

УДК 37.018.46:61(477)

РЕОРГАНІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ – ВАЖЛИВИЙ АСПЕКТ НАСТУПНОГО РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Л. Я. Ковальчук

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

REORGANIZATION OF POST-GRADUATE EDUCATION IS AN IMPORTANT ASPECT OF FURTHER DEVELOPMENT OF HEALTH OF UKRAINE

L. Ya. Kovalchuk

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

У статті обґрунтовано реорганізацію післядипломної освіти як важливий аспект наступного розвитку охорони здоров'я в Україні.

The article substantiates the reorganization of post-graduate education as an important aspect of further development of Health of Ukraine.

Вступ. Розширення міжнародних зв'язків України, визнання її як самостійної демократичної держави світовим співтовариством вимагають модернізації медичної освіти, яка має відповідати європейським стандартам і бути конкурентоспроможною на світовому ринку [1].

Основна частина. На сьогодні в Україні система підготовки медичних та фармацевтичних кадрів після отримання диплома провізора складається з двох частин: власне системи післядипломної медичної та фармацевтичної освіти (ПМ(Ф)О) і наступного безперервного професійного розвитку [2].

В системі власне ПМ(Ф)О використовуються такі види підготовки лікарів (провізорів): інтернатура, спеціалізація, стажування, клінічна ординатура, що забезпечуються відповідними освітньо-професійними програмами та здійснюються на основі повної вищої медичної або фармацевтичної освіти.

Головні завдання післядипломної освіти полягають у забезпеченні системи охорони здоров'я кваліфікованими медичними кадрами та забезпеченні пацієнтів ефективною і якісною медико-профілактичною допомогою [1]. Однак, якщо поставити сьогодні запитання: Чи здатний вчорашній інтерн після отримання сертифіката спеціаліста самостійно забезпечити належний рівень надання допомоги? Чи належною є якість кваліфікації тривало практикуючого лікаря за умови лімітованого 5-річним терміном проходження підвищення кваліфікації при повному оновленні інфор-

мації через кожні 3 роки? Чи реально сьогодні забезпечена організаційно, методично, матеріально та ін. система безперервного професійного розвитку лікаря за умов глобалізації та прискорення передачі інформації? Відповіді на ці запитання є очевидними. На жаль, сьогодні система післядипломної освіти (ПДО) не здатна оптимально вирішити запити лікарів, охорони здоров'я і суспільства в цілому.

Закономірно виникає запитання щодо необхідності змін у системі ПДО в Україні. Інтеграція освіти, у т. ч. післядипломної, в Європейський освітній простір вимагає координації з директивами Євросоюзу (ЄС) та Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО), зокрема: узгодження термінів підготовки, переліку спеціальностей; забезпечення мобільності студентів, інтернів, слухачів, лікарів; забезпечення стандартів якості освіти згідно з вимогами ВФМО; забезпечення конкурентоспроможності професійної підготовки; забезпечення реалізації стратегічних завдань системи охорони здоров'я за умов стрімкого збільшення обсягу інформації, глобальних змін у сфері політичних, економічних, соціальних відносин.

Якщо говорити про першочергові зміни в системі ПДО, то насамперед доцільно провести реорганізацію структури ПДО відповідно до Європейських стандартів, забезпечити модернізацію матеріально-технічної бази закладів ПДО і баз стажування (університетських клінік), оновити програмне та інформаційне забезпечення навчального процесу, реалізувати інновації в підготовці та атестації педагогічних кадрів для системи ПДО.

© Л. Я. Ковальчук

Звичайно, на шляху реформування слід очікувати низки проблем і ризиків. Зокрема, закономірними є конфлікт між запитами особистості, потребами ринку і вимогами суспільства, недостатня відповідність освітніх послуг вимогам часу. На сьогодні у нас відсутня система мотивацій і стимулювання інноваційної діяльності в системі освіти. Також не сформована соціально-правова захищеність учасників реформ, відсутня цілісна система соціально-економічних стимулів у педагогічних і науково-педагогічних працівників, зберігається невисокий рівень заробітної плати таких працівників.

