

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. Є. Січкоріз

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

THE WAYS OF CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT OPTIMIZATION IN CONDITIONS OF THE UKRAINIAN HEALTH CARE SYSTEM REFORMING

O. Ye. Sichkoriz

Lviv National Medical University by Danylo Halyskyi

У статті був проведений аналіз питомої ваги кожного з видів діяльності лікарів у період між передатестаційними циклами, внесені пропозиції щодо удосконалення системи атестації лікарів та оптимізації безперервного професійного розвитку.

Зроблений акцент на посилення ролі дистанційного навчання, поєднання практики з науковою роботою, особливо серед лікарів загальної практики – сімейної медицини та лікарів-терапевтів.

Доведена доцільність отримання інформації за допомогою комп'ютерних технологій та включення даного пункту у стандартизовану систему оцінки професійної компетентності лікаря.

In this article we analyzed the share of each type of the doctors' activities in the period between preparation for professional certification cycles. Also, we made the suggestions for improving the system of doctor's certification and continuing professional development optimization.

We emphasized the strengthening role of distance learning, the combining practice with scientific work, especially among general practitioners and physicians.

In the article we proved the practicability of receiving information by using computer technology and the inclusion of this item in a standardized evaluation system of doctor's professional competence.

Вступ. Ідея безперервної освіти посідає чільне місце серед найбільш прогресивних ідей ХХ століття. Значення її полягає в тому, щоб забезпечити кожній особистості творче оновлення, постійний розвиток, вдосконалення, а значить, забезпечити процвітання усьому суспільству. Концептуально оформлена ідея безперервності освітніх процесів була висловлена на конференції ЮНЕСКО у 1965 році, а у теперішній час вона стає основним принципом освітніх реформ [1].

Після приєднання 2005 року до Болонського процесу Україна розпочала впровадження засад Болонської декларації у післядипломну освіту. Болонський процес – добровільний, багатоваріантний, гнучкий, відкритий, поступовий. Він ґрунтується на цінностях європейської освіти та культури і не ставить за мету руйнацію національних особливостей освітніх систем країн Європи. Освіта

протягом всього життя є одним із головних його пріоритетів [2].

Запровадження системи набору кредитів з усіх видів професійної діяльності лікаря з метою допуску до іспитів для присвоєння відповідної лікарської категорії стало одним із етапів стандартизованої системи оцінювання рівня професійної компетентності. Для реалізації цієї мети МОЗ України видало наказ від 07.07.2009 р. № 484 “Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах”, де розроблена шкала значень різних видів діяльності лікарів у період між передатестаційними циклами [3].

Основна частина. За період з 01.01.2011 р. по 30.10.2015 р. на кафедрі терапії № 1 та медичної діагностики (Рівненська філія) ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького на передатестаційних циклах зі спеціальностей “Загальна практика – сімейна медицина”, “Терапія”, “Ультразвукова діагностика”,

“Функціональна діагностика”, “Клінічна лабораторна діагностика”, “Рентгенологія”, “Ендоскопія”, “Організація та управління охороною здоров’я” навчалось 736 лікарів-слухачів. Згідно з наказом МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484 (надалі – Наказ) лікарями заповнювались довідки про результати різних видів діяльності у період між передатестаційними циклами, після чого слухачі проходили комп’ютерний контроль рівня знань та допускались до іспиту для заключної атестації на відповідну кваліфікаційну категорію. Був проведений аналіз довідок лікарів-слухачів за вищевказаний період

з метою оцінки питомої ваги кожного з видів діяльності, передбачених шкалою значень у період між передатестаційними циклами. Серед проаналізованих довідок 188 були отримані від лікарів-терапевтів та лікарів загальної практики – сімейної медицини; 34 – від лікарів-слухачів циклу “Організація та управління охороною здоров’я”; 514 – лікарів діагностичних спеціальностей. Оцінка питомої ваги кожного з видів діяльності проводилась шляхом обчислення відсотка конкретної форми участі серед певної групи лікарів-слухачів.

Отримані результати наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Оцінка питомої ваги кожного з видів діяльності

№№ з/п виду діяльності (відповідно до Наказу)	Спеціальність лікаря		
	лікарі-терапевти, лікарі ЗП-СМ, %	лікарі діагностичних спеціальностей, %	лікарі-організатори охорони здоров’я, %
2	61,7	60,5	54,3
3	2,5	0,8	–
4	22,3	20,6	32,5
5	7,3	10,7	15,9
6	11,3	12,7	13,1
7	2,9	3,7	3,2
8	5,8	1,3	20,3
9	29,2	27,3	28,5
11	2,4	2,2	3,8
13	0,3	0,9	3,1
14	12,8	14,9	9,2
15	4,7	4,2	5,5
16	12,9	8,3	25,1
17	0,2	–	0,8
18	10,9	4,2	12,3
19	6,5	2,3	10,3
20	0,3	–	0,6
22	17,2	5,7	2,9

