIPLM/L2B		1,1	1,1
Фізикальні методи обстеження здорової людини	1DIPLM/L3A		1,1	1,1
Факультативні предмети	1DIPLM/ OPT2			0,7
Разом за семестр				25,3
Всього за рік				60
Другий рівень навчання (4 семестри)				
Семестр 3				
Наука і медицина	2DIPLM/M7	1,4	4,3	5,7
Хвороби, їх походження та симптоматика	2DIPLM/M8	8,2	3,1	11,3
Хвороби, їх прояви, клініка, загальна фармакотерапія	2DIPLM/M9	6,3	5,0	11,3
Збирання лікарського анамнезу А	2DIPLM/ L4A		1,1	1,1
Основні медичні навички	2DIPLM/ L5		1,1	1,1
Проблемно-орієнтоване навчання	2DIPLM/ L6		2,1	2,1
Факультативні предмети	2DIPLM /OPT3		0,7	0,7
Разом за семестр				33,2
Семестр 4				
Ендокринологія і обмін речовин	2DIPLM/M10	4,2	1,6	5,8
Серцево-судинна система і кров	2DIPLM/M11	6,2	4,2	10,4
Дихальна система	2DIPLM/M12	3,7	2,0	5,7
Збирання лікарського анамнезу В	2DIPLM/L2B		0,5	0,5
Фізикальні методи обстеження здорової людини	2DIPLM/L3B		1,1	1,1
Проблемно-орієнтоване навчання	2DIPLM /L7		2,1	2,1
Пропедевтика в протоколах	2DIPLM /L8		0,5	0,5
Факультативні предмети	2DIPLM /OPT4			0,7
Разом за семестр				26,8
Всього за рік				60
Семестр 5				
Харчування і травлення	3DIPLM/M13	4,1	2,6	6,7
Нирки і гомеостаз	3DIPLM/M14	3,4	1,7	5,1
Сексологія, репродукція, вагітність і пологи	3DIPLM/M15	5,0	1,7	6,7
Новонароджені, дитячий та підлітковий вік	3DIPLM/ L4A	5,5	1,3	6,8
Проблемно-орієнтоване навчання	3DIPLM/ L9		1,9	1,9
Реанімаційні заходи I	3DIPLM/ L10A		0,9	0,9
Спеціальні методи дослідження I	3DIPLM/ L11A		0,9	0,9
Клінічні протоколи	3DIPLM/ CLS1			2,0
Факультативні предмети	3DIPLM /OPT5			0,7
Разом за семестр				31,7
Семестр 6				
Методологія медичної науки SSM2	3DIPLM/M17	1,0	4,0	5,0
Шкіра та органи чуття	3DIPLM/M18	5,0	1,7	6,7
Мозок, нервова система і біль	3DIPLM/M19	8,1	1,9	10,0
Неврологічний статус	3DIPLM/L12		0,9	0,9
Проблемно-орієнтоване навчання	3DIPLM /L13		1,9	1,9
Протоколи	3DIPLM/ CLS2			2,0
Факультативні предмети	3DIPLM /OPT6			0,7
Збирання лікарського анамнезу В	3DIPLM/ L4C		0,9	0,9
Разом за семестр				28,3
Всього за рік				60