Серед провідних ризиків слід звернути увагу насамперед на економічну кризу, обмежений обсяг ресурсів для реалізації реформи. Присутня традиційна обструкція частини суспільства до радикальних змін, спостерігається консерватизм працівників освіти в питаннях реформування. Система управління освітою є досить інерційною, наявні кадри недостатньо підготовлені до активних і скоординованих дій в умовах ринку освітніх послуг.

7 листопада 2013 р. у Харкові на Навчально-науковій конференції “Сучасна післядипломна освіта: досягнення, проблеми, перспективи” ректор НМАПО ім. П. Л. Шупика академік НАМН України, професор Ю. В. Вороненко оприлюднив проект від робочої групи “Стратегія розвитку системи ПДМ(Ф)О в Україні до 2020 року”, який був розроблений на виконання наказу МОЗ України від 29.01.2013 р. № 62 та листа МОЗ України від 26.03.2013 р. № 08.01-47/400/8421 [3]. Вузлові пропозиції запропонованого проекту включають реорганізацію інтернатури з обмеженням до 18 базових спеціальностей та поступове запровадження резидентури через проміжний етап змін в організації клінічної ординатури за 34 спеціальностями.

У світлі обговорення стратегії розвитку ПДО в Україні, на нашу думку, доцільно звернути увагу на накопичений великий досвід країн Європи. Адже перспективи остаточного вступу України до Євросоюзу, розширення міжнародних зв'язків вимагають модернізації медичної освіти, яка повинна відповідати європейським стандартам. А тому вивчення медичної освіти інших держав набуває актуального значення і дасть можливість Українській державі наблизитись до Європейського співтовариства.

У цілому досвід підготовки лікарів у різних країнах (Австрії, Німеччині, Польщі, Словаччині, Чехії, Канаді) детально вивчений, проаналізований та узагальнений на підставі стажування у країнах Євросоюзу викладачами ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України” [4].

Так, тривалість післядипломного навчання в Австрії – одна з найдовших у Європі та світі. Наприклад, для того, щоб стати лікарем-спеціалістом, необхідно після успішного завершення медичного університету навчатися і стажуватися ще не менше 9 років (3 роки загальної інтернатури та 6 років спеціалізації за одним з існуючих в Австрії 45 медичних фахів). Для здобуття вузької спеціальності (нейрохірург, ендокринолог тощо) – ще додатково 3 роки після цього. Таким чином, з урахуванням тривалості навчання в медичному університеті лікар-ендокринолог чи гематолог повинен загалом провчитися 18 років. І це за умови, що йому не доведеться очікувати на кожен з наступних етапів навчання, оскільки тих, хто бажає пройти спеціалізацію з кожного предмета, значно більше, ніж доступних місць. Із деяких спеціальностей (оториноларингологія, ендокринологія) конкурс серед претендентів сягає більше 10 на 1 місце. Таким чином, формується достатньо довгий список очікування, в якому можна перебувати ще декілька років.

Водночас на сьогодні практично відсутні стандартизовані рекомендації щодо вибору претендентів на 6-річну спеціалізацію. Незважаючи на практично повну відсутність корупційної складової у цій галузі в Австрії, вибір кандидатів проводить керівник відділення чи медичний керівник лікувального закладу здебільшого на основі особистих критеріїв або уподобань.

Така система, з одного боку, забезпечує австрійську систему охорони здоров'я достатньою кількістю лікарів загальної практики, з іншого – серед тих, хто здобуває або вже здобув вузьку спеціальність, великий відсоток тих, хто хоче змінити або й реально змінює її.

У Німеччині післядипломна освіта підпорядкована Палаті лікарів, яка є історично сформованим органом нагляду, керування та контролю за діяльністю медичних установ і лікарського персоналу й одночасно має повноваження законодавчої діяльності. Палата лікарів обирається раз на 6 років шляхом анкетного опитування, до її складу входять лікарі всіх спеціальностей, фінансування здійснюється за рахунок обов'язкових внесків лікарів.

У Німеччині існує 33 основні медичні спеціальності, які включають у себе вузьку спеціалізацію, а також ряд додаткових спеціальностей. Післядипломна освіта лікаря-спеціаліста в рамках трудового законодавства триває для терапевтичних спеціальностей 5 років (включаючи лікарів загальної практики), для хірургічних – 6 років. Після отримання сертифіката спеціаліста можна продовжити навчання для здобуття додаткової спеціальності, тривалість якого становить від 12 до 18 місяців.