Найвищий відсоток участі для лікарів усіх спеціальностей спостерігався для такого виду діяльності, як підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення в закладах післядипломної освіти. Аналізуючи потребу у циклах ТУ до 2010 року та у період 2010–2015 рр., слід відмітити, що активність лікарів значно зростає. Даний факт можна пояснити підвищенням мотивації лікарів для отримання максимальної додаткової кількості балів, оскільки навчання на 6-тижневому циклі ТУ надає право отримати 45 балів. Другим за поширеністю видом діяльності є участь у науково-практичних конференціях. Однак лікарі-терапевти та сімейні лікарі в основному брали участь у заходах регіонального рівня та надавали сертифікати, підписані начальни-

ком управління (департаменту) охорони здоров’я, головним терапевтом УОЗ та головою терапевтичного товариства області. Це свідчить про обмежені можливості лікарів загальної практики відвідувати конференції, що проводять провідні заклади країни у м. Києві та обласних центрах України. У цих умовах повинна зростати роль такої форми професійного розвитку, як дистанційне навчання. На жаль, серед усіх категорій лікарів на частку дистанційного навчання припадає незначний відсоток, а серед головних лікарів та їх заступників з лікувальної роботи жодна особа не підвищувала свою кваліфікацію таким чином. Насправді ж дистанційне навчання допомагає негайно застосовувати одержані знання та навички на практиці, адже

його створено для отримання освіти без відриву від виробництва. Невиправдано малий відсоток дистанційного навчання можна пояснити поважним віком слухачів, небажанням витратити вільний час на розв'язання тестових завдань та знайомитись із навичками роботи з комп'ютерними програмами. У нашій країні створена Асоціація медичної освіти України, на сторінках газети "Новости медицины и фармации" публікуються матеріали симпозіумів за участі провідних наукових та навчальних центрів з тестовими завданнями для лікарів загальної практики – сімейної медицини та лікарів-терапевтів. Відповісти на запитання тестового завдання до симпозіуму та отримати сертифікат учасника лікар має змогу виключно в режимі он-лайн. Можливо, доцільно було б збільшити кількість балів, що надаються за дану форму участі.

Не є поширеними такі види діяльності, як "Публікація статті у фахових виданнях", "Видання галузевих методичних рекомендацій, інформаційного листка", "Науково-педагогічна робота у вищих медичних навчальних закладах і закладах післядипломної освіти", "Захист дисертації на здобуття учених ступенів", що свідчить про низьку мотивацію наукової роботи у середовищі практичних лікарів. Для усунення такої ситуації доцільно було б збільшити кількість балів за публікації статей і тез у фахових виданнях та матеріалах науково-практичних конференцій.

Список літератури

1. Болтівець С. І. Освіта дорослих людей в Україні / С. І. Болтівець // Енциклопедія освіти / Акад. пед. наук України. – К. : Юрінком Інтер, 2008. – С. 616–618.
2. Вища медична освіта на сучасному етапі / В. В. Лазоришинець [та ін.]. // Проблеми сучасної медичної науки та освіти. – 2008. – № 4. – С. 5–7.
3. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484.

Потребують уточнення пункти 4 та 16 Наказу, оскільки вони містять тавтологію. Пункт 4 містить висловлювання: "Проведення лекції для громадян, виступ та публікація в засобах масової інформації" (за 10 одиниць діяльності надаються 5 балів); пункт 16 – "Виступи та публікації в засобах масової інформації, у тому числі місцевих" (за 1 одиницю діяльності – 3 бали). Очевидно, що вищевказані твердження потребують внесення ясності у дані пункти Наказу.

І зовсім не виправданим, на нашу думку, є присвоєння 10 балів у 22 пункті Наказу "Робота в закладах охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості не менше 3 років", оскільки є своєрідним "заохочувальним бонусом" для сімейних лікарів, які мають складніші умови роботи, порівняно з лікарями інших спеціальностей.

Висновки: 1. Світові процеси глобалізації, підсилені інформаційними та комунікаційними технологіями, ставлять жорсткі вимоги до якості професійної підготовки лікаря. У нормативні документи МОЗ України, що містять стандартизовану систему оцінювання професійної компетентності лікаря, доцільно включити пункт щодо базових вмінь роботи на комп'ютері та отримання інформації з використанням комп'ютерних технологій.

2. Для підвищення мотивації лікарів до континууму навчання на все життя та посилення ролі дистанційного навчання доцільно збільшити кількість наданих балів за дану форму участі.

4. Юзбашева Г. С. Дистанційне навчання у післядипломній освіті як науковий суспільний пріоритет / Г. С. Юзбашева // Педагогічний альманах. – 2011. – Вип. 11. – С. 220–226.

5. Єщенко А. В. Використання дистанційного навчання в системі післядипломної освіти: сучасне і майбутнє / А. В. Єщенко // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2013. – № 2 (10). – С. 5–10.

Отримано 25.02.16