

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДУ «ЦЕНТРАЛЬНИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІНЕТ З ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ» МОЗ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції  
з міжнародною участю**

**«ПСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА  
ТА ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ  
ЗА ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ»**

**(з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відео-  
конференц-зв'язку)**

**11–12 вересня 2014 року  
м. Тернопіль**

Тернопіль  
ТДМУ  
«Укрмедкнига»  
2014

УДК 61:37.018.46:352(063)  
ББК 5:74.58  
П 345

**Відповідальний за випуск:** проф. Н. І. Ярема

**«Післядипломна освіта та лікарське самоврядування за європейськими стандартами» (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) :** матеріали Всеукр. наук.-практич. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 11–12 верес. 2014 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2014. – 258 с.

# ЗМІСТ

## Пленарне засідання № 1

### Європейський досвід післядипломної медичної освіти та лікарського самоврядування

<i>О. П. Волосовець, Ю. П. Вдовиченко, І. Є. Булах, В. В. Краснов, Ю. С. П'ятницький</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ РЕЗИДЕНТУРИ В УКРАЇНІ .....	5
<i>І. В. Найда, Н. В. Бовтрук, Н. Ю. Гуц</i> ЦІЛЬОВИЙ ТА КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХОДИ В СИСТЕМНІЙ РОБОТІ З РОЗВИТКУ КАДРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	13
<i>Л. Я. Ковальчук, А. Г. Шульгай, М. В. Гребеник</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА .....	18
<i>І. Я. Господарський</i> ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ .....	27
<i>А. Р. Вайда</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В НІМЕЧЧИНІ .....	34
<i>Л. С. Бабінець, Н. Є. Боцюк</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА У СЛОВАЦЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ .....	49
<i>С. М. Андрейчин, П. Я. Боднар</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА В ЧЕСЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ .....	62
<i>І. Р. Мисула, М. М. Корда, С. О. Ястремська</i> ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ В КАНАДІ .....	73
<i>М. В. Гребеник, О. Р. Боярчук, М. М. Корда</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ В ГРУЗІЇ .....	81
<i>О. Р. Боярчук, М. В. Гребеник, М. М. Корда</i> БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ У ГРУЗІЇ .....	88
<i>А. Г. Шульгай, П. Р. Сельський</i> ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЦЕНТРУ МЕДИЧНИХ ІСПИТІВ У ПОЛЬЩІ .....	92
<i>О. В. Олійник</i> ЗНАЧЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПІДСУМКОВОГО ДЕРЖАВНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЕКЗАМЕНУ У ВИБОРІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І ФОРМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ .....	97
<i>Н. І. Ярема</i> РЕЗИДЕНТУРА ЯК ФОРМА СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ В ПОЛЬЩІ. РОЛЬ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ЛІКАРНІ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ .....	103
<i>О. Є. Федорців</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ ПОЛЬЩІ .....	117
<i>О. В. Олійник</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ МІСЦЯ РОБОТИ У ПОЛЬЩІ .....	126
<i>Н. І. Ярема, Н. Б. Галіяш</i> РОЛЬ ВІДДІЛУ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ КАДРІВ ДЕПАРТАМЕНТУ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ У ПОЛЬЩІ .....	132
<i>А. Р. Вайда</i> ЛІКАРСЬКА ПАЛАТА (ІЗБА ЛЕКАРСЬКА) ЯК ОРГАН ПРОФЕСІЙНОГО САМОВРЯДУВАННЯ МЕДИКІВ У ПОЛЬЩІ .....	136
<i>Л. А. Грищук</i> РОЛЬ ІЗБИ ЛЕКАРСЬКОЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ ЛІКАРІВ .....	143
<i>І. О. Рогальський</i> РЕЄСТРАЦІЙНА СИСТЕМА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ЛІЦЕНЗУВАННЮ .....	149
<i>І. Я. Господарський</i> СИСТЕМА НАПРАЦЮВАННЯ ЛІКАРЯМИ «ПУНКТИВ» У БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ .....	156

<i>В. Є. Городецький</i> ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ОДНОРІЧНОГО ЛІКАРСЬКОГО СТАЖУВАННЯ І РОБОТА ЛІКАРІВ-СТАЖИСТІВ .....	162
<i>М. І. Кінаш</i> ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПОЛЬЩІ .....	166

**Пленарне засідання № 2**  
**Проблеми формування європейських стандартів післядипломної освіти**  
**та лікарського самоврядування в Україні**

<i>С. В. Нечаїв</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ – ВИКЛИК ЧАСУ .....	176
<i>Л. Я. Ковальчук</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПЕРЕВАГИ РОБОТИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЯК ПІДПРИЄМЦЯ .....	180
<i>М. В. Шевченко</i> ПЕРСПЕКТИВИ І ПРОБЛЕМИ ВВЕДЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ .....	186
<i>П. Р. Сельський</i> ВИКОРИСТАННЯ ДЕРЖАВНОГО ПІДСУМКОВОГО ЕКЗАМЕНУ ДЛЯ ВИБОРУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І МІСЦЯ РОБОТИ В УКРАЇНІ .....	194
<i>М. В. Гребеник, Л. І. Зелененька</i> ПЕРСПЕКТИВИ ПЕРЕХОДУ ВІД ІНТЕРНАТУРИ ДО РЕЗИДЕНТУРИ З БАЗОВИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ В УКРАЇНІ .....	196
<i>А. В. Бойчук</i> ТРАНСФОРМАЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ОРДИНАТУРИ В РЕЗИДЕНТУРУ З ВУЗЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ .....	200
<i>І. О. Рогальський</i> ЗНАЧЕННЯ ВВЕДЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ЯК ШЛЯХ ДО ПОДОЛАННЯ КОРУПЦІЇ І ПОКРАЩЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ .....	206
<i>С. Є. Шостак</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ТА ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ–СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ .....	213
<i>Н. В. Банадига</i> ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ВВЕДЕННЯ РІЧНОГО ПІСЛЯДИПЛОМНОГО СТАЖУВАННЯ В УКРАЇНІ .....	221
<i>О. Р. Боярчук, Д. В. Козак</i> БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ В УКРАЇНІ .....	228
<i>І. М. Кліщ</i> ПЕРСПЕКТИВИ І ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ ....	236
<i>І. Я. Дзюбановський, І. В. Паньків</i> РОЛЬ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА У ФОРМУВАННІ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ .....	245
<i>В. В. Дорецький, О. Є. Січкоріз, В. М. Томків, Б. Р. Коцай, Т. С. Колач</i> ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА – ВОЛИНСЬКИЙ ДОСВІД .....	251
<i>Б. С. Зіменковський, Є. Я. Склярів, О. О. Бондаренко</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В НАПРЯМКУ ПЕРВИННОЇ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ (ІНТЕРНАТУРИ) .....	253
<i>О. М. Заліська, Б. Л. Парновський, М. В. Слабий, О. Є. Січкоріз, А. І. Бойко</i> КОНЦЕПЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ ШЛЯХОМ ІНТЕГРАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ І НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ (ДОСВІД КАФЕДРИ ОРГАНІЗАЦІЇ І ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ ФАКУЛЬТЕТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ) .....	255



Пленарне засідання №1  
**ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ  
ТА ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ**

---

**О. П. Волосовець, Ю. П. Вдовиченко, І. Є. Булах, В. В. Краснов,  
Ю. С. П'ятницький**

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ РЕЗИДЕНТУРИ  
В УКРАЇНІ**

*Міністерство охорони здоров'я України, Національна медична академія  
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Центр тестування професійної  
компетентності фахівців при МОЗ України*

Останні роки в системі медичної освіти України відкрито дискутується проблема реформування післядипломної медичної (фармацевтичної) освіти (ПДМ(Ф)О) і безперервного професійного розвитку (БПР) з метою приведення їх якості до європейських стандартів, вирішення кадрових проблем галузі, покращення медичної допомоги населенню, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищих медичних закладів освіти на вітчизняному і міжнародному ринках праці. Було розроблено проекти Концепції ПДМО і БПР, Стратегії розвитку системи післядипломної медичної та фармацевтичної освіти в Україні на період до 2020 року та багато інших документів.

У свою чергу, у проекті Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України, яка обговорювалась останнім часом громадськістю, в пункті щодо удосконалення системи кадрового забезпечення йдеться про запровадження резидентурної форми післядипломної освіти, що базується на принципах рівності випускників контрактної та бюджетної форм навчання, рейтинговості в отриманні спеціалізації. Останній проект Закону «Про вищу освіту» серед форм післядипломної освіти передбачає: інтернатуру, лікарську резидентуру та клінічну ординатуру. Тобто питання введення резидентури в системі підготовки лікарів очікує свого вирішення найближчим часом.

З іншого боку, Європейський напрямок розвитку України, вивчення досвіду забезпечення якості підготовки медичних кадрів розвинутих країн світу обумовлює велику актуальність запровадження в Україні інституту резидентури.

Але формальне введення або запозичення готової моделі цього виду підготовки з будь-якої країни Європи викликає багато питань, для відповіді на які необхідно знайти місце цьому виду підготовки в існуючій системі забезпечення охорони здоров'я медичними кадрами. Тим паче система, яка вже є в Україні, складалася десятиріччями, гармонізує з медичною галуззю держави і достатньо ефективно забезпечує її потреби.

**Організація резидентури у різних країнах**

У світі існує низка визначень поняття «резидент», під яким розуміють «лікаря (молодого фахівця), який перебуває в університетській лікарні і лікує госпіталізованих пацієнтів під спостереженням медичного штату лікарні; лікаря, що одержує спеціалізоване клінічне навчання в лікарні, як правило, після завершення інтернатури». Або «резидент – це лікар, який закінчив медичну школу і інтернатуру і тепер отримує навчання в спеціалізованій області, такої, як наприклад, хірургія, внутрішня медицина, патологія тощо. Отримання дозволу на практику у всіх медичних і хірургічних спеціальностях вимагає задовільного завершення програми резидентури».

Незважаючи на деякі відмінності у визначеннях і організаційні рішення у різних країнах, спільним у розумінні резидентури є те, що резидентура (Residency) – це підготовка лікарів за окремими базовими спеціальностями. Згідно з Директивою ЄС з визнання професійних кваліфікацій (2005/36 ЄС від 7 вересня 2005 р.), вона повинна бути стаціонарною і здійснюватися у відповідних закладах, визнаних уповноваженими владними структурами, і передбачати теоретичну і практичну підготовку протягом повного робочого тижня та протягом року, участь у повному діапазоні медичних маніпуляцій у відділі, або кафедрі, де здійснюється навчання, включаючи чергування.

Але якщо поставити перед Україною завдання побудувати навчання у резидентурі на кшталт європейської моделі, то виникає проблема – у Європі у кожній країні є свої, створені роками підходи з підготовки спеціалістів, й досі не можна сказати – яка модель є найкращою.

Спільним є і те, що у достатньо великої кількості країн резидентурі передують інтернатура (Internship), але програма навчання інтерна у кожній країні не є однаковою. У США, наприклад, є два види інтернатури: вступна і перехідна інтернатури (Prelim and Transitional internship). Вступна проводиться з терапії або з хірургії. Інтерни вчаться 12 місяців, концентруючись або на терапії, або на хірургії. Після того як

лікар закінчив інтернатуру з терапії і склав відповідний іспит, він може працювати терапевтом. Перехідна, або традиційна ротаційна інтернатура має графік, що включає всі головні спеціальності, наприклад ургентну медицину, сімейну практику, терапію, акушерство/гінекологію, педіатрію і хірургію. Вона триває також 12 місяців. Деякі претенденти віддають перевагу перехідним річним програмам, тому що вони не настільки напружені, як рік вступної інтернатури. Проте цей вид інтернатури може забезпечити кращу підготовку протягом другого року резидентури. За багатьма спеціальностями навчання в інтернатурі фактично є першим роком навчання в резидентурі.

В Австралії та Ізраїлі інтернатура – це період умовної реєстрації, коли медичні дипломовані спеціалісти повинні завершити один рік навчання в акредитованій лікарні до отримання повної реєстрації.

У Швеції еквівалентом інтернатури є загальна практика, яка є обов'язковою для отримання медичної ліцензії. Її тривалість – як мінімум 18 місяців, але звичайно триває трохи довше – близько 2-х років. Після інтернатури можна пройти тестування, щоб отрима-

ти медичну ліцензію. Потім починається спеціалізована практика, еквівалентна резидентурі.

Таким чином, можна виділити таку етапність систем ПДМ(Ф)О в різних країнах:

– одноетапна: після отримання диплома лікаря відбувається навчання в інтернатурі чи в резидентурі (Німеччина, Ізраїль, Румунія та ін.);

– двохетапна: після отримання диплома лікаря обов'язкове навчання в інтернатурі, а потім в резидентурі чи на спеціалізації (Україна, Швеція, В. Британія та ін.);

– трьохетапна: після отримання диплома лікаря є навчання в інтернатурі, потім в резидентурі, а потім спеціалізація з вузьких спеціальностей (США, Польща, Франція та ін.).

Прикладом одноетапної підготовки можна навести навчання лікаря у Німеччині (рис. 1), Ізраїлі (рис. 2) та Румунії (рис. 3).

У Німеччині, для того, щоб клініка могла навчати лікарів фахівців на спеціалізації, вона повинна отримати на це офіційний дозвіл.

В Ізраїлі «лікар-спеціаліст», на відміну від «молодшого лікаря», має право працювати в приват-

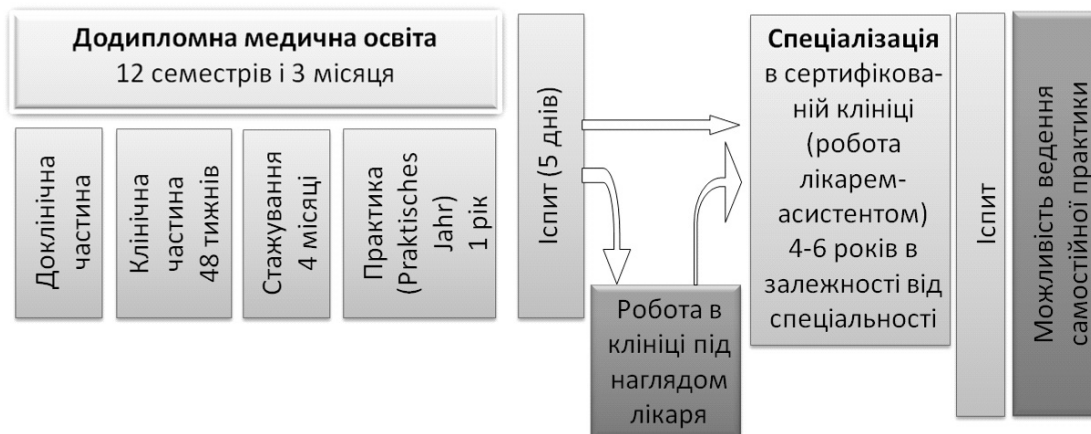


Рис. 1. Підготовка лікаря у Німеччині.

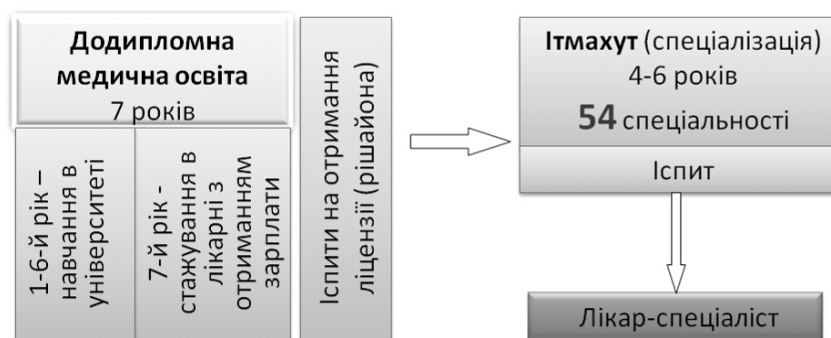


Рис. 2. Підготовка лікаря в Ізраїлі.

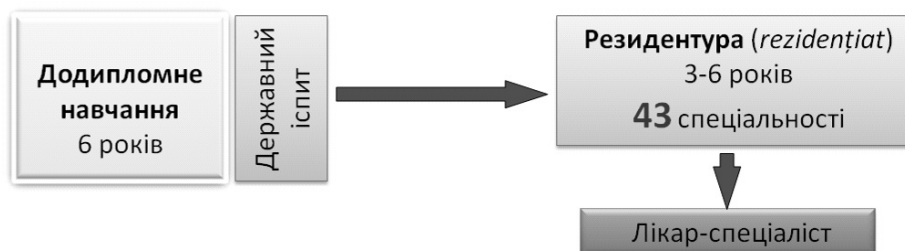


Рис. 3. Підготовка лікаря у Румунії.

них клініках або ж відкривати свою приватну практику. Досить цікавим досвідом є підготовка сімейного лікаря, яка триває 4 роки, протягом яких фахівець проходить такі програмні компоненти:

- перші 9 місяців у клініці сімейної медицини під прямим і постійним наглядом наукового керівника;
- 6 місяців, у тому числі 1,5 місяця по кожній з 4 таких спеціальностей, як: хвороби вуха, горла, носа і хірургія голови та шиї, акушерство та гінекологія, приймальний покій, шкірно-венеричні захворювання, загальна хірургія, очні хвороби, ортопедія, онкологія, ревматологія, геріатрія, реабілітація, інфекційні хвороби;
- 12 місяців у відділенні внутрішніх захворювань – обов'язково;

- 6 місяців у педіатричному відділенні – обов'язково;
- 3 місяці з психіатрії – обов'язково;
- 12 останніх місяців у клініці сімейної медицини під контролем наукового керівника.

У Румунії навчання в резидентурі керується Міністерством охорони здоров'я та Міністерством освіти, досліджень та молоді. Організується і контролюється професійними асоціаціями (відповідна Медична колегія Румунії) і визнається державними органами.

Прикладами двохетапної системи ПДМ(Ф)О можуть бути Швеція (рис. 4) та Велика Британія (рис. 5).

У Швеції під час стажування лікарі протягом дев'яти місяців вивчають терапевтичні та хірургічні спеціальності, наступні три місяці – загальну психі-

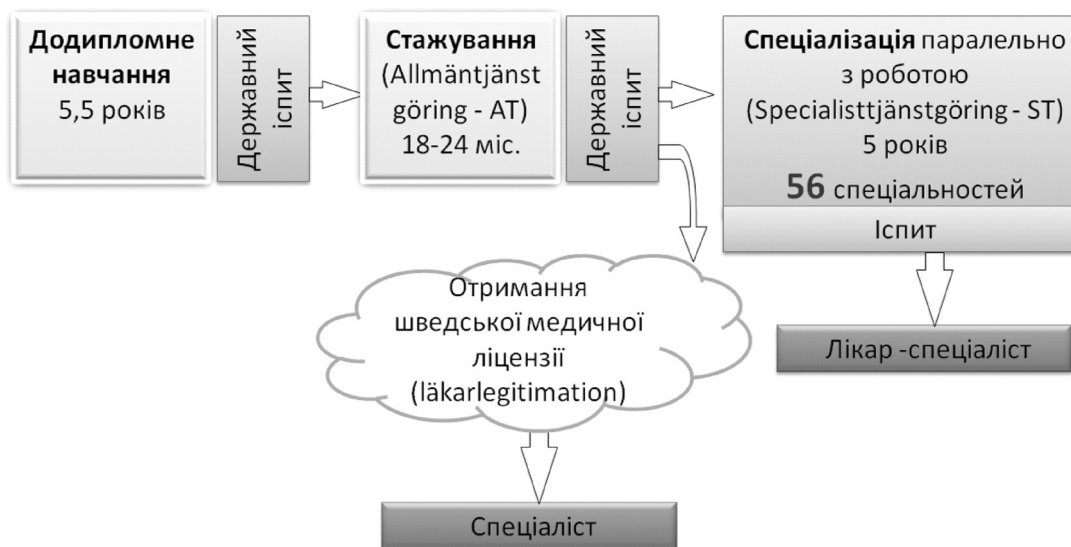


Рис. 4. Підготовка лікаря в Швеції.

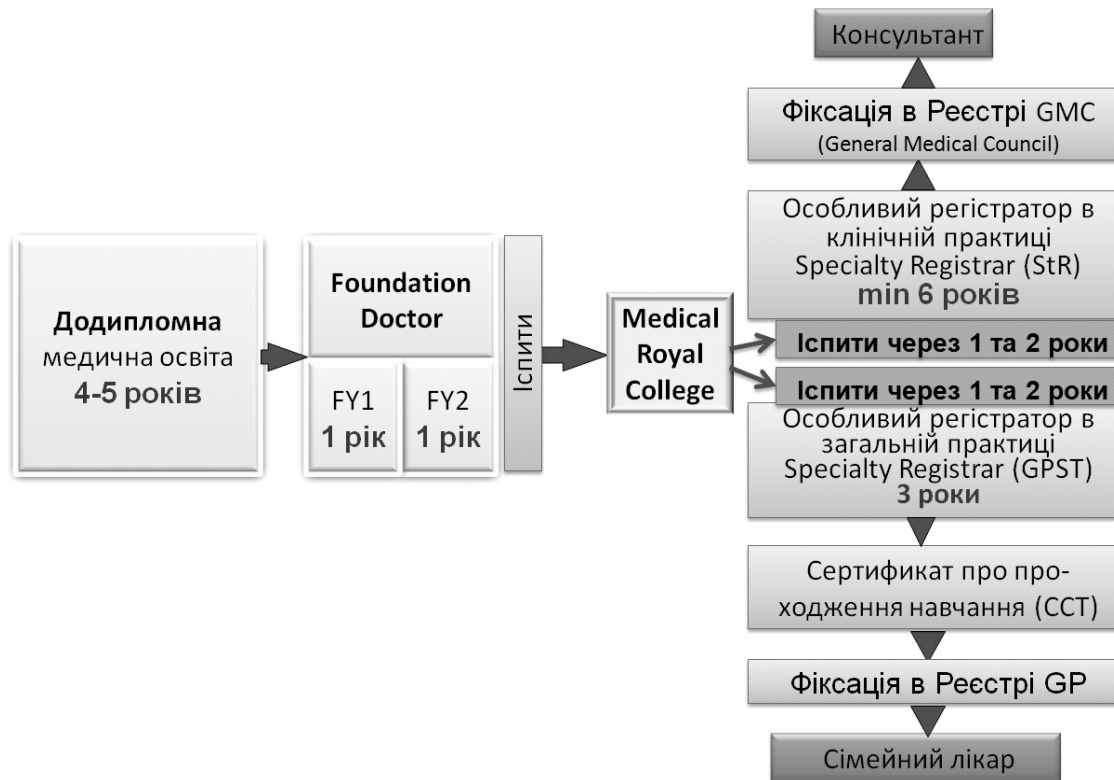


Рис. 5. Підготовка лікаря у Великій Британії.

атрію, дитячу та підліткову психіатрію. На завершення, протягом шести місяців – загальну медицину.

Після здобування ліцензії спеціаліст отримує дозвіл практикувати і працювати в госпіталях та інших медичних установах, але тільки за умови координування його роботи.

З 1 липня 2006 року в Швеції лікарі спеціалізуються за 56 різних медичних спеціальностей, з яких 31 базові (basspecialiteter) і 25 додаткових (grenspecialitet). Вже в статусі лікаря-спеціаліста випускник отримує сертифікат фахівця і дозвіл практикувати самостійно.

Великі традиції можна побачити у підготовці лікарів у Великій Британії.

У 1-й рік FY1 програма навчання спирається на знання, навички та вміння, набуті лікарем на стадії додипломної підготовки. Цілі навчання на цей рік встановлюються General Medical Council. На 1-му році лікар проходить через три або чотири робочих

місця за різними госпітальними спеціальностями. Наприклад, три місяці загальної хірургії.

Спеціалізація відбувається у сфері медицини або хірургії, або може здійснюватись навчання за іншими спеціальностями, наприклад, загальна практика, невідкладна медична допомога, педіатрія, психіатрія, акушерство та патологія. Навчання будується на досягнутому протягом попереднього року досвіді.

Лікарі, після навчання як «Foundation Doctor», отримують досвід роботи з різних спеціальностей і в різних медичних закладах. Окрема увага звертається на управління важкохворими пацієнтами. Навчання також включає в себе загальні професійні навички, що застосовуються до всіх галузей медицини – робота в команді, тайм-менеджмент, комунікації, IT-навички тощо.

Трьохетапною є підготовка лікаря у США (рис. 6), у Польщі (рис. 7) та Франції (рис. 8).

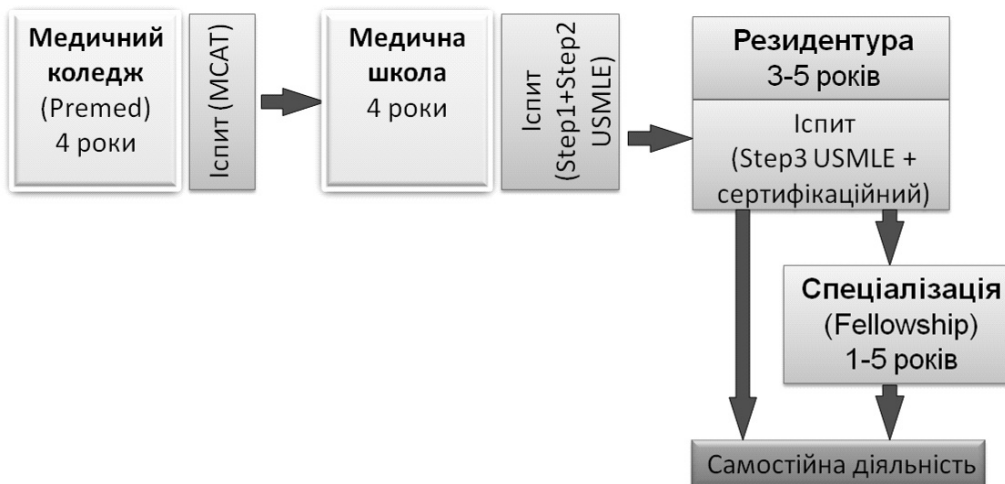


Рис. 6. Підготовка лікаря у США.

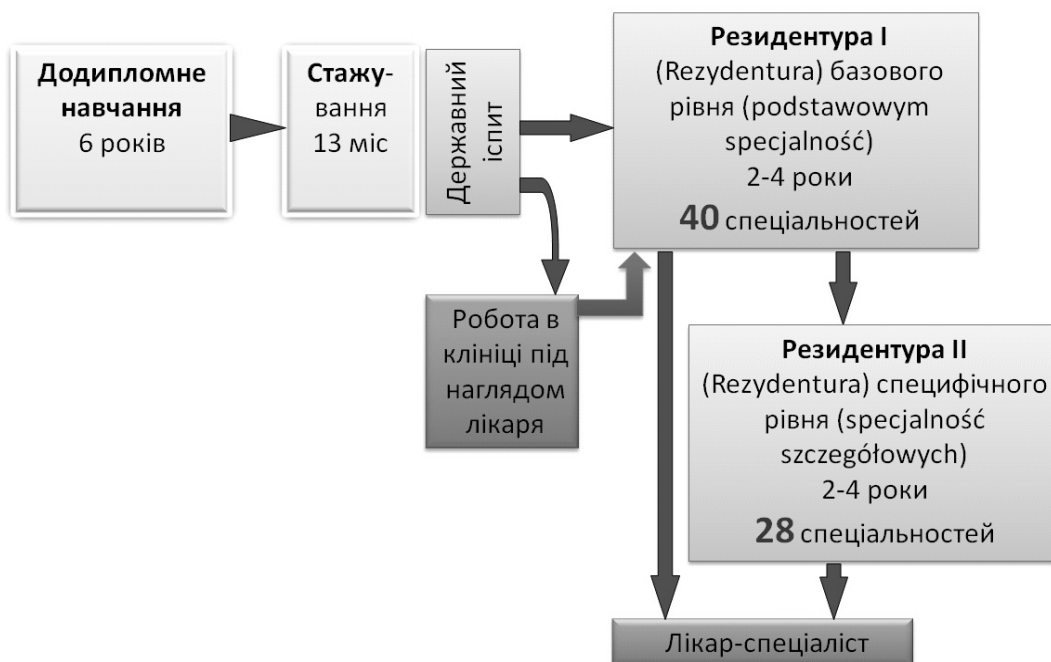


Рис. 7. Підготовка лікаря у Польщі.



У США по завершенні медичної школи лікарю присвоюється ступінь «доктор остеопатичної медицини (DO)» або «доктор медицини (MD)». Медична практика можлива тільки після завершення резидентури.

Раніше у США була форма навчання – «інтернатура», але з підвищенням вимог до якості підготовки лікаря, інтернатура з часом була приєднана до резидентури як 1-й рік навчання, а згодом зовсім скасована як окрема форма.

В окремих штатах після 1-го року навчання в резидентурі лікар може отримати ліцензію на здійснення самостійної загальної практики. Після завершення резидентури лікар отримує звання «лікуючий лікар». Фінансує навчання в резидентурі Департамент охорони здоров'я та соціальних служб.

Після завершення спеціалізації лікар отримує право працювати за субспеціальністю самостійно (без нагляду).

У Польщі звання лікаря присвоюється по завершенні шестирічного додипломного навчання, але лікар не отримує права на роботу. Дозвіл на медичну практику набувається після завершення тринадцятимісячного навчання (stazu podplomowego) і проходження державного медичного іспиту.

Щоб отримати звання фахівця в конкретній галузі медицини, лікар повинен пройти спеціалізацію. Одним із способів спеціалізації є дворівнева резидентура: базова (40 спеціальностей) і специфічна (28 спеціальностей).

Підготовка лікаря у Франції є найдовшою у Європі (рис. 8).

Цікавим є те, що на навчання лікарської професії набирають майже усіх бажаючих, але відсів студентів вже після 1-го року навчання становить 60–75%.

Підготовка в інтернатурі організується і контролюється медичними факультетами. Інтернатура про-

водиться у госпітальних дослідницьких центрах і в лікувальних установах, з якими є відповідні угоди і які є структурою госпітального університетського центру. Протягом навчання в інтернатурі проходить практика у лікаря-терапевта. Місце для терапевтичної підготовки з загальної медицини пропонується кожні 6 місяців на вибір інтерна. Після успішного захисту дисертації інтерн отримує диплом доктора медицини за умови складення іспиту з теоретичної підготовки, а після проходження практичної підготовки видається документ про кваліфікацію з загальної медицини.

Для вступу в резидентуру претенденти проходять конкурсний відбір. Під час навчання лікар-резидент виконує: обхід у відділенні, амбулаторний прийом хворих, чергування в приймальному відділенні, діагностичні і лікувальні процедури.

Програма підготовки в резидентурі має такий розподіл: 200 годин – теоретичне навчання; 6 семестрів – для тих, хто піде працювати за загально-медичними спеціальностями; 8 семестрів – спеціальні медичні спеціальності; 10 семестрів – хірургічні спеціальності. По завершенні навчання можливий захист дисертації на ступінь PhD.