На відміну від Австрії, де лікар загальної практики не є лікарем-спеціалістом і діяльність його обмежена амбулаторною допомогою, в Німеччині лікар загальної практики є повноправним лікарем-спеціалістом, він має право самостійної роботи в стаціонарних відділеннях і надавати спеціалізовану медичну допомогу, очевидно, за рахунок порівняно більшої (на 2 роки) тривалості навчання.

Лікарня завчасно подає інформацію в Палату лікарів та оголошення в медичну газету про кількість вакантних місць лікарів-асистентів на базі відділень. Для отримання посади претендент проходить співбесіду з шеф-лікарем, і після отримання позитивного рішення подається заява в Палату лікарів.

Слід сказати, що питання щодо вибору місця роботи в більшості випадків вирішується завчасно, під час студентського року практики. За цей рік студенти вибирають собі майбутню спеціальність, вони розглядають місце практики як потенційне місце роботи, а лікарня розглядає їх як потенційних лікарів-асистентів. Тому при подачі заявки на посаду лікаря-асистента адміністрація лікарні, як правило, вже знайома з претендентом. Претендент може приступити до роботи тільки після отримання підтвердження від Палати лікарів на основі раніше поданої заяви. Він зараховується на ставку лікаря-асистента з відповідною заробітною платою, яку йому нараховує лікарня. Кількість навчальних місць у відділенні обмежена і розподіляється лікарем, відповідальним за навчання в клініці.

Адміністрація відділення зобов'язана кожні шість місяців подавати звіт у Палату лікарів, які лікарі та скільки часу проходять навчання на базі відділення.

Місцем проведення навчання є відділення лікарень або університетських клінік, які пройшли сертифікацію і перелік яких вказаний Палатою лікарів федеральної землі Німеччини. Навчання також може проводитись на базі приватних практик, які також внесені в реєстр навчальних баз Палати лікарів.

Відповідальними за навчання стажистів є шеф-лікарі й, відповідно, адміністрація лікарні. До навчання претендентів також можуть залучатись старші лікарі відділень, проте відповідальність за навчання і роботу лежить на шеф-лікареві, який підписує матрикулярну книжку про успішне чи неуспішне завершення циклу, дає характеристику претенденту і проставляє допуск до екзамену.

Кілька років тому післядипломна освіта Німеччини була видозмінена і був запроваджений принцип “спільної основи” (Common trunk) – базисний курс для суміжних хірургічних та терапевтичних спеціальностей, від якого відгалужується власне спеціалізація.

Базисний курс (основи загальної патології) для хірургічних спеціальностей триває 2 роки і для терапевтичних – 3 роки. Принцип “Common trunk” є дуже зручним для лікарів-асистентів, які хочуть здобути вузьку спеціальність. Якщо в Австрії це займає 9–12 років, то у Німеччині – 5–6 років.

Для проведення екзамену претендент завчасно (не пізніше ніж за 5 місяців до закінчення навчання) подає заяву та позитивну матрикулярну книгу в Палату лікарів своєї землі, де після перевірки його допускають до іспиту, вносять у список і повідомляють про час та місце екзамену. Екзамен проводиться в усній формі, яка є оптимальною для перевірки його знань. Екзаменаційна група складається з 3 чоловік і більше, в неї входять 2 лікарі-спеціалісти і представник Палати лікарів. Голова екзаменаційної комісії – голова лікарської асоціації відповідної спеціальності федеральної землі (наприклад, голова асоціації судинних хірургів). Тривалість екзамену – не менше 30 хв, оцінювання за системою “склав” або “не склав”. Про результат палата повідомляє претендента письмово протягом 8 тижнів.

Наступне підтвердження фахової придатності здійснюється щорічно шляхом накопичення 50 залікових балів за рік і звітування перед Палатою лікарів федеральної землі, зчитування інформації з електронної картки, яка видається лікарю після отримання сертифіката спеціаліста.