Продовження табл. 2

Назва модуля (лінії)	Код / модуль (лінія)	Кредитів ECTS			
		лекцій	практичних	разом	
Третій рівень навчання (6 семестрів)					
Семестр 7					
Психічні функції у здорової та хворої людини	4DIPLM/M20	6,8	4,1	10,9	
Опорно-руховий апарат	4DIPLM/M21	7,0	1,7	8,7	
Здоров'я, навколишнє середовище, професійні хвороби	4DIPLM/M22	6,8	2,0	8,8	
Проблемно-орієнтоване навчання	4DIPLM/ L16		2,5	2,5	
Спеціальні методи обстеження	4DIPLM/ L11B		0,6	0,6	
Основи ультразвукографії	4DIPLM/ L15		0,6	0,6	
Спеціальні діагностичні практичні навички	4DIPLM/ L14		1,2	1,2	
Факультативні предмети	4DIPLM /OPT7			0,7	
Клінічні протоколи	4DIPLM/ CLS3			2,0	
Разом за семестр				35,8	
Семестр 8					
Лікар і етика	4DIPLM/M23	5,4	3,3	8,7	
Проектове навчання SSM3	4DIPLM/M24	1,3	7,2	8,5	
Реанімаційні заходи та невідкладна допомога II	4DIPLM/ L10B		0,6	0,6	
Факультативні предмети	4DIPLM/ OPT8			0,7	
Проблемно-орієнтоване навчання	4DIPLM/L17		2,5	2,5	
Спеціальні методи обстеження II	4DIPLM /L11C		1,2	1,2	
Клінічні протоколи	4DIPLM / CLS4			2,0	
Разом за семестр				24,2	
Всього за рік				60	
Предмет	Код / модуль (лінія)	Кредитів ECTS			
		лекції	практичні, семінари	клінічна практика	разом
Семестр 9					
Внутрішня медицина I	5DIPLM/ INTM1		3,3	3,3	6,6
Внутрішня медицина II	5DIPLM/ INTM2		2,5	3,3	5,8
Невідкладна допомога	5DIPLM/EMM	1,1	1,4	3,3	5,8
Клінічна діагностика	5DIPLM/ L18		3,3		3,3
Загальна медична практика	5DIPLM/ L19A		1,2		1,2
Семестр 10					
Хірургія I	5DIPLM/ SURG1		3,3	3,3	6,6
Хірургія II	5DIPLM/ SURG2		2,5	3,3	5,8
Прикладні медичні науки	5DIPLM/ AMSC1	1,1	3,9		5,0
Факультативні предмети	5DIPLM / OPT9				1,5
Клінічні протоколи	5DIPLM/ CLS5				8,0
Дипломна робота А	5DIPLM / THESA				10,0
Всього за рік					60
Семестр 11					
Неврологія	6DIPLM/NEUR	1,1	1,9	2,8	5,8
Психіатрія	6DIPLM/PSYC	1,1	2,2	2,5	5,8
Педіатрія	6DIPLM/PED	1,1	1,4	3,3	5,8
Загальний догляд за пацієнтами	6DIPLM /L20		3,3		3,3
Загальна практика	6DIPLM /L19B			1,3	1,3
Семестр 12					
Акушерство та гінекологія	6DIPLM/ GYN		2,5	3,3	5,8
Офтальмологія	6DIPLM/ OPHT	0,8	0,8	1,3	3,9
Оториноларингологія	6DIPLM/ ORL	1,1	0,8	1,4	3,3
Дерматологія	6DIPLM / DERM	0,8	1,9	1,4	4,2
Прикладні медичні науки II	6DIPLM / AMSC2	0,3	1,4		1,7
Факультативні предмети	6DIPLM/ OPHT10				1,5
Дипломна робота В	6DIPLM / THESB				10,0
Клінічні протоколи	6DIPLM/ CLS6				8,0
Всього за рік					60

Однією з найбільших проблем, що тривалий час не вирішувалася і гальмувала реформування медичної освіти, був безкоштовний вступ до вищих навчальних закладів Австрії. До рішення суду ЄС у 2005 році в країні був політичний консенсус стосовно того, що в країні має бути дозволений необмежений допуск до вступу в університети. Однак це входило в протиріччя з можливостями медичних факультетів. Вибір був в основному самовибором [10]. Упровадження процедури попереднього відбору докорінно змінило стан справ. У сучасних умовах співвідношення заяв на вступ становить приблизно п'ять до одного. Абсолютно нові і незнайомі процедури прийому були предметом палких суперечок на території всієї країни. У ході обговорення панувала помилкова думка, що вступні випробування повинні мати прогностичне значення, гарантуючи, що випускники будуть "хорошими" лікарями, у той час як процедура була задумана як спосіб справедливого відбору, що базується на академічній успішності вступника. Однак у процесі проведення вступних випробувань і Європейська система здатності до опанування медицини (EMS), яку використовують Віденський та Інсбрукський медичні університети, і місцева система вступних випробувань застосовується медичним університетом Граца) добре себе зарекомендували [14].