Хірурги-резиденти надають хворим екстрену допомогу, беруть участь в операціях і оперують самостійно. У разі необхідності лікар-резидент направляється на 1–1,5 року до навчання в зарубіжні клініки. Після завершення резидентури лікар складає іспити і отримує відповідний диплом про спеціальну освіту.

Спеціалізація після резидентури триває 2 або 4 роки на базі спеціалізованого відділення під керівництвом його завідуючого. Навчання закінчується іспитом на одержання диплома лікаря-спеціаліста, який може вести викладацьку та науково-дослідну

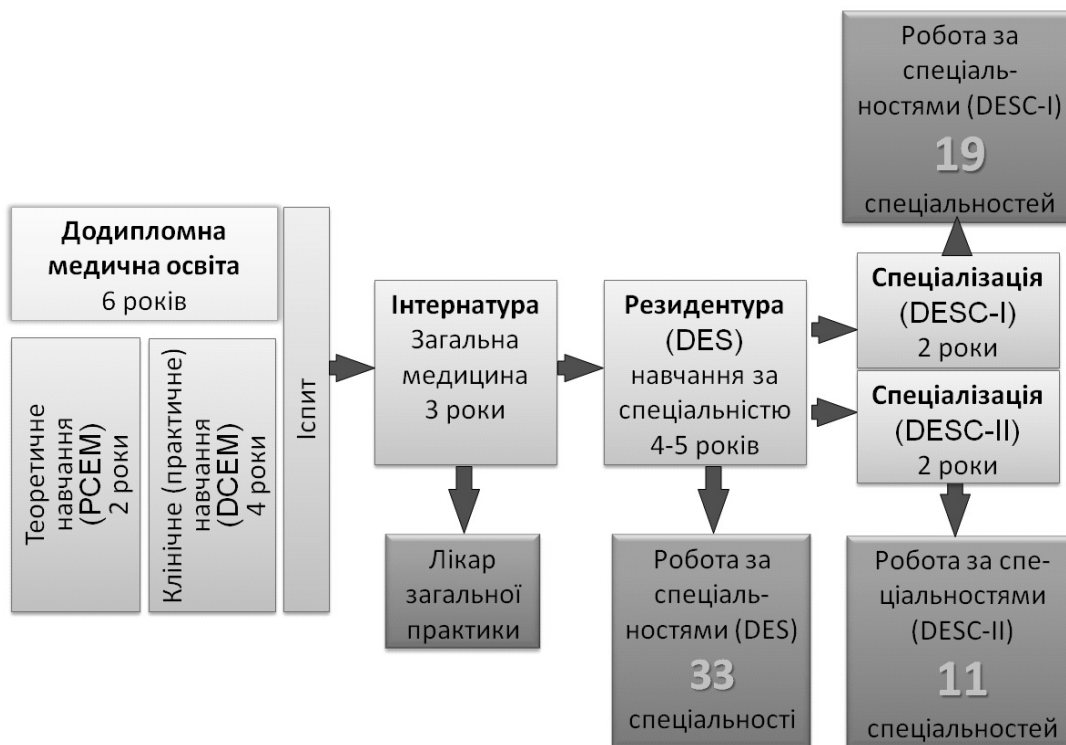


Рис. 8. Підготовка лікаря у Франції.

роботу, займатися приватною практикою. Всі вакантні лікарські посади заміщуються в лікарнях за результатами спеціальних конкурсних іспитів.

Таким чином, при вивченні різних моделей підготовки лікарів можна звернути увагу, що останніми роками в системах медичної освіти розвинених країн світу позначилася тенденція до збільшення питомої ваги практичної підготовки лікарів. Як наслідок – спостерігаються процеси з інтеграції 2-х послідовних форм підготовки: інтернатури і резидентури в одну – резидентуру, як можна побачити на прикладі США.

Тривалість навчання в резидентурі залежить від спеціальності і відрізняється одна від одної у різних країнах. Наприклад, резидентура з сімейної медицини у Данії і Німеччині триває 5 років, Чеській Республіці, Греції і Ізраїлі – 4 роки, Боснії, Франції, Литві, Португалії, Сербії, Словаччині, Іспанії – 3 роки, Албанії – 2 роки.

Установи, що забезпечують підготовку резидентів, теж відрізняються в різних країнах. В одних відбір, навчання, нагляд і всю відповідальність несуть лікарні, в інших – університети.

Оцінюючи досвід роботи резидентури у зарубіжних країнах, порівнюючи вітчизняну систему післядипломної медичної освіти з іноземною, виникає багато дискусійних питань щодо забезпечення ефективного запровадження в найближчий час інституту резидентури в Україні.

Перші найважливіші питання пов'язані з розподілом випускників вищих медичних закладів освіти III–IV рівня акредитації. Чи зберігатиметься існуюча система державного розподілу? Якщо ні, то як регулювати потребу у лікарях різних спеціальностей? Як проводити конкурс в резидентуру з урахуванням різної потреби у лікарях певної спеціальності?

Наступні питання стосуються статусу резидента і фінансування резидентури. Резидент – це суб'єкт праці чи навчання? Йому потрібно платити заробітну плату чи стипендію? На якому рівні необхідно їх встановити?

Оскільки резидентура повинна бути стаціонарною, неминуче виникне потреба у додатковій кількості викладачів. За рахунок яких джерел забезпечити їх фінансування? Яке співвідношення викладачів і слухачів необхідно встановити для якісної підготовки резидентів? В цьому ж ряді постає питання про відміну або збереження очно-заочної форми навчання.

Не менш важливі питання виникають щодо переліку базових спеціальностей і залежно від цього – тривалості навчання в резидентурі. Адже існуючий перелік спеціальностей інтернатури містить, поряд з базовими, і субспеціальності (неонатологія, дитяча оториноларингологія, дитяча анестезіологія тощо). Чи доцільне збереження цього переліку? Чи не буде доцільніше перший рік резидентури присвятити базовій спеціальності, наприклад, педіатрії, а наступні роки – тій же неонатології або дитячій анестезіології тощо. Це, безумовно, потребує збільшення тривалості навчання в резидентурі.

Чи зберігатиметься існуюча система підготовки лікарів за субспеціальностями після закінчення резидентури з базової спеціальності? Чи переглядатиметься тривалість спеціалізації для якісної підготовки фахівців? Наприклад, зараз згідно з наказом МОЗ України від 21.11.2005 р. № 621, «Про затвердження переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі...», тривалість навчання за спеціальністю «Нейрохірургія» складає 3 роки. Якщо лікар, який має базову спеціальність «Хірургія» і має наміри перекваліфікуватися на нейрохірурга, тривалість вторинної спеціалізації з нейрохірургії триває всього 5 місяців. Про яку якість підготовки кваліфікованого фахівця може йти мова? Цих прикладів можна навести безліч.

Потребує також вирішення питання про підготовку резидентів на контрактній основі. Яку встановити вартість навчання в резидентурі? У Тбіліському державному медичному університеті, наприклад, – резиденти платять, залежно від спеціальності, від 3000 до 3500 \$ за весь період навчання (3–5 років). Лікарі-резиденти Каліфорнійського університету повинні платити від 725 до 1115 \$ за квартал (ця сума включає медичну страховку).

#### **Модель лікарської резидентури в Україні.**

При аналізі різних моделей удосконалення системи підготовки фахівців в Україні було проведено аналіз чотирьох варіантів:

1. Запровадити для всіх випускників ВМНЗ зі спеціальностей «Лікувальна справа» і «Педіатрія» однорічну обов'язкову інтернатуру з фаху «Загальна практика/ сімейна медицина», потім – вступ до резидентури за конкурсом на 2–4 роки.

2. Запровадити зразу по закінченню ВМНЗ для всіх випускників резидентуру з багатьох фахів.

3. Запровадити 2-3-річну резидентуру після повного завершення інтернатури з восьми базових спеціальностей (внутрішні хвороби – 2 роки, педіатрія – 2 роки, хірургія – 3 роки і т. п.).

4. Скоротити нинішній перелік спеціальностей інтернатури та надати випускникам ВМНЗ зі спеціальностей «Лікувальна справа» і «Педіатрія» право після однорічної підготовки в інтернатурі з п'яти базових спеціальностей (табл. 1) вступати за конкурсом до резидентури за окремими вузькими спеціальностями.

Саме четвертий варіант, на наш погляд, є найбільш перспективним для України. Ми вважаємо, що основою для запровадження в перспективі резидентури як очної конкурсної форми післядипломної підготовки лікарів-спеціалістів є нинішня клінічна ординатура. По завершенню навчання в резидентурі фахівці набуватимуть свідоцтво про отриману спеціальність, яке може прирівнюватися до сертифіката спеціаліста. Ще одна вимога – перелік спеціальностей резидентури повинен бути обмеженим (перелік сягає 34 спеціальностей) і складатися з таких, які не потребують завершення повного навчання в інтернатурі за базовою спеціальністю, але потребують тривалого спеціалізованого навчання в клініці.

Пропозиції щодо розподілу спеціальностей в інтернатурі та резидентурі

Інтернатура	Резидентура
<b>1. Загальна практика – сімейна медицина (за дозволом МОЗ)</b> <b>2. Внутрішні хвороби</b>	гастроентерологія, гематологія, дерматовенерологія, ендокринологія, інфекційні хвороби, кардіологія, неврологія, нефрологія, онкологія, психіатрія, пульмонологія, фтизіатрія, генетика медична
<b>3. Хірургія</b>	нейрохірургія, онкохірургія, ортопедія і травматологія, отоларингологія, офтальмологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, хірургія серця і магістральних судин
<b>4. Педіатрія</b>	неонатологія, дитяча анестезіологія, дитяча гематологія, дитяча нейрохірургія, дитяча онкологія, дитяча ортопедія і травматологія, дитяча отоларингологія, дитяча офтальмологія, дитяча хірургія
<b>5. Стоматологія</b>	ортодонтія, хірургічна стоматологія

Приєм в резидентуру повинен проводитися на лімітовані за кожною спеціальністю місця держзамовлення. За окремими спеціальностями можна дозволити конкурсний вступ до резидентури – після 1-го року інтернатури відповідного профілю та Кроку-3 (виняток: загальна практика/сімейна медицина – за дозволом МОЗ). Інтерни, які за конкурсом не вступили до резидентури, продовжуватимуть навчання в інтернатурі зі своєї спеціальності.

Підготовка лікарів із інших «вузьких» фахів (авіаційна та космічна медицина, алергологія, геріатрія, дієтологія, ендоскопія, комбустіологія тощо) повинна проводитися на циклах спеціалізації після закінчення повного нормативного терміну навчання у відповідній інтернатурі (рис. 9).

При реалізації нової концепції післядипломної освіти (ПДО) вкрай важливо враховувати такі положення:

- навчання в інтернатурі проводиться зі збереженням системи державного розподілу молодих спеціалістів;
- при конкурсному вступі інтернів (після їх першого року навчання) в резидентуру перевагами користуються ті, хто направлені на роботу за даною спеціальністю;
- визначення числа місць держзамовлення в резидентурі з кожною спеціальністю та розподіл цих місць між ВНЗ повинні проводити МОЗ України та профільні асоціації.

При аналізі запропонованої моделі переходу системи підготовки фахівців на резидентуру нами докладно вивчалось питання можливості її фінансового забезпечення. Вважаємо, що при перерозподілі

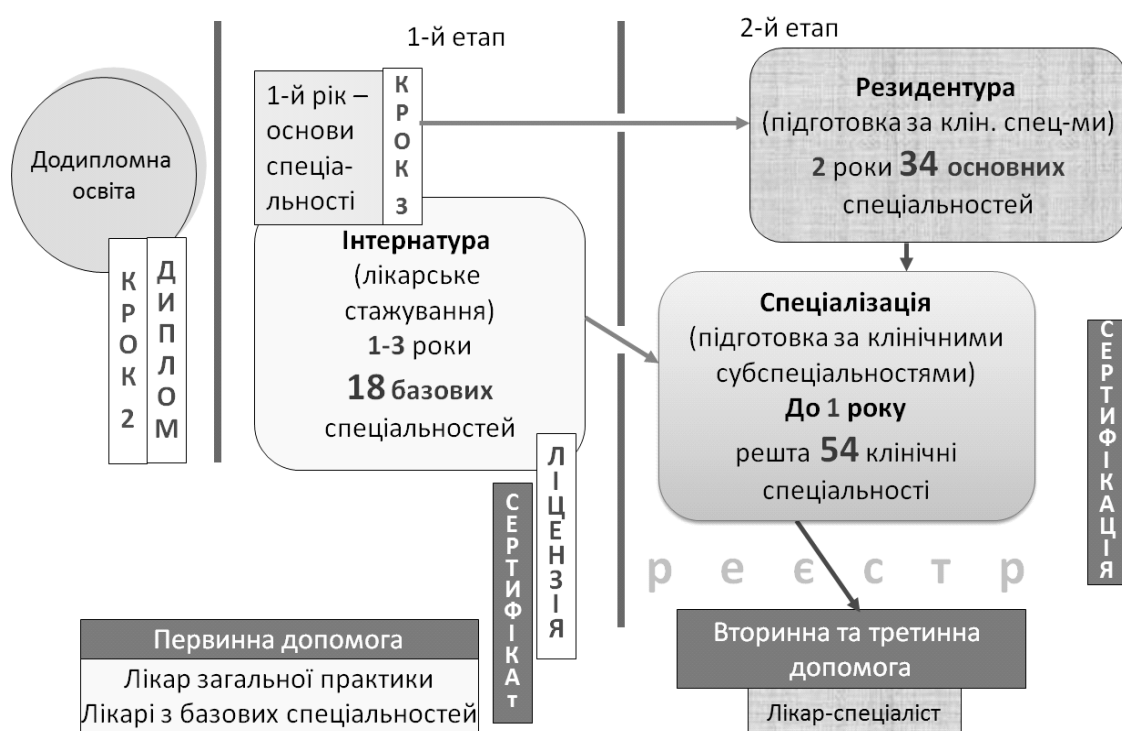


Рис. 9. Концепція: нова структура ПДО.

існуючого бюджету додаткових грошей у складній економічній ситуації не потрібно. Наприклад, всі 3783 випускники (така кількість вступає за бюджетом в інтернатуру у середньому на рік) йдуть на бюджетні місця першого року інтернатури (але тільки на 5 лікувальних спеціальностей, що залишаються) за кошти, передбачені бюджетом для інтернатури.

На другому році з 3783 фахівців, що навчаються, 1116 вступають до резидентури для продовження навчання вже за 34-ма «вузькими» спеціальностями (табл. 2), а інші продовжують навчання за спеціальностями інтернатури. При середньомісячному розмірі стипендії для лікаря-резидента 1474 грн необхідно до стипендіального фонду ВМНЗ МОЗ додатково в перший рік впровадження реформи ПДО:  $1474 \text{ грн} * 1116 * 12 = 19,7 \text{ млн грн}$ . Але за рахунок 766 інтернів, які не навчатимуться за традиційними спеціальностями інтернатури (старої моделі) і завершать навчання за базовими спеціальностями інтернатури, в місцевих бюджетах складається економія:  $(1678+587) \text{ грн} * 766 * 12 = 20,8 \text{ млн грн}$ , які й перекриють додаткові витрати.

Таким чином, з одного боку, плани запровадження резидентури в Україні, безумовно, мають такі позитивні риси:

- підвищення якості підготовки кваліфікованих лікарів;
- можливість використання при підготовці резидентів модульної системи навчання і розширення мережі університетських клінік;
- забезпечення шляху до посилення ролі лікарських асоціацій у плануванні необхідної кількості лікарів з певної спеціальності і підвищення мотивації навчання в резидентурі при достойному рівні заробітної плати після її закінчення, соціальні пільги.

З іншого боку, через невирішеність багатьох дискусійних питань виникають і певні ризики, пов'язані з необхідністю поетапної зміни системи державного розподілу випускників ВМНЗ і системи працевлаштування випускників резидентури. Потребує удосконалення не тільки система фінансування ВМНЗ, адже частину коштів місцевих бюджетів необхідно буде передати у державний бюджет, або безпосередньо ВМНЗ, але й його обсяги. Наприклад, для запровадження резидентури в НМАПО імені П. Л. Шупика, за попередніми розрахунками, потрібно додаткове збільшення штатів на 95 ставок викладачів і збільшення фінансування на 19,6 млн грн на 1 рік (при підготовці резидентів в обсязі існуючого на сьогодні річного контингенту інтернів). Необхідно також збільшити кількість університетських клінік з відповідним сучасним оснащенням і кількість посад викладачів у ВМНЗ.

Але запровадження резидентури неможливе без удосконалення законодавчої і нормативної бази, в т. ч. таких документів, як: Положення про резидентуру; Положення про кафедру, на якій здійснюється післядипломна підготовка випускників ВМНЗ III–IV рівня акредитації; Положення про клініку, якій надається право навчати лікарів-резидентів тощо. Також необхідно переглянути типові навчальні плани і програми зі всіх спеціальностей резидентури і комп'ютерні атестаційні програми.

Таким чином, проблема втілення нової форми підготовки лікарів «лікарська резидентура» ставить більше питань, ніж готових рішень, але європейський шлях України, зокрема, в напрямку забезпечення високого рівня якості медичної допомоги населенню змушує професіоналів практичної охорони здоров'я, медичної освіти та управлінців приділяти цій проблемі особливо пильну увагу.

Таблиця 2

Прогноз обсягів підготовки спеціалістів в резидентурі за напрямами спеціальностей

Напрямок підготовки	Число спеціальностей	Кількість осіб щорічної підготовки		
		бюджет	контракт	всього
Лікувальна справа	23	875	744	1 619
Педіатрія	9	190	77	267
Стоматологія	2	51	175	226
Загалом	34	1 116	996	2 112

#### Список літератури

1. Jim S. Wu. Boiselle Resident Evaluation and Remediation: A Comprehensive Approach / Jim S. Wu, Bettina Siewert, Phillip M. // J Grad Med Educ. – Jun 2010. – 2(2). – P. 242–245.
2. A novel concept in residency education: case-based remediation / E. D. Katz, D. G. Goyal, D. Char [et al.] // J Emerg Med. – 2013 Feb. – 44(2). – P. 493–498.
3. Giovanni Traverso. Residency Training and International Medical Graduates // Giovanni Traverso B. Chir, Graham T. McMahon // JAMA. – 2012. – 308(21). – P. 2193–2194.

4. The free Dictionary by Farlex [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.commonsemmedia.org/app-reviews/the-free-dictionary-by-farlex>
5. Webster's Medical Dictionary [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.merriam-webster.com/browse/medical/a.htm>
6. Директиви ЄС з визнання професійних кваліфікацій (2005/36 ЄС від 7 вересня 2005 р) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF>



## ЦІЛЬОВИЙ ТА КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХОДИ В СИСТЕМНІЙ РОБОТІ З РОЗВИТКУ КАДРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Міністерство охорони здоров'я*

Усі ми свідки того, як в нашій країні ще донедавна у складній системі взаємовідносин й за умов нечітко визначеного майбутнього та розмитості цілей відбувалося захоплення проміжними, сьогоденними результатами. Мало хто мислив стратегічно, орієнтувався на віддалену перспективу. За таких умов витрачалася людська енергія, значні ресурси, час на працю, що в більшості випадків не сприяло досягненню бажаної мети. Таке явище ще й сьогодні має місце у сфері охорони здоров'я.

### Значення цільового підходу

Безліч організацій і установ загальнодержавного, регіонального та місцевого рівнів виконують конкретні функції, зорієнтовані переважно на поточну роботу. Якщо й має місце стратегічне планування, то воно мало узгоджується з іншими суб'єктами, діяльність яких в кінцевому рахунку також спрямована на досягнення головної державної та суспільної цілі – збереження і зміцнення здоров'я населення, відтворення та примноження людського потенціалу держави та задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі.

Організації сфери охорони здоров'я (у більшості) ще й досі живуть своїми інтересами і не відповідають головній меті. Саме тому збереження кожної з організацій досить часто стає самоціллю, обґрунтовується доцільність створення нових органів управління, посилюється непродуктивна конкуренція за ресурси. В таких умовах сильніший за можливостями впливу на осіб, які приймають рішення, чи кадровим потенціалом, чи матеріально-технічними, чи фінансовими ресурсами здобуває переваги і підсилює одну з ланок сфери відповідно до власних можливостей та поточних інтересів.

Що маємо в такому випадку? Виникнення конфліктів, закритість системи управління і життєдіяльності сфери охорони здоров'я, що призводить до розбалансованості системи і, як наслідок, кардинальної трансформації руху в протилежному напрямку до загальної мети. Подібне відбувається і всередині самих організацій, адже їх структурні підрозділи практично копіюють стандарти поведінки галузі, що ще більше зменшує продуктивність праці, віддаляє усіх нас від отримання бажаних для суспільства результатів.

Орієнтація ж на єдину мету (мегаціль) створює умови для досягнень необхідних (визначених) результатів. Орієнтація на кінцеву ціль передбачає усвідомлення того, що:

а) визначена ціль не є догмою і може переглядатися (зміни мають відбуватися з урахуванням усіх

соціально-економічних та інших характеристик, що постійно змінюються);

б) потрібно чітко визначити як довгострокові цілі, так і шляхи їх досягнення;

в) увага до поточної діяльності не втрачається, але рух відбувається відповідно до кінцевої мети шляхом реалізації проміжних цілей, що кореспондують з кінцевою ціллю.

Таким чином, цільовий підхід як система методів та методичних прийомів, що забезпечують постійну орієнтацію управлінської діяльності, дозволяє ретельно розглянути складну ієрархію цілей, визначити їх головну мету та цілі, що «працюють» на досягнення результату, підцілі (як способи їх досягнення), сформувати систему пріоритетів черговості виконання цілей, тобто забезпечити керованість процесом розроблення та досягнення цілей в будь-якій сфері діяльності та організаціях.

«Цільове управління, – зазначає Дж. Морисей. – ... потребує чіткого визначення цілей або бажаних результатів роботи, формування реальних програм їхнього досягнення та чіткого оцінювання параметрів роботи вимірюванням конкретних результатів за етапами досягнення поставлених цілей».

### Піраміда результативності та система цільового управління

Слід наголосити на рівнях управління цілями і результатами. Перший рівень – уміння керівника та усього колективу усвідомлювати місію діяльності організації та цінності, які дозволяють співробітникам відчувати унікальність і соціальну значущість їх організації, причетність до важливої справи та способи поведінки, партнерам та суспільству – чого слід очікувати від організації і наскільки вона надійна для співробітництва.

Соціальна характеристика будь-якої організації включає також цілі й стратегію. Мета (ціль) організації – це конкретний образ бажаного (очікуваного) результату, якого організація може реально сягнути в певний чітко виміряний проміжок часу.

Стратегія організації – це шлях, яким рухається організація, базові орієнтири руху.

З іншого боку, цілі, стратегія, дії, спрямовані на реалізацію довгострокових планів, отримані результати можуть бути представлені в інтегрованому вигляді місією організації (рис. 1).

Практична реалізація цільового підходу викликала необхідність доведення його принципів до кожного конкретного виконавця. Цю проблему найчастіше вирішують за допомогою «управління за цілями» (МВО).



Рис. 1. Піраміда результативності.

На даному етапі розвитку країни та держави, очільником МОЗ О. Мусієм прийнято рішення насамперед сформувати розуміння того, якою ми хочемо бачити нашу національну систему охорони здоров'я через напрацювання Концепції нової національної системи охорони здоров'я як системи поглядів на медичну сферу, як явище, та Плану дій, котрий є важливою складовою практичної реалізації напрацьованих ідей.

Концепція визначає найвищу мету, а План дії має сформувати стратегічні та тактичні цілі на шляху досягнення мети як найвищої цілі.

Але будь-яка, навіть ідеально сформована, логічно прописана ціль та інші напрацьовані документи, що дозволяють її описати й реалізувати, є лише намірами, які можуть втілитися в життя люди відповідної кваліфікації.

Тому з огляду на визначені цілі, важливого значення набуває формування управлінців та виконавців, здатних в короткий період забезпечити досягнення проміжних та стратегічних цілей.

**Побудову системи цільового управління схематично можна представити у вигляді трьох основних етапів (рис. 2).**

### Популярно про компетентнісний підхід

Компетентнісному підходу надають важливу роль у політиці і практиці управління персоналу як одному з визначальних чинників досягнення цілей. Сьогодні всі успішні організації (бізнесу, громадського сектора, держав) використовують подібний підхід у власній діяльності: у деяких – набір компетенцій використовують у конкретних цілях, в інших, і таких стає все більше, – поняття компетенцій стає визначальним у роботі з персоналом.

Компетентнісний підхід у нашій державі сьогодні більше декларується, ніж має практичне використання, хоча є вже певні розроблені документи, зокрема «Національна рамка кваліфікацій», затверджена Постановою Кабінету Міністрів від 23 листопада 2011 р., № 1341.

Національна рамка кваліфікацій призначена органам виконавчої влади, установам та організаціям, що реалізують державну політику у сфері освіти, зайнятості та соціально-трудова відносин, навчальним закладам, роботодавцям та іншим юридичним і фізичним особам для розробки, ідентифікації, співвіднесення, визнання, планування і розвитку кваліфікацій.

Наше завдання полягає у тому, щоб компетентнісний підхід реально запрацював у роботі органів влади, медичних закладів, освітянських та наукових установ й усіх суб'єктів, діяльність яких пов'язана із підготовкою персоналу та його управлінням. Він має стати надбанням нових освітніх програм, підручників і навчальних матеріалів, у тому числі таких, що готують фахових медиків: лікарів, медсестер, провізорів тощо.

У компетентнісному підході управління персоналом використовують два важливі визначення: КОМПЕТЕНЦІЯ і КОМПЕТЕНТНІСТЬ.

Існує безліч різних трактувань даних понять. Більшість їх зводиться до того, що:

**Компетенція** – здатність, що відображає необхідні стандарти поведінки. Це описані вимоги до



Рис. 2. Етапи системи цільового управління.

особистих, професійних та інших якостей співробітника, які необхідні для виконання певного виду діяльності.

**Компетентність** – здатність, необхідна для вирішення робочих завдань і отримання необхідних результатів роботи (доведена спроможність застосовувати знання, уміння, навички, визначені компетенціями). Тобто компетентність – високу, стандартну чи низьку – визначають рівнем володіння тією чи іншою компетенцією.

**Виділяють три основних групи компетенцій: ключові** (загальнокорпоративні, притаманні даній організації та всім її членам); **професійні** (для конкретного виду діяльності); **менеджерські**.

Компетентність можна і слід розвивати за рахунок правильного управління та розвитку. Найвищим рівнем прояву компетентності професіонала, незалежно від сфери застосування підходу, як-от бізнес чи державне управління, завжди буде володіння ком-

петенцією «результативність». Під результативністю в даному випадку ми розуміємо здатність ставити складні, але досяжні цілі, зосереджувати на них свої зусилля і досягати або навіть перевершувати ці цілі.

Компетентнісний підхід, з огляду на чітко визначені стандарти поведінки для тієї чи іншої посади, дозволяє більш якісно проводити набір, адаптацію та розвиток персоналу, здатного в найкоротші терміни виконувати професійні обов'язки та досягати намічених цілей. Робити це значно швидше й ефективніше.

Для розуміння того, що ж собою являє модель компетенцій, нижче наведено Модель компетенцій державного службовця України (табл. 1), яка складається з 9 компетенцій, згрупованих у «кластери» (компетенції, що належать до однієї групи якостей). Кожна компетенція супроводжується описом очікуваної поведінки, яка свідчить про наявність даних якостей (знань, умінь, навичок) у людини.

Таблиця 1

Модель компетенцій державного службовця України

<b>О</b>	<b>ПОРЯДНІСТЬ</b>
<b>С</b>	Керується у повсякденному житті усталеними етичними нормами (чесність, моральні правила суспільної та професійної спільнот) Дієво формує повагу та довіру до себе
<b>О</b>	
<b>Б</b>	
<b>И</b>	<b>САМОРОЗВИТОК</b>
<b>С</b>	Прагне до нових знань та досвіду Здійснює послідовні кроки з реалізації власного життєвого шляху Формує умови й обставини для розвитку, враховуючи державні інтереси
<b>Т</b>	
<b>І</b>	
<b>С</b>	<b>ЦІЛЕСПРЯМОВАНІСТЬ</b>
<b>Т</b>	Вміє визначати цілі та механізми їх досягнення Вірить у власні сили та можливості Вміє досягати результату
<b>Ь</b>	
<b>К</b>	<b>ПРОФЕСІОНАЛІЗМ</b>
<b>О</b>	Володіє фаховими знаннями та навичками відповідно до займаної посади і сфери діяльності Глибоко розуміє та аналізує вузькопрофільні питання Вміє ефективно управляти фаховими процесами
<b>Р</b>	
<b>П</b>	
<b>О</b>	<b>КОМУНІКАТИВНІСТЬ</b>
<b>Р</b>	Здатен ефективно налагоджувати та підтримувати ефективні взаємовідносини Вміє аргументовано формулювати та доносити свою позицію Вміє чути і розуміти інших людей та гармонійно вирішувати питання в державних інтересах
<b>А</b>	
<b>Т</b>	
<b>И</b>	<b>ЗАЛУЧЕНІСТЬ</b>
<b>В</b>	Вважає своїм обов'язком зробити власний внесок у процвітання держави та галузі Небайдуже ставиться до поставлених цілей і завдань Виступає ініціатором конструктивних дій
<b>Н</b>	
<b>І</b>	
<b>С</b>	
<b>Т</b>	
<b>Ь</b>	
<b>Д</b>	<b>ПАТРІОТИЗМ</b>
<b>Е</b>	Самоідентифікує себе з українською політичною нацією Свідомо співвідносить особистісні, корпоративні та державні інтереси Знає та пишається досягненнями культури і традиціями України
<b>Р</b>	
<b>Ж</b>	

<b>А</b>	<b>ПРИНЦИПОВІСТЬ</b>
<b>В</b>	Послідовно дотримується та обстоює певні державні принципи Стабільний у своїх моральних і політичних принципах Схильний відмовитись від власних інтересів заради державних
<b>Н</b>	
<b>І</b>	
<b>С</b>	<b>ДЕРЖАВНИЦТВО</b>
<b>Т</b>	Дотримується принципів верховенства права Усвідомлює та поважає розмаїття політичних, етнічних, соціальних і культурних спільнот в Україні Виконує чинні закони та законодавчі акти України
<b>Б</b>	

### Система компетентнісного оцінювання

Компетентнісний підхід свідчить про те, що ми можемо напрацьовувати якості, необхідні будь-якому працівникові й керівникові, для того, щоб вони виконували свої професійні обов'язки за чіткою системою оцінювання діяльності, за критеріями та компетенціями.

Розглянемо можливості запропонованого для прикладу медичного середовища. Безпосередньо оцінювати роботу лікарів можуть і повинні незалежні атестаційні комісії та структури. Вони повинні проводити перевірку не тільки тому, що головний лікар підписав документ про те, що його підлеглий хороший чи поганий. Є чітко визначені критерії та методи оцінювання.

