

УДК 378.2: 614.253

АТЕСТАЦІЯ ЛІКАРІВ: АКЦЕНТ НА БЕЗПЕРЕРВНІСТЬ САМООСВІТИ

М. В. Гребеник, О. М. Масик, О. Р. Боярчук

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

CERTIFICATION OF PHYSICIANS: FOCUS ON CONTINUOUS SELF-EDUCATION

M. V. Hrebennyk, O. M. Masyk, O. R. Boyarchuk

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine”

У статті проведено аналіз видів робіт, здійснених лікарями в міжатестаційний період. Сформульовані пропозиції з подальшого удосконалення системи атестації, зокрема з самоосвіти лікарів.

The article deals with analyses of the types of work performed by doctors in period between certification. Propositions for further improving the system of certification, including self-education were presented.

Вступ. Безперечно, що створення стандартизованих вимог для оцінки якісних та кількісних показників роботи лікарів в міжатестаційний період не лише об’єктивізує, але й повинне стимулювати якість їх діяльності. З цих позицій наказ МОЗ України № 484 від 7 липня 2009 р. “Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” (далі – Наказ) цілком відповідає чи не найголовнішій змістовній меті – створенню мотивації для безперервної освіти лікарів. На сьогодні необхідність в безперервній медичній освіті достатньо актуалізована і іншими документами. Зокрема, в розділі 7 Етичного кодексу лікаря України, прийнятого та підписаного на Всеукраїнському з’їзді лікарських організацій та Х з’їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 року, міститься зобов’язання “постійно підвищувати свою кваліфікацію, бути поінформованим стосовно найновіших досягнень у сфері професійної діяльності” [3]. Те саме можна знайти в Декларації по медичній освіті Всесвітньої медичної асамблеї 1987 р. [2] та в інших документах міжнародних лікарських об’єднань. Якщо два останні цитовані документи мають переважно рекомендаційний характер, Наказ МОЗ України є обов’язковим для виконання. В попередній нашій статті з цього приводу [5] ми вже аналізували його в розділі самоосвіти, проте головним чином в передбачувальному аспекті. На сьогодні вже з’явився достатній фактичний матеріал для продовження такого аналізу.

Метою нашого дослідження був аналіз видів робіт, здійснених лікарями в міжатестаційний період, і фор-

мулювання пропозицій з подальшого удосконалення системи атестації, зокрема з самоосвіти лікарів.

Основна частина. Об’єкт дослідження – довідки про результати різних видів діяльності лікаря (відповідно до листа МОЗ України від 11.12.2009 р. № 08.01-51/2625) подані в деканат факультету післядипломної освіти під час проходження передатестаційних курсів у 2010–2011 рр. Усього проаналізовано 880 довідок, в тому числі від лікарів-терапевтів (197 осіб), хірургів (146), акушерів-гінекологів (133), педіатрів (119), лікарів медицини невідкладних станів (65), кардіологів (69) та лікарів загальної практики – сімейної медицини (151 особа). Середній вік лікарів склав 46,7±11,0 років і суттєво не відрізнявся залежно від спеціальності (від 43,5±12,0 у лікарів-хірургів до 48,7±10,0 у лікарів-кардіологів). Для оцінки використання того чи іншого виду діяльності лікаря застосовували “коефіцієнт використання виду діяльності” (КВД), який отримувався шляхом ділення кількості виконаних видів діяльності в групі лікарів на кількість лікарів у цій же групі. Для оцінки ступеня поширеності того чи іншого виду робіт ми використовували статистичну шкалу градацій КВД: 0 – не поширений, 0,01–0,20 – мало поширений, 0,21 і вище – поширений. Відправний КВД 0,21 являв собою середню величину КВД усієї вибірки.

КВД (згідно з відповідними пунктами Наказу) лікарями різних спеціальностей представлені в таблиці 1.

З таблиці видно, що спостерігалися однотипні закономірності у поширеності видів діяльності в міжатестаційний період, практично мало залежні від спе-