Лікарі-спеціалісти і лікарі-асистенти також зобов'язані брати участь в щорічних конференціях та з'їздах. Для фінансування навчання чи курсів на кожного лікаря, згідно із законом, виділяється щороку 1000 євро. Якщо оплата перевищує дану суму, вона вноситься в податкову декларацію з подальшим її відшкодуванням шляхом зменшення податків.

Суттєво коротшим є шлях підготовки на післядипломному етапі у *Словаччині*.

Післядипломна підготовка майбутніх лікарів у Словаччині починається відразу після закінчення ними університету та отримання диплома (6 років навчання для медичного факультету і 5 років для фармацевтичного і стоматологічного).

Першим етапом для лікарської підготовки терапевтичного спрямування є проходження циклового післядипломного дворічного стажування в різних клініках, патронуваних університетом (загальна медична спеціалізація). Другим етапом є навчання зі спеціальності на клінічній базі – стажування під контролем зовнішнього керівника – куратора.

Ці етапи складають так звану основну спеціалізацію, після якої лікар стає спеціалістом певного напрямку (наприклад, загальна хірургія, педіатрія,

внутрішні хвороби, загальна практика тощо; всього – 63 фахи). Тривалість спеціалізації становить, як правило, ще 3–5 років, окрім спеціалізації із загальної практики, тривалість якої – 1 рік 3 місяці.

Кожен лікар-стажист має визначеного керівника як в університеті (профільна кафедра), так і зовнішнього керівника – куратора спеціалізованого навчання на клінічній базі.

Таким чином, систему безперервного тематичного фахового навчання контролюють із трьох незалежних центрів: працівники кафедр післядипломної освіти (доцент-куратор); керівники з клінік, де майбутній фахівець проходить стажування; державний координатор післядипломного навчання (представник МОЗ). Такий контроль унеможливує будь-які спроби недобросовісного навчання чи одночасного проходження декількох спеціалізацій у різних закладах країни.

Після проходження базової спеціалізації в лікарів-спеціалістів є можливість для подальшої післядипломної освіти за більш вузькою спеціалізацією (наприклад, нефрологія, трансплантологія, кардіологія тощо; всього – ще 18 фахів).

Тривалість вторинної спеціалізації – близько 3-х років. У кінці стажування лікарі захищають випускню спеціалізаційну роботу та складають остаточний іспит, який відбувається при комісії, що включає не тільки представника університету, але й декілька незалежних фахівців-практиків з регіону, де проходило стажування, а також з інших регіонів Словаччини. Це дає можливість неупереджено оцінити рівень готовності до повної самостійної роботи молодого фахівця. Після цього лікар-стажист отримує титул MUDr – medical university doctor.

Важливою складовою післядипломної освіти лікаря у Словаччині є безперервна медична освіта лікарів, яка контролюється шляхом отримання 250 кредитів за 5 років. Куратором і координатором цього процесу виступає Словацька медична палата (SLS), яка є членом об'єднання медичних спеціалістів Європейського Союзу (UEMS) і забезпечує координацію післядипломної та безперервної освіти лікарів.

Першим етапом післядипломної освіти у Чехії після закінчення університету є проходження дворічного навчання (базової підготовки), яке являє собою повне обов'язкове завершення теоретичного та практичного навчання й оволодіння практичними навичками. У сучасних освітніх програмах дворічного навчання є 6 базових дисциплін: внутрішні хвороби, хірургія, педіатрія, радіологія, патологія і гігієна. Успішне завершення загальної підготовки є основою для подальшої спеціалізації.

Другим етапом є спеціалізоване навчання за 40 основними спеціальностями (3–5 років) у спеціалі-

зованих відділеннях лікувальних закладів під контролем досвідченого викладача або лікаря з подальшим отриманням після успішних іспитів сертифіката лікаря-спеціаліста. Термін дії сертифіката до наступної атестації становить 5 років. Заявки на атестацію подаються в інститут післядипломної освіти за 90 днів до оголошеної дати атестації. Екзамен після проходження спеціалізації приймається комісією (щонайменше 3 члени, затверджені Міністерством охорони здоров'я) і складається з теоретичної та практичної частин. При нескладанні повторний іспит проводиться не раніше ніж через 1 рік.