Зважаючи на автономію австрійських університетів, кожен з них використовує різні процедури прийому. Медичні університети Відня та Інсбрука вирішили співпрацювати в цьому плані і застосовують відомий інструмент для перевірки академічних здібностей абітурієнтів, так званий "Eignungstest für das Medizinstudium in Österreich" (EMS, тест на придатність до вивчення медицини в Австрії), а в Граці використовують самостійно розроблені викладачами університету тести для перевірки знань з профільних предметів (біології, хімії, математики, фізики) [13].

В Австрії досвід впровадження тестових вступних випробувань виявив різкий контраст з попереднім досвідом у Німеччині та Швейцарії – результати тестування у жінок були значно гіршими, ніж у чоловіків в усіх трьох університетах. Тому виникли дебати щодо подолання цього гендерного розриву. Було поглиблено проаналізовано процедуру допуску до вступних випробувань та можливі основні причини гендерних відмінностей, які були зумовлені відмінностями у процесі їх соціалізації в системі середньої освіти [3].

У 2002 році в австрійське законодавство було впроваджено елементи Болонського процесу, що стосуються медичної освіти (наприклад, забезпечення контролю якості освіти, впровадження кредитів ECTS,

європейського додатка до диплома). З метою ліквідації основного джерела опору змінам медична освіта була побудована як одноетапний шестирічний дипломний курс. Поправки до закону 2009 року, які вступають в силу у 2012 році, змінять одноетапну модель навчального плану на двоетапну, в якій будуть реалізовані нові навчальні програми медичної освіти. Існуючі навчальні програми можуть залишатися незмінними, але медичні університети в змозі будуть вільно обирати навчання в системі бакалавр-магістр, якщо вони захочуть це зробити [3].

Наслідки змін протягом останнього десятиліття можуть бути визначені на різних рівнях системи освіти – університетському, національному і міжнародному.

Нові навчальні структури потребували інших методів управління та керівництва. Перехід від навчальної організації з чіткою послідовністю дисциплінарних ліній до комплексних інтегрованих програм з тематичною модульною організацією допомогло перемістити децентралізовані ресурси на новий, більш високий рівень організаційної структури в межах університету (хоча деталі відрізняються у різних університетах). Зміст та контроль знань плануються координаторами, які відповідають за модулі чи різні фази навчальної програми. Як результат формується основна структура міждисциплінарних зв'язків, яка повністю відрізняється від попередньої структури, заснованої на дискретних предметах [5].

Важливими стали зміни до нових методів оцінювання знань, які були реалізовані в Австрії досить пізно, порівняно з аналогічними змінами в Німеччині та Швейцарії. Такі заходи, як розподіл функцій учасників (кафедри не беруть участі у проведенні незалежного тестування, вони тільки готують банк тестових завдань), прозорість процедур, можливість доступу до бази завдань, що виносяться на іспит, і перегляду своїх результатів після іспитів, постійне застосування "принципу чотирьох очей" для контролю якості тестових завдань, обговорення проблем щодо проведення іспитів під час спілкування зі студентами, застосування об'єктивних методів оцінювання та наявність зворотного зв'язку за результатами проведення незалежного оцінювання значно покращили якість цього ключового чинника освіти, який був дуже неструктурованим і ненадійним у минулому [6].

У результаті акцентування уваги на навчання й оцінювання практичних вмій і навичок були створені навчальні центри в усіх медичних навчальних закладах Австрії. Необхідність структурування та підтримки процесу викладання стали стимулом для використання стратегії електронного навчання [8].

Австрійські дослідники вказують на можливість виникнення проблем, коли будуть повністю реалізовані зміни в програмі. Однією з них є зниження продуктивності роботи, яке майже неминуче виникає, коли відмовляються від традиційних програм, за якими працювали багато років. Проблеми такого роду, ймовірно, мали місце в усіх університетах і розглядалися порізно. У Відні були зроблені деякі зміни і коректування початкових намірів, як описано в доповіді комісії з добровільної акредитації проекту. У медичному університеті Граца необхідно було подолати значний опір змінам, що і було зроблено шляхом ретельної зовнішньої експертизи. В Інсбруку нові методи оцінювання, які було заплановано спочатку, були призупинені, і комплексне оцінювання було відкладене до тих пір, поки всі студенти першого набору не завершили навчання за новим навчальним планом [8].