Таблиця 1. Виконання окремих видів робіт лікарями в міжкатестаційний період

Номер пункту виду діяльності	Спеціальність						
	терапія	хірургія	акушерство і гінекологія	педіатрія	медицина невідкладних станів	кардіологія	загальна практика – сімейна медицина
2	0,38	0,58	0,87	0,51	0,02	0,54	0,24
3	0,05	0	0	0	0	0	0,02
4	0,66	1,24	0,53	1,12	0,42	0,64	0,34
5	0,01	0,03	0,01	0,02	0	0,04	0
6	0,09	0,03	0,10	0,04	0,43	0,14	0,01
7	0,06	0	0,02	0,01	0	0	0
8	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,04	0,08
9	0,54	0,25	0,48	0,82	0,83	1,58	1,85
10	0	0	0,01	0,03	0	0,03	0
11	0,12	0,03	0,06	0,06	0,02	0,06	0,06
12	0	0	0	0	0	0	0
13	0,01	0	0	0	0	0	0
14	0,01	0,01	0,01	0	0	0,07	0,01
15	0,03	0,05	0,05	0,16	0,02	0,07	0,04
16	2,22	1,36	0,42	1,69	3,78	1,36	2,16
17	0	0,01	0,01	0	0	0	0
18	0,14	0,08	0,02	0,11	0,02	0,14	0,16
19	0,08	0,03	0,01	0,01	0,02	0,04	0,07
20	0,01	0,01	0,03	0,02	0	0,01	0
21	0,01	0,01	0,04	0,01	0	0	0
22	0,05	0,01	0,02	0,02	0	0,04	0,42

ціальності лікарів. Так, такий вид роботи, як “Підвищення кваліфікації на циклах тематичного вдосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти” (п. 2 Наказу) загалом часто виконувався лікарями усіх спеціальностей, за винятком “Медицини невідкладних станів”. Особливо треба відмітити, що у 2011 р. відсоток осіб, які відвідали такі цикли, склав 84 порівняно з 16 % у 2010 р. Найімовірніше, мала активність лікарів медицини невідкладних станів у цьому плані виникла через недостатню кількість відповідних тематичних циклів. Відсутність активності лікарів у підвищенні кваліфікації за дистанційною формою навчання у закладах (на факультетах) післядипломної освіти (п. 3 Наказу) обумовлений об’єктивними причинами, про які ми вже писали раніше [5]. Разом з тим, невелика частина лікарів-терапевтів та зі спеціальності “Загальна практика – сімейна медицина” подавали наявні у них сертифікати про таке навчання. Проте деканатом факультету вони не були зараховані, оскільки видавалися не закладами післядипломної освіти.

Одним з найбільш поширених видів діяльності є виконання п. 4, а саме проведення лекцій. Разом з тим, трактування діяльності лікарів за цим пунктом Наказу викликає певні труднощі. Так, у першому абзаці записано “...виступ та публікація у засобах

масової інформації”, що дослівно відповідає запису у п. 16: “Виступи та публікації в засобах масової інформації, у тому числі місцевих”. Вважаємо за потрібне звернутися до МОЗ України для уточнення формулювань цих пунктів.

Малою поширеністю характеризується такий вид робіт, як “Навчання на курсах інформації та стажування в закладах (на факультетах) післядипломної освіти, охорони здоров’я, науково-дослідних інститутах, у т. ч. за кордоном...”; найчастіше виконували цю роботу лікарі-кардіологи. (трьох слухачів). Не набагато кращим є виконання п. 6 Наказу, а саме “Підготовка на короткотривалих курсах інформації та стажування, переривчастих курсах, семінарах на місцевих базах, в регіональних центрах (що підтверджено обласним відділом охорони здоров’я)...” Попри малу поширеність цього виду діяльності серед спеціалістів усіх профілів, лікарі медицини невідкладних станів були досить активними (коефіцієнт 0,43). Не поширений такий вид діяльності, як “Науково-педагогічна (педагогічна) робота у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах і закладах (на факультетах) післядипломної освіти”. Спорадичні випадки діяльності лікарів у цій сфері (усього – 14 епізодів серед 880 звітів) стосувалися роботи за сумісництвом в закладах I-II рівнів акредитації. Цікаво, що

науково-педагогічною діяльністю займалися лише терапевти, акушери-гінекологи і педіатри.

Важливість розвитку даного напрямку діяльності особлива для досвідчених лікарів, які в перспективі повинні залучатись до кураторської роботи під час заочного стажування для лікарів, що проходять спеціалізацію за фахом “Загальна практика – сімейна медицина” згідно з новою уніфікованою програмою [4].

Цілком виправданими є низькі КВД з керівництва інтернами на базах стажування. Слід все ж таки зазначити, що зарахування виконання цієї роботи головними лікарями відбувається формально, лише за наявністю відповідного наказу обласного управління охорони здоров'я та лікувального закладу. В цей же час відомі усі труднощі налагодження цієї роботи на місцях. Видається корисним, коли б головний лікар узгоджував зарахування цієї роботи з деканатом факультету післядипломної освіти. В такому випадку слід очікувати зростання якості навчання інтернів на заочних базах та забезпечення належного контролю обох зацікавлених сторін.