У Канаді бажаючі стати лікарем повинні спочатку здобути ступінь бакалавра (4 роки), і тільки після отримання такого ступеня можна подавати документи в одну з 17 медичних шкіл країни, 15 з яких перебувають у складі класичних університетів, і 2 “вільних”. При цьому конкурс при вступі в медичні школи величезний. Навчання в медичній школі триває ще 4 роки. Кожного року медичні школи Канади закінчують 2600 випускників. Держава відкриває 2600 місць у резидентурі. Існує єдина комп'ютерна система, де кожен студент медичної школи бачить, скільки місць, з якої спеціальності, в якому університеті відкрито для проходження резидентури. За резидентуру відповідають університети, в кожному з яких є посада директора з резидентури. У січні–лютому останнього року навчання студент медичної школи подає заявку на резидентуру в комп'ютерній системі країни в університет і на спеціальність, на яку він бажає. Студент може подати одну заявку, а може подати декілька на різні спеціальності в різні університети. Завідувач відділу медичної школи університету, де відкрито резидентуру, створює комісію з 5–6 чоловік, до якої входять директор резидентури, 2–3 професори з відповідної спеціальності і 2–3 приватних лікарів з відповідної спеціальності. Комісія розглядає всі заявки і запрошує потенційних резидентів на співбесіду. Кожен претендент проходить співбесіду з кожним членом комісії. До уваги беруть мотивованість студента, його особисті риси характеру, оцінки в медичній школі, здатність працювати в колективі, студент також повинен написати есе. Потім комісія складає рейтинг всіх претендентів і вносить в комп'ютерну систему тих, хто був обраний для проходження резидентури. Комп'ютерна система здійснює так званий “matching” (узгодження) по всій країні (деякі студенти можуть пройти успішно інтерв'ю і бути обраними кількома університетами, тоді вони мають змогу вибрати один, деякі студенти можуть не пройти інтерв'ю в жодному університеті, на деякі спеціальності в певних університетах може бути не подано жодної заявки). Вся ця

інформація доступна он-лайн. Потім відбувається другий “matching” (студенти, які не отримали посади резидента після першого інтерв'ю, бачать вакантні місця і подають заявки ще раз). Таким чином всі місця в резидентурі заповнюються.

Тривалість резидентури загального спеціаліста (сімейного лікаря) – 2 роки, вузького спеціаліста (гастроентеролога, пульмонолога, кардіолога тощо) – 5 років. Існують ще субспеціальності (наприклад, кардіолог, що виконує ангіопластичні операції) – це ще додаткових 2 роки спеціалізації. Після закінчення резидентури всі резиденти складають державний іспит, за який відповідає незалежна організація Royal College (королівський коледж). Іспит має дві частини – теоретичну (письмову) і практичну (практичні навички). Після успішного складання іспиту резидент отримує відповідний сертифікат спеціаліста. Для того щоб мати можливість працювати, спеціаліст повинен подати свої документи в асоціацію відповідних спеціалістів певної провінції, і ця асоціація видає лікарю ліцензію, тобто дозвіл на роботу у відповідній провінції. Якщо лікар хоче переїхати на роботу в іншу провінцію, він знову змушений подавати свої документи в асоціацію відповідних спеціалістів даної провінції для того, щоб отримати ще одну ліцензію, яка дозволить йому працювати в цій провінції.

Детально аналізуючи організацію післядипломної освіти в різних європейських країнах, вивчену викладачами нашого вузу під час стажувань, вважаємо, що нам найбільше підходить польський досвід системи підготовки лікарів (фармацевтів) і стоматологів.

Очевидно, досвід Польщі є цінним для України тому, що в цій країні відбувається перехід від “пострадянської” системи охорони здоров'я до конкурентної з елементами приватної практики. Відповідно до потреб практичної охорони здоров'я змінювався і підхід до підготовки медичних кадрів. Після вступу до Євро-союзу у Польщі було реформовано багато аспектів післядипломної підготовки лікарів і адаптовано їх до європейських стандартів.