По-перше, працівник оцінює себе сам. По-друге, його оцінюють колеги, з якими він постійно працює. По-третє, це роблять керівники працівника. По-четверте, свою оцінку дають пацієнти, яких він обслуговує. Інакше кажучи, застосовують так званий «метод 360°», або метод «об'єктивного суб'єктивізму».

Найчастіше у світі застосовують критеріальний підхід до компетентності за п'ятирівневою шкалою (табл. 2). Ми повинні не тільки знати, які компетенції потрібні людині для того, щоб вона виконувала певну

роботу, а й оцінювати її за чітко визначеними критеріями, а не довільно – подобається чи не подобається, такий чи не такий, і чи може особа розвиватися (людина може мати низький рівень певної компетенції, але, розвиваючи її, досягнути найвищого рівня).

На практиці ідеальної картини важко досягнути, але ми прагнемо, щоб максимально було враховано думки всіх учасників системи охорони здоров'я: лікаря, професійної спільноти, керівництва, середовища пацієнтів. Таким чином, кожен з них може поставити питання про усунення від роботи того чи іншого лікаря, бо, скажімо, він мав промахи в роботі або не відповідає за тими чи іншими критеріями займаній посаді.

Незаперечними є також переваги оцінювання діяльності та оплати праці на основі компетенцій із використанням критеріального підходу і «методу 360°»:

1. Забезпечення прозорості й відкритості з максимальним урахуванням думок усіх членів колективу (суб'єктивний об'єктивізм).
2. Виховання вмотивованого, кваліфікованого та цілеспрямованого співробітника.
3. Визначення підходів до планування індивідуального розвитку, програм навчання, спрямованих

Таблиця 2

Критеріальний підхід до оцінювання компетентності

Оцінка	Прояви компетентності			
5 {+2; 12}	Компетентність, що транслюється	Лідерський рівень	Відмінний рівень, набагато вищий від очікуваного організацією	Рівень майстерності. Якість яскраво виражена, навички розвинуті й виконуються автоматично
4 {+1; 10}	Висока компетентність	Сильний рівень	Хороший рівень, трохи вищий від необхідного	Якість виражена і може бути розвинута самостійно, вміння розвинуті добре
3 {0; 7}	Компетентність	Базовий рівень	На очікуваному від співробітника рівні	Якість проявляється в типових ситуаціях і може бути розвинута самостійно чи при відповідній підготовці, вміння розвинуті задовільно
2 {-1; 4}	Компетентність, що формується	Рівень розуміння	Нижче потрібного	Якість проявляється несистематично і потребує розвитку, вміння сформовані погано, необхідна відповідна підготовка, відсутність практичних умінь, пов'язаних з даним видом діяльності
1 {-2; 2}	Некомпетентність	Негативний рівень	Неприйнятний прояв компетенції (незадовільна оцінка)	Якість не проявляється зовсім, відсутність практичних умінь, великі труднощі в їх засвоєнні

на розкриття потенціалу людини і досягнення цілей (особистих та організацій).

4. Формування чітких критеріїв визнання заслуг і винагороди через вимірювання ефективності виконання роботи працівником.

Компетентнісний підхід є незамінним у плеканні підготовленого для життя учня, студента, співробіт-

ника, керівника, що є вкрай важливим на сьогодні, і значущість даного підходу буде все більше зростати у майбутньому.

Гармонійно поєднуючи цільовий і компетентнісний підходи маємо вийти на ефект синергії (ефект цілісності), щоб пройти шлях передових країн світу за значно коротший термін!

#### **Список літератури**

1. Моррисей Дж. Цільове управління організацією / Дж. Моррисей.— М. : Рад. радіо, 1979. – С. 74.

2. Richard C. Kearney Evan M. Berman Public Sector Performance: Management, Motivation, and Measurement, Westview Press, 1999. – 235

3. Уолш К. Ключові показники менеджменту/ Уолш К.

– М, 2001. – 363 с.

4. Холліфорд С., Уїддет С. Керівництво по компетенціям/ С. Холліфорд, С. Уїддет, Нірро, 2003. – 228 с.

5. Синк Д.С. Управління продуктивністю: планування, вимір, оцінка, контроль і підвищення/ Д.С. Синк , – М.: Прогрес, 1989. – 528 с.



## ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»

Сучасна система освіти у Республіці Польща сформувалась наприкінці минулого століття після долучення Польщі до Болонського процесу. Саме 18–19 червня 1999 року в Польщі була підписана відповідна декларація, яка передбачала створення єдиної системи вищої освіти в Європі, підвищення престижу вищих навчальних закладів порівняно із США, перехід до системи порівнюваних наукових ступенів і наукових звань (титулів) та конвертацію дипломів.

Імплементация засад Болонського процесу була реалізована впродовж наступних трьох років. Відповідно, система освіти передбачала декілька ступенів:

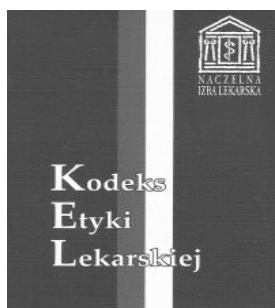
I ступінь – 3 роки (6 семестрів) – неповна вища освіти («ліцензіат», що відповідає нашому бакалаврату);

II ступінь – 2 роки (4 семестри) – магістерська освіта з отриманням звання магістра;

III ступінь – 4 роки – повна вища освіта з отриманням ступеня доктора наук.

Однак у медицині та фармації Польщі передбачена або двоступенева, або наскрізна система освіти, яка передбачає мінімум 12 семестрів (понад 5700 годин, відповідно, усього понад 360 ECTS) з отриманням ступеня магістра, а у стоматології – мінімум 10 семестрів, 5000 годин, 300 ECTS.

Основи післядипломної освіти у Республіці Польща ґрунтуються на положеннях етичного кодексу лікаря, де, зокрема, зазначено, що кожен лікар зобов'язаний постійно поглиблювати свої фахові знання та удосконалювати професійну майстерність (Kodeks etyki lekarskiej, art. 56 р. 1).



До 2013 року в Республіці Польща післядипломна підготовка включала три етапи:

- стажування;
- первинну спеціалізацію (*specjalistyczne*);
- безперервний професійний розвиток (БПР) (*ustawiczne*).

Законодавча база післядипломної підготовки ґрунтується на низці наказів і розпоряджень та законів про лікарську діяльність:

– Закон від 5 грудня 1996 року про професію лікаря і стоматолога (Законодавчий вісник 2011 року, № 277, пункт тексту 1634).

– Розпорядження міністра охорони здоров'я від 30 липня 2012 року про медичний та стоматологічний підсумковий іспит (Законодавчий вісник, пункт 903).

– Розпорядження міністра охорони здоров'я від 8 січня 2013 року про спеціалізацію лікарів і стоматологів (Законодавчий вісник 2013 року, пункт 26) – чинне.

– Розпорядження міністра охорони здоров'я від 20 жовтня 2005 року про спеціалізацію лікарів і стоматологів (Законодавчий вісник 2005 року, № 213, пункт 1779, з поправками) – втратило чинність.

### 1. Стажування як вид післядипломної підготовки спеціалістів у Польщі

Першим етапом післядипломної підготовки лікарів у Польщі до 2013 року було проходження обов'язкового післядипломного стажування зі складанням державного лікарського/стоматологічного кінцевого екзамену (LEK/LDEK), без чого випускник не міг працювати лікарем. Метою проходження даного етапу було поглиблення та розширення набутих у вищому навчальному закладі професійних знань і вмінь, опанування навиками професійної практичної діяльності лікаря, необхідними для самостійної роботи. На дане стажування зараховувались випускники вищих медичних навчальних закладів, які отримали диплом лікаря, для проходження особливого виду практики з оформленням трудових відносин і здобуття практичного досвіду додатково до знань і вмінь, отриманих під час навчання у вузах.

Нижче описується система стажування, яка існувала у Польщі до останньої реформи.

Стажування базується на таких принципах:

⇒ навчання відбувається у вибраних медичних закладах, які відповідають певним критеріям і внесені до реєстру воєводства;

⇒ лікарі-стажисти здійснюють практику на основі угоди про працю, що ставить їх на один рівень з лікарями, які працюють на повну ставку у вищезазначених закладах охорони здоров'я; за трудовими угодами стажисти фінансуються з державного бюджету через воєводські адміністрації;

⇒ відбувається двічі на рік – у жовтні і березні;

⇒ тривалість – 13 місяців для лікарів і 12 місяців для стоматологів;

⇒ для завершення стажування, лікар-стажист повинен отримати схвалення проходження практики координатором і повинен скласти державний екзаме́н. Якщо обидві умови виконані, видається обмежена ліцензія на здійснення медичної практики.

Післядипломне стажування включає поглиблення теоретичних знань та практичної підготовки медичних послуг за напрямками:

– для лікаря: внутрішньої медицини, педіатрії, включно неонатологію, загальної хірургії, в тому числі невідкладної хірургії, акушерства і гінекології, психіатрії, інтенсивної терапії, невідкладної медичної допомоги та у сфері сімейної медицини в умовах стаціонарної, амбулаторної і домашньої медичної допомоги;

– для стоматологів: за напрямками загальної стоматології, в тому числі реставраційної стоматології, дитячої стоматології, парадонтології, ортодонції, щелепно-лицевої хірургії, протезування та в галузі екстреної медицини.

Стажування лікарів також включає в себе поглиблення знань в галузі клінічної трансфузіології, профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики та лікування СНІДу, а в сфері екстреної медицини проходження курсу медичного рятівництва. Передбачається також ознайомлення з основами медичної юриспруденції, біоетики та медичного права.

Розподіл місць і керівників, а також контроль за проходженням післядипломного стажування та виконання програми здійснює Лікарська палата (*Izba Lekarska*).

Керівництво стажуванням здійснюють практичні лікарі. У межах лікувально-профілактичного закладу координаторів стажування призначає керівник даного закладу з числа співробітників із кваліфікацією лікар-спеціаліст. Координатор курує не менше 5 і не більше 10 стажистів.

При направленні лікаря/лікаря-стоматолога для проходження післядипломного стажування, регіональна лікарська рада розглядає по чергово список лікарів і стоматологів, у яких є постійне місце проживання на території функціонування регіональної медичної ради, враховуючи найвищий середній рейтинг кандидата на момент завершення навчання, а також враховує максимальну кількість лікарів, які можуть одночасно проходити стажування в одному медичному закладі.

Після завершення обов'язкового післядипломного стажування лікар-стажист повинен скласти державний екзаме́н, після чого отримує сертифікат, який дає право здійснювати обмежену медичну практику.

Відповідно до положення про державний іспит (LEK – для лікарів, LDEK – для стоматологів), до нього допускаються випускники медичних факультетів, лікарі-стажисти або лікарі, які вже отримали повне право на медичну практику. Складання іспиту відбувається двічі на рік. Методичним забезпеченням цих екзаменів займається Центр медичних іспитів (*Centrum Egzaminow Medycznych*), за

підтримки відділу вищих медичних кадрів Департаменту соціальної політики воєводських адміністрацій. Перелік завдань єдиний та уніфікований для всієї країни. Зміст запитань не виходить за рамки програми стажування, і, таким чином, робить можливим оцінити якість програми підготовки, проведеної в акредитованих лікарняних закладах.

Умовою для складання LEK/LDEK є електронна реєстрація на сайті ЦМЕ ([www.cem.edu.pl](http://www.cem.edu.pl)) до 30 червня або до 30 листопада, якщо екзамен проводиться, відповідно, з 1 до 30 вересня або з 1 до 28 лютого. Як правило, LEK проводиться з 15 до 28 лютого і з 15 до 30 вересня, LDEK – з 1 до 14 лютого і з 1 до 14 вересня. Точну дату екзаменів встановлює директор ЦМЕ, про яку інформує претендентів електронною поштою. Дата і місце проведення іспиту та код надсилаються не пізніше, ніж за 14 днів до іспиту.

Для успішного складання іспиту LEK/LDEK для лікарів з обмеженою ліцензією (після підтвердження диплому, на термін не більше ніж 5 років, до проходження спеціалізації) потрібно не менше 56 % правильних відповідей. Цей результат є дуже важливим, оскільки надалі він враховується при відборі на первинну і вторинну спеціалізацію. Лікарський/стоматологічний кінцевий екзаме́н дозволяється складати декілька разів для покращення особистого результату.

Після закінчення післядипломного стажування, у випадку негативного результату екзамену, лікар отримує обмежену ліцензію на практику і зобов'язаний впродовж 5 років скласти цей іспит на позитивний результат. Для лікарів, які ще до введення LEK/LDEK мали ліцензію на практику обов'язковий прохідний рівень не визначається.

## 2. Спеціалізація

Спеціалізація у Республіці Польща є *одноступеневою*, лікар в один і той самий час може проходити спеціалізацію лише за одним фахом.

Спеціалізація може реалізуватись через резидентуру, укладання трудового договору, оформлення оплачуваної творчої відпустки або відрядження, розширення програми денного навчання в докторантурі, укладання цивільно-юридичної угоди про проходження спеціалізації.

У спеціалізаційній підготовці беруть участь Міністерство охорони здоров'я, воєводські департаменти соціальної політики (воєводські центри громадського здоров'я, відділи вищих медичних кадрів), Центр післядипломної медичної освіти (*Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego – CMKP*) і Центр медичних іспитів (*Centrum Egzaminow Medycznych – CEM*).

**Департамент науки і вищої освіти МОЗ** займається системними питаннями організації вищої освіти та післядипломної підготовки медичних кадрів як для громадян Польщі, так і для іноземців.

**Воєводські департаменти соціальної політики** (громадські центри здоров'я (UW), відділи ви-

щих медичних кадрів) забезпечують безпосередню організацію післядипломної підготовки, зокрема збирають пропозиції на відкриття спеціалізації, готують документацію необхідну для складання державного іспиту.

**Центр післядипломної медичної освіти** готує програми спеціалізації, організовує обов'язкову перепідготовку та курси вдосконалення, надає повноваження закладам здійснювати навчання за певною спеціальністю. Наразі експерти скликані Центром післядипломної медичної освіти розробляють програми 2-модульної спеціалізації та умов акредитації закладів, де вона буде здійснюватись.

**Центр медичних іспитів (екзаменів)** організовує і проводить державний іспит, який є основою для визначення рейтингу і найважливішим аргументом для наступного продовження післядипломної освіти.

Порядок проведення кваліфікації визначає воєводська адміністрація, Департамент соціальної політики, відділ вищих медичних кадрів та проводять її двічі на рік у період з 1 по 31 березня та з 1 по 31 жовтня.

Спеціалізацію можуть проводити лише ті *заклади*, які ввійшли до списку установ, визначених Міністерством охорони здоров'я, як таких, що можуть виконувати такий вид діяльності. Перелік таких закладів можна знайти на сайті Центру післядипломної медичної освіти ([www.smkr.edu.pl](http://www.smkr.edu.pl)). *Заклади*, в яких проводиться спеціалізація – осередки вищої школи, які мають дозвіл МОЗ на проведення освітньої діяльності та відповідають установленим вимогам, тобто забезпечені відповідною навчально-практичною базою, підготовленими кадрами за фахом спеціалізації і є акредитованими на даний вид діяльності. Вказані заклади щорічно надсилають у МОЗ плани щодо підготовки з кожної спеціальності з визначенням термінів, кількості слухачів, які можуть бути зараховані на спеціалізацію у даному році.

На сьогодні визначено такий *перелік спеціальностей*.

#### **Медичні спеціальності:**

- алергологія (0731);
- анестезіологія та інтенсивна терапія (0701);
- ангиологія (0732);
- аудіологія та фоніатрія (0733);
- курортна і фізична медицина (0734);
- дитяча хірургія (0702);
- торакальна хірургія (0735);
- судинна хірургія (0736);
- загальна хірургія (0703);
- хірургічна онкологія (0737);
- пластична хірургія (0738);
- щелепно-лицева хірургія (0704);
- хвороби легень (0739);
- дитячі легеневі захворювання (0792);
- внутрішні хвороби (0705);
- інфекційні захворювання (0706);
- дерматологія та венерологія (0707);

- діабетологія (0740);
- лабораторна діагностика (0708);
- ендокринологія (0741);
- гінекологічна ендокринологія та репродуктологія (0799);
- дитяча ендокринологія та діабетологія (0796);
- епідеміологія (0710);
- клінічна фармакологія (0742);
- гастроентерологія (0743);
- дитяча гастроентерологія (0797);
- клінічна генетика (0709);
- геріатрія (0744);
- гінекологічна онкологія (0787);
- гематологія (0745);
- гіпертензіологія (0788);
- клінічна імунологія (0746);
- інтенсивна терапія (0801);
- серцева хірургія (0747);
- кардіологія (0748);
- дитяча кардіологія (0762);
- авіаційна медицина (0793);
- морська і тропічна медицина (0794);
- ядерна медицина (0749);
- паліативна медицина (0750);
- невідкладна медична допомога (0712);
- сімейна медицина (0713);
- судова медицина (0714);
- спортивна медицина (0751);
- медична мікробіологія (0716);
- нефрологія (0752);
- дитяча нефрологія (0798);
- неонатологія (0753);
- нейрохірургія (0717);
- неврологія (0718);
- дитяча неврологія (0763);
- неврологія (0789);
- офтальмологія (0719);
- дитяча онкологія та гематологія (0755);
- клінічна онкологія (0754);
- ортопедія і травматологія (0720);
- оториноларингологія (0721);
- дитяча оториноларингологія (0790);
- патологія (0722);
- педіатрія (0723);
- метаболічна педіатрія (0795);
- перинатологія (0800);
- акушерство та гінекологія (0724);
- психіатрія (0725);
- дитяча і підліткова психіатрія (0756);
- радіологія та променева діагностика (0726);
- радіаційна онкологія (0727);
- відновлювальна медицина (0728);
- ревматологія (0757);
- сексологія (0758);
- клінічна токсикологія (0759);
- клінічне переливання крові (0760);
- клінічна трансплантологія (0761);
- урологія (0729);
- урологія (0791);



– суспільна охорона здоров'я (0730).

**Перелік стоматологічних спеціальностей:**

- стоматологічна хірургія (0781);
- щелепно-лицева хірургія (0704);
- ортодонція (0782);
- парадонтологія (0783);
- ортопедична стоматологія (0784);
- дитяча стоматологія (0785);
- консервативна стоматологія з ендодонтією (0786);
- епідеміологія (0710);
- суспільна охорона здоров'я (0730).

**Список основних відповідних модулів для певної спеціальності:**

- основний модуль у сфері загальної хірургії;
- основний модуль у сфері внутрішніх хвороб;
- основний модуль у сфері оториноларингології;
- основний модуль у сфері патоморфології;
- основний модуль у сфері педіатрії.

**Список спеціальностей, що мають однакові модулі в сфері загальної хірургії:**

- 1) дитяча хірургія;
- 2) грудна хірургія;
- 3) судинна хірургія;
- 4) загальна хірургія;
- 5) онкологічна хірургія;
- 6) пластична хірургія.

**Спеціальності, що мають спільний основний модуль у сфері внутрішніх хвороб:**

- алергологія;
- ангиологія;
- бальнеологія і фізіотерапія;
- хвороби легень;
- внутрішні хвороби;
- діабетологія;
- ендокринологія;
- гастроентерологія;
- геріатрія;
- гематологія;
- клінічна імунологія.
- кардіологія;
- авіаційна медицина;
- морська і тропічна медицина;
- паліативна медицина;
- професійна патологія;
- нефрологія;
- клінічна онкологія;
- ревматологія;
- клінічна токсикологія;
- клінічна трансфузіологія.

**Спеціальності, що мають спільний основний модуль у сфері оториноларингології:**

- аудіологія та фоніатрія;
- оториноларингологія;
- дитяча оториноларингологія.

**Спеціальності, що мають спільний основний модуль у сфері патоморфології:**

- нейропатологія;
- патоформологія.

**Спеціальності, що мають спільний основний модуль у сфері педіатрії:**

- дитячі хвороби легень;
- ендокринологія і дитяча діабетологія;
- дитяча гастроентерологія;
- дитяча кардіологія;
- дитяча нефрологія;
- неонатологія;
- онкологія і дитяча гематологія;
- педіатрія;
- метаболічна педіатрія.

**Список цілісних відповідних модулів для підготовки даної спеціальності:**

Для лікарських спеціалізацій:

- анестезіологія і інтенсивна терапія;
- щелепно-лицева хірургія;
- інфекційні хвороби;
- дерматологія і венерологія;
- лабораторна діагностика;
- епідеміологія;
- клінічна фармакологія;
- клінічна генетика;
- кардіохірургія;
- ядерна медицина;
- МНС;
- сімейна медицина;
- судова медицина;
- спортивна медицина;
- медична мікробіологія;
- нейрохірургія;
- неврологія;
- дитяча неврологія;
- офтальмологія;
- ортопедія і травматологія опорно-рухового апарату;

- акушерство і гінекологія;
- психіатрія;
- психіатрія дітей і молоді;
- радіологія і променева діагностика;
- онкологічна радіотерапія;
- медична реабілітація;
- урологія;
- громадське здоров'я.

**Для стоматологічних спеціальностей:**

- стоматологічна хірургія;
- щелепно-лицева хірургія;
- ортодонція;
- періодонтологія;
- протезна стоматологія;
- дитяча стоматологія;
- консервативна стоматологія з ендодонтією;
- епідеміологія;
- громадське здоров'я.

Вільні місця в закладах, що мають акредитацію для спеціалізації, оприлюднюються на сайтах управ воєводств, наприклад, у Нижній Сілезії це – [www.duw.pl](http://www.duw.pl), в повідомленнях Департаменту соціальної політики (Wydział Polityki Społecznej) за місяць до її початку.

Місця в резидентуру розміщуються на сайті Міністерства охорони здоров'я [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) за 21 день до початку спеціалізації. Перелік закладів визначених для проведення спеціалізації оприлюднюються Міністерством охорони здоров'я за такою електронною адресою [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl). Приклад сторінки з місцями підготовки ендокринологів на теренах Польщі наведено нижче:

**JEDNOSTKI PROWADZĄCE SPECJALIZACJĘ**  
 Lista Ministra Zdrowia jednostek organizacyjnych prowadzących specjalizacje i staze kierunkowe znajduje się na stronie [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl)  
 Lista i adresy jednostek organizacyjnych prowadzących specjalizacje w dziedzinie endokrynologii, na obywateli i zagranicznych lekarzy

Lp.	Adres jednostki organizacyjnej prowadzącej	Specjalizacja	Forma	Wykaz miejsc przyznanych	Wykaz miejsc przyznanych	Uwagi
<b>EGZAMINACJE</b>						
1	Instytut Państwowy Higieny, ul. Żwirki i Wigury 13, 02-238 Warszawa	Endokrynologia	10	5		* 2 miejsca dla lekarzy zagranicznych
2	Instytut Państwowy Higieny, ul. Żwirki i Wigury 13, 02-238 Warszawa	Endokrynologia	5	11		Miejsca dla lekarzy zagranicznych (maksymalnie 11 miejsc) - 10 miejsc dla lekarzy zagranicznych
3	Instytut Państwowy Higieny, ul. Żwirki i Wigury 13, 02-238 Warszawa	Endokrynologia	4			Miejsca przyznane w ramach konkursu na specjalizację w dziedzinie endokrynologii
		Suma	19	16		

Якщо за окремими спеціальностями залишаються вільні місця в резидентуру, воєвода впродовж 2 місяців після завершення вступу може оголосити додатковий конкурс для лікарів, які брали участь у конкурсі на інші місця і мають високий рейтинг за результатами іспиту LEK.

Документи для вступу на спеціалізацію подаються в електронному вигляді (<http://wors.cmkp.edu.pl>) у два періоди: до 28 лютого при відборі для проходження спеціалізації в період 1–31 березня, до 30 вересня при відборі для проходження спеціалізації в період 1–31 жовтня.

Подання в паперовій формі друкується в програмі Word, має бути затверджене і завізовано особисто лікарем і подане до Департаменту соціальної політики не пізніше ніж за 3 дні до закінчення терміну складання заявки в електронній формі.

Необхідно зазначити, що претендувати на спеціалізацію можливо лише за однією спеціальністю і в одному воєводстві. Однак одночасно можливо подавати документи за однією спеціальністю як на резидентські, так і на позарезидентські місця. У разі зарахування на спеціалізацію в обох випадках, засвідчує преференції типу післядипломної підготовки.

Перелік документів, що подаються до резидентури, включає заяву на проходження спеціалізації, ксерокопію постійної ліцензії на медичну практику, засвідчену нотаріально, ксерокопію сертифіката про складання іспиту LEK/LDEK, згоду (не обов'язково) від обраного медичного закладу на проходження спеціалізації. Для іноземців, які перебувають в Польщі, але не є громадянами ЄС, потрібно додатково подати ксерокопію документа легального перебування на території держави.

Для проходження спеціалізації поза резидентурою необхідно додатково подати атестат про середню оцінку на спеціалізованому іспиті на отримання I/II кваліфікації або державного спеціалізаційного екзамену (PES – *Panstwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*), згоду роботодавця, а в разі навчання в докторантурі – згоду керівника докторантури, довідку з місця роботи з інформацією про графік праці й тривалість укладеної угоди про працю. Згода роботодавця у разі проходження спеціалізації подається за однією з таких форм: – на підставі угоди про працю, укладеної з закладом, що проводить спеціалізацію; – у рамках оплачуваної відпустки, наданої працівнику на весь термін проходження спеціалізації; – на підставі угоди про працю, укладеної з іншими медичними установами, ніж та, в якій проводиться спеціалізація.

Додаткові бонуси для проходження вторинної спеціалізації (позарезидентська форма) дають подання ксерокопії диплома про здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, підтвердження публікацій в наукових журналах, а також наявність сертифіката, що підтверджує зайнятість. Останній повинен включати: – стаж роботи (не менше 3 років до початку відбіркової процедури, тобто до 28 лютого або 30 вересня); – робочий час (повний робочий день). Додаткові бонусні бали дає також інформація про працевлаштування за напрямком спеціалізації, інформація про відсутність проходження іншої спеціалізації впродовж останніх трьох років, а для викладачів – інформація про займану посаду.

**Процедура зарахування включає:** – офіційну рейтингову оцінку поданої заяви з додатками на спеціалізацію; – конкурсний відбір, в якому береться до уваги найкращий результат LEK.

Отже, при зарахуванні у резидентуру враховується лише результат іспиту LEP/LDEP або LEK/LDEK. Претендувати на місце поза резидентурою для лікаря, який не має взагалі спеціалізації або не має відповідної спеціалізації I/II ступеня, або при відсутності статусу спеціаліста можливо на підставі результату іспиту LEP/LDEP або LEK/LDEK та бонусних балів. Для лікаря з відповідною спеціалізацією I/II ступеня або наявністю статусу спеціаліста для зарахування на позарезидентські місця можливо за результатами іспиту I/II ступеня або державного спеціалізаційного екзамену (PES), або LEP/LDEP, або LEK/LDEK і бонусних балів.

Шкала бонусних балів передбачає нарахування по 5 балів за наявність ступеня доктора медичних наук, трудовий стаж не менше трьох років або службове відношення до медицини до початку відбору (до 28 лютого або до 30 вересня) на повну ставку в закладі, акредитованому відповідно до напрямку спеціалізації, у разі викладання в медичних навчальних чи інших закладах, та праці в галузі медичної науки; по 0,5 бала за кожну публікацію у наукових журналах, включених до списку, складеного

міністром науки для параметричного оцінювання дослідницьких одиниць (максимально – 5 балів).

Відсоток максимального числа можливих балів визначається за результатами перевірки LEP/LDEP або LEK/LDEK і становить усього 200 балів (визначається директором СЕМ окремо для кожного іспиту), або за іспит в об'ємі відповідної спеціалізації I/II, або PES теж 200 балів; максимальна кількість додаткових балів становить 20 балів. Отже, для зарахування у резидентуру кількість доступних балів складає 200, а для місць поза резидентурою – 220. Таким чином, на вільні місця у резидентурі, що виділені за певним напрямком медицини у воєводстві, зараховуються особи в порядку від найвищої оцінки, отриманої у конкурсі. Затверджені воєводою округу результати процедури зарахування повинні бути доступні для ознайомлення у вигляді закодованих (системою ID) рейтингових списків за окремими напрямками медицини і на веб-сайті воєводської управи в розділі Департаменту соціальної політики 31 березня або 31 жовтня.

Лікар може звернутись до комісії, яка проводила іспити, для перевірки результатів упродовж 20 днів із дати публікації на сайті списку лікарів, які пройшли чи не пройшли відбір, до початку проходження спеціалізації.

Лікарі, які зараховані для проходження спеціалізації, отримують направлення (у двох примірниках) із зазначенням фаху, форми і терміну її тривалості до закладу, який має вільні місця. На навчальній базі направлення підтверджується директором закладу, керівником клініки / завідувачем відділу та керівником спеціалізації. Один екземпляр завізованого направлення подається до Департаменту соціальної політики, де лікар вноситься до реєстру осіб, які проходять спеціалізацію за певною спеціальністю у даному воєводстві, отримує індивідуальний план спеціалізації та перелік обов'язкових до виконання навичок і медичних процедур.

Таким чином, зарахування на спеціалізацію в освітньому закладі здійснюється шляхом формального розгляду заяви претендента. Якщо кількість вакантних місць обмежена, додатково оцінюються професійні знання і досягнення заявника кваліфікаційною комісією, до складу якої входять керівник закладу або уповноважена ним особа, два представники закладу, які мають науковий ступінь або диплом спеціаліста у відповідній галузі для даної спеціалізації, керівник спеціалізації, представник воєводського осередку, представник відповідного для даної галузі професійного товариства або наукового товариства. Керівник закладу або вказана ним особа виконує функцію голови кваліфікаційної комісії і скликає її засідання.

Зарахування проводиться упродовж 30 днів від останнього терміну подачі заяви. Спеціалізація повинна розпочатись не пізніше 3 місяців від дати зарахування і отримання листка спеціалізації.

Після зарахування заклад, що проводить спеціалізацію надсилає воєводі округу документи, які

містять інформацію про місця проходження основного стажування та прізвище керівника спеціалізації, воєводський осередок видає листок спеціалізації. Незалежно від способу проходження спеціалізації керівник навчального закладу заключає з особою, яка проходить спеціалізацію, угоду про підготовку, що визначає взаємні права і обов'язки, що стосуються реалізації програми спеціалізації.

Лікар проходить спеціалізацію на основі індивідуального плану спеціалізації, складеного його керівником. З типовими програми спеціалізації можна ознайомитись на сайті Центру післядипломної медичної освіти ([www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl)), який розташований у Варшаві.

*Керівник спеціалізації.* Керівником спеціалізації може бути лікар-фахівець у даній галузі медицини, який працює в акредитованому закладі та призначається керівником цього закладу. Керівник несе повну відповідальність за реалізацію програми спеціалізації. Лікар-спеціаліст може бути керівником спеціалізації не більше ніж у трьох лікарів-стажистів та одночасно додатково керувати не більше ніж двома лікарями, які проходять вторинну спеціалізацію.