Значне скорочення відсіву і середньої тривалості навчання відкриває нові можливості для студентів. Хоча офіційні дані Міністерства відсутні, медичні університети звітують, що до завершення 12–14 семестрів навчання відсів складає менше 10 %. Це стосується не тільки кар'єри окремих студентів, але і планування розвитку людських ресурсів у секторі охорони здоров'я [11].

Змінюється також перехід від додипломної освіти до післядипломної. У двох університетах (Граца та Інсбрука) останній рік навчання передбачає виключно клінічну підготовку, у Віденському медичному університеті також відбуваються зміни в цьому напрямі. У поєднанні з існуючим каталогом кваліфікаційних вимог до дипломованого спеціаліста це сприятиме відповідності медичної освіти в усіх німецькомовних країнах, а значить індивідуальній мобільності і можливості для працевлаштування [9].

У зв'язку з новими вимогами щодо освітніх компетенцій (викладання, навчання, оцінювання, оцінка) з'являються нові можливості для викладачів у професійній кар'єрі в галузі освіти. У 2009 році були реалізовані нові критерії заохочення викладачів усіх медичних університетів, що передбачає їх участь в освітніх проєктах усіх європейських країн. Це, у свою чергу, вимагає структурованої програми для розвитку післядипломного навчання професорсько-викладацького складу університетів [8].

Література

- Гіббс Т. Відкрите обговорення системи медичної освіти в Україні : на початку нової ери / Тревор Гіббс // Сімейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 5 – 6.
- Медицинское образование в мире и в Украине / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец, и др.]. – Харь-

Міжнародні дискусії все частіше стосуються Болонського процесу в медичній освіті. Суперечки про наявність одно- чи двоциклових навчальних планів часто затмарюють інші важливі питання. Важливою особливістю австрійського підходу є вертикальна структуризація медичної освіти. Кваліфікаційний рівень “лікар” (шість років, 5500 годин) вважається професійною кваліфікацією. Найвищим рівнем відповідно до Болонського підходу є отримання ступеня доктора філософії (3 роки навчання після отримання диплома лікаря), що надає широкі можливості для професійної кар'єри в майбутньому. Таким чином, обидва рівні (доктор філософії і спеціаліст) чітко регламентовані. Впровадження базової кваліфікації бакалавра в галузі медицини стало можливим завдяки поправкам до Закону про університети 2009 року. Це відкрило можливість для впровадження курсу бакалавра, якщо в цьому буде термінова необхідність чи виникнуть додаткові можливості самореалізації (наприклад, міжпрофесійна освіта, робота у сфері організації охорони здоров'я тощо) [5].

Важливим критерієм на міжнародному рівні є мобільність, як протягом проходження курсу навчання, так і післядипломного навчання. Австрійський випускник у найближчому часі буде на рівних з випускниками інших німецькомовних країнах як формально, так і щодо якості їх освіти, і вони більше не будуть обтяжені недоліками (наприклад, щодо післядипломного навчання в Німеччині), які в даний час все ще існують [13].

Висновки. З'ясовано, що проведення глобального реформування медичної освіти в Австрії було наслідком дії багатьох чинників. Зміни стосуються як дипломної, так і післядипломної освіти. Модернізація навчального плану істотно впливає на університетські інституції, які забезпечують координацію, фінансування, логістику, якість і підвищення кваліфікації викладачів. Зміни вплинули на студентів, які навчаються в принципово інших умовах (прийому, тривалості навчання, кваліфікації спеціалістів тощо).

Важливим активом австрійської системи є хороші можливості для співпраці між медичними університетами, які отримують вигоду від сумісних дій, створених спільними зусиллями, але все ж залишаючись автономним і здатними визначати свої власні стратегії розвитку і вдосконалення.

ков : ИПП “Контраст”, 2005. – 464 с.

- Evaluation des Studiums Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien – „Pilotprojekt Akkreditierung“ / Aretz T., Fischer M., Kadmon M. [et al.] Bericht des Review-Teams. Wien: Osterreichische Qualitätssicherungsagentur;