Загалом, високою поширеністю характеризується участь лікарів у науково-практичних конференціях, симпозіумах, з'їздах, конгресах, засіданнях професійної асоціації за спеціальністю (п. 9 Наказу). Наведені в таблиці показники є усередненими за 2010 і 2011 рр., проте в розрізі окремих років вони суттєво відрізнялися. А саме, до опублікування роз'яснення щодо переліку документів, які подаються до вищих медичних закладів післядипломної освіти МОЗ України за № 08.01-51/1250 від 24.06.2010 р. отримання практично усіх необхідних балів за діяльність в міжатестаційний період забезпечував саме цей пункт. Після оприлюднення вказаного документа у звітах лікарів цей вид діяльності майже не згадується. Враховуючи те, що науково-практичні конференції і тому подібні заходи обласного чи регіонального рівнів проводяться доволі часто і збирають суттєву аудиторію слухачів, доцільним було би зараховувати участь у цих заходах, за тими ж, або нижчими балами за умови дотримання реєстраційно-облікових вимог.

Попри низьку поширеність, все ж позитивним є участь практичних лікарів у виданні фахових посібників (п. 10), публікаціях статей (п. 11), тезах конференцій, з'їздів, симпозіумів, конгресах (п. 15). Поряд з цим, лікарі не беруть участі у винахідницькій діяльності (п. 12) та виданні галузевих документів (п. 13). Не виключено, що ці позиції Наказу було би доцільно вилучити, або об'єднати з іншими спорід-

неними. Так само незадовільним є і виконання п. 14 Наказу попри його суттєвість у лікарській діяльності. Справді, упровадження у практичну діяльність інноваційних розробок та технологій, нових методів діагностики, лікування та фарманалізу повинні бути предметом щоденної зацікавленості лікаря будь-якої категорії, а для вищої категорії виконання цього пункту повинно бути обов'язковим. Вважаємо, що таке уточнення слід внести як регламентуюче. Варто також повернути престиж раціоналізаторським позиціям.

Як і слід було очікувати, після оприлюднення роз'яснень МОЗ до переліку документів, які подаються до вищих медичних закладів післядипломної освіти (вид. коментарі до п. 9), у 2011 р. відбулось компенсаторне перетікання об'ємів виконання діяльності з п. 9 у п. 16, що забезпечило левову частку отриманих балів переважною більшістю лікарів і досить нагадує дотримання звітування по путівках товариства “Знання” у радянські часи. Представлені документи були зовсім відірвані від конкретних планів санітарно-просвітницької роботи медичних закладів.

Слід зазначити, що більшість видів діяльності відбувалася у вигляді ексцесів в останній міжатестаційний рік. Тобто на сьогодні основна мотивація лікарів в міжатестаційний період – це “кількість балів”, тому принципу безперервності освіти поки не досягнуто. В цьому плані головним рушієм навчання через усе життя повинна стати самоосвіта. Можливо, для стимуляції даного процесу на перших порах справді доцільно було б затверджувати індивідуальний план самоосвіти у міжатестаційний період при завершенні передатестаційних циклів [1]. Проте хотілося б застерегти в разі прийняття даного положення від чергового бюрократично-формального підходу. Адже, якщо провести оцінку усіх пунктів Наказу на предмет заохочення зусиль лікарів з самоосвіти для їх виконання, саме п. 16 цих зусиль або не вимагає, або потребує їх мінімально.

Висновки: 1. Наказ МОЗ України № 484 від 7 липня 2009 року “Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” є реальним суттєвим важелем в реалізації переходу на безперервну освіту.

2. Низка положень наказу вимагає уточнень, які доцільно розглянути на координаційній науково-методичній комісії з післядипломної освіти.

3. Самоосвіта повинна стати основним елементом в забезпеченні безперервної освіти.

Література

1. Веденко Б. Г. Самостійне удосконалення лікарів – важливий крок у підвищенні їх кваліфікації / Б. Г. Веденко, В. А. Мельник // *Новости медицины и фармации.* – 2011. – Т. 20, № 392. – С. 18–19.
2. Декларація з медичної освіти, прийнята на ранчо Міраж : прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Мадрид, жовт. 1987 р. // *Збірка законодавчих та нормативних актів про медичну освіту. Т. 1 : Загальні питання / Україна. Міністерство охорони здоров'я.* – К. – Сімферополь, 2002. – С. 14–19.
3. Етичний кодекс лікаря України. – Електронна публікація. Режим доступу <http://www.umj.com.ua/article/3008>
4. Навчальний план та уніфікована програма циклу спеціалізації за фахом “Загальна практика-сімейна медицина”. – Київ, 2012. – 49 с.
5. Нове положення про атестацію лікарів : перший досвід запровадження та міркування з удосконалення / М. В. Гребеник, О. М. Масик, О. Є. Самогальська [та ін.] // *Медична освіта.* – 2010. – № 2. – С. 146–148.