До обов'язків керівника спеціалізації належать:

- участь в кваліфікаційному процесі;
- участь у визначенні детальних умов проходження спеціалізації;
- забезпечення отримання знань і умінь, визначених програмою спеціалізації;
- участь в розробці детального плану занять та контроль за його реалізацією;
- нагляд за реалізацією засвоєння суміжних дисциплін;
- вказівки щодо необхідної літератури та інших джерел, що полегшують самоосвіту;
- оцінювання навчання спеціалізації згідно з вимогами, визначеними програмою спеціалізації;
- написання висновку, що стосується перебігу спеціалізації і отриманих особою, що спеціалізується професійних вмінь, а також його ставлення до співпрацівників і пацієнтів;
- підтвердження в листку спеціалізації проходження підготовки відповідно до програми спеціалізації;
- подачі заяв до воєводського осередку про припинення продовження спеціалізації особи, яка не реалізовує або не може реалізовувати програми спеціалізації.

Звільнення керівника спеціалізації може наступити в разі невиконання керівником спеціалізації обов'язків, про які мова йде в параграфі, обґрунтованої заяви особи, яка виконує функції керівника спеціалізації; обґрунтованої заяви особи, яка проходить спеціалізацію.

*Зміни у процесі спеціалізації.* Під час проходження спеціалізації може виникнути необхідність низки змін, зокрема, зміни закладу спеціалізації, керівника спеціалізації, форми або терміну, розширення або

скорочення спеціалізації, перенесення спеціалізації до іншого воєводства, відрахування зі спеціалізації.

*Зміну закладу спеціалізації здійснює* Департамент соціальної політики воєводської управи через індивідуальний запит зацікавленої особи. При цьому лікарю видається направлення (у двох примірниках), які повинні бути підтверджені у новому закладі. Один екземпляр направлення залишається в Департаменті соціальної політики, а інший – в офісі навчального підрозділу. У той же час, необхідно доповнити друковану карту новими даними і додати її до навчальної карти. Умовою зміни закладу спеціалізації є наявність у останньому вільних місць для спеціалізації за обраним фахом. Перенесення спеціалізації до іншої установи можливе лише після року спеціалізації.

*Заміна керівника* спеціалізації задовільняється керівником закладу за індивідуальним запитом зацікавленої особи. При цьому теж необхідно внести корективи до карти підготовки фахівця як у закладі спеціалізації, так і у Департаменті соціальної політики.

Зміна графіка спеціалізації здійснюється через воєводський Департамент соціальної політики за індивідуальним запитом зацікавленої особи. Лікарю видається направлення (в 2 екземплярах), які повинні бути підтверджені наново, з поверненням одного екземпляра направлення до Департаменту соціальної політики, а інший залишається в навчальному закладі. У Департаменті соціальної політики вносять помітки про здійснену зміну в карті спеціалізації.

*Тривалість робочого дня* упродовж всієї спеціалізації відповідає тривалості роботи лікаря у закладах охорони здоров'я і становить 7 годин 35 хвилин. Тривалість курсу спеціалізації може бути продовжена або скорочена за рішенням керівника спеціалізації і директора закладу, у випадку зміни терміну резидентури – міністром охорони здоров'я. Інформація про підтвердження продовження спеціалізації негайно надається у воєводський Департамент соціальної політики.

*Тривалість спеціалізації* може бути продовжена на обґрунтовану заяву особи, яка проходить спеціалізацію, максимально на 24 місяці (§16.1) керівником закладу, після отримання згоди від керівника спеціалізації і воєводського консультанта з даного фаху. Тривалість спеціалізації може подовжуватись у таких випадках:

– у разі хвороби і материнства (ст. 2 Закону від 25 червня 1999 року «Про грошові винагороди від соціального страхування», Законодавчий вісник 2010, № 77, ст. 512 і № 225, поз. 1463);

– у випадках визначених Трудовим кодексом (ст. 92, 176–179, 185, 187 і 188 Трудового кодексу);

– за рахунок неоплачуваної відпустки, яка надається роботодавцем, але не довше ніж на три місяці в період проходження спеціалізації;

– за рахунок неоплачуваних відпусток не більше, ніж на два роки, наданої роботодавцем для проходження стажування за кордоном, згідно з програмою спеціалізації та після отримання згоди від керівника спеціалізації;

– у випадку перерви не більше 14 днів під час процедури по зміні графіка або місця проходження спеціалізації;

– у випадку перерви не більше 12 місяців при проходженні спеціалізації під час стаціонарного навчання в докторантурі.

*Додаткове продовження терміну можливе* на період декретних відпусток роботодавцем на основі конкретних правил, вказаних в окремих законах. При цьому, згоду на додаткове продовження терміну підготовки фахівця може дати: для резидентів – міністр охорони здоров'я, для осіб, які проходять спеціалізацію поза резидентурою – воєвода.

*Скорочення терміну спеціалізації* можливе максимумно на 1/3 її тривалості після звернення до МОЗ через Центр післядипломної медичної освіти, з клопотанням про визнання повноцінними і зарахування попередніх реалізованих частин із базових дисциплін або конкретної спеціальності, або курсів підготовки, які лікар проходив у останні 5 років. Дане клопотання подається на першому році спеціалізації, після складання індивідуального плану підготовки і погодження його з безпосереднім керівником спеціалізації. З програмами та інформацією про скорочення спеціалізації лікар може ознайомитись на сайті Центру післядипломної медичної освіти [www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl).

*Спеціалізація достроково припиняється* у випадках відсторонення лікаря від медичної практики, виникненні обмежень для виконання певних медичних функцій, при неприбутті лікаря впродовж трьох місяців із визначеної дати початку спеціалізації, при припиненні спеціалізації з даного фаху, на вимогу керівника спеціалізації після отримання ним висновку регіонального консультанта та відповідної окружної палати лікарів (OIL), при закінченні визначеного терміну завершення спеціалізації.

Кожна особа, яка проходить спеціалізацію, зобов'язана негайно повідомляти про будь-які зміни в Департамент соціальної політики воєводства (у Сілезії – це відділ вищого медичного персоналу) для внесення коректив до реєстру лікарів, що проходять спеціалізацію.

*Спеціалізація зараховується* на підставі позитивних оцінок з усіх курсів за базовою і суміжними спеціальностями, згідно з програмою спеціалізації, подання оглядової або оригінальної заключної роботи, затвердженої керівником спеціалізації, підтвердження участі в науково-практичних конференціях, засіданнях профільних товариств тощо, а також довідки з центру вивчення іноземних мов про зарахування практичного знання іноземної мови, зарахування спеціалізації у формі заключного колоквиуму і резюме керівника спеціалізації та одержання допуску до державного іспиту.

#### **Державний іспит**

До державного екзамену може бути допущена особа, яка повністю завершила програму спеціалізації, подала необхідні документи до воєводського осередку і здійснила попередню оплату за іспит.



Документи подаються в період до 15 липня кожного року (на осінню сесію) або до 15 січня кожного року (на весняну сесію).

Воєvodський осередок після підтвердження відповідності вимогам представленої карти спеціалізації передає останню разом із клопотанням у термін до 14 днів у Центр медичних іспитів (СЕМ).

СЕМ повідомляє особу, допущену до іспиту, про місце і дату складання іспиту, не пізніше ніж за 30 днів перед його початком. Іспит для кожного фаху складається з двох частин – практичного іспиту і теоретичного іспиту. Теоретична частина проводиться у формі усного екзамену або тесту, чи усного і тестового завдань, відповідно до програми спеціалізації. Практичний іспит передує теоретичному і його позитивний результат є умовою допущення до наступної частини екзамену. Екзамен у формі тесту для окремої спеціальності відбувається одночасно по всій країні, у день встановлений екзаменаційною комісією і затверджений міністром охорони здоров'я.

Екзамен проводиться 2 рази на рік. Весняна сесія – з 2 по 31 травня, осіння – з 2 по 30 листопада.

У разі негативного результату іспиту повністю або частково, а також у разі не вступу до іспиту повністю або частково з поважних причин, особа, яка хоче скласти іспит, може подати до директора СЕМ заяву про допущення до іспиту в наступній сесії. Комісія за пропозицією директора СЕМ видає згоду або відмовляє у виданні згоди на складання іспиту в наступній сесії. Особа, яка складає екзамен може скласти його повністю або частково не більше ніж три рази. У період 14 днів від дня отримання відмови про згоду на складання іспиту в наступній сесії подається прохання до міністра охорони здоров'я. До прохання можна додати заяву про допущення до іспиту в наступній сесії.

### **3. Безперервний професійний розвиток**

З огляду на Кодекс медичної етики, кожен лікар або стоматолог зобов'язаний здобувати нові навички та підвищувати професійну кваліфікацію впродовж усього життя. У зв'язку з цим, компетентний орган самоврядування лікарів – Лікарська палата – прийняв резолюцію, яка забезпечує основу для виконання цього зобов'язання шляхом самоосвіти та участі в різних формах післядипломної освіти. У розпорядженні міністра охорони здоров'я Польщі про те, як провадити професійне підвищення кваліфікації лікарів і стоматологів, прописано методи, як це можна зробити.

Підвищення кваліфікації включає покращення медичної професійної діяльності шляхом самоосвіти або за допомогою організованих форм післядипломної освіти через проходження спеціалізованого навчання, професійних навичок у вузьких галузях медицини, набуття певних професійних переваг («професійної майстерності») й інших форм фахового самовдосконалення. Виконання вимог щодо підвищення фахової кваліфікації лікаря полягає, перш за все, в наявності його постійної професійної практики. Лікар підтверджує свої кроки в цьому напрямку шляхом

отримання достатньої кількості навчальних балів, розрахованих за певний період.

Лікар реалізує обов'язок професійного самовдосконалення шляхом:

- 1) проходження курсів спеціалізації або кваліфікації;
- 2) участь в курсах підвищення кваліфікації за рамками програм спеціалізації;
- 3) проходження клінічної практики у вітчизняних або іноземних спеціалізованих центрах;
- 4) участь у національних або міжнародних науково-практичних конгресах, з'їздах, конференціях або симпозиумах;
- 5) участь у засіданні галузевих асоціацій, в якості «спеціаліста медичного наукового товариства», надалі «наукового товариства», або діючи в якості «колегіального експерта»;
- 6) участь у внутрішньому навчанні, організованому медичним закладом, в якому працює лікар, або групою лікарів;
- 7) лекції або усні чи стендові доповіді на з'їздах, конференціях або симпозиумах;
- 8) участь у перевірках освітніх програм, акредитованих науковими товариствами;
- 9) здобуття наукового ступеня або вченого звання;
- 10) написання та публікація професійних медичних монографій, посібників тощо або статей у фахових, рецензованих наукових журналах, або в рамках освітньої мультимедійної програми;
- 11) написання та публікація книг, статей або участь у мультимедійних програмах науково-популярного спрямування;
- 12) переклад і публікація фахових медичних книг, статей або інших наукових праць;
- 13) здійснювати керівництво програмами спеціалізації чи підвищення кваліфікації інших лікарів;
- 14) проведення навчання лікарів-стажистів;
- 15) індивідуальна підписка на фахові медичні журнали, які мають індекс Філадельфійського інституту наукової інформації або індекс Коперніка;
- 16) належність до наукових товариств чи колегій спеціалістів.

Лікар зобов'язаний вести облік діяльності, що зараховується як підвищення кваліфікації, відповідно до затвердженої форми, необхідні формуляри надаються безкоштовно регіональними відділеннями Лікарської палати. Заліковий період складає 48 місяців, після чого лікар зобов'язаний подати заповнену форму з підтверджуючими документами на перевірку в комісію, що діє при регіональних лікарських палатах. Для отримання позитивної оцінки, необхідно набрати щонайменше 200 балів, при цьому надлишкові бали, отримані за певний період, не переносяться на наступний. Після перевірки і позитивного рішення, лікарська комісія видає сертифікат про успішне проходження підвищення кваліфікації, інформація про це вноситься у Державний реєстр лікарів та у ліцензію на практику. У випадку невиконання даного обов'язку закон не передбачає конкретних санкцій щодо лікаря.

### Список літератури

1. Kodeks etyki lekarskiej, art. 56 p.1
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Koncowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Koncowego // Dziennik Ustaw. – 2012, poz. 903.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystow // Dziennik Ustaw. – 2013, poz. 26
4. USTAWA z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich // Dziennik Ustaw – 2009. – Nr 219. Poz. 1708; 17257-17278.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty // Dziennik Ustaw – 2011, Nr 277, poz. 1634 tekst jednolity)
6. [Електронні ресурси] : – Режим доступу:  
<http://www.mz.gov.pl>  
<http://www.cem.edu.pl>  
<http://www.cmkp.edu.pl>

## ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

**Вступ.** У минулому столітті багато країн підписали двосторонні угоди про взаємне визнання професійної (в тому числі медичної) кваліфікації, що мало посприяти посиленню трудової міграції для громадян цих країн.

Серед перших багатосторонніх пактів на міжнародному рівні – так звані Північні (Нордичні) угоди 1965 року між скандинавськими країнами (укладені Данією, Ісландією, Фінляндією, Норвегією і Швецією), які передбачали взаємне визнання медичної кваліфікації. Очевидно, ці події мали певний вплив на процес ліцензування у згаданих країнах і являють собою приклад більш широкої угоди з визнання професійної кваліфікації між кількома країнами.

Північні угоди заклали основні принципи для створення та підписання наступних багатосторонніх угод про взаємне визнання професійної кваліфікації і створення наступних законодавчих актів у Європейському Союзі.

Проте в Європейському регіоні, з точки зору національного та міжнародного законодавства, найбільш значною подією стало прийняття Радою Міністрів Директив Європейського економічного співтовариства 75/362/ЕЕС і 75/363/ЕЕС в 1975 році щодо взаємного визнання формальної кваліфікації в галузі медицини та з координації положень стосовно фахової діяльності лікарів. Наступні поправки були консолідовані у Директиві 93/16/ЕЕС. Хоча ці акти сприяли професійній міграції і нострифікації ліцензованих лікарів, за іронією долі вони не привели до такої значної міграції, як очіувалося, і мало вплинули на заповнення вакантних місць у проблемних регіонах країн Європи.

Проте акти вплинули і продовжують суттєво впливати на процес ліцензування лікарів не тільки в рамках Європейського Союзу, але в інших регіонах світу (країни Північної Америки, Південно-Африканська Республіка тощо). Передусім до цього процесу підключилися медичні університети, які були, природно, максимально зацікавлені у конвертації дипломів і медичних сертифікатів своїх випускників. Процес уніфікації стандартів додипломної медичної освіти і післядипломної підготовки в Євросоюзі максимально пришвидшився і завершився у 90-х роках минулого століття. Принциповим моментом усіх уніфікаційних процесів стало збереження тих національних початкових традицій у кожній країні, які історично склалися протягом попередніх десятиліть і довели свою педагогічну, професійну і економічну доцільність.

Результатом цього стала не тільки можливість практично вільного обміну медичними кадрами з

метою трудової міграції та попередження створення локального надміру чи нестачі фахівців, але й широка можливість для професійного стажування, навчання, обміну кадрами, діагностичними і лікувальними технологіями тощо.

Основні критерії взаємного зарахування ґрунтуються здебільшого на відповідності мінімальної кількості годин теоретичної та практичної підготовки (Директива 75/362/ЕЕС, в яку на більш пізньому етапі був включений описовий текст, у тому числі деякі рекомендації з фундаментальних наук, клінічних дисциплін і досвіду роботи в лікарні (75/363/ЕЕС)):

- «адекватне знання наукових дисциплін, на яких основана медицина, і достатнє розуміння наукових методів, включаючи методи вимірювання біологічних функцій, оцінки науково встановлених фактів та аналіз даних;

- достатнє розуміння структури і функцій органів та систем у здорових і хворих осіб, так само, як їх поведінки; а також залежності стану здоров'я від впливу факторів фізичного та соціального довкілля;

- знання клінічних дисциплін і володіння практичними навичками, достатнє для формування цілісної картини психічних і фізичних захворювань, а також медицини в цілому – з точки зору питань профілактики, діагностики, терапії та репродукції людини;

- відповідний клінічний досвід у лікарнях під наглядом керівників.»

### **Законодавча база Австрії щодо післядипломної освіти**

Artzeugesetz 1998, BGBL 1 Nr 169 (в Fassung der Bundesgesetze BGBL 1 Nr 16/2000 та 81/2000)

Австрійська медична палата (Osterreichische Arztekammer) несе відповідальність перед Міністерством охорони здоров'я і Кабінетом Міністрів щодо проведення дозвільної діяльності, яка включає надання, зміну або відкликання медичних ліцензій різного типу. Палата організована на основі законодавства Австрії загалом і кожної провінції зокрема (усього дев'яти провінцій) і веде реєстр усіх лікарських ліцензій на медичну практику.

### **Ліцензія на заняття медичною практикою**

Існує одна категорія ліцензії на самостійну практику, яка присуджується на підставі дипломів завершення базової медичної підготовки (Dr.univ.med). Разом з тим, у процесі післядипломного навчання за спеціальністю або спеціалізованої підготовки (Arzte Allgemeinmedizin / Facharzttdiplom) лікарі в

навчанні повинні бути зареєстровані в Австрійській Медичній палаті протягом усього часу проходження спеціалізації.

Критерії, необхідні для видання ліцензії:

- медичний диплом;
- диплом спеціаліста;
- посвідчення про громадянство;
- довідка про відсутність судимості;
- довідка про стан здоров'я.

Повторної акредитації чи переакредитації в Австрії не існує, отож немає спеціальних вимог до неї.

Визначення медичної кваліфікації іноземців

Існують спеціальні правила щодо визнання іноземних кваліфікацій лікарів. Дипломи, сертифікати та інші офіційні посвідчення щодо кваліфікації, видані в ЄС для громадян ЄС, розпізнаються автоматично згідно з постановою Європарламенту EC/93/16 і 2001/19.

Всі інші кваліфікації повинні бути представлені на розгляд Австрійської медичної палати для встановлення їх еквівалентності.

Заявник повинен пред'явити:

- висновок одного з австрійських медичних факультетів щодо еквівалентності медичної кваліфікації до австрійського ступеня;
- посвідчення фахівця або лікаря загальної практики відповідного рівня кваліфікації;
- дозвіл від Федерального міністерства охорони здоров'я терміном давності до трьох років;
- дозвіл на право роботи (для країн, які не входять до Європейської економічної зони);
- посвідчення про повну дієздатність;
- довідку про стан здоров'я;
- довідку про відсутність правопорушень;
- посвідчення про знання німецької мови.

#### **Регулювання професійної діяльності**

Цей процес здійснюється Австрійською медичною палатою відповідно до нормативного акту EUR/05/5051794с, де закріплені відповідні регуляторні повноваження.

Австрійська медична палата відповідає за дотримання професійної дисципліни і має право винести попередження, дати формальне застереження, накласти грошовий штраф, призупинити або відкликати ліцензію (видалити номер ліцензії з реєстраційного списку). В останньому випадку необхідно вказати умови, за яких відкликана ліцензія буде відновлена.

Скарги щодо рішення Дисциплінарної комісії Австрійської медичної палати можуть бути подані до Федеральної дисциплінарної комісії. Оскарження відкликання ліцензії можуть бути також подані губернатору провінції.

Фінансування Австрійської медичної палати.

Плата стягується за первинну заявку на реєстрацію (ліцензування), а також як щомісячна оплата за проведення медичної практики як окремими лікарями, так і державними чи приватними медичними закладами.

Розмір оплати за проведення ліцензійного іспиту лікарем у середньому складає близько 1000 Євро, річний внесок – близько 17 % загального річного доходу, залежно від рівня кваліфікації. Для державних і приватних медичних закладів оплата за ліцензування і медичну практику нараховується залежно від типу і розміру закладу, кількості працівників тощо.

#### **Положення про післядипломну освіту лікарів загальної практики (Allgemeinmedizin)**

##### **Визначення**

Післядипломна освіта лікаря загальної практики охоплює знання про діагностику, лікування та профілактику захворювань. Основне завдання лікаря загальної практики орієнтоване перш за все на профілактику, ранню діагностику та лікування всіх захворювань на рівні первинної ланки, медичне обслуговування хронічних хворих та людей похилого віку, а також діагностику і надання медичної допомоги при побутових травмах.

Післядипломна освіта лікаря загальної практики регулюється § 9 Закону лікарів і положеннями Правил медичного навчання (Arztausbildungsordnung) 2006 року.

Післядипломна освіта лікаря загальної практики охоплює 3 частини:

- Виконання визначених термінів навчання.
- Засвідчення виконання необхідного мінімуму практичних навичок (Rasterzeugnisse – наша матрикулярна книга) з позитивною характеристикою
- Позитивне складання екзамену.

##### **Тривалість**

Післядипломна освіта лікаря загальної практики в рамках трудового законодавства триває щонайменше 3 роки.

Періоди військової служби, державної служби та період догляду за дитиною до циклу не зараховуються. Відпустки, хвороби та інші причини переривання навчання для лікарів загальної практики можуть бути зараховані лише тоді, якщо вони в сукупності не перевищують 1/6 тривалості циклів (так зване положення 1/6 частини).

##### **Види навчання і мета**

Метою навчання є набуття знань і практичних навичок згідно з визначеним мінімальним об'ємом, який вказується для кожного циклу підготовки. Лікарі, які проходять післядипломну підготовку (тобто лікарі-стажисти), повинні бути залучені до особистої роботи і нести за неї відповідальність відповідно до рівня їх підготовки.

##### **Зміст навчання**

Навчання лікарів загальної практики включає в себе:

- Загальну практику: не менше 6 місяців (після 31.12.1994 р.).
- Хірургію: не менше 4 місяців.
- Акушерство / гінекологію: не менше 4 місяців.
- ЛОР: щонайменше 2 місяці.



- Шкірні та венеричні захворювання: не менше 2 місяців.
- Внутрішні хвороби: не менше 12 місяців.
- Дитячу та підліткову медицину: не менше 4 місяців.
- Неврологію і психіатрію: не менше 2 місяців.

**Основними завданнями** (згідно з п. 6 положення про післядипломну освіту) лікарів загальної практики є:

1. Медичне обслуговування всіх верств населення, профілактика, первинна діагностика та первинне лікування пацієнтів незалежно від їх віку, статі та виду захворювань.

2. Основні завдання лікарів загальної практики:

- профілактика захворювань, первинна допомога та реабілітація пацієнтів;
- орієнтація пацієнта на ранню та своєчасну діагностику захворювань;
- діагностика і лікування на рівні первинної ланки всіх видів захворювань, направлення на діагностику і лікування в стаціонарні відділення;
- надання допомоги при станах, які загрожують життю хворого;
- загальномедичне обслуговування інвалідів, хронічних хворих та людей похилого віку (включаючи геріатрію, паліативну медицину);
- діагностика та лікування побутових травм;
- запровадження заходів реабілітації пацієнтів;
- поєднання медичних, соціальних та психічних методів допомоги;
- співпраця з лікарями-спеціалістами, консультантами з різних закладів медичної допомоги;
- інформування і роз'яснення пацієнтам щодо підготовки, показань та ризику методів діагностики і лікування.

Навчання лікаря загальної практики з більшості циклів може проводитися під керівництвом відповідних лікарів-спеціалістів на базі закладів приватної медицини, перелік яких вказаний асоціацією лікарів (палатою лікарів Австрії), відповідних амбулаторій, а також відділень першої допомоги. Також місцем проведення навчання є відділення лікарень або університетських клінік, перелік яких вказаний палатою лікарів Австрії.

### **Екзамен**

Претендент на звання лікаря загальної практики екзаменується згідно з положеннями основних завдань, які наведені в п. 4.

Метою екзамену є визначення компетенції майбутнього лікаря загальної практики для подальшої самостійної роботи і персональної відповідальності у своїй галузі, при цьому визначається не тільки рівень теоретичних знань, але й рівень прикладних знань, для повноцінної самостійної роботи з наступною персональною відповідальністю.

Для проведення екзамену претендент завчасно (не пізніше ніж за 5 місяців до закінчення навчання) подає заяву та позитивну матрикулярну книгу в па-

лату лікарів своєї землі, де після перевірки його допускають до іспиту, вносять у список і повідомляють про час та місце екзамену.

Умовою складання екзамену є не менше ніж 30-місячне практичне навчання, а також засвідчення виконання необхідного мінімуму практичних навичок (Rasterzeugnisse) з позитивною характеристикою.

Екзамен є платним, і претендент мусить також представити квитанцію про оплату.

Претендент має право відмовитись від екзамену. Для цього він надсилає в палату лікарів через електронну пошту або факс відповідне звернення. Якщо претендент зробив це швидше ніж за 2 тижні до екзамену, причину він може не вказувати, й оплата йому повертається. При відмові менше ніж за 2 тижні до екзамену він мусить обґрунтувати причину, при цьому оплата не повертається.

Екзаменаційні комісії зі спеціальності призначаються палатою лікарів і, як правило, збираються 4 рази на рік.

Екзамен проводиться письмово. Під час екзамену претенденту даються на розгляд у середньому 25 типових ситуаційних задач, до кожної ставиться від 1 до 6 питань, які стосуються анамнестичних даних, діагностики та лікування.

Кількість спроб – 5, остання (п'ята) робиться усно спеціальною комісією.

Питання для екзамену із загальної медицини орієнтуються на загальну медицину, вони не мають бути вузькоспецифічними:

- Збір анамнезу захворювання та життя для звуження диференційної діагностики. та надання першої допомоги при ургентних станах.
- Планування та проведення діагностики в умовах приватного кабінету або загальної амбулаторії.
- Встановлення та обґрунтування первинного діагнозу, план диференційної діагностики.
- Заходи щодо попередження погіршення стану, ускладнень захворювань та надання первинної допомоги в домашніх умовах.
- Медичний догляд, терапія та планування довгострокового лікування і догляду при хронічних захворюваннях.
- Комунікативні навички, організація консультацій та медико-психологічної допомоги.
- Правові принципи та етичні питання.

При оцінюванні практичних ситуацій, за можливості, звертають увагу на скарги, клінічні прояви та методи лікування при патології в ділянках і системах організму, особливості перебігу захворювань відносно віку пацієнта і статі.

Екзамен оцінюється системою «склав» або «не склав». Про результат палата повідомляє претенденту письмово протягом 8 тижнів.

### **Навчальні центри**

До навчальних центрів належать лікарні, включаючи університетські лікарні та приватні центри, які

були визнані та сертифіковані Австрійською медичною палатою як навчальні центри для підготовки лікарів загальної практики і включені у відповідний каталог навчальних центрів Австрійської медичної палати. Навчальний центр повинен гарантувати повне виконання вимог та об'єму програми про післядипломну освіту лікарів загальної практики для лікаря-стажиста. Пункти та завдання навчальної програми, які не були успішно виконані, необхідно повторювати та продовжувати навчання до повного виконання. Крім цього, навчальний центр за можливості, повинен забезпечити рівномірне щотижневe навантаження на лікаря-стажиста.

Якщо навчальний центр не може гарантувати виконання об'єму навчальної програми, то палата лікарів ставить питання про вилучення його з центрів підготовки лікарів.

Дуже важливим є той факт, що при навчанні на базі університетські лікарні та за умови одночасного виконання наукової роботи (дисертація на здобуття звання доктора філософії, PhD) випускник університету може відразу приступити тут до 6-річної спеціалізації, оминувши необхідність проходження 3-річної інтернатури.

### **Центри приватної медицини**

Згідно з австрійським законодавством, центри приватної медицини також можуть належати до навчальних центрів, якщо вони пройшли сертифікацію палати лікарів. Для цього директор центру завчасно подає прохання у лікарську палату федеральної землі. В приватному центрі необхідна наявність лікаря-спеціаліста із загальної практики, а також лікаря-спеціаліста того циклу, який хоче пройти стажист. При цьому центр мусить гарантувати виконання навчальної програми циклу як в часовому об'ємі, так і в об'ємі практичної підготовки відповідно до вимог. Такі цикли, як «Внутрішні хвороби», «Хірургія», проходять в обов'язковому порядку на базі відділень лікарень.

При проходженні навчання в приватному центрі мінімальна тривалість циклу збільшується на 1 місяць.

Для визнання приватного центру як навчального дирекція центру подає кожні три роки звіт у лікарську палату про об'єм лікарської діяльності.

Для сертифікації приватного центру необхідні:

- Розташування на тій же федеральній землі.
- Наявність дипломованого лікаря-спеціаліста із загальної практики (або внутрішньої медицини чи педіатрії).
- Власник центру також має бути дипломованим лікарем-спеціалістом із загальної практики.
- Проходження курсів на право ведення навчальної діяльності.
- Лікар, який відповідає в приватному центрі за навчальну практику, проводить самостійно в центрі не менше 75 % свого робочого часу.
- Кількість консультацій на тиждень – не менше 50.

- Відсутність фінансування центру з боку близьких родичів лікаря-стажиста.

Згідно із законом, у кожному приватному центрі може вчитись не більше одного претендента. При цьому щотижневe робоче навантаження має складати не менше 35 годин.

Стажист проходить 1 місяць випробувального терміну, після чого підписується трудовий договір із власником практичного центру.

Лікар, який відповідає в приватному центрі за навчальну практику, звітується кожні шість місяців перед лікарською палатою за виконану роботу лікаря-стажиста.

### **Центри первинної допомоги**

До навчальних центрів первинної допомоги належать амбулаторні відділення лікарень та амбулаторії, які були визнані та сертифіковані Австрійською медичною палатою як навчальні центри для підготовки лікарів загальної практики і включені у відповідний каталог навчальних центрів Австрійської медичної палати.

### **Години роботи**

Згідно із законодавством, щотижневe навантаження на лікаря-стажиста складає 35 годин на тиждень. З них 25 годин проводяться в лікарській амбулаторії з 8.00 до 13.00 год.

### **Післядипломна освіта лікарів-спеціалістів Спеціальності**

Згідно з § 10 Закону лікарів і положеннями Правил медичного навчання (Arzteausbildungordnung) 2006 року, в Австрії існує 45 лікарських спеціальностей:

1. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
2. Анатомія.
3. Професійні хвороби.
4. Офтальмологія та оптометрія.
5. Хірургія.
6. Акушерство і гінекологія.
7. Судова медицина.
8. ЛОР-захворювання.
9. Шкірні та венеричні хвороби.
10. Кардіохірургія.
11. Гістологія та ембріологія.
12. Гігієна та мікробіологія.
13. Імунологія.
14. Внутрішні хвороби.
15. Дитяча та підліткова хірургія.
16. Педіатрія.
17. Дитяча та підліткова психіатрія.
18. Хвороби легенів.
19. Медична біофізика.
20. Медична генетика (раніше – медична біологія).
21. Медична та хімічна лабораторна діагностика.
22. Фізіологія навантажень.
23. Щелепно-лицьова хірургія.
24. Нейробиологія.

25. Нейрохірургія.
26. Неврологія.
27. Нейропатологія.
28. Ядерна медицина.
29. Ортопедія та ортопедична хірургія.
30. Патологія.
31. Патофізіологія.
32. Фармакологія та токсикологія.
33. Спортивна медицина та загальна реабілітація.
34. Фізіологія.
35. Пластична та естетична хірургія.
36. Психіатрія та психотерапевтична медицина.
37. Радіологія.
38. Соціальна медицина.
39. Специфічна профілактика і тропічна медицина.
40. Променева терапія – радіаційна онкологія.
41. Торакальна хірургія.
42. Травматологія.
43. Урологія.
44. Вірусологія.
45. Групи крові та трансфузійна медицина.