Післядипломна підготовка лікарів у Польщі починається відразу після закінчення ними університету та отримання диплома [5]. Першим етапом є проходження впродовж 1 року післядипломного стажування із складанням Державного лікарського/стоматологічного кінцевого екзамену (LEK/LDEK), без чого випускник не може працювати лікарем. Дане стажування випускник проходить у лікарнях на посаді лікаря-стажиста, отримуючи зарплату від Міністерства охорони здоров'я, під керівництвом практикуючих лікарів. Розподіл місць і керівників, а також контроль за проходженням післядипломного

стажування та виконанням програми здійснює Лікарська палата (Izba Lekarska).

Як зазначалось, після завершення стажування лікар-стажист повинен скласти державний екзамен (LEK/LDEK), після чого отримує сертифікат, який дає право здійснювати медичну практику. До даного іспиту допускаються випускники медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів, лікарі-стажисти та лікарі, які отримали ліцензію на практичну діяльність до введення LEK/LDEK.

Державний екзамен триває чотири години у формі тесту, що складається з 200 завдань (5 варіантів можливих відповідей, з них лише одна правильна). Складання іспиту відбувається двічі на рік. Організація цих екзаменів здійснюється Центром медичних екзаменів (СЕМ), за підтримки Департаменту соціальної політики відділу вищих медичних кадрів воєводських адміністрацій. При складанні іспиту для позитивного результату необхідно мати не менше 56 % правильних відповідей. Цей результат є дуже важливим, оскільки надалі він враховується при відборі на первинну і вторинну спеціалізацію. Лікарський/стоматологічний кінцевий екзамен можна складати декілька разів для покращення особистого результату.

Після закінчення післядипломного стажування, у випадку нескладання екзамену, лікар отримує обмежену ліцензію на практику і зобов'язаний упродовж 5 років скласти цей іспит.

Наступним етапом післядипломної підготовки є первинна (базова) спеціалізація (specjalizacja podstawowa), після якої лікар стає спеціалістом певного напрямку, наприклад: загальна хірургія, педіатрія, внутрішні хвороби, сімейна медицина, кардіологія, неврологія тощо.

У цілому в Польщі виділяється 40 основних медичних спеціальностей, які є базовими, та 28 вузьких спеціальностей (вторинна спеціалізація), які лікар може отримати тільки після завершення базової спеціалізації. До базових спеціальностей, окрім класичних – “Внутрішні хвороби”, “Загальна хірургія”, “Педіатрія”, “Акушерство та гінекологія”, зараховані і такі, як “Кардіологія”, “Неврологія”, але, наприклад, “Нефрологія” і “Алергологія” належать до вузьких спеціальностей. Для стоматологів виділяється 9 стоматологічних спеціальностей.

Процедура відбору для проходження спеціалізації за певними спеціальностями проводиться у відділі вищих медичних кадрів Департаменту соціальної політики воєводських адміністрацій двічі на рік. Стажування за спеціальностями може здійснюватися у акредитованих закладах, внесених у реєстр Міністерства охорони здоров'я. Список закладів проведення

спеціалізації та стажування, встановлених Міністерством охорони здоров'я, можна знайти на його сайті.

Важливим є те, що лікар, який планує розпочати спеціалізацію, може бути допущений до проходження відбору тільки за однією спеціальністю в одному воєводстві.

Тривалість спеціалізації становить, як правило, 5 років, окрім спеціалізації з сімейної медицини, тривалість якої – 4 роки. Типові програми спеціалізації розробляються і затверджуються Міністерством охорони здоров'я в погодженні з консультантами крайовими – найбільш кваліфікованими спеціалістами у відповідній галузі.

Базова спеціалізація може здійснюватися у двох формах – резидентура та волонтаріат (поза резидентурою).

Резидентура – це форма проходження спеціалізації за державним замовленням, з виплатою лікарю, який проходить спеціалізацію, зарплати з фонду Міністерства охорони здоров'я. Лікарні зацікавлені в залученні резидентських місць, оскільки отримують додаткову кількість лікарів, робота яких не оплачується з бюджету лікарні. Кількість місць резидентури є обмежена і визначається відповідно до рівня акредитації лікувального закладу. Інформація про кількість місць резидентури на клінічних базах представлена на сайті Міністерства охорони здоров'я.

Волонтаріат – це форма проходження спеціалізації, яка не передбачає оплати з фонду Міністерства охорони здоров'я, а стажування здійснюється на позарезидентських місцях на основі цивільно-правових угод про працю. Наявність позарезидентських місць публікується на сайті воєводської адміністрації. Дана форма спеціалізації може бути реалізована на підставі угоди про працю, укладеної з закладом, що проводить спеціалізацію (якщо лікар не працює у лікувально-профілактичному закладі), у рамках навчальної оплачуваної відпустки, наданої працівнику на весь термін проходження спеціалізації (якщо лікар працює у іншому лікувально-профілактичному закладі), на підставі цивільно-правової угоди про спеціалізовану підготовку, укладеної з іншими медичними закладами (крім тієї, у якій проводиться спеціалізація) або паралельно з навчанням у докторантурі (за згодою керівника).

Відбір на спеціалізацію здійснюється на конкурсній основі за показниками офіційної рейтингової шкали згідно з розрахунками LEK/LDEK, де береться до уваги найкращий результат іспиту. Затверджені воєводською адміністрацією результати зарахування на проходження спеціалізації доступні на веб-сайті Департаменту соціальної політики до останнього дня

процедури зарахування. Лікар може звернутись до комісії, яка проводила відбір, для перевірки результатів зарахування впродовж 20 днів з дати публікації на сайті списку зарахованих.

Кожен резидент має визначеного керівника спеціалізації. Керівником спеціалізації може бути висококваліфікований лікар-спеціаліст або працівник медичного університету за напрямком спеціалізації лікаря. Керівник спеціалізації може забезпечувати керівництво не більше як у трьох лікарів, які проходять первинну (базову) спеціалізацію, та може одночасно додатково керувати не більше, ніж двома лікарями, які проходять вторинну спеціалізацію.

Лікар проходить спеціалізацію, керуючись індивідуальним планом спеціалізації, який складений його керівником на основі типових програм. Індивідуальний план кожного резидента, після затвердження консультантом крайовим, направляється у воєводські відділи охорони здоров'я, які спільно з деканатами університетів координують реалізацію цих планів.

Після проходження базової спеціалізації у лікарів-спеціалістів є можливість для подальшої післядипломної освіти за більш вузькою спеціальністю (наприклад, нефрологія, клінічна трансплантологія тощо). Тривалість вторинної спеціалізації складає 2–3 роки. Відбір для проходження вторинної спеціалізації відбувається на основі рейтингової шкали, яка виводиться на основі результатів іспиту LEK/LDEK або іспиту на лікарську категорію для лікарів, які розпочали практику до введення іспиту LEK/LDEK, а також бонусних балів [6].

Бонусні бали нараховують за наявність ступеня доктора медичних наук (5 балів), за наявність до початку відбору не менше трьох років трудового стажу на повну ставку в закладі, акредитованому відповідно до напрямку спеціалізації (5 балів), за викладання в медичних навчальних закладах та праці у сфері медичної науки (5 балів); за публікації у наукових журналах, включених до списку, складеного Міністром науки для параметричного оцінювання дослідницьких установ (0,5 бала), за участь у одній публікації (максимально 5 балів). Максимальна кількість додаткових бонусних балів становить 20.

Під час вторинної спеціалізації, тривалість якої складає 2–3 роки, лікар працює і отримує зарплату за основним місцем роботи, але згідно із затвердженим планом, протягом цього часу він, як правило, більше року проходить стажування у інших лікувально-профілактичних закладах Польщі.

Надалі безперервне професійне удосконалення контролюється Лікарською палатою (Izba Lekarska) Польщі – на основі звіту лікаря-спеціаліста про про-

ходження додаткових курсів стажування, участі у конференціях, наявності друкованих робіт, що в сукупності повинно скласти 200 пунктів.

Післядипломну освіту лікарів забезпечують і координують Міністерство охорони здоров'я (Департамент науки та вищої освіти), яке розглядає справи, що стосуються вищої медичної освіти та післядипломної підготовки медичних кадрів для польських громадян та іноземців, а також організовує роботу закладів підготовки медичних кадрів, Центр медичної післядипломної освіти (незалежний навчальний заклад, відповідальний за інтеграцію та організацію післядипломної освіти у Польщі шляхом уніфікації всіх програм спеціалізації і стажування та їх реалізацію), вищі навчальні медичні заклади, які відповідають за післядипломну підготовку лікарів шляхом проведення обов'язкових курсів спеціалізації (для первинної та вторинної спеціалізації) та організацію курсів професійного вдосконалення, Центр медичних іспитів (відповідальний за проведення Державного спеціалізаційного екзамену) та відділи вищих медичних кадрів Департаментів соціальної політики воєводських адміністрацій, які проводять відбір на спеціалізацію та подання документації на державний екзамен.

Зараз у Польщі відбувається реформування післядипломної освіти, що стосується в першу чергу 1-річного післядипломного стажування, а також дворівневої системи спеціалізації. Власне, найбільше дискусій при реформуванні післядипломної освіти ви-

кликає доцільність проведення річного стажування після закінчення медичного ВНЗ. У січні 2013 року було прийняте положення щодо переходу на єдиний рівень проходження спеціалізації, який передбачає з березня 2014 року розширення переліку спеціальностей і скорочення терміну загальної післядипломної підготовки, особливо з вузьких спеціальностей. Практично всі спеціальності, включаючи вузькі, можна буде розпочинати після 1-річного післядипломного стажування і складення екзамену [7].

Відбір претендентів у резидентуру чи у волонтерат для проходження базової спеціалізації здійснюється за конкурсом з урахуванням результатів складення державних ліцензійних іспитів, що унеможливило будь-які корупційні схеми.

Висновок. Враховуючи досвід післядипломної підготовки лікарів у Польщі, варто уже сьогодні посилити практичну складову у післядипломному навчанні в Україні, збільшивши тривалість і значимість клінічної ординатури і таким чином забезпечити поступовий перехід до резидентури. При цьому бажано, щоб була можливість проходити стажування у спеціалізованих відділеннях (відповідно до програми) у різних лікувально-профілактичних закладах як у межах міста (області), так і в межах України.

Вважаємо, що ґрунтовне вивчення усіх аспектів організації післядипломної підготовки лікарів у Польщі може стати основою для процесу реформування післядипломної медичної освіти в Україні.

Література

1. Сучасні завдання вищої медичної (фармацевтичної) післядипломної освіти в контексті реформування галузі охорони здоров'я / О. К. Толстанов, М. С. Осійчук, О. П. Волосовець [та ін.] // Сучасна післядипломна освіта: досягнення, проблеми, перспективи : матеріали навчально-наукової конференції. 7–8.11.2013 р., м. Харків / за ред. О. М. Хвисяка, М. І. Хвисяка, В. Г. Марченко. – Харків, 2013.
2. ПОЛОЖЕННЯ про післядипломну медичну (фармацевтичну) освіту (Проект проблемної науково-дослідної лабораторії з питань ПДО лікарів (провізорів) НМАПО ім. П. Л. Шупика, 10.2013 р.) (замість Положення, введеного наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.07.1993 р. № 166).
3. Концептуальні компоненти стратегії розвитку післядипломної медичної (фармацевтичної) освіти в Україні / Ю. В. Вороненко, Ю. П. Вдовиченко, О. П. Мінцер, В. Ю. Краснов // Сучасна післядипломна освіта: досягнення, проблеми, перспективи : матеріали навч.-наук. конф., 7–8 листопада 2013 р., м. Харків / за ред. О. М. Хвисяка, М. І. Хвисяка, В. Г. Марченко. – Харків : Оберіг, 2013. – С. 46.
4. Ковальчук Л. Я. Міжнародний досвід впровадження та функціонування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини / Л. Я. Ковальчук // Актуальні проблеми сімейної медицини в Україні : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, 25.10.2013 р., Тернопіль–Київ.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2011, Nr 277, poz. 1634 tekst jednolity). Постанова від 5 грудня 1996 року “Про професійну діяльність лікарів та лікарів-стоматологів” // Урядовий вісник. – 2011. – № 277.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Koncowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Koncowego (Dz. U. poz. 903). Розпорядження Міністра здоров'я від 30 липня 2012 року про LEK/LDEK.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystow (Dz. U. 2013, poz. 26) – aktualne. Розпорядження Міністра здоров'я від 8 січня 2013 р. про спеціалізацію лікарів та лікарів-стоматологів // Ур. вісник. – 2013.

Отримано 09.04.14