**Післядипломна освіта лікаря-спеціаліста охоплює 3 частини:**

- Виконання визначених термінів навчання.
- Засвідчення виконання необхідного мінімуму практичних навичок (Rasterzeugnisses – наша матрикулярна книга) з позитивною характеристикою.
- Позитивне складання екзамену.

**Тривалість навчання**

Післядипломна освіта лікаря-спеціаліста в рамках трудового законодавства триває щонайменше 6 років. Після отримання сертифіката спеціаліста можна продовжити навчання для здобуття додаткової або вузької спеціальності, тривалість якого становить не менше 3 років. Види додаткових і вузьких спеціалізацій додаються до основної лікарської спеціальності.

**Види навчання і мета**

Метою навчання є набуття знань і практичних навичок згідно з визначеним мінімальним об'ємом, який вказується для кожної спеціальності.

Лікарі, які проходять післядипломну підготовку (тобто лікарі-стажисти), повинні бути залучені до особистої роботи і нести за неї відповідальність відповідно до рівня їх підготовки.

**Навчальні бази**

Місцем проведення навчання є відділення лікарень або університетських клінік, які пройшли сертифікацію і перелік яких вказаний палатою лікарів Австрії. Навчання також може проводитись на базі приватних центрів, проте тривалість перебування стажиста там не повинна перевищувати 12 місяців.

Навчальний центр повинен гарантувати повне виконання вимог та об'єму програми про післядипломну освіту лікарів-спеціалістів. Пункти та завдан-

ня навчальної програми, які не були успішно виконані, необхідно повторювати та продовжувати навчання до повного виконання. Крім цього, навчальний центр, за можливості, повинен забезпечити рівномірне щотижневе навантаження на лікаря-стажиста.

Якщо навчальний центр не може гарантувати виконання об'єму навчальної програми, то палата лікарів ставить питання про вилучення його з центрів підготовки лікарів.

Найпрестижнішими навчальними центрами є університетські лікарні. За умови одночасного виконання наукової роботи (дисертація на здобуття звання доктора філософії, PhD) випускник університету може відразу приступити тут до 6-річної спеціалізації, оминувши необхідність проходження 3-річної інтернатури. Окрім того, наявність у професійній біографії (CV) запису про здобуття спеціальності на базі університетської лікарні суттєво підвищує шанси претендента при проходженні конкурсу під час влаштування на роботу.

**Перелік практичних навичок і знань**

Перелік практичних навичок і знань представлений для кожної спеціальності на сайті Австрійської медичної палати.

Книжку з переліком практичних навичок (матрикулярна книжка, Rasterzeugnis) лікар зобов'язаний представити на вимогу адміністративної інстанції.

Відповідно до § 26, п. 2 Закону лікарів весь перелік практичних навичок повинен бути виконаний, завірений відповідальним за навчання лікарем і засвідчений підписом та датою про успішне або неуспішне завершення навчання.

Відповідальний за навчання лікар, згідно з положенням про післядипломну освіту, в кінці кожного року перевіряє матрикулярну книжку для подальшого планування навчання (ротації по відділеннях, навчальних базах, перелік операцій тощо).

Якщо в кінці призначеного терміну перелік навичок не був повністю виконаний, палата лікарів у кожному окремому випадку перевіряє умови навчання і передумови сертифікації відділення як навчальної бази.

**Екзамен**

Метою екзамену є визначення компетенції майбутнього лікаря загальної практики для подальшої самостійної роботи і персональної відповідальності у своїй галузі, при цьому визначається не тільки рівень теоретичних знань, але й рівень прикладних знань, для повноцінної самостійної роботи з наступною персональною відповідальністю.

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.

Умовою складання екзамену є засвідчення виконання необхідного мінімуму практичних навичок

(Rasterzeugnissen) з позитивною характеристикою і відповідний термін навчання.

Екзамен є платним, і претендент мусить також представити квитанцію про оплату.

Претендент має право відмовитись від екзамену. Для цього він надсилає в палату лікарів через електронну пошту або факс відповідне звернення. Якщо претендент зробив це швидше, ніж за 2 тижні до екзамену, причину він може не вказувати, й оплата йому повертається. При відмові менше ніж 2 за тижні до екзамену він мусить обґрунтувати причину, при цьому оплата не повертається.

Екзаменаційні комісії зі спеціальності призначаються палатою лікарів і, як правило, збираються 1 раз на рік.

Екзамен проводиться в довільній формі, яка є оптимальною для перевірки його знань письмово. Це може бути глибоке опитування однієї ситуаційної задачі або поверхнєве кількох ситуаційних задач.

Екзамен оцінюється системою «склав» або «не склав». Про результат палата повідомляє претендента письмово протягом 8 тижнів.

### **Місця для стажування**

Претендент може приступити до навчання тільки після отримання підтвердження від палати лікарів на основі раніше поданої заяви.

Кількість навчальних місць у відділенні обмежена і розподіляється відповідальним лікарем за навчання в клініці.

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

Враховуючи, що кількість місць у відділеннях недостатня для повного стажування всіх претендентів, може мати місце часткове стажування із поданням в Палату лікарів про можливі терміни й об'єм навантаження (наприклад периферична лікарня чи приватний центр може забезпечити навчальну програму першого року інтернатури).

### **Подальша спеціалізація**

Після отримання сертифікату лікаря-спеціаліста, можна продовжити навчання, отримавши вузьку спеціалізацію, проте перелік обмежений первинною спеціалізацією (наприклад після отримання сертифікату лікаря-спеціаліста з хірургії можна здобути вузьку спеціалізацію з судинної хірургії, інтенсивної медицини, спортивної травматології та вісцеральної хірургії, тоді як для кардіохірургії, торакальної та дитячої хірургії вимагається первинна спеціалізація). Термін навчання вузької спеціалізації складає 3 роки, після чого претендент складає відповідний екзамен.

### **Години роботи**

Згідно із законодавством, щотижнєве навантаження на лікаря-стажиста складає 35 год на тиждень. З них 25 год проводяться на роботі з 8<sup>00</sup> до 13<sup>00</sup>.

Лікарям-стажистам забороняється чергування вдома.

Лікарям-стажистам забороняється самостійне чергування в нічний час або у вихідні та святкові дні без присутності старшого лікаря.

### **Відповідальні за навчання**

Відповідальними за навчання стажистів є керівники відділень і, відповідно, адміністрація лікарні. Для навчання претендентів також можуть залучатись старші лікарі відділень, проте відповідальність за навчання і роботу лежить на керівнику відділення, який підписує матрикулярну книжку про успішне чи неуспішне завершення циклу, дає характеристику претендента і ставить допуск до екзамену.

Концепції (робочі програми зі спеціальностей)

Післядипломна освіта визначається як діяльність лікарів після успішно закінченої медичної освіти з метою отримати сертифікат лікаря-фахівця як доказ практичної кваліфікації та уміння надавати кваліфіковану лікарську допомогу за спеціальністю.

Визначення, структура і зміст навчальної програми лікаря-спеціаліста з кожної із 45 спеціальностей базується на загальноприйнятих програмах післядипломної освіти лікаря-спеціаліста.

Відповідно до положення про післядипломну освіту, керівники навчальних баз зобов'язані створити концепцію (робочу програму). Це один з трьох етапів забезпечення якості післядипломної освіти, що складається з:

- Щорічна оцінка навчальних баз на основі подання даних про здобуті знання і практичні навички лікарями-стажистами.
- Розробка концепцій (робочих програм) керівниками навчальних баз.
- Інспекція навчальних баз Австрійською медичною палатою (кожні 7 років або при зміні керівників відділень).

Концепція (робоча програма) слугує для структуризації і етапності навчання лікарів-спеціалістів та передбачає планування роботи, ротаций і успішного контролю та закінчення навчання, при можливості в зазначені строки.

### **Аналітичний підсумок особливостей загальної організації післядипломної підготовки в Австрії**

Загальна організація медичної освіти в Австрії, на відміну від наприклад медичної освіти в Північній Америці, принаймні за двома ключовими факторами:

- По-перше, з політичних причин доступ до здобуття медичного фаху відкритий для всіх бажаючих за наявності атестату про середню освіту, а оплата за навчання дуже низька або відсутня. За рахунок цього в Австрії занадто багато студентів-випускників, які активно претендують на різні види післядипломної медичної підготовки. Буквально останні два роки Австрія почала дещо обмежувати вступ до вищих медичних навчальних закладів за рахунок вступних



екзаменів з достатньо ліберальними вимогами. Основна частина невстигаючих відсіюється вже протягом навчання в університеті. При цьому кількість випусків все ще перевищує потребу в лікарях.

• По-друге, на відміну від Сполучених Штатів, в Австрії вистачає фахівців широкого профілю (лікарів загальної практики), з урахуванням того, що австрійське медичне законодавство вимагає від випускників медичних університетів пройти загальну 3-річну інтернатуру, незалежно від бажаної в майбутньому спеціальності. Результатом проходження інтернатури стає отримання кваліфікації лікаря загальної практики.

При цьому місць у лікарнях для подальшої 6-річної спеціалізації і отримання сертифікату лікаря-спеціаліста досить небагато. А тому тільки відносно невелика частина бажаних може розраховувати на ці місця. Решта мусить або працювати постійно лікарями загальної практики, або для здобуття спеціальності миритися з багаторічним періодом очікування і щороку подавати своє професійне резюме на конкурс у різні клініки.

Починаючи з 2000 року, вже існуюча різниця між кількістю бажаних проходити спеціалізацію і числом місць у клініках для претендентів кожного року збільшується на 500 (у тому числі за рахунок претендентів-іноземців). А тому списки очікування на спеціалізацію щороку зростають.

На жаль, на сьогодні Австрія не має відповідної системи регулювання для забезпечення усім випускникам реального шансу на спеціалізацію. За влучним висловом європейських аналітиків із післядипломної медичної освіти, існуюча австрійська практика виділення місць для спеціалізації без урахування об'єктивних критеріїв нагадує відому гру в «музичні стільці». Так само, як гравці намагаються забезпечити собі будь-яке місце після зупинки музики, чимало випускників-інтернів і вже працюючих лікарів загальної практики випадковим чином захоплюють будь-яку вакансію для підготовки лікарів-спеціалістів, зважаючи швидше на наявність вільного місця, ніж на свідомий вибір спеціальності.

Спеціальні дослідження і опитування лікарів-спеціалістів показали, що в середньому 50,3 % опитаних (у тому числі 58,6 % жінок-лікарів і 43,2 % чоловіків-лікарів стали спеціалістами не в тій медичній галузі, якою хочуть займатися). Найнижчий відсоток

розходження з початковими намірами серед лікарів психіатрів і акушерів-гінекологів, найвищий – серед ЛОР-лікарів (82 %). Змінити вже існуючу спеціальність доволі тяжко – для цього потрібно «з нуля» проходити 6 років нової спеціалізації, навіть якщо вона суміжна зі старою. Добитися перезарахування частини академічних годин під час нової спеціалізації теоретично можливо, але на практиці – доволі складно.

Разом з тим 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 боку – серед тих, хто здобуває або вже здобув вузьку спеціальність великий відсоток тих, хто хоче змінити або й реально змінює її.

Ще одна особливість післядипломної освіти в Австрії – її найдовша у Європі тривалість. З урахуванням того, що середній вік вступу до медичного університету дещо перевищує 20 років, а загальна тривалість додипломної і післядипломної освіти, наприклад, для отримання спеціальності ендокринолога чи нейрохірурга складає 18 років, вузький спеціаліст розпочинає самостійну кар'єру у віці близько 40 років. До цього варто додати ще 3–7 років очікування на різних етапах у списках на спеціалізацію і вузьку спеціалізацію. А тому, з урахуванням різних факторів, наприклад фінансово-економічного чи середньої тривалості життя чоловіків, такий шлях в Україні є не цілком прийнятним.

З урахуванням необхідності обміну медичними кадрами і забезпечення вільного пересування та працевлаштування лікарів-спеціалістів у межах Євросоюзу, Австрія ще у 2005 році прийняла поправки для адаптації свого медичного законодавства до загальноєвропейських правил (EUR/05/5051794C, Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region). Вони, зокрема, передбачають визнання післядипломної спеціалізованої медичної освіти в Австрії для лікарів з Євросоюзу при загальній тривалості навчання не менше 6 років і достатньої кількості навчальних годин із предметів спеціалізації (з урахуванням 45 напрямків медичної спеціалізації в Австрії).

#### Список літератури

1. Zasady Akredytacji Sekcji Echokardiografii PTK w Echokardiografii Pediatricznej. - <http://www.echo.ptkardio.pl/pliki>.

2. Hoffman Piotr, Szwed Hanna. Zasady systemu akredytacji pracowni echokardiograficznych i lekarzy opracowane przez Zarzad Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (SEPTK). - [http://www.ptkardio.pl/Zasady\\_akredytacji\\_Pracowni](http://www.ptkardio.pl/Zasady_akredytacji_Pracowni).

3. Polskie Centrum Akredytacji. - <http://www.eu-go.gov.pl/pl/opisy-procedur/procedura/330/6336/>

4. Spiegel Wolfgang, Haoula Diana. Allocation of Training Posts to Applicants for Postgraduate Medical

Education in Austria: Survey and Analysis // ACADEMIC MEDICINE, V. 79, N. 7, P. 703-710.

5. Austrian Medical Training Regulations. Federal Law 152, issued by the Federal Ministry of Health.

6. Basak Okay, Yaphe John, Spiegel Wolfgang. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: An overview // European Journal of General Practice. 2009; 15: 4\_10.

7. Rowe Alan, Garcia-Barbero Mila. Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region. Publications of WHO Regional Office for Europe EUR /05/5051794c.

8. Akademie der Arzte. Spezialdiplome. <http://www.arztakademie.at/>

## ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В НІМЕЧЧИНІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Розширення міжнародних зв'язків України, визнання її як самостійної демократичної держави світовим співтовариством вимагає модернізації медичної освіти, яка має відповідати європейським стандартам і бути конкурентоспроможною на світовому ринку. Сьогодні в багатьох європейських країнах відбуваються реформи медичної освіти з метою уніфікації та можливістю взаємообміну між лікарями країн Євросоюзу. А тому вивчення медичної освіти інших держав, зокрема Німеччини, яка є одним із лідерів серед світових держав, набуває сьогодні актуального значення і дасть можливість Україні наблизитися до Європейського співтовариства.

Метою післядипломної лікарської освіти в Німеччині є підготовка лікаря до самостійної діяльності на основі практичного застосування знань, здобутого досвіду і навичок під час роботи в лікувальних закладах, а також нести відповідальність за свою роботу та її наслідки.

Таким чином, після закінчення післядипломної освіти лікар має отримати таку кваліфікацію, яка б дала йому можливість самостійно і абсолютно незалежно надавати медичну допомогу в рамках своєї спеціальності.

Свідченням повного завершення післядипломної освіти лікаря є:

- Виконання визначених мінімальних строків і термінів навчання
- Засвідчення про виконання необхідного мінімуму практичних навичок (Richtlinien – матрикулярна книга) з позитивною характеристикою
- Позитивне складання екзамену

Післядипломна освіта лікаря регулюється Законом лікарів (SGV. NRW. 223) і положеннями післядипломної освіти Палати лікарів (Weiterbildungsordnung der Ärztekammer) від 1.05.2005 року з доповненнями від 26.11.2011 року.

Підпорядковується післядипломна освіта Палаті лікарів. Палата лікарів є історично-сформований орган нагляду, керування та контролю за діяльністю лікарських установ та лікарського персоналу. Вона є незалежним органом, який виконує профспілкову та контролюючу функції і одночасно має повноваження законодавчої діяльності. Палату лікарів обирають раз на 6 років шляхом анкетного опитування, в її склад входять лікарі всіх спеціальностей, всі лікарі зобов'язані сплачувати туди внески.

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

Кількість навчальних місць у відділенні обмежена і розподіляється відповідальним лікарем за навчання в клініці.

### **Посади лікарів у госпіталях**

Як правило, у відділенні на 30 ліжок працює 1 шеф-лікар, 3 старших лікарів і 3-4 лікарі-асистенти.

**Лікар-асистент.** Це лікар, який здобуває післядипломну освіту. Він виконує рутинну роботу: заповнює історії хвороби (після попереднього огляду старшого лікаря), виписки, асистує на операціях, робить перев'язки, чергує по лікарні. При цьому він не несе юридичної відповідальності за свою роботу, за нього відповідає старший лікар.

**Лікар-спеціаліст (Facharzt).** Це лікар, який пройшов післядипломну освіту і склав екзамен. Він виконує ту ж роботу, що і лікар-асистент, але вже за свою роботу несе повну юридичну відповідальність. Проте він вже має право працювати в практиці, або відкривати свій власний, а також претендувати на посаду старшого лікаря.

**Старший лікар (Oberarzt).** Він вже не виконує рутинну роботу. Основне його завдання: курація лікарів-асистентів та контроль написаної ними документації, первинний огляд хворого, оперативні втручання. Чергує старший лікар вдома, при необхідності його викликає лікар-асистент.

**Шеф-лікар (Chefarzt).** Входить у склад правління лікарні, несе також адміністративні функції. Ця посада відповідає посаді начмеда. Керує відділенням, відповідає за медичну діяльність госпіталю в своїй галузі, входить в склад правління, здійснює контроль і несе відповідальність за післядипломну освіту у своїй галузі, підписує документацію лікарям-асистентам, дає характеристику і підписує дозвіл до складання іспиту, підписує контракти, які стосуються його спеціальності.

Якщо в лікарні є кілька відділень одного профілю, то відділенням може керувати **ведучий лікар (leitender Arzt)**. Ця посада відповідає завідувачу відділення, проте ведучий лікар не належить до адміністративної посади і підпорядковується шеф-лікаря.

Згідно із законом, різниці в кваліфікації між лікарями, які закінчили післядипломну освіту, немає. Незважаючи на вік, досвід і стаж роботи, вони однаково мають володіти знаннями і навичками в межах своєї спеціальності, виконувати однаковий об'єм роботи в лікарні й однаково несуть відповідальність за свою діяльність.

### **Спеціальності**

У Німеччині існує 33 основні медичні спеціальності, які включають вузьку спеціалізацію, а також ряд додаткових спеціальностей:

1. Загальна медицина (лікарі загальної практики)
2. Анестезіологія
3. Анатомія
4. Професійні хвороби
5. Офтальмологія
6. Біохімія
7. Хірургія

*Базисний курс для спеціальностей 7.1–7.8*

- 7.1 Загальна хірургія
- 7.2 Судинна хірургія
- 7.3 Кардіохірургія
- 7.4 Дитяча хірургія
- 7.5 Ортопедія та травматологія
- 7.6 Пластична хірургія
- 7.7 Торакальна хірургія
- 7.8 Вісцеральна хірургія
8. Акушерство та гінекологія

- Репродуктивна та ендокринна гінекологія
- Онкогінекологія
- Акушерство та перинатальна медицина

9. Оториноларингологія

*Базисний курс для спеціальностей 9.1–9.2*

- 9.1 Оториноларингологія
- 9.2 Сурдологія
10. Дерматовенерологія
11. Генетика людини

12. Гігієна та медицина навколишнього середовища

13. Внутрішня медицина

*Базисний курс для спеціальностей 13.1–13.9*

- 13.1 Внутрішня медицина
- 13.2 Ангіологія
- 13.3 Ендокринологія та діабетологія
- 13.4 Гастроентерологія
- 13.5 Гематологія та онкологія
- 13.6 Кардіологія
- 13.7 Нефрологія
- 13.8 Пульмонологія
- 13.9 Ревматологія

14. Педіатрія

- Педіатрична гематологія та онкологія
- Педіатрична кардіологія
- Неонатологія
- Нейропедіатрія

15. Педіатрична психіатрія

16. Лабораторна діагностика
17. Мікробіологія, вірусологія та інфекційні хвороби
18. Щелепно-лицьова хірургія
19. Нейрохірургія
20. Неврологія

21. Радіаційна медицина

22. Соціальна медицина та охорона здоров'я
23. Патологічна анатомія

*Базисний курс для спеціальностей 23.1–23.2*

- 23.1 Нейропатоморфологія
- 23.2 Патологічна анатомія

24. Фармакологія

*Базисний курс для спеціальностей 24.1–24.2*

- 24.1 Клінічна фармакологія

24.2 Фармакологія та токсикологія

25. Медична реабілітація

26. Психологія

27. Психіатрія та психотерапія

28. Психосоматична медицина та психотерапія

29. Радіологія

- Дитяча радіологія

- Нейрорадіологія

30. Медичне законодавство

31. Променева терапія

32. Трансфузіологія

33. Урологія

***Додаткові спеціальності***

- Акупунктура

- Андрологія

- Алергологія

- Дерматогістологія

- Геріатрія

- Гінекологічна експлікативна цитодіагностика

- Хірургія кисті

- Інтенсивна медицина

- Мануальна терапія

- Хіміотерапія

- Медична інформатика

- Флебологія

- Спортивна медицина

- Тропічна медицина

На відміну від Австрії, де лікар загальної практики не є лікарем-спеціалістом, його діяльність 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. При цьому тривалість навчання становить 5 років, на відміну від австрійської системи, де навчання лікарів загальної практики триває тільки 3 роки.

***Тривалість навчання***

Післядипломна освіта лікаря-спеціаліста в рамках трудового законодавства триває для терапевтичних спеціальностей 5 років (включно 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 (залежно від вимог робочих програм). Види додаткових спеціалізацій додаються до основної лікарської спеціальності.

Періоди військової служби, державної служби, декретна відпустка, період із догляду за дитиною, а також наукова робота до терміну навчання не зараховуються. Час відпустки, хвороби та інші причини переривання навчання для лікарів загальної практики не можуть перевищувати 1/6 тривалості циклу, інакше він не буде зарахований.

Враховуючи, що кількість місць у відділеннях недостатня для повного стажування всіх претендентів, може мати місце часткове стажування із поданням в Палату лікарів про можливі терміни і

об'єм навантаження (наприклад, периферична лікарня чи приватний центр може забезпечити навчальну програму першого року інтернатури).

#### **Місця для стажування**

Лікарня завчасно подає 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 вказати, що вибір місця роботи в більшості випадків вирішується завчасно, під час студентського року практики. Система додипломної медичної освіти в Німеччині має свої особливості. Вона складається із 5 років теоретичного навчання і 1 року практики в госпіталах (подібно до колишньої субординатури). За цей рік студенти проходять практику 4 місяці в хірургічному відділенні, 4 місяці в терапевтичному відділенні і 4 місяці у відділенні за вибором. Практика може проходити в будь-якій лікарні, на вибір студента. За цей рік студенти ознайомлюються на практиці з методами діагностики та лікування, структурою та організацією роботи в госпіталах, в основному вони допомагають лікарям-асистентам в рутинній роботі. Студенти мають перелік практичних навичок, який вони мають опанувати, вони ведуть матрикулярну книжку, яка підписує шеф-лікар, їм дається відповідна характеристика. Після повного завершення року практики, з опануванням всіх вимог і практичних навичок, з позитивною характеристикою, тільки тоді студент допускається до екзамену. Але за цей рік студенти обирають 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 стати до роботи тільки після отримання підтвердження від Палати лікарів на основі раніше поданої заяви. Він зараховується на ставку лікаря-асистента з відповідною зарплатою, яку йому нараховує лікарня.

Кількість навчальних місць у відділенні обмежена і розподіляється відповідальним лікарем за навчання в клініці.

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

Враховуючи, що кількість місць у відділеннях недостатня для повного стажування всіх претендентів, можливе їх місце часткове стажування із поданням в Палату лікарів про можливі терміни і об'єм навантаження (наприклад, периферична лікарня чи приватний центр може забезпечити навчальну програму першого року інтернатури).

#### **Навчальні бази**

Місцем проведення навчання є відділення лікарень або університетських клінік, які пройшли сер-

тифікацію і перелік яких вказаний Палатою лікарів федеральної землі Німеччини. Навчання також може проводитись на базі приватних праксисів, які також внесені в реєстр навчальних бах Палати лікарів.

Навчальний центр повинен гарантувати повне виконання вимог та об'єму програми про післядипломну освіту лікарів-спеціалістів. Пункти та завдання навчальної програми, які не були успішно виконані, необхідно повторювати та продовжувати навчання до повного виконання. Крім цього, навчальний центр, по можливості, повинен забезпечити рівномірне щотижневе навантаження на лікаря-стажиста.

Якщо навчальний центр не може гарантувати виконання об'єму навчальної програми, то палата лікарів ставить питання про вилучення його з центру підготовки лікарів.

Навчальний центр має в обов'язковому порядку представити робочу програму (концепцію) в Палату лікарів, де поетапно розписана теоретична і практична підготовка лікаря-асистента.

На базі госпіталів мають проходити щотижневі інтердисциплінарні конференції, з залученням кращих спеціалістів, при цьому лікарі з праксисів також мають брати в них участь.

Навчальний центр має бути оснащений уніфікованими медичними програмами бази даних пацієнтів, мати вільний доступ до мережі «Інтернет», а також до електронної бібліотеки.

У навчальному центрі передбачені окремі кімнати для лікарів-асистентів.

У навчальному центрі має бути не тільки мінімальна кількість хворих чи оперативних втручань, але і представлений весь спектр різних видів патології, він має бути забезпечений відповідним обладнанням для діагностики та лікування хворих.

**Як приклад, наведено вимоги до відділення судинної хірургії:**

#### **Спектр патології:**

- пацієнтів із судинними захворюваннями ( амбулаторних і стаціонарних )  $> / = 800$  в рік, з них  $> / = 600$  з артеріальними судинними захворюваннями
- пацієнтів із облітеруючими захворюваннями периферичних артерій або діабетичною ангіопатією  $> / = 150$  в рік, з них  $> / = 50$  з критичною ішемією кінцівки на рік
- пацієнтів з венозною патологією  $> / = 75$  на рік
- пацієнтів із запальними судинними захворюваннями  $> / = 5$  на рік

**Діагностична апаратура:** КТ, МРТ, ангіографія, флебографія, доплерографія периферичних судин, дуплексне УЗД екстракраніальних судин, черевної аорти, периферичних артерій і вен.

#### **Оперативний каталог:**

- відкриті артеріальні реконструкції  $> / = 200$  на рік, з них:
- оперативні втручання на сонних артеріях  $> / = 30$
- операції при аневризмі черевної аорти (відкриті та ендovasкулярні)  $> / = 20$



- відкриті артеріальні реконструкції на гомілці і стопі > / = 20

- ендovasкулярна ангіопластика і/або імплантації стентів та ендopротезів > / = 100 на рік

- локальна тромболітична терапія і/або механічна тромбектомія > / = 10 на рік

- операції на поверхневих венах > / = 100 на рік

- склеротерапія поверхневих вен > / = 20 на рік

**Міждисциплінарна співпраця** з відділеннями кардіології, неврології, нефрології, ендокринології.

#### Відповідальні за навчання

Відповідальними за навчання стажистів є шеф-лікарі і, відповідно, адміністрація лікарні. Для навчання претендентів також можуть залучатись старші лікарі відділень, проте відповідальність за навчання і роботу лежить на шеф-лікарєві, який підписує матрикулярну книжку про успішне чи неуспішне завершення циклу, дає характеристику претендента і ставить допуск до іспиту.

#### Робочі програми (концепції)

Кілька років тому післядипломна освіта Німеччини була видозмінена і запроваджений принцип «спільної основи» (Common trunk). Він полягає в тому, що для суміжних хірургічних та терапевтичних спеціальностей є спільний початок, так званий базисний курс, від якого відходить власне спеціалізація. Базисний курс для хірургічних спеціальностей триває 2 роки і для терапевтичних – 3 роки. На ньому вивчаються загальні основи патології, після чого навчання продовжується у вузьких галузях.

#### Принцип навчальної програми з хірургії

1-2-й рік навчання	3-6-й рік навчання
Базисний курс із хірургії	Загальна хірургія
	Судинна хірургія
	Кардіохірургія
	Дитяча хірургія
	Ортопедія та травматологія
	Пластична хірургія
	Торакальна хірургія
	Вісцеральна хірургія

#### Принцип навчальної програми з внутрішньої медицини

1-3-й рік навчання	4-5-й рік навчання
Базисний курс із внутрішньої медицини	Загальна медицина (лікарі загальної практики)
	Внутрішня медицина
	Ангіологія
	Ендокринологія та діабетологія
	Гастроентерологія
	Гематологія та онкологія
	Кардіологія
	Нефрологія
	Пульмонологія
	Ревматологія

Слід зазначити, що базисний курс для внутрішньої медицини та для лікарів загальної практики є однаковим, відмінності навчання проявляються тільки з 4-го року післядипломної освіти: лікарі загальної практики продовжують навчання в амбулаторних установах і праксисах, тоді як терапевти у відповідних відділеннях стаціонару згідно з теоретичною та практичною базами, які перелічені в матрикулярній книжці.

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 це триває 5-6 років.

Як приклад, наведено робочу програму для підготовки лікарів загальної практики.

#### Типова робоча програма лікаря загальної практики

Навчання лікарів загальної практики становить 5 років. З них 3 роки – базисне навчання, яке проходить на базах стаціонарних відділень лікарень. Подальші 2 роки – навчання на амбулаторних базах. Загальноприйнята навчальна програма виглядає наступним чином:

- 1–12-й місяць – гастроентерологія та інфекційні хвороби
- 13–18-й місяць – онкологія
- 19–24-й місяць – ендокринологія
- 25–30-й місяць – кардіологія/пульмонологія
- 31–36-й місяць – медицина невідкладних станів з наступним амбулаторним моніторингом
- 37–42-й місяць – амбулаторна хірургія
- 43–60-й місяць – практика в праксисах

#### Програма 1-го року навчання

##### Теоретична база:

- Проведення лікарських обходів, прийом пацієнтів, самостійне планування діагностичних та лікувальних заходів
- Діагностика та лікування захворювань ШКТ, захворювань печінки та підшлункової залози
- Діагностика та лікування інфекційної патології, пов'язаної з ШКТ
- Діагностика та лікування ендокринної патології, яка призводить до порушення травлення та харчування. Цукровий діабет
- Дієтотерапія при ендокринних та гастроентерологічних захворюваннях. Ентеральне та парентеральне харчування
- Діагностика та лікування алергічних та імунологічних порушень
- Особливості перебігу захворювань та лікування у людей похилого віку
- Діагностика та лікування порушення мозкового кровообігу
- Перша допомога пацієнтам
- Основи фармакотерапії
- Надання інформації пацієнтам та родичам. Роз'яснення ризику інтервенційних методик діагностики та лікування

- Дренування асцити, плевральна пункція, встановлення центральних венозних катетерів

- УЗД органів черевної порожнини
- УЗД щитоподібної залози та судин шиї
- Проведення та інтерпретація ЕКГ

**Має вміти:**

- УЗД органів черевної порожнини
- УЗД щитоподібної залози та лімфатичних вузлів
- УЗД екстракраніальних судин
- Постановка центральних венозних катетерів

**Структура навчання**

- Участь у щотижневій міждисциплінарній онкологічній конференції
- Участь у щотижневій терапевтичній кардіологічній конференції

**Курси удосконалення і тренінги**

- Базисний курс із УЗД
- Технічний інструктаж із радіаційного захисту
- Участь у 1 міжнародному хірургічному конгресі (за весь період навчання щонайменше 3 участі)

**Програма 2-го року навчання (13–18-й місяць)**

**Теоретична база:**

- Діагностика, класифікація за стадіями та лікування злоякісних пухлин
- Показання до хірургічного лікування, променевої терапії
- Діагностика та лікування захворювань крові, кровотворних органів, включно гемобластози, геморагічні діатези та гіперкоагуляцію
- Показання, проведення та моніторинг цитостатичної, імуномодулювальної та антигормональної терапій злоякісних пухлин, профілактика та лікування ускладнень
- Показання, методика проведення лабораторних методів діагностики та контролю периферичної крові та кісткового мозку
- Оцінка згортальної системи крові, оцінка ризику кровотеч та тромбоемболій

**Має вміти:**

- УЗД пухлин черевної порожнини
- Пункція асцитичної рідини, плевральна пункція
- Пункція кісткового мозку
- Біопсія лімфатичних вузлів
- Ендоскопічна та черезшкірна біопсія органів (асистенція)

**Структура навчання**

- Участь у щотижневій міждисциплінарній онкологічній конференції
- Участь у щотижневій терапевтичній кардіологічній конференції
- Чергування в приймальному відділенні

**Програма 2-го року навчання (19–24-й місяць)**

**Теоретична база:**

- Діагностика та лікування пацієнтів із цукровим діабетом (тип 1 і 2)
- Діагностика та лікування пізніх ускладнень цукрового діабету

- Особливості харчування та дієтотерапія пацієнтів з цукровим діабетом. Ентеральне та парентеральне харчування

- Діагностика та лікування захворювань печінки та підшлункової залози

**Має вміти:**

- ЕГДС

**Структура навчання**

- Участь у «діабетичних» обходах разом із старшим лікарем-діабетологом
- Практика на базі праксису лікаря-діабетолога (5 днів)
- Прийом пацієнтів в амбулаторному відділенні

**Програма 3-го року навчання (25–30-й місяць)**

**Теоретична база:**

- Діагностика та лікування пацієнтів із захворюваннями серця та перикардом, патологією легень та дихальних шляхів. Особливості перебігу серцевої та легеневої патологій в людей похилого віку
- Реабілітація та оцінка працездатності в людей з серцевою та легеневою патологіями
- Медикаментозна та інструментальна антиаритмічна терапія, включено дефібриляцію
- Показання до кардіоверсійної дефібриляції та абляції при лікуванні порушень ритму серця
- Встановлення водія ритму та післяопераційний моніторинг
- Показання та оцінка рентгенологічних методів обстеження та лікування, показання до хірургічного лікування серцевої патології
- Загальні та лікарські заходи, спрямовані на відмову від куріння
- Діагностика та лікування інфекційних та алергічних захворювань дихальних шляхів

**Має вміти:**

- Проведення та інтерпретація ЕКГ, холтер-ЕКГ, ЕКГ з навантаженням, довготривале визначення артеріального тиску
  - Визначення дихальної функції (спірометрія, загальна плетизмографія, ортостатична проба)
  - Ехокардіографія, стрес-ЕхоКГ
  - Асистенція на ендovasкулярних інвазіях серця
- Структура навчання**
- Участь у щотижневій міждисциплінарній терапевтичній конференції
  - Чергування в приймальному відділенні та центрі невідкладної допомоги
  - Курси невідкладної допомоги

**Програма 3-го року навчання (31–36-й місяць)**

**Теоретична база:**

- Невідкладна допомога пацієнтам із внутрішньою патологією, включно інсульт та інфаркт
- Показання до стаціонарного лікування пацієнтів із внутрішньою патологією
- Показання та проведення первинної та невідкладної ультразвукової та рентгенологічної діагностики

- Діагностика та лікування гострих вітальних порушень (серцево-легенева реанімація)
- Особливості невідкладної терапії в людей похилого віку

- Доведення інформації хворому та родичам при невідкладних станах

- Правові основи при невідкладних станах

**Має вміти:**

- Встановлення центральних венозних катетерів
- Ехокардіографія, стрес-ЕхоКГ
- Асистенція на ендоваскулярних інвазіях серця
- Лікарське експертне заключення

**Структура навчання**

- Участь у щотижневій міждисциплінарній терапевтичній та кардіологічній конференції
- Чергування в лікарні та центрі невідкладної допомоги
- Участь у щотижневій міждисциплінарній онкологічній конференції

**Програма 4-го року навчання (37–42-й місяць)  
Теоретична база:**

- Догляд за пацієнтами з ургентною хірургічною патологією
- Показання до консервативного та оперативного лікування пацієнтів із хірургічною патологією
- Оцінка ризику, інформаційна згода та документація при гострій хірургічній патології
- Принципи доопераційної діагностики та лікування
- Лікування ран, типи пов'язок
- Анальгезія та седативна терапія, включно лікування гострого больового синдрому

**Має вміти:**

- УЗД органів черевної порожнини у пацієнтів з ургентною хірургічною патологією
- УЗД пацієнтів з екстраабдомінальною хірургічною патологією

**Структура навчання**

- Чергування в хірургічному приймальному відділенні та центрі невідкладної допомоги

- Навчання на базі хірургічних амбулаторних відділень і праксисів

**Програма 4-5-го року навчання (43–60-й місяць)**

Стажування в амбулаторних відділеннях та праксисах сімейних лікарів

**Типова робоча програма загальних хірургів** не відрізняється від австрійської, а її перші 2 роки становлять базисний курс підготовки лікарів-спеціалістів в Німеччині.

Програма 3-6 року підготовки хірургів залежить від обраної спеціальності і відповідає вимогам теоретичної та практичної баз (Richtlinien).

**Перелік практичних навичок (Richtlinien)**

Перелік практичних навичок і знань представлений для кожної спеціальності на сайті лікарської палати федеральної землі Німеччини.

Відповідно до § 26 , п. 2 Закону лікарів, весь перелік практичних навичок повинен бути виконаний, завірений відповідальним за навчання лікарем і засвідчений підписом та датою про успішне або неуспішне завершення навчання.

Відповідальний за навчання лікар, згідно з положенням про післядипломну освіту, в кінці кожного року перевіряє матрикулярну книжку, для подальшого планування навчання (ротації по відділеннях, навчальних базах, перелік операцій дефіциту операцій тощо).

Якщо в кінці призначеного терміну перелік навичок не був повністю виконаний, Палата лікарів в кожному окремому випадку перевіряє умови навчання і передумови сертифікації відділення як навчальної бази.

Книжку з переліком практичних навичок (матрикулярна книжка, Richtlinien) лікар зобов'язаний представити на вимогу адміністративної інстанції.

**Приклади переліку теоретичної бази та практичних навичок**

**Загальні вимоги до лікарів всіх спеціальностей в рамках післядипломної освіти**

Етичні, наукові та правові підгрунття охорони здоров'я
Лікарське експертне заключення
Заходи, спрямовані на підтримку якості лікування та організації охорони здоров'я, включно оцінку ризику та заходи попередження лікарських помилок
Надання інформації пацієнту та його родичам
Психосоматичні основи
Міждисциплінарна співпраця лікарів
Етіологія, патофізіологія та патогенез захворювань
Ведення медичної документації
Лабораторні та інструментальні методи встановлення та підтвердження діагнозу
Невідкладна допомога
Принципи медикаментозного лікування, включаючи фармакокінетику, фармакодинаміку та взаємодію лікарських засобів
Протибольова терапія

Інструментальна діагностика, включно показання суміжних дисциплін, показання та інтерпретація даних рентгенологічних методів діагностики
Медичний догляд за тяжкохворими та хворими, які підлягають паліативному лікуванню
Вплив психосоціальних, культурних факторів та факторів зовнішнього середовища на охорону здоров'я
Економічний фактор охорони здоров'я
Структура охорони здоров'я

### Вимоги до лікарів загальної практики

#### Базисний курс (1–3-й рік навчання)

Консультування з питань здорового способу життя, раннє виявлення проблем зі здоров'ям, включно попередження алкогольної та наркотичної залежності. Профілактика. Впровадження та реалізація реабілітаційних заходів після стаціонарного лікування. Моніторинг
Діагностика та лікування неінфекційних, інфекційних, токсичних, онкологічних захворювань, а також патології, яка пов'язана з алергічними, імунологічними, метаболічними та дегенеративними порушеннями, з врахуванням особливостей перебігу захворювань у людей похилого віку
Основи онкології
Догляд за паліативними пацієнтами
Показання та оптимальний вибір лабораторних методів діагностики, інтерпретація результатів
Особливості перебігу захворювань та їх наслідків у людей похилого віку. Особливості фармакотерапії у людей старшого віку
Психогенні симптоми, соматопсихічні реакції і психосоціальний зв'язок. Особливості консультативної допомоги хворим з алкогольною та наркологічною залежністю
Профілактика та рання діагностика захворювань
Проблеми, пов'язані з особливостями харчування. Дієтотерапія
Лікування хворих на цукровий діабет, документація перебігу діабету
Основи патології, яка передається спадково, показання до генетичної діагностики
Показання та оптимальний вибір методів лікування, контроль за перебігом захворювання
Основи фармакотерапії
Діагностика та лікування невідкладних станів та життєвонебезпечних ситуацій, невідкладна допомога, в тому числі серцево-легенева реанімація
Оцінка втрати працездатності та інвалідності пацієнтів
Основи інтенсивної медицини

#### Вимоги до курсу амбулаторної медицини (4-5-й рік навчання)

Первинна діагностика, консультативна допомога та лікування хворих, які вперше звернулись до лікаря
Лікування пацієнтів із врахуванням соціальних та психологічних факторів
Довготривале лікування хворих із хронічними захворюваннями
Виявлення і координація лікування поведінкових проблем у дітей та підлітків
Міждисциплінарна координація з залученням лікарів інших спеціальностей, медсестер та соціальних установ у лікуванні та догляді за пацієнтами з поєднаною патологією
Сім'я як об'єкт сфери діяльності лікаря загальної практики
Заходи, направлені на популяризацію здорового способу життя серед населення
Профілактика та рання діагностика захворювань
Діагностика алкогольної та наркотичної залежності, заходи, направлені на боротьбу з ними
Діагностика, лікування та профілактика шкідливого впливу зовнішнього середовища, а також професійних шкідливостей
Діагностика та лікування захворювань опорно-рухового апарату з врахуванням функціональних порушень
Основи діагностики, лікування пацієнтів із рутинними пораненнями, типовими травмами. Незначні хірургічні втручання та методи їх знеболювання

### Мінімальні вимоги до практичної бази

<b>Вимоги до базисного курсу внутрішньої медицини</b>	<b>Число</b>
ЕКГ	500
Ергометрія	100
Холтер-ЕКГ	100
Довготривале вимірювання АТ	50
Спірометрія	100
УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору, включно нирки та сечовивідні шляхи	500
УЗД щитоподібної залози	150
Доплер-УЗД судин нижніх кінцівок та екстракраніальних артерій	300
Пункція, пункційна біопсія, встановлення дренажів та катетерів	
Інфузійна, трансфузійна терапії, переливання крові. Ентеральне та парентеральне харчування	50
Проктоскопія	
<b>Вимоги до курсу амбулаторної медицини</b>	
Задокументована курація хворих, які вперше звернулись до лікаря, включно первинну діагностику, консультативну допомогу, результати лікування, з них:	100
- дітей	25
- людей похилого віку	25
Довготривале лікування хворих із хронічними захворюваннями, які звертались не менше 4 разів на рік	10
Виявлення і координація лікування поведінкових проблем у дітей та підлітків	10
Курація пацієнтів з поєднаною патологією в співпраці з лікарями інших спеціальностей та соціальних установ	25
Лікування хворих в сімейному середовищі та домашній обстановці, хоспісах, будинках престарілих та інших соціальних установах	10
Заходи, направлені на популяризацію та підтримання здорового способу життя серед населення, включно проекти:	25
- фізкультура серед людей похилого віку,	
- фізкультура у пацієнтів з ІХС,	
- відмова від куріння,	
- фізкультура у пацієнтів із захворюваннями хребта	
Реабілітаційне лікування	50
Діагностика алкогольної та наркотичної залежності, заходи, направлені на боротьбу з ними	10
Курація хворих із захворюваннями опорно-рухового апарату	10
Діагностика та лікування таких невідкладних станів, як синкопальні стани, напади пароксизмальної тахікардії, гостра дихальна недостатність тощо	50
Серцево-легенева реанімація	10
Незначні хірургічні втручання під місцевим знеболюванням, курація пацієнтів із трофічними виразками та ранами	50

### Вимоги до лікарів внутрішньої медицини

#### Базисний курс (1-3-й рік навчання)

Консультування з питань здорового способу життя, раннє виявлення проблем зі здоров'ям, включно попередження алкогольної та наркотичної залежності. Профілактика. Впровадження та реалізація реабілітаційних заходів після стаціонарного лікування. Моніторинг
Діагностика та лікування неінфекційних, інфекційних, токсичних, онкологічних захворювань, а також патології, яка пов'язана з алергічними, імунологічними, метаболічними та дегенеративними порушеннями, з врахуванням особливостей перебігу захворювань у людей похилого віку
Основи онкології
Догляд за паліативними пацієнтами
Показання та оптимальний вибір лабораторних методів діагностики, інтерпретація результатів
Особливості перебігу захворювань та їх наслідків у людей похилого віку. Особливості фармакотерапії у людей старшого віку
Психогенні симптоми, соматопсихічні реакції і психосоціальний зв'язок. Особливості консультативної допомоги хворим з алкогольною та наркологічною залежністю
Профілактика та рання діагностика захворювань
Проблеми, пов'язані з особливостями харчування. Дієтотерапія



Лікування хворих на цукровий діабет, документація перебігу діабету
Основи патології, яка передається спадково, показання до генетичної діагностики
Показання та оптимальний вибір методів лікування, контроль за перебігом захворювання
Основи фармакотерапії
Діагностика та лікування невідкладних станів та життєво небезпечних ситуацій, невідкладна допомога, в тому числі серцево-легенева реанімація
Оцінка втрати працездатності та інвалідності пацієнтів
Основи інтенсивної медицини

## Мінімальні вимоги до практичної бази

Вимоги до базисного курсу внутрішньої медицини	Число
ЕКГ	500
Ергометрія	100
Холтер-ЕКГ	100
Довготривале вимірювання АТ	50
Спірометрія	100
УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору, включно нирки та сечовивідні шляхи	500
УЗД щитоподібної залози	150
Доплер-УЗД судин нижніх кінцівок та екстракраніальних артерій	300
Пункція, пункційна біопсія, встановлення дренажів та катетерів	
Інфузійна, трансфузійна терапія, переливання крові. Ентеральне та парентеральне харчування	50
Проктоскопія	

## Спеціальність «Внутрішня медицина» (4-5-й рік навчання)

Профілактика, діагностика, консультування та лікування пацієнтів з внутрішньою патологією
Діагностика та лікування судинної патології, включно захворювання артерій, капілярів, вен та лімфатичних судин, реабілітація пацієнтів з судинною патологією
Профілактика, діагностика та лікування пацієнтів із патологією обміну речовин. Метаболічний синдром та діабетасоційовані порушення
Діагностика та лікування патології шлунково-кишкового тракту, включно інфекційну патологію (вірусний гепатит, бактеріальна інфекція ШКТ)
Діагностика та лікування злоякісних та доброякісних захворювань крові і кровотворної системи, лімфатичної системи
Діагностика та лікування злоякісних пухлин внутрішніх органів
Діагностика та консервативне лікування уроджених та набутих вад серця, центральних судин та перикарда
Діагностика та консервативне лікування гострої і хронічної ниркової патології, вазоренальної гіпертензії
Діагностика та лікування патології легень та верхніх дихальних шляхів, плеври та середостіння, а також екстрапульмональних проявів легеневої патології
Діагностика та консервативне лікування ревматичних захворювань, включно системні колагенози, васкуліти та захворювання опорно-рухового апарату
Співпраця з лікарями інших спеціальностей при лікуванні хворих з поєднаною патологією
Міждисциплінарні показання до хірургічного лікування, променевої терапії
Інфекційна патологія внутрішніх органів, включно фтизіатрію
Дієтотерапія. Ентеральне та парантеральне харчування
Особливості клінічних проявів та перебігу патології в людей похилого віку, особливості терапії в даній групі хворих
Особливості діагностики та перебігу патології в людей похилого віку з супутніми емоційними та когнітивними розладами
Паліативна медицина у тяжкохворих та приречених хворих
Основи інтенсивної терапії

### Мінімальні вимоги до практичної бази

Вимоги до внутрішньої медицини	Число
ЕхоКГ, доплер-УЗД серця та центральних судин	150
Участь у бронхоскопії, включно бронхоальвеолярний лаваж	25
ЕГДС, включно ендоскопічні ургентні інвазії, черезшкірна ендоскопічна гастростомія	100
Колоноскопія, включаючи зупинку кровотечі, з них ректороманоскопія	100 20
Невідкладна допомога та інтенсивна терапія при життєво небезпечних станах, реанімаційні заходи, включно інтубація, відновлення прохідності дихальних шляхів, виведення з шоківих станів, підтримка центральної гемодинаміки, встановлення центральних венозних катетерів, дефібриляція, встановлення тимчасових водіїв ритму	50
Самостійне проведення пункцій та дренажів плевральної та черевної порожнин, пункція печінки та кісткового мозку	100

### Спеціальність «Гастроентерологія» (4–5-й рік навчання)

Діагностика та лікування патології шлунково-кишкового тракту, включно захворювання печінки та підшлункової залози. Інфекційна патологія ШКТ (вірусний гепатит, бактеріальна інфекція ШКТ)
Ендоскопічні методи діагностики ШКТ, ендоскопічні методи втручання
Консультації з питань харчування та дієтотерапія при захворюваннях ШКТ, ентеральне та парентеральне харчування
Хіміотерапія при лікуванні злоякісної патології ШКТ як інтегральна частина комплексного лікування
Показання, проведення та моніторинг цитостатичної, імуномодулювальної та антигормональної терапій злоякісних пухлин, профілактика та лікування ускладнень
Участь в таких інтердисциплінарних інвазивних методиках лікування (ендоваскулярних та комбінованих ендоваскулярно-ендоскопічних), як трансюгулярна пункція печінки, трансюгулярні порто-системні шунти, черезшкірна черезпечінкова холангіографія та дренаж, трансдуоденальна папілосфінктеротомія
Міждисциплінарні показання до хірургічного лікування, променевої терапії
Діагностика та консервативне лікування захворювань прямої кишки, показання до хірургічного лікування
Основи інтенсивної терапії

### Мінімальні вимоги до практичної бази

Вимоги до гастроентерології	Число
УЗД органів черевної порожнини, судин черевної порожнини та заочеревинного простору, інвазивні втручання під контролем УЗД	200
Участь в ендосонографії	50
ЕГДС, з них з лікувальною метою	300 50
Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, з них в поєднанні з черезшкірною черезпечінковою холангіографією	150 50
Колоноскопія, з них поліпектомія	300 50
Ректороманоскопія	50
Інвазії на ШКТ, включно ендоскопічна зупинка кровотечі, лікування варикозно розширених вен стравоходу, термо- та лазерна коагуляція, імплантація стентів та ендопротезів, поліпектомія	
Участь в лапароскопіях, включно мінілапароскопії	25
Пункція печінки	50
Манометрія, рН-метрія, H <sub>2</sub> -тест, C <sub>13</sub> -тест	50
Цитостатична, імуномодулювальна та антигормональна терапії злоякісних пухлин, підтримувальні цикли, профілактика та лікування ускладнень	500
Поліхіміотерапія з наступним моніторингом	300

**Спеціальність «Кардіологія» (4-5-й рік навчання)**

Діагностика, консервативне та інтервенційне лікування уродженої та набутої патології серця, центральних судин та перикарда
Спостереження та реабілітація пацієнтів з серцевою патологією, оцінка працездатності
Проведення та інтерпретація рентгеноендоваскулярних методів діагностики серця: коронарографія, ангіокардіографія
Терапевтичні інтервенції на коронарних судинах: балонопластика, стентування, ротаційна ангіопластика
Оцінка вальвулопластики
Медикаментозна та апаратна діагностика і лікування аритмій серця, включно дефібриляція
Встановлення водія ритму та моніторинг за цією групою пацієнтів
Показання до кардіовертерної дефібриляції та абляції при серцевих аритміях із наступним моніторингом
Міждисциплінарні показання до хірургічного лікування серцевої патології
Основи інтенсивної терапії

**Мінімальні вимоги до практичної бази**

<b>Вимоги до кардіології</b>	<b>Число</b>
ЕхоКГ, з них	500
• стрес-ехокардіографія	50
• ехоконтрастне дослідження	50
Трансезофагальна ехокардіографія	50
Катетеризація правих відділів серця	50
Спіроергометрія	10
Катетеризація лівих відділів серця, ангіокардіографія лівих відділів, коронарографія	300
Довготривалі методи дослідження серця: аналіз ST-сегмента, варіабельності серцевого ритму, пізнього потенціалу	300
Встановлення тимчасового та постійного водія ритму	100
Контроль внутрішньої кардіоверсії та дефібриляції	50

**Спеціальність «Пульмонологія» (4-5-й рік навчання)**

Діагностика та лікування патології легень, дихальних шляхів, легеневих судин, середостіння, плеври, грудної стінки, а також екстрапульмональні прояви легеневої патології
Діагностика та лікування гострої та хронічної респіраторної інфекції
Хвороби, пов'язані з токсичним вмістом в зовнішньому середовищі і на робочому місці
Порушення дихання під час сну
Хіміотерапія при лікуванні злоякісної патології дихальної системи як інтегральна частина комплексного лікування
Показання, проведення та моніторинг цитостатичної, імуномодулювальної та антигормональної терапій злоякісних пухлин, профілактика та лікування ускладнень
Уроджена патологія дихальної системи
Інфекційні захворювання дихальних шляхів, включно туберкульоз
Діагностика та лікування алергічних захворювань
Міждисциплінарні показання до хірургічного лікування, променевої терапії
Загальні та лікарські заходи, направлені на відмову від куріння
Основи інтенсивної терапії

**Мінімальні вимоги до практичної бази**

<b>Вимоги до пульмонології</b>	<b>Число</b>
<b>1</b>	<b>2</b>
Ультразвукова діагностика легень, плеври, органів грудної клітки, правих відділів серця і легеневої артерії, чезрестравохідне УЗД органів середостіння, трансbronхіальне УЗД легень	100
Бронхоскопії, з них:	100
• бронхоальвеолярний лаваж	25
• біопсія	25

1	2
Плевральний дренаж, трансторакальна пункція легенів	50
Участь у торакоскопічних та бронхоскопічних інвазіях	25
Визначення фактора переносу CO	100
Визначення механічної та насосної функцій дихання	100
Визначення неспецифічної реактивності нижніх дихальних шляхів	50
Гази та кислотно-лужна рівновага артеріальної крові	250
Дослідження навантаження, включно спіроергометрія	100
Алергічні проби та каренц-тест	200
Гіпосенсибілізація	25
Участь в катетеризації правих відділів серця	10
Інгаляційна терапія	200
Довготривала оксигенотерапія	50
Дихальна гімнастика	25
Цитостатична, імуномодулювальна та антигормональна терапії злоякісних пухлин, підтримувальні цикли, профілактика та лікування ускладнень	500
Поліхіміотерапія з наступним моніторингом	300

### Вимоги до лікарів-хірургів

#### Базисний курс (1-2-й рік навчання)

Діагностика, класифікація, лікування та післяопераційне спостереження хірургічної патології та пошкоджень
Показання до оперативного та консервативного лікування хірургічної патології
Оцінка операційного ризику, інформаційна згода пацієнтів, документація
Основи доопераційної діагностики та лікування
Оперативні втручання та етапи операцій
Лікування ран, типи пов'язок
Принципи лікування злоякісних пухлин
Діагностика та лікування хірургічної інфекції, заходи профілактики інфекційних ускладнень
Показання та оптимальний вибір лабораторних та інструментальних методів діагностики, інтерпретація результатів
Анальгезія та седативна терапія, включно лікування гострого больового синдрому
Догляд за паліативними пацієнтами
Фармакотерапія хірургічної патології
Діагностика та лікування ургентної хірургічної патології. Невідкладна допомога при життєво небезпечних станах. Реанімаційні заходи. Основи інтенсивної медицини
Медикаментозна тромбопрофілактика

#### Мінімальні вимоги до практичної бази

Вимоги до базисного курсу хірургії	Число
Ультразвукова діагностика хірургічної патології та пошкоджень	50
Пункції, пункційна біопсія, встановлення катетерів, з них: <ul style="list-style-type: none"> <li>• дренивання</li> <li>• катетеризація центральних судин</li> </ul>	10 25
Інфузійна, трансфузійна терапії, переливання крові, ентеральне та парентеральне харчування	50
Локальна та регіональна анестезії	50
Амбулаторні хірургічні втручання	50
Самостійно виконані операції, асистенції при великих оперативних втручаннях	50
Курація хірургічних хворих	

**Спеціальність «Загальна хірургія» (3-5-й рік навчання)**

Хірургічне та консервативне лікування гострої та хронічної судинної, торакальної та абдомінальної хірургічної патології, колопроктологічних захворювань та їх ускладень
Показання до оперативного та консервативного лікування хірургічної патології, включно оцінка ризику та прогностичних факторів
Ендоскопічні, лапароскопічні (малоінвазивні) методи лікування
Інструментальні та функціональні методи діагностики хірургічної патології
Оцінка інтраопераційних рентгенологічних методів діагностики. Променевий захист

**Мінімальні вимоги до практичної бази**

<b>Вимоги до загальної хірургії</b>	<b>Число</b>
Ультразвукова діагностика черевної порожнини, заочеревинного простору та органів сечовидільної системи	400
Лікування великих ран	25
Репозиція переломів та вивихів	50
Оперативні втручання, з них: <ul style="list-style-type: none"> <li>• на голові та шиї (наприклад, резекція щитоподібної залози, трахеотомія)</li> <li>• на грудній стінці (наприклад, торакотомія, дренажування плевральної порожнини)</li> <li>• на черевній стінці та органах черевної порожнини, включно відкриті та малоінвазивні методики (наприклад, лімфаденектомія, імплантація портів, діагностична лапаротомія, резекція шлунка, товстої та тонкої кишок, ургентні втручання при пошкодженні печінки та селезінки, апендектомія, колостомія, гемороїдектомія, розкриття парапроктитів), з них: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ холецистектомії</li> <li>○ герніопластика</li> </ul> </li> <li>• на органах опорно-рухового апарату (наприклад, остеосинтез, видалення імплантатів, ампутації)</li> <li>• на судинах та периферичних нервах (наприклад, сафенектомія, тромбектомія, емболектомія)</li> </ul>	25 10 200 25 50 100 25
Асистенція на операціях підвищеної складності	25

**Спеціальність «Судинна хірургія» (3-5-й рік навчання)**

Профілактика, діагностика, післяопераційний період та реабілітація пацієнтів з судинною патологією
Показання до оперативного, ендovasкулярного та консервативного лікування судинної патології, включно оцінка ризику та прогностичних факторів
Прямі та непрямі методи реваскуляризації, консервативні методи лікування судинної патології
Інструментальні методи оцінки кровоплину, оцінка ангіографічних даних, післяопераційний контроль пацієнтів
Оцінка інтраопераційних рентгенологічних методів діагностики. Променевий захист

**Мінімальні вимоги до практичної бази**

<b>Вимоги до судинної хірургії</b>	<b>Число</b>
Інтраопераційна ангіографія	50
Ультразвукова (доплер/дуплекс) діагностика, зокрема: <ul style="list-style-type: none"> <li>• УЗД артерій кінцівок</li> <li>• УЗД судин живота та заочеревинного простору</li> <li>• УЗД екстракраніальних артерій</li> </ul>	300 100 100
Ультразвукова (доплер/дуплекс) діагностика магістральних вен	50
Реконструктивні оперативні втручання, з них: <ul style="list-style-type: none"> <li>• на гілках дуги аорти</li> <li>• на аорті, клубових, мезентеріальних артеріях</li> <li>• на артеріях стегно-підколінно-гомількового сегмента</li> </ul>	25 50 50
Рентгенендоваскулярні втручання	25
Формування діалізних артеріо-венозних нориць, імплантація портів	25
Операції на венозній системі	50
Ампутації, некректомії, санація ран та трофічних виразок	25



**Спеціальність «Вісцеральна хірургія» (3-5-й рік навчання)**

Профілактика, діагностика, лікування, післяопераційний період та реабілітація пацієнтів з хірургічною патологією шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи, онкопатологією черевної порожнини та заочеревинного простору
Курація хворих із гострою та хронічною хірургічною патологіями, включно колоректальні захворювання (запальні процеси, онкопатологія, аномалії розвитку, пошкодження)
Показання до оперативного та консервативного лікування хірургічної патології внутрішніх органів, включно оцінка ризику та прогностичних факторів
Ендоскопічні, лапароскопічні (малоінвазивні) методи лікування
Оцінка інтраопераційних рентгенологічних методів діагностики. Променевий захист
Інструментальні та функціональні методи діагностики хірургічної патології

**Мінімальні вимоги до практичної бази**

<b>Вимоги до вісцеральної хірургії</b>	<b>Число</b>
Ультразвукова діагностика черевної порожнини, заочеревинного простору та органів сечовидільної системи	400
Ректороманоскопії	50
Оперативні втручання, з них:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• на голові та шиї (наприклад, резекція щитоподібної залози, трахеотомія)</li> <li>• на грудній стінці (наприклад, торакотомія, дренажування плевральної порожнини)</li> <li>• на черевній стінці та органах черевної порожнини, включно відкриті та малоінвазивні методики (наприклад, лімфаденектомія, імплантація портів, діагностична лапаротомія, резекція шлунка, товстої та тонкої кишок, ургентні втручання при пошкодженні печінки та селезінки, апендектомія, колостомія, гемороїдектомія, розкриття парапроктитів), з них <ul style="list-style-type: none"> <li>○ холецистектомії</li> <li>○ герніопластика</li> <li>○ апендектомії</li> <li>○ адгезіолізис</li> <li>○ резекції тонкої кишки</li> <li>○ резекції товстої кишки</li> <li>○ проктологічні операції</li> <li>○ операції на шкірі і м'яких тканинах (інфекція, пухлини)</li> <li>○ операції при ургентній хірургічній патології (кишкова непрохідність, кровотеча, перитоніт, мезентеріальний тромбоз, включно тромбектомія з мезентеріальних судин)</li> </ul> </li> <li>• імплантація портів</li> </ul>	25 10 400 25 25 20 10 10 10 10 20 20 20 30 20
Перший асистент на операціях підвищеної складності	60

**Екзамен**

Метою екзамену є визначення компетенції майбутнього лікаря для подальшої самостійної роботи і персональної відповідальності у своїй галузі, при цьому визначається не тільки рівень теоретичних знань, але й рівень прикладних.

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.

Умовою складання екзамену є засвідчення про виконання необхідного мінімуму практичних навичок (Richtlinien) з позитивною характеристикою і відповідний термін навчання.

Екзамен є платними і претендент мусить також представити квитанцію про оплату.

Претендент має право відмовитись від екзамену. Для цього він посилає в Палату лікарів через

електронну пошту або факс відповідне звернення. Якщо він це зробив скоріше ніж за 2 тижні до екзамену, причину він може не вказувати, і оплата йому повертається. При відмові менш ніж 2 тижні до екзамену він мусить обґрунтувати причину, при цьому оплата не повертається.

Екзаменаційні комісії зі спеціальності призначаються Палатою лікарів і, як правило, збираються 1 раз на рік.

Екзамен проводиться в усній формі, яка є оптимальною для перевірки його знань. Екзаменаційна група складається з 3 осіб 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 хвилин.

Екзамен оцінюється системою «склав» або «не склав». Про результат Палата повідомляє претендента письмово протягом 8 тижнів.

### **Подальша спеціалізація**

Після отримання сертифіката лікаря-спеціаліста можна продовжити навчання, отримавши додаткову спеціалізацію, проте їх перелік обмежений первинною спеціалізацією (наприклад, після отримання сертифіката лікаря-спеціаліста з хірургії можна отримати вузьку спеціалізацію з флебології). Термін навчання вузької спеціалізації складає 12-18 місяців, після чого претендент здає відповідний екзамен.

Паралельно можна здобувати іншу спеціальність в одній галузі (наприклад, судинну хірургію та вісцеральну хірургію), чому сприяє система «Common trunk».

Після того, як лікар отримає сертифікат спеціаліста від лікарської палати, що дає дозвіл на проведення медичної практики, немає необхідності повторного складання екзаменів, тестувань тощо, оскільки в Німеччині не існує градації лікарів за категоріями, як в Україні.

Підтвердженням фахової придатності є звітування перед лікарською палатою федеральної землі про набірвання так званих залікових балів: орієнтовно 50 балів протягом року. Звітування відбувається 1 раз в рік (50 балів) за допомогою накопичення і зчитування інформації з електронної картки Палати лікарів, яку отримує лікар після отримання сертифіката спеціаліста.

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

### **Відмінності медичної післядипломної освіти Німеччини і Австрії**

Між післядипломною медичною освітою в Німеччині та Австрії існує ряд відмінностей.

У Німеччині лікарі загальної практики є лікарями-спеціалістами, навчання триває 5 років, тоді як в Австрії лікарі загальної практики навчаються тільки 3 роки і посідають нижчу сходинку порівняно з лікарями-спеціалістами. Діяльність лікаря загальної практики в Австрії обмежена тільки амбулаторною допомогою, він не має права самостійно працювати

ти в стаціонарних відділеннях і надавати спеціалізовану медичну допомогу.

Підґрунттям цього є думка, що більшість лікарської роботи полягає в рутинних методах обстеження, лікуванні на амбулаторному рівні, виписуванні рецептів і простої документації тощо, і не має потреби всім лікарям здобувати спеціалізацію на рівні лікаря стаціонару. Крім цього, кількість студентів, які закінчують медичний університет, переважає потребу лікарських посад в стаціонарних відділеннях, кількість яких обмежена. Навіть для навчання на лікаря загальної практики випускникам університету в Австрії треба чекати на вакантне місце до 2 років. В Німеччині, навпаки, не вистачає лікарських кадрів, тому всі заходи спрямовані на отримання швидкої і кваліфікованої освіти.

Діяльність лікарів загальної практики в Австрії має широкий характер, вони надають первинну допомогу майже при всіх захворюваннях, тоді як в Німеччині це є переважно терапевтична спеціальність, навчання в перші 3 роки ідентичне терапевтам та їх діяльність відповідає нашому дільничному терапевту. Наприклад, вони не надають допомогу при ЛОР-патології чи акушерсько-гінекологічну допомогу. Але для того, щоб потрапити на консультацію вузького спеціаліста, потрібно мати направлення від лікаря загальної практики.

Тривалість післядипломної освіти в Австрії значно переважає таку ж в Німеччині. Особливо це стосується вузьких спеціальностей. Наприклад, щоб стати кардіологом в Австрії, потрібно 12 років, тоді як в Німеччині для цього необхідно 5 років. По-перше, це пов'язано з введенням в німецьку медичну післядипломну освіту системи «Common trunk», яка дозволила скоротити тривалість навчання вузьких спеціалістів. По-друге, навчання для лікарів загальної практики в Австрії не зараховується в термін навчання лікаря-спеціаліста, тоді як в Німеччині різниця в їх навчанні полягає тільки на 4-5-му році.

Вимоги до лікарів-спеціалістів також виглядають по-різному. В австрійських вимогах перелічені тільки загальні питання, тоді як в німецьких представлені числові еквіваленти на здобуття кваліфікації лікаря (кількість УЗД, ЕКГ, оперативних втручань тощо) Такі вимоги попереджують двозначне тлумачення рівня знань та практичних навичок і відповідають кваліфікації лікаря-спеціаліста у своїй галузі.

### **Список літератури**

1. [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO\\_V6.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf)
2. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliMWBO20110218.pdf>
3. <https://www.aekn.de/weiterbildung/weiterbildungsordnung-1/weiterbildungsordnung-guelteig-ab-1-februar-2013/gebiete-und-schwerpunkte/>

4. <http://www.aekno.de/downloads/aekno/wbo-nordrhein-2012-01.pdf>
5. <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=6658#%A712>
6. [https://www.uke.de/zentren/innere-medicin/downloads/zentrum-innere-medicin/WK\\_ZIM\\_II.pdf](https://www.uke.de/zentren/innere-medicin/downloads/zentrum-innere-medicin/WK_ZIM_II.pdf)
7. <http://www.gefaesschirurgie.de/zertifizierung/anforderungsprofil.html>

Л. С. Бабінець, Н. Є. Боцюк

## ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА У СЛОВАЦЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

На сучасному етапі підготовка лікаря у Словаччині перебуває в стані адаптаційного періоду відповідно до вимог професійних медичних спільнот Європейського Союзу. Процес до- та післядипломної підготовки медичних працівників у Словацькій Республіці опирається на визнаний в країнах ЄС стандарт базової медичної освіти та покликаний сприяти зміцненню професіоналізму лікаря.

ситетської освіти медичних працівників та працюють в рамках глобальної хартії університетів, визнаючи цінності демократії, гуманізму і взаєморозуміння.

Під час візиту був отриманий цінний досвід організації роботи системи охорони здоров'я у Словацькій Республіці на уніфікованих засадах країн ЄС та процесу підготовки кадрів для неї згідно з вимогами



**SLOVAK  
MEDICAL  
UNIVERSITY**



Інформацію щодо організації системи медичної освіти у Словацькій Республіці було отримано під час стажування в одному з найбільш престижних медичних університетів цієї країни.

Словацький медичний університет у Братиславі є передовим освітнім закладом, членом IAMP (Міжнародної академії медичної групи), EUA (Європейської асоціації університетів), де з гордістю зберігають традиції комплексної безперервної універ-

Болонської декларації у системі освіти. Це є особливо цінним для України в умовах реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини та розмежування рівнів надання медичної допомоги населенню, а також інтеграції системи медичної освіти до Болонського процесу.

**Загальна модель підготовки лікаря у Словацькій Республіці.** Основа акредитованої медичної освітньої програми складається з фундаменталь-



Братислава (старе місто)

них засад теорії і практики медицини, що включають базові біомедичні, поведінкові та соціальні науки, загальні клінічні навички, навички прийняття рішень, комунікативні здібності, медичну етику тощо. Всі ці складові медичної освіти забезпечуються всіма медичними вузами Словаччини, які мають за мету підготовку кваліфікованих і сумлінних лікарів та істотне значення для дотримання концепції міжнародних стандартів у медичній освіті й принципів Болонської декларації (рис. 1).

**Додипломна підготовка фахівців у медичних вузах Словаччини** триває п'ять чи шість років залежно від профілю факультету та перебуває під керівництвом Міністерства освіти. Навчання відбувається за державний кошт. На додипломному рівні – підготовка майбутнього фахівця із загальної медицини, що забезпечує фундаментальну наукову освіту, яка заснована на гуманістичній та етичній основі, впродовж якої майбутні лікарі готуються до спеціалізації та сертифікації у відповідній сфері. Базові теоретичні основи анатомії тіла людини та його фізіологічних функцій дозволяють студентам перейти до другого етапу навчання та зосередитись на засвоєнні основних принципів етіології, патогенезу патологічних станів та їх лікуванню. Навчання завершується комплексним викладанням загальної медицини з акцентом на діагностиці, диференційній діагностиці, лікуванні та профілактиці захворювань.

**Основні засади післядипломної освіти у Словаччині** викладаються на прикладі Словацького медичного університету (Братислава). Післядипломна

медична підготовка в країні проводиться з урахуванням необхідності дотримуватись **принципу наступності** відносно базової медичної освіти та переходу її у безперервну медичну освіту та професійний розвиток.

Післядипломне навчання у Словаччині з метою отримання спеціалізації передбачає регулювання правових відносин, що виникають при забезпеченні **організації підвищення кваліфікації** медичних працівників і **поглиблення компетенції** відповідно до акредитованих навчальних програм на факультеті.

**Юридичні засади післядипломної освіти у Словаччині.** Післядипломне навчання відбувається згідно з акредитованою навчальною програмою (наказ Міністерства охорони здоров'я Словацької Республіки 17.09.2010 12422/2010), що передбачає стандарти для програм сертифікації і мінімальні стандарти для навчальних програм безперервної освіти та їх структуру. 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; програми навчання чітко відповідають європейським програмам згідно з принципами Болонської декларації). Після складання державного іспиту студент отримує диплом лікаря (MDr – medical doctor).

**Першим етапом для лікарської спеціалізації терапевтичного спрямування** є проходження циклового післядипломного дворічного стажування

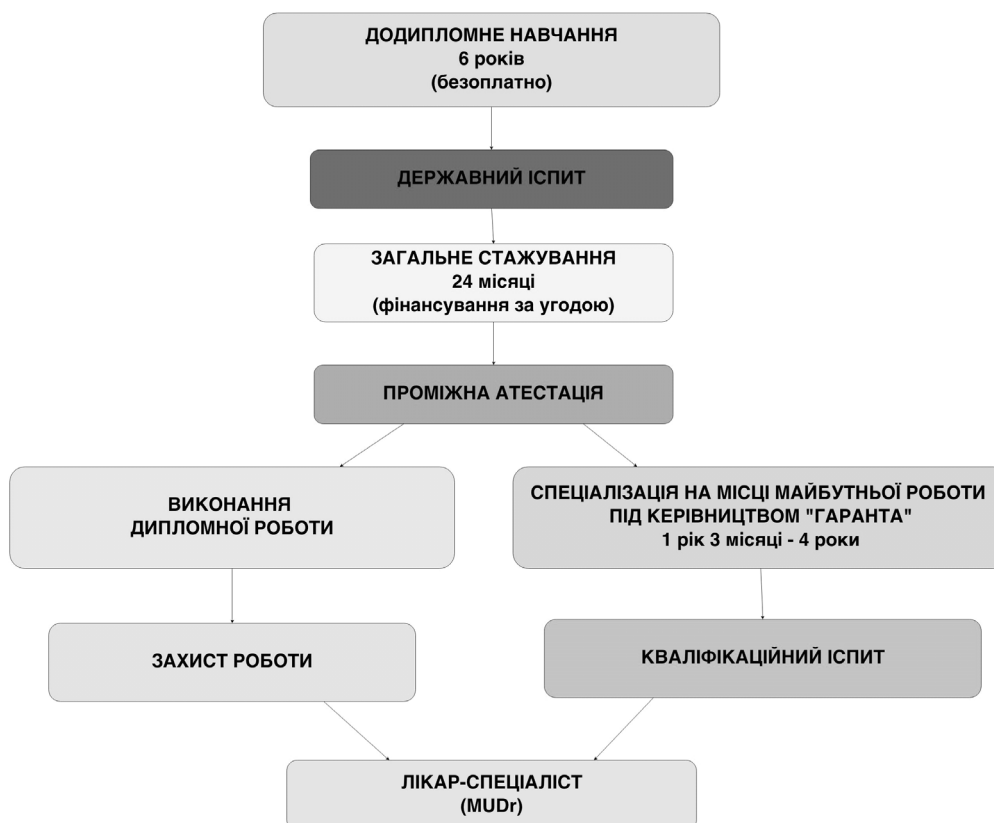


Рис. 1. Схема підготовки лікаря у Словаччині.



у різних клініках, патронованих університетом (загальна медична спеціалізація), згідно з чітко регламентованим графіком, котрий передбачає паралельне навчання на кафедрах післядипломного рівня для відпрацювання теоретичних аудиторних занять (лекції, практичні заняття, семінари).

**Другим етапом є спеціалізаційне навчання** на клінічній базі – стажування під контролем зовнішнього керівника – куратора.

- можливість проходження декількох спеціалізацій (почергово);
- систему безперервного навчання.

Набуті знання та навички, необхідні для роботи у галузі охорони здоров'я та успішне складання кваліфікаційного іспиту, дають право на подальшу сертифіковану діяльність.

**Умовою для зарахування до спеціалізаційної підготовки та навчання, сертифікації в медич-**

## Керівництво післядипломною підготовкою СТАНДАРТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У СЛОВАЧЧИНІ



- Організація навчання відповідно до укладеної із замовником (муніципальна влада, директор клініки) угодою
- Два етапи підготовки: базове (2 роки) та спеціалізаційне навчання (1 рік і 3 місяці – із загальної практики та 3–4 роки – з інших дисциплін)
- Потрійний незалежний контроль за проходженням післядипломного навчання

Ці етапи складають так звану основну спеціалізацію, після якої лікар стає спеціалістом певного напрямку (наприклад загальної хірургії, педіатрії, внутрішніх хвороб, загальної практики, кардіології, неврології тощо; усього 63 фахи). Необхідно відмітити, що кількість спеціальностей постійно змінюється у ході адаптації післядипломної освіти Словаччини до загальноприйнятої – в розвинених країнах ЄС.

Тривалість спеціалізації становить, як правило, ще 3–5 років, окрім спеціалізації із загальної практики (системи сімейної медицини у Словаччині на даний момент немає, ведуться суспільні та професійні дискусії), що триває 1 рік 3 місяці.

**Стандарти спеціалізованої навчальної програми післядипломної освіти у Словаччині передбачають:**

- організацію навчання відповідно до укладеної із замовником (муніципальна влада, директор клініки) угоди;
- два етапи підготовки: базове та спеціалізаційне навчання;
- тривалість – не менше 3 років і 3 місяців із загальної практики та до 6 років – з інших дисциплін;
- потрійний незалежний контроль за проходженням навчання під керівництвом МОЗ Словаччини;

них професіях лікаря і стоматолога є завершення додипломного курсу навчання в університеті у галузі загальної медицини (для медичної професії лікаря) з отриманням звання доктора MDr.

**Порядок зарахування на спеціалізацію.** Надалі випускник повинен зголоситись про свій намір пройти спеціалізовану підготовку для подальшої сертифікації та подати необхідні документи. Заяву кандидата підтверджує заявник (роботодавець). Заявник також зголошується про свою компетенцію здійснювати медичну практику та потребу в додаткових фахівцях у галузі охорони здоров'я, котрі будуть проходити навчання за системою спеціалізації та сертифікації трудової діяльності.

**Серед необхідних документів:** завірена нотаріально копія університетського диплома, копії дипломів про попередні спеціалізації (якщо такі були), ідентифікаційний індекс та індекс спеціалізації.

Компетентні органи МОЗ та професійні медичні організації, згідно з нормативними правовими документами, мають узгодити кандидатуру стажиста, опираючись на регламентовані критерії відбору.

**Процедура відбору на спеціалізаційне навчання.** Сам процес відбору є прозорим і відкритим для всіх випускників базового медичного зак-



ладу освіти з відповідною акредитацією. Процедура відбору включає механізм для моніторингу та можливість апеляції. В окремих випадках критерії відбору можуть включати розгляд збалансованого набору кандидатів відповідно до соціальних вимог, включаючи потенційну потребу в тих чи інших лікарях. Кількість стажистів має відповідати можливостям клінічної підготовки (практичної) та максимально припустимому навантаженню на керівників практики, інших ресурсів (на тренера клініки може припадати два стажисти та один – на стоматолога), наявних для забезпечення якості підготовки майбутніх лікарів. Додаткова кількість стажистів узгоджується в процесі консультацій із відповідними зацікавленими сторонами.

**Юридичні сторони (заклади і/або особи), які визначають спрямування на спеціалізаційне навчання.** До зацікавлених сторін відносяться ті, хто несе відповідальність за планування і розвиток кадрових ресурсів у місцевому та Національному секторі охорони здоров'я, зокрема,

- від Міністерства охорони здоров'я Словаччини – це організаційно-методичний відділ;
- від освітнього закладу – департамент післядипломної освіти;
- керівництво клініки;
- очільники громади;
- приватні лікарі.

Саме ці представництва здійснюють прогнозування потреб громадськості й суспільства в кількості підготовлених медичних кадрів, проводять оцінку різних ситуацій на ринку праці та демографічної ситуації, також аналізують закономірності міграції лікарів і т.д. Враховуючи те, що потреби у забезпеченні лікарськими кадрами в різних сферах медицини постійно змінюються, кількість стажистів постійно переглядається відповідно до існуючих вимог.

**Договір про спеціалізаційну підготовку працівників охорони здоров'я** укладається на основі запрошення роботодавця (головний лікар чи директор клініки, очільник регіонального департаменту охорони здоров'я, який уповноважений розпоряджатися кадрами, лікар, який має ліцензію, дозвіл на експлуатацію медичного устаткування або власник ліцензії на торгівлю лікарськими препаратами та медичними виробами).

Після проходження реєстрації кандидат приступає до подальшого навчання згідно зі стандартами акредитованої навчальної програми спеціалізації. **Правові відносини, що виникають у забезпеченні організації післядипломної освіти та підвищенні кваліфікації медичних працівників, регулюються законодавчо та передбачені умовами договору.** Загальний зміст, структура і тривалість підготовки та сертифікованої професійної діяльності зазначені в програмі з чітким визначенням цілей і очікуваних кінцевих результатів, заснованих на виконанні завдань, і пояснень, що стосуються їх взаємозв'язку з базовою медичною осві-

тою та подальшим наданням медичної допомоги населенню.

Підвищення кваліфікації медичних працівників передбачає зростання, розширення та поглиблення компетенції випускника вузу чи лікаря-практика і **включає в себе:**

- спеціалізаційне навчання;
- сертифікаційну підготовку;
- підготовку до виконання робіт у галузі охорони здоров'я;
- безперервну освіту.

**Сертифікаційна підготовка** за нормативами акредитованої навчальної програми сертифікації передбачає отримання знань та навичок, необхідних для здійснення подальшої сертифікованої діяльності.

Підготовка до виконання робіт у галузі охорони здоров'я передбачає експертизу придатності рівня набутих знань та навичок для проведення професійної діяльності з надання медичної допомоги населенню (стосується також медичних професій логопеда, психолога, медичного фізика, спеціаліста з лабораторної медицини).

**Зміст стандартів спеціалізованої навчальної програми в галузі загальної практики** передбачає практичну і теоретичну частини. У процесі підготовки стажисту слід пройти **офіційний теоретичний курс**, який включає критичне опрацювання, наукове переосмислення та критичну оцінку встановленого переліку літературних джерел, результатів наукових досягнень і даних доказової медицини. Тривалість навчання складає не менше ніж 3 роки і 3 місяці (загальна практика). Процес підготовки включає теоретичну підготовку в сфері базових біомедичних, клінічних, поведінкових і соціальних наук (лекції, семінари, конференції тощо).

**Основними напрямками підготовки є** відпрацювання навичок прийняття клінічних рішень у майбутній ситуативній діяльності лікаря, навичок спілкування, **основ медичної етики**, а також **основ юриспруденції в галузі охорони здоров'я** суспільства та основ управлінських дисциплін, необхідних для професійної практики в обраній галузі медицини. Така методика підготовки лікаря гарантує не лише розширення та поглиблення знань і практичних навичок, а й розвиток особистісних якостей стажиста в ролі медичного експерта, захисника здоров'я людей, провідника гуманітарних ідей, співробітника і члена команди, вченого, адміністратора та менеджера.

**Алгоритм написання спеціалізаційної НДР.** Сертифікаційна підготовка з наукових основ і методів може включати проведення стажистами **елективних дослідницьких проектів**. Обов'язковим для лікаря-стажиста є участь у НДР та виконання дослідницької роботи, підсумком якої має стати написання Спеціалізаційної роботи. Тема роботи погоджується, насамперед, із «гарантом» подальшої освіти та куратором із профільної кафедри медич-

ного університету, а також адміністрацією лікувального закладу, де стажується майбутній спеціаліст. Робота має бути проведена на основі особистих досліджень зі щорічним звітом.

Місяця проведення підготовки стажиста мають бути забезпечені оснащенням для виконання наукових досліджень і науково-дослідницької діяльності. Стажистам надається можливість поєднувати клінічну підготовку з науково-дослідною діяльністю, і в цьому напрямку вони користуються всебічною підтримкою. Спеціалізаційна робота повинна бути представлена на кафедрі загальної медицини за 6 тижнів до атестаційних випробувань.

Післядипломна підготовка лікаря загальної медицини – це інтеграція практики і теорії, що включає поєднання дидактичних занять з теорії та досвід надання допомоги пацієнтам, що перебувають під спостереженням.

**Вимоги до бази спеціалізаційного навчання лікаря.** Місце проведення підготовки повинне бути вибране і затверджене компетентними органами. Провідне місце в акредитації належить «гаранту подальшої освіти», котрий визначає відповідність клінічних та практичних можливостей бази вимогам програми для забезпечення проведення підготовки майбутнього фахівця.

**Серед вимог:** достатня кількість пацієнтів із відповідною різноманітністю нозологічних форм для досягнення цілей підготовки, під час якої стажист повинен отримати широкий і всебічний досвід в обраній галузі медицини і за необхідності включати в програму надання не тільки стаціонарної, а й амбулаторної допомоги, що наблизитиме його до майбутньої практичної роботи.

Післядипломну спеціалізовану підготовку в Словаччині проводять в умовах академічних клінічних лікарень і за необхідності частину занять виконують у інших відповідних клініках чи інститутах і медичних пунктах чи відділеннях в районах майбутнього проживання. У випадку загальної практики – це амбулаторії загальної практики в районах проживання, практика із визначеними фахівцями амбулаторії, поліклініки, інтернатів для інвалідів та престарілих, пунктів первинної медико-санітарної допомоги та інших організацій, де забезпечується надання медичної допомоги. Якість місць проведення підготовки піддається регулярному моніторингу.

У Словаччині стажист забезпечується місцем і можливістю для практичного та теоретичного навчання і повинен мати доступ до професійної літератури, а також до обладнання для відпрацювання практичних навичок. З метою придбання необхідного клінічного досвіду у всіх аспектах обраної стажистом спеціальності, включаючи підготовку для зміцнення здоров'я і профілактики захворювань прикріпленого населення та виконання плану спеціалізаційної підготовки, враховують кількість пролікованих пацієнтів із відповідною різноманітністю нозологічних форм.

**Зміст спеціалізації за фахом «Загальна практика» у Словаччині.** Медична спеціалізація та загальна послідовність проходження підготовки із загальної практики у Словацькій Республіці передбачає професійну діяльність не менше 39 місяців, в тому числі:

А. Загальна медична спеціалізація протягом 24 місяців;

1) стандартні відділення внутрішньої медицини – 12 місяців;

2) відділення інтенсивної терапії – 2 місяці;

3) практика в приймальному відділенні – 1 місяць;

4) практика в спеціалізованих відділеннях внутрішньої медицини (наприклад гастроентерології, геріатрії, пульмонології, фтизіатрії тощо) – 2 місяці;

5) практика в інфекційному відділенні (додатково із тренінгом з основ клінічної мікробіології та паразитології) – 1 місяць;

6) практика у відділенні клінічної онкології – 1 місяць;

7) практика у відділенні лабораторної медицини (або відділенні гематології та трансфузіології) та у відділенні клінічної біохімії – 1 місяць, 15 днів, 15 днів відповідно;

8) практика в хірургічному відділенні (у тому числі ортопедії) – 2 місяці;

9) практика у відділенні неврології – 1 місяць;

10) практика у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії – 1 місяць.

Подальше спеціалізоване навчання строком на 15 місяців передбачає професійну діяльність із загальної практики у відділеннях, амбулаторіях та машинах швидкої допомоги в таких галузях:

1) педіатрія – місяць;

2) фізіотерапія та медична реабілітація – 1 місяць;

3) дерматовенерологія – 1 місяць;

4) офтальмологія – 1 місяць;

5) оториноларингологія – 1 місяць;

6) психіатрія – 1 місяць;

7) акушерство та гінекологія – 1 місяць;

8) хірургічна клініка – 1 місяць;

9) організація суспільної охорони здоров'я – 1 місяць;

10) амбулаторія загальної практики – 6 місяців.

Стажист повинен отримати знання з наукових основ і методів, що застосовуються в обраній галузі медицини, і через придбання широкого діапазону відповідного клінічного та практичного досвіду в різних місцях проходження підготовки в обраній галузі медицини оволодіти знаннями у сфері доказової медицини та прийняття важливих та відповідальних клінічних рішень в загальній медицині. Усі звітні дані про проходження спеціалізації вносять в **індивідуальний навчальний план** відповідно до **мінімального стандарту сертифікації**.

Зокрема, у **загальнотерапевтичних відділеннях** стажисти відпрацьовують такі набуті теоретичні та практичні знання:

1) етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування та профілактика внутрішніх захворювань;

2) показання, протипоказання, інтерпретація результатів діагностичних і лікувальних процедур, навички лабораторної діагностики;

3) діагностичні та терапевтичні процедури при недостатності внутрішніх органів і систем (зокрема серця, легенів, нирок, печінки);

4) основи реанімації, моніторингу, діагностики і терапевтичних процедур за умови розвитку невідкладних станів із внутрішніх хвороб;

5) принципи організації та практична діяльність щодо надання стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам із захворюваннями внутрішніх органів;

6) показання та інтерпретація консалтингових досліджень у внутрішній медицині.

### **Б. У контексті спеціалізації із загальної медицини**

*Основи профілактики захворювань у практиці лікаря загальної медицини:*

1) профілактична спрямованість роботи лікаря загальної практики стосовно загальних і специфічних нозологічних одиниць захворювань;

2) профілактичні заходи стосовно найбільш поширених інфекційних захворювань;

3) основи диспансеризації здорових і хворих на хронічні захворювання у роботі лікаря загальної практики;

4) втілення в життя Національної програми із зміцнення здоров'я населення, дотримання вимог Державної стратегії в галузі охорони здоров'я у масштабах всього суспільства, водночас, приділяючи особливу увагу профілактиці, скринінгу та боротьбі з алкоголізмом і наркоманією;

5) дотримання принципу ефективної санітарно-просвітницької роботи серед населення, відпрацювання комунікативних навичок та ситуативно-поведінкових моделей діяльності лікаря загальної практики;

6) відпрацювання навичок боротьби з поширеними інфекційними захворюваннями, дотримання принципів співпраці з відділами управління охорони здоров'я;

7) ефективна співпраця з основними закладами санітарного нагляду та контролюючими відомствами на прикріпленій території.

#### **У галузі діагностики:**

1) комплексна оцінка стану пацієнта, складання та управління маршрутом пацієнта в системі охорони здоров'я;

2) базове комплексне обстеження пацієнта в амбулаторії загальної практики та за її межами;

3) визначення показань для консультативного огляду пацієнта;

4) визначення показань для лабораторних обстежень, функціональних проб серцево-судинної та дихальної систем, а також інших допоміжних досліджень (крові, сечі, RW, збору біологічного матеріалу);

5) базова ЕКГ – запис, аналіз та висновки; базові знання та інтерпретація аналізу сечі, крові; дослідження функції зовнішнього дихання;

6) диференційна діагностика захворювань із шкірними проявами, екзантематозні інфекційні та неінфекційні хвороби;

7) профілактика та діагностика інфекційних захворювань, основні положення про активну і пасивну імунізацію;

8) основні критерії достовірної діагностики основних загрозливих для життя станів, оцінювання ступеня порушення функцій;

9) основні критерії диференційної діагностики патологічних станів на основі анамнезу, фізикального обстеження та допоміжних лабораторно-інструментальних досліджень;

10) основні поняття про засади судової медицини.

### **У сфері управління станом здоров'я населення прикріпленої території:**

1) управління маршрутом пацієнта, у тому числі з урахуванням рекомендацій інших фахівців;

2) дотримання принципів гармонійного цілісного лікування організму людини (рекомендації пацієнту змінити спосіб життя, навички психотерапії, дієтотерапії та реабілітації);

3) основи клінічної фармації;

4) основні принципи та практичні навички надання першої допомоги й реанімації при порушеннях кровообігу і депресії;

5) навички надання першої допомоги у разі травми, уміння зупинити кровотечу;

6) навички надання допомоги при аварійних пологах;

7) уміння прийняти рішення про госпіталізацію або консультативний огляд, визначення необхідності надання пацієнту спеціалізованої допомоги.

#### **У галузі реабілітації:**

1) володіти принципами організації та управління реабілітаційними заходами; знати основні постулати мануальної терапії, масажу тощо;

2) основні методи лікування та реабілітації опорно-рухового апарату;

3) основні методи медичної та професійної реабілітації при патології опорно-рухового апарату, тестування функцій;

4) визначення показань і відпрацювання навичок реабілітаційної терапії, масажу;

5) визначення показань та базові знання акупунктури;

6) показання до застосування методів реабілітації у пацієнта, котрий перебуває на ліжковому режимі вдома;

7) післяопераційний догляд за хворими вдома.

### **Організація праці лікаря загальної практики:**

1) основи концепції організації охорони здоров'я, принципи управління, завдання та функціональні обов'язки;

2) співпраця з медичними страховими компаніями, органами соціального захисту та іншими органами, включаючи урядові державні структури;

3) співпраця із соціальними організаціями та з установами щодо організації та здійснення догляду вдома;

4) навички ведення документації та правильного оформлення звітної документації за результатами діяльності в органи охорони здоров'я, відділи статистики.

**Інші практичні навички:**

1) надання першої медичної допомоги та невідкладної медичної допомоги, основні принципи;

2) соціальна медицина та організація охорони здоров'я;

3) система соціального забезпечення;

4) введення у психологію;

5) основи догляду за хворими.

Підготовка і навчання стажиста проводиться під керівництвом внутрішнього керівника (відділ післядипломної освіти – доцент профільної кафедри) з регулярною оцінкою і зворотним зв'язком. У процесі підготовки куратору слід забезпечувати контроль навчання та зростання в стажиста ступеня незалежної відповідальності у міру набуття навичок, знань і досвіду. Кожному стажисту надається доступ до навчальних консультацій.

Цікавою є практика учнівства у Словаччині – це інтеграція спеціалізаційної підготовки та надання медичних послуг в практиці під контролем наставників. Вона передбачає, з одного боку, надання належної медичної допомоги стажистами, а з іншого боку – те, що навчальні можливості зовнішнього тренера (досвідчений спеціаліст профільної галузі) закладені в його службових функціях і є ефективним використанням його потенціалу та розумною оптимізацією застосування різних клінічних баз для підготовки майбутніх фахівців.

**Мінімальний стандарт практичних навичок, передбачений спеціалізаційною навчальною програмою:**

**А. У загальній внутрішній медицині:**

1) ведення пацієнта відповідно до стандарту клінічної допомоги: прийом, опис історії хвороби пацієнта, фізикальне обстеження, опис ЕКГ, рентгенографічного зображення, інтерпретація допоміжних інструментальних, лабораторних та інших обстежень пацієнта;

2) опис та висновок ЕКГ – 400;

3) опис рентгенографічних зображень грудної клітки – 400;

4) опис рентгенографічних зображень живота – 50;

5) венепункції, катетеризація судин – 50;

6) інфузійна терапія – 50, у т.ч. крові – 20;

9) мазок крові, проведення аналізу – 20;

10) аналіз сечі й сечового осаду – 20;

11) пункція порожнин – 20;

12) відсмоктування виділень з дихальних шляхів, інгаляційна терапія – 20;

13) катетеризація сечового міхура у чоловіків і жінок – 20;

14) ректороманоскопія – 10;

15) введення катетера, харчування у верхні відділи шлунково-кишкового тракту – **Асистування при виконанні таких маніпуляцій:**

1) встановлення центрального венозного катетера – 5;

2) інтубація трахеї – 5;

3) проведення дефібриляції, кардіоверсії – 5;

4) заміна електродів кардіостимулятора – 5;

5) ехокардіографія – 20;

6) функціональне обстеження серцево-судинної системи (наприклад добовий моніторинг ЕКГ, артеріального тиску, проведення ортостатичної проби) – 20;

7) дослідження дихальної функції: спірометрія, бронхоскопія – 20;

8) радіологічні обстеження: інтервенційна радіологія, КТ, МРТ, радіонуклідне сканування – 40;

9) УЗД живота, щитоподібної залози й судин, дуплексне сканування – 40;

10) шлунково-кишкова ендоскопія: езофагоскопія, гастроскопія, колоноскопія – 20;

11) біопсія органів і тканин – 10;

12) проведення розтину – 3.

**Б. У контексті загальної медицини:**

Щоденна загальна практика серед дорослих пацієнтів під керівництвом куратора передбачає такі обсяги роботи:

1) курація хворого – 200;

2) ведення медичної документації – 200;

3) призначення та аналіз додаткових обстежень – 200;

4) диференційна діагностика і лікування в обсязі загальної практики – 200;

5) функціональне обстеження опорно-рухового апарату – 4;

6) проведення ін'єкцій – 50;

7) незначні хірургічні процедури (накладання швів, розріз, висічення) – 10;

8) місцеві зовнішні процедури на хворі суглоби – 4;

9) відвідування хворих удома – 20;

10) скринінг стану хворих і визначення подальшої тактики при невідкладних станах – 50;

11) перша допомога при ЛОР-захворюваннях – 10;

12) катетеризація сечового міхура у чоловіків – 10;

13) промивання шлунка – 5;

14) призначення санаторно-курортного лікування – 15;

15) визначення показань, обсягу та складання плану консультативного обстеження та інших обстежень – 20;

16) проведення онкопрофоглядів.

**Мінімальна кількість медичних процедур при стажуванні у педіатричному відділенні чи поліклініці:**



1) фізичне обстеження новонароджених, немовлят і дітей ясельного віку – 4;

2) венепункції – 5;

3) перша допомога при раптовій зупинці серця – 2.

**Мінімальна кількість медичних процедур при стажуванні у реабілітаційному відділенні:**

1) опрацювання методик класичного масажу і рефлексотерапії – 2;

2) мануальна терапія – 10;

3) основні обстеження кістково-м'язової системи – 10.

**Мінімальна кількість медичних процедур при стажуванні у дерматовенерологічному відділенні:**

1) отримання біологічного матеріалу пацієнтів або осіб, котрих підозрюють у наявності венеричних хвороб;

2) лікування виразок шкіри, зокрема варикозної виразки, дерматомікозів – 5.

**Мінімальна кількість медичних процедур при стажуванні у відділенні офтальмології:**

1) базове обстеження очей, визначення гостроти зору – 3;

2) дослідження очного дна – 3;

3) перша допомога при ранах і опіках ока та потраплянні стороннього тіла – 3;

4) перша допомога при нападі гострої глаукоми – 2.

**Мінімальна кількість медичних процедур при стажуванні у ЛОР-відділенні:**

1) базове ЛОР-обстеження із використанням інструментарію, дослідження слуху – 4;

2) зрошення зовнішнього слухового проходу – 4;

3) оцінка аудіометричного тестування – 3.

**Мінімальна кількість медичних процедур при стажуванні у психіатричному відділенні клініки:**

1) контактування і проведення інтерв'ю з психічнохворим – 5;

2) проведення психотерапевтичного інтерв'ю – 5.

**Мінімальна кількість медичних процедур при стажуванні у гінекологічному відділенні клініки:**

1) допомога при пологах – 5;

2) базове акушерське обстеження – 2;

3) базове гінекологічне обстеження, у тому числі обстеження із використанням дзеркала – 2;

4) проведення лікування найбільш поширених захворювань зовнішніх статевих органів – 2;

5) обстеження молочних залоз, інструктування жінок із техніки самостійного огляду грудей – 5.

**Мінімальна кількість медичних процедур при стажуванні у хірургічному відділенні клініки та амбулаторії:**

1) проведення місцевої анестезії, лікування дрібних ран, накладання швів – 3;

2) зупинка невеликої кровотечі, розріз панарицію – 2;

3) накладання всіх видів простих пов'язок – 10;

4) репозиція при простих вивихах дрібних суглобів – 2;

5) лікування пролежнів – 4;

6) репозиція при грижі – 3;

7) катетеризація у випадку гострої затримки сечі – 2.

**При стажуванні у відділах управління охорони здоров'я населення належить засвоїти:**

1) законодавчі основи і механізми у галузі охорони здоров'я населення;

2) обов'язкові практичні навички спілкування;

3) напрацювання особистих методів ефективної комунікації;

4) вербальна та невербальна комунікації;

5) навички управління конфліктами і стосунки з комунікаційними партнерами.

У процес проведення підготовки включають навчання в багатопрофільній команді з метою розвитку в стажиста здатності ефективно працювати у команді з колегами та іншими фахівцями охорони здоров'я як члена або лідера медичної команди. В такий спосіб розвивається компетентність у керівництві та навчанні інших фахівців охорони здоров'я.

Післядипломна підготовка лікарів зобов'язує до ефективного використання інформаційних телекомунікаційних технологій у програмі підготовки з метою забезпечення кваліфікованого ведення пацієнтів. Саме тому кураторам і стажистам слід бути компетентними у використанні **інформаційних телекомунікаційних технологій** для навчання та доступу до інформаційної бази даних і подальшої ефективної роботи в системі охорони здоров'я. Використання комп'ютерів, внутрішніх і зовнішніх комп'ютерних мереж та інших засобів інформаційних і комунікаційних технологій включає координацію діяльності з бібліотечними службами вузу та Словацької медичної палати і може бути частиною вивчення доказової медицини та підготовки стажиста до безперервної медичної освіти та професійного розвитку.

**Керівництво ПДО у Словаччині.** Післядипломною освітою в галузі охорони здоров'я на державному рівні керує організаційно-методичний відділ Словаччини у медичному університеті в Братиславі та особисто координатор МОЗ (рис. 2).

Координована підготовка на різних клінічних базах в обраній галузі медицини передбачає отримання кандидатом знань і досвіду в різних сферах обраної дисципліни та її менеджменту. Уповноваженим органам з проведення програми підготовки у Словаччині надаються ресурси, необхідні для планування та впровадження методів підготовки, оцінки стажистів та запровадження інновацій в програмі підготовки. Важливим є те, що до складання програми підготовки залучають представників вузу, органів самоврядування громад, штатних співробітників клінік, стажистів та інших зацікавлених сторін.

**Представник базової кафедри університету** здійснює погодження навчальної програми, виз-





Рис. 2. Схема керівництва системою підготовки лікарів у Словаччині.

начає тему кваліфікаційної роботи стажиста, проводить короткотермінові освітні заходи, проміжний контроль знань шляхом тестування та співбесіди.

**Керівником спеціалізації на практичній базі** виступає зовнішній тренер-спеціаліст високого рівня компетентності, котрий має ліцензію та стаж понад 5 років. Практика призначення на посаду інструкторів (тренерів) у Словаччині є позитивною і повинна передбачати необхідний досвід, кваліфікацію та відповідальність тренера (посадові обов'язки передбачено договором). Такий лікар, як частину своїх професійних зобов'язань, забезпечує тісну особисту взаємодію і співпрацю та постійне спостереження за роботою стажиста, несе відповідальність за участь у практичній частині післядипломної підготовки лікарів, особистим підписом посвідчує виконання навчального плану.

**Гарант подальшої освіти** – це керівник чи начальник навчального відділу спеціалізації – сертифікації навчання («Гарант подальшої освіти»):

- вносить пропозиції стосовно наявності робочих місць, що відповідають вимогам акредитації для реалізації навчальної програми;
- визначає відповідність бази стажування вимогам навчальної програми;
- визначає кандидатури внутрішніх і зовнішніх тренерів та пропонує їх на затвердження вченою радою університету;
- несе відповідальність за якість професійного навчання та контроль за її проходженням.

Зовнішній керівник, як правило, топ-менеджер із повним курсом спеціалізації з принаймні 5 роками досвіду в передбаченій спеціалізації галузі медицини. Зовнішній керівник курує підготовку і практичні відпрацювання кандидата, оцінює його професійну медичну практику, підписує мінімальний стандарт відповідно до навчального плану та до діючого законодавства.

**В обов'язки внутрішнього керівника (куратора) входить:**

- розглянути і затвердити програму навчання в умовах того чи іншого робочого місця та індивідуальні варіанти тендера;
- визначити тему спеціалізованої роботи;

- щорічно оцінювати виконання окремими кандидатами навчального плану (проведення тестування знань, інтерв'ю і т.д.).

**Доцент профільної кафедри** опікується кандидатом протягом всього курсу навчання, контролює рівень знань та навичок, виконання стажистом навчального плану, реалізацію навчальної програми.

Керівник відділу несе відповідальність за навчання стажиста, він оцінює відповідність діяльності заявника умовам, встановленим акредитованою програмою. Якщо стажист виконав умови, керівник призначає запропоновану кількість кредитів на один рік навчання.

**Навчальний план сертифікаційного навчання** складається з теоретичної та практичної частин.

Сертифікація у Словаччині передбачає проведення **сертифікаційного іспиту** перед екзаменаційною комісією, яка включає представників університету та декілька незалежних фахівців-практиків з різних регіонів держави.

Серед інших додаткових умов спеціалізованого навчання – участь у системі обов'язкового 2-тижневого передатестаційного навчання та участь як мінімум у чотирьох тематичних курсах (41 день), організованих Департаментом медицини БМУ.

Завершення спеціалізації передбачає: спеціалізований іспит перед комісією, практичну експертизу та захист атестаційної роботи.

Претендент отримує допуск до складання іспиту після того, як програму стажування завершено, та надано письмову рекомендацію спонсора. Майбутній фахівець подає заявку на сертифікаційний іспит принаймні за 10 тижнів до іспиту до навчального відділу факультету БМУ. Надійність і валідність методів оцінки документує, вивчає та оцінює комісія. Застосовується додатковий комплекс методів оцінки, залучаються зовнішні екзаменатори.

**Спеціалізаційний іспит складається з трьох частин:**

- 1) **теоретична частина** – відповіді (інтерв'ю) на завдання, що містять два теоретичні запитання;
- 2) **практична частина** – демонстрування навичок на практичному досвіді (оцінка ЕКГ, рентгенологічних зображень, лабораторних тестів);

3) **захист спеціалізаційної роботи** – презентація (PowerPoint), орієнтована на основні цілі та практичні завдання, котрі обумовлені в роботі та є результатом проведених досліджень (5–7 хв).

Практична частина іспиту проводиться після успішного складання попередньої теоретичної частини. Теоретична частина іспиту відбувається шляхом співбесіди. Кандидат витягає два запитання із групи запропонованих. Перелік питань і практичних навичок до іспиту щорічно публікується на сайті до проведення спеціалізованої експертизи. За один день комісія може прийняти іспит максимально у 15 кандидатів.

**Склад сертифікаційної комісії** має бути підготовлений відповідно до діючих принципів акредитації.

**Членів комісії від університету** призначає декан.

**Відділ «гарантів»** також пропонує свої незалежні кандидатури.

До складу комісії входить також **особа, яка відповідає за стандарти** та оцінювальні тести. Проведення обговорення результатів іспиту фіксується на відеокамеру. Результати дискусії вносяться до протоколу, який архівуються в архіві університету разом з усіма відповідними документами іспиту. Запис у протоколі й є основою для видачі документа про кваліфікацію. Результати тестування записуються як індекс проходження.

Якщо висновок комісії з іспиту класифікується як «не вдалося», то можливе повторне тестування, але не раніше, ніж через рік після попередньої сертифікації.

Якщо стажисту знову не вдалося пройти повторне екзаменаційне випробування, чи він не потребує повторного розгляду і не попереджає про це (не вибачається), то це повинно розглядатися як відсів кандидатури, і наступного дня після дати випробування до навчального відділу студент повертає документи (індексні та реєстраційні дані). Його дані видаляють із бази даних.

**Безперервна ПДО лікарів у Словаччині.** Вимогою часу постало для організації охорони здоров'я Словацької Республіки питання про те, щоб медична освіта стала дійсно безперервною, проходила за участю професійних співтовариств, була орієнтована на актуальні проблеми практичної охорони здоров'я того чи іншого регіону. Такий напрямок втілюється шляхом розвитку безперервного вдосконалення знань медичних працівників.

**Юридичні засади ПДО.** Подальша освіта фахівців у галузі охорони здоров'я переходить під опіку **Міністерства охорони здоров'я**. Підвищення кваліфікації медичних працівників у Словаччині нині регулюється Постановою Уряду № 296/2010, котра передбачає ряд заходів, направлених на забезпечення наступності безперервної освіти фахівців у галузі охорони здоров'я та створення умов для подальшої освіти медичних працівників у спеціалізованих сферах.

У **словацькій моделі безперервного навчання** передбачається врахування різних видів освітньої активності, зокрема такі, як відвідування конференцій та семінарів, що проводяться освітніми закладами та лікарськими товариствами; написання наукових і науково-популярних статей; самостійна робота з електронними інтерактивними освітніми модулями; читання професійної літератури і т.д.

**За одну годину участі в освітньому заході лікар отримує один освітній «кредит».**

Лікар-фахівець у Словаччині **кожні п'ять років повинен підтверджувати свою кваліфікацію, набираючи за ці роки 250 балів – освітніх «кредитів»**, які надаються за різну активність. У випадку, якщо лікар не підтверджує в заданий термін свою кваліфікацію, його ліцензія анулюється. Щоб відновитися в професії, фахівець повинен витратити від півроку до року на навчання з подальшим складанням іспитів.

Безперервна медична освіта у Словаччині на сьогодні є головною вимогою успішної роботи лікаря, що передбачена умовою роботодавця та професійних об'єднань, зокрема Словацькою медичною палатою, в якій повинен бути зареєстрований медичний працівник.

Відповідно до постанови уряду Словацької Республіки **на Словацьку медичну палату** покладено здійснення контролю рівня фахового вдосконалення лікарів. Згідно з вимогами, кожен лікар повинен представити для контролю в Державний медичний реєстр підтвердження свого проходження безперервної освіти. У випадку відхилення, що мали місце в процесі безперервної освіти лікаря та виникли з тих чи інших причин, передбачена можливість для усунення недоліків за 6-місячний період.

Згідно із нормативними документами, Словацька медична палата має право вдаватись до санкцій за порушення безперервної освіти, а саме, видалити дані про лікаря з медичного реєстру. Однак на даному етапі лікарю, котрий не дотримується вимог про обов'язкове безперервне постійне навчання і не відреагував навіть після додаткового 6-місячного «виправного» періоду, Словацька медична палата призначає штраф у розмірі до 663 євро і одночасно виносить рішення про обсяг, спосіб і термін для поновлення компетентності та подальшого кваліфікаційного оцінювання лікаря.

**Перевірка рівня освіти практичних лікарів Словаччини здійснюється за п'ятирічний цикл за кількістю кредитів.** Згідно з нормативними документами, подальша оцінка проводиться після закінчення кожних додаткових п'яти років від дати останньої оцінки. Оцінювання повинно виконуватись у письмовій формі.

Діяльність кожного лікаря підлягає інспекції спеціального відділу Словацької безперервної освіти. Така перевірка повинна відбуватися в електронному вигляді. Всю необхідну інформацію кожен лікар

отримує в листі, котрий поширюється Медичною палатою. Надалі відбувається **особисте внесення кожним лікарем даних в електронну систему управління кредитів**. Кожен медичний працівник самостійно здійснює запит для включення в кредитну систему. Лікар, котрий вирішив звернутись до системного адміністратора для вступу в електронну систему кредитів, повинен **особисто вручну** вводити показники своєї діяльності до спеціальної таблиці, а також надати підтвердження своєї участі у фахових освітніх заходах.

**Критерії та методики оцінювання безперервної освіти фахівців у галузі охорони здоров'я визначені згідно з Указом Міністерства охорони здоров'я Словацької Республіки від 24 червня 2005 року.**

**Надання кредитів на безперервну освіту медичним працівникам**

#### **А. Загальна складова**

Передбачено самостійне вивчення літературних джерел, ведення медичної практики у відповідній галузі не менше чотирьох років та п'ять років в категорії лікаря і стоматолога, отримання кредитів.

#### **Б. Конкретна складова**

1. За кожні 60 хвведеної участі медичних працівників у фахових освітніх заходах, організованих на місцевому рівні, що перевищує мінімальну тривалість 60 хв і менше 180 хв, присвоюють учаснику 1 кредит, за умови участі в патологоанатомічних семінарах та за активну участь в дискусії лікар отримує 8 балів або 4 кредити.

2. За кожні 60 хвведеної участі медичних працівників у фахових освітніх заходах, організованих на районному рівні, що перевищує мінімальну тривалість 180 хв і менше ніж 360 хв, учаснику повинно бути надано 2 бали.

3. За кожні 60 хвведеної участі медичних працівників у фахових освітніх заходах, організованих на районному рівні, регіональному рівні та на національному рівні, якщо мінімальна тривалість складає 360 хв, присвоюють учаснику 1 кредит. При багатоденному навчанні – до 8 кредитів за день відвідування.

4. За кожні 60 хвведеної участі медичних працівників у окремих фахових освітніх заходах іноземною мовою за кордоном присуджується 1 кредит.

5. За активну участь працівників охорони здоров'я в здійсненні безперервної освіти у санітарно-просвітницькому напрямку відповідно: підготовлена та прочитана лекція на місцевому, районному чи регіональному рівні дає автору в більшості 3 кредити, співавторам – понад 2 кредити.

6. За активну участь працівників охорони здоров'я в здійсненні безперервної освіти, підготовлену та прочитану лекцію на національному чи міжнародному рівні автору присвоюють 10 кредитів і співавторам – 5 кредитів.

7. За активну участь працівників охорони здоров'я в здійсненні безперервної освіти, підготовку на-

очних плакатів або участь у дискусії при проведенні санітарно-просвітницьких заходів на місцевому, районному чи регіональному рівні автору надається 3 бали, співавторам – понад 2 кредити.

8. За активну участь працівників охорони здоров'я в здійсненні безперервної освіти, підготовку лекції, наочних плакатів або участь у дискусії при проведенні санітарно-просвітницьких заходів, які номіновані іноземною мовою, або проводились за кордоном, автор отримує 15 кредитів, 10 кредитів – співавтори. Кредити можуть бути надані максимум двом співавторам. Якщо автор або співавтор навчального матеріалу представлені неодноразово, далі кредит не надається. Якщо лектор неодноразово виступав на прохання організатора чи за умови позитивної оцінки слухачів і за рекомендації учасників, то за кожну з наступних лекцій надається лише половина з цих кредитів.

9. За участь фахівців у галузі охорони здоров'я в проходженні професійного стажування на акредитованому робочому місці, яка спрямована на поглиблення знань під керівництвом медичного працівника з відповідної професійної кваліфікації в іншому місці, учаснику присвоюється 2 кредити на день, але не більше 30 кредитів, стоматологу і лікарю за виконання цих заходів належить 3 кредити за кожен день, але не більше 15 кредитів. Якщо ж стажування проходить на акредитованому робочому місці в іншій державі – члені ЄС, окрім Словаччини, то належить 4 кредити за кожен день, але не більше, ніж 7 кредитів.

10. 45 хв навчання або читання лекцій з теоретичної та практичної підготовки у сфері професійного, спеціалізованого навчання або сертифікації на навчальних курсах або професійної підготовки в інших професійних галузях навчання, яке надає компетенції здійснювати медичну професію, або читання лекцій у формі теоретичного або теоретико-практичної роботи в рамках акредитованої освітньої програми безперервної освіти, організованої навчальними закладами, торгово-промисловою палатою, професійними медичними спільнотами (Словацька медична асоціація) або іншими міжнародно визнаними професійними товариствами або професійними асоціаціями постачальників, лектор нагороджується 10-ма кредитами, водночас може бути отримано протягом одного звітного періоду не більше 50 кредитів.

**За здійснення публікацій**, які стосуються медичної професії або медичної допомоги, надаються кредити за цю діяльність: у вітчизняному журналі наукова стаття – автор = 15 кредитів, співавтор = 10 кредитів; оглядова стаття в професійному виданні – автор = 15 кредитів, співавтор = 10 кредитів; в іноземному журналі = 20 балів, у іноземному в співавторстві = 15 кредитів та ін.; монографія словацькою – автор = 50 кредитів, співавтор = 20 кредитів; монографія іноземною мовою – автор = 80 кредитів, співавторство = 30 кредитів; оригінальна

робота словацькою мовою – автор = 50 кредитів; оригінальна робота іноземною мовою – автор = 80 кредитів; підручники словацькою мовою – автор = 50 кредитів, співавторство = 20 кредитів; підручники іноземною мовою – автор = 80 кредитів, співавторство = 50 кредитів та ін.

**Науково-дослідна діяльність** серед таких практик, як участь у науково-дослідних проектах і науково-дослідних програмах щодо стану здоров'я населення, колектив нагороджується 25 кредитами, якщо ця праця відноситься до конкретного фахового дослідження у профільній спеціалізованій галузі та триває, як мінімум, шість місяців і супроводжується письмовим аналізом та висновком експерта, дослідження у міжнародному проекті = 30 кредитів, міжнародний проект СО = 20 кредитів.

У системі ПДО важливою ланкою є докторантура. Основним завданням навчання у докторантурі є підготовка кадрів для здійснення наукових досліджень у тій чи іншій галузі медичного напрямку (клінічного чи неклінічного) із захистом наукової роботи і здобуттям наукового ступеня кандидата медичних наук (Csc, що відповідає рівню PhD у інших країнах). Це звання дає можливість викладачам ставати доцентами і професорами в університеті на основі виконання певних умов для цих посад. Звання доктор наук (Dsc) є більш високим рівнем визнання науковця і надається після виконання більш серйозних наукових досліджень, частіше на основі плідної наукової роботи у певній галузі.

Безперервна освіта має на меті підвищення рівня професійного та особистісного розвитку лікарів, поліпшення якості медичного обслуговування населення в цілому.

**Необхідною умовою розвитку є наявність мотивації у самого лікаря**, адже якщо він не зацікавлений в одержанні нової інформації, то всі знання та навички швидко нівелюються. У процесі безперервного розвитку важливий не факт навчання, а його **ефективність**. Лікар повинен бути зацікавлений в отриманні нових знань, розуміти, що саме важливо для розвитку його професійної компетентності й що важливо для його пацієнта. **На цьому постулаті заснована і система нарахування балів у Словаччині**. Наприклад, за одну прослухану лекцію лікар отримує один бал. Якщо ж лікар не тільки відвідав лекцію, але і взяв участь у професійній дискусії (за що отримує ще 1 бал), а потім застосував отримані знання на практиці, проаналізував результат і записав його в робочий зошит, пред'явивши її на чергових іспитах, то бали подвоюються.

На сьогодні у Словаччині доведено успішне завершення дослідження акредитованої програми безперервної освіти з використанням методу дистанційного навчання, листування. Кредити надаються залежно від тривалості навчальної діяльності відповідно до нормативів. Професійний роз-

виток лікаря може проходити самостійно та у співпраці з освітніми установами та іншими професійними спільнотами, визнаними на міжнародному рівні.

**Підвищення кваліфікації фахівців у сфері охорони здоров'я може здійснюватися очно, заочно або комбінованим методом.**

**Очний цикл** передбачає повну зайнятість курсанта та проходить при безпосередньому контакті з учасниками «Репетитор NIKM освіти».

**При заочному методі** безпосередній контакт замінюється на спілкування лікаря із тренером безперервної освіти через інформаційно-комунікаційні технології зв'язку. Після проходження циклу безперервної освіти медичний працівник отримує посвідчення про підтвердження своєї участі. У посвідченні зазначаються: освітня установа, що є організатором та співорганізатором курсів, технологій, місце і дата навчання, кількість годин навчальної діяльності та кредитів, ім'я та прізвище лікаря, який брав участь в навчанні та реєстраційний номер з реєстру Медичної палати, режим участі, підпис особи, уповноваженої видавати свідоцтво зі штампом.

**Свідченням подальшої освіти працівників охорони здоров'я є індекс**, який присвоюється для реєстрації всіх форм додаткової освіти (видається навчальним закладом на прохання заявника). Працівник може мати тільки один індекс протягом всього курсу подальшої освіти. Записи в індексі виконують роботодавець та працівник уповноваженого освітнього закладу. В індекс записують такі дані: початок проходження та завершення підготовки до виконання робіт у галузі охорони здоров'я, оголошення про спеціалізоване навчання, зміна напрямку спеціалізаційного навчання, його курс, завершення спеціалізаційного навчання, курси підвищення кваліфікації, курс оновлення знань і навичок медичних працівників, що проходились при розриві у медичній практиці.

Навчальні методи включають також індивідуальне читання, самооцінку бази знань і практичної діяльності, дослідницькі проекти, а також відвідування науково-практичних конференцій з метою навчання та вивчення клінічного досвіду. Заходи безперервної освіти включають зустрічі з колегами та інформаційний обмін за допомогою електронної мережі, дискусії та консультації.

Через процес самоосвіти лікарі розвивають у собі здатність до поліпшення ведення своєї практики, опираючись на дані, що з'являються в наукових дослідженнях. З цією метою лікарям слід постійно звертатися до наукових джерел і отримувати останні результати в медичних дослідженнях, заснованих на клінічних знаннях, навичках і відносинах з колегами. Саме в такий спосіб у процесі навчання лікарі здобувають знання про відповідні наукові методи для поліпшення своїх практичних навичок і критичної оцінки своєї діяльності.

### Список літератури

1. Ginter E. Social determinants of health in Slovakia / E. Ginter, K. Hulanska // Bratisl Lek Listy. – 2007. – Vol. 108(10/11). – P. 477-479.
2. Slovakia: health system review. Health Systems in Transition / T. Szalay [et al.]. – 2011. – 200 p.
3. Brekke. Undergraduate medical education in general practice-family medicine throughout Europe – a descriptive study / Brekke [et al.] // BMC Medical Education. – 2013. – Vol. 13. – P. 157.
4. Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia A survey-based project April 2012. – P. 109.
5. Kristufek P. Twelve years of continuing medical education in Slovakia / P. Kristufek, J. Gajdosik // Vnitr Lek. – 2010. – Jul 56(7). – P. 686-689.



С. М. Андрейчин, П. Я. Боднар

## ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА В ЧЕСЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Вища медична освіта в Чеській Республіці була і є важливим пріоритетом у житті громадян. Випускники університету належать до еліти чеської нації. Таке ставлення до них зберігається впродовж століть. Це пов'язано із рівнем знань, що вони отримують. Медичну вищу освіту можна отримати у чотирьох медичних університетах, найпрестижніше навчатися у Карловому університеті в Празі, який заснований ще 1347 року.



Будівля ректорату Карлового університету

На його кафедрах в різний час викладали кращі вчені Європи, зокрема наш земляк І. Горбачевський, який з 1883 р. працював професором медичної хімії, деканом медичного факультету, ректором.



Меморіальна дошка, присвячена професору І. Горбачевському, встановлена в Карловому університеті

Диплом чеських університетів гарантує роботу не тільки в Чехії, а й у багатьох європейських краї-

нах, але для цього потрібно щоденно покращувати свої знання, щоб бути конкурентоспроможним на світовому ринку праці.



Зустріч української делегації із ректором Карлового університету професором Томашом Зімою та керівником відділення спеціалізації I Медичного факультету Яною Крейчіковою (зліва на право: проф. Сергій Андрейчин, Яна Крейчікова, проф. Томаш Зіма, ас. Петро Боднар).

Післядипломна медична освіта являє собою безперервне навчання та постійний професійний розвиток, під час якого лікарі набувають досвіду. Даний етап підготовки здійснюється згідно з конкретними правилами та інструкціями Європейського союзу. Молоді лікарі працюють в умовах клініки з більш досвідченими колегами, що беруть на себе відповідальність за інструктаж новачків і спостереження за їх працею.

Одночасно із здобуттям практичних навичок лікарі вдосконалюють свої теоретичні знання. Такі програми можуть проводитися в університетатах, інституті післядипломної освіти, медичних наукових товариствах провідними фахівцями.

### Основні етапи медичної післядипломної освіти в Чеській Республіці

Після завершення шестирічного навчання на медичному факультеті університету випускник отримує диплом про вищу медичну освіту і йому присвоюється ступінь магістра (MUDr, від латинського *Medicinae Universae Doctor*). Після цього він може вибрати спеціальність, за якою буде проходити спеціалізацію в чеських медичних закладах (де його згідні прийняти). Спеціалізація – це отримання первинної кваліфікації для здійснення подальшої лікувальної діяльності. Вона включає два етапи. Пер-

ший – дворічне вивчення базових дисциплін, наприкінці якого претендент отримує сертифікат про їх закінчення. Власне після цього розпочинається основна спеціалізація (другий етап), який триває від трьох до п'яти років (додатково до перших двох) і закінчується атестаційним іспитом (рис. 1). В кінцевому підсумку, залежно від обраної спеціалізації, триватиме це навчання від 5 до 7 років (при умові успішного складання іспиту з першої спроби). Під

час проходження спеціалізації молодий спеціаліст отримує заробітну плату.

Особи, які цікавляться науковими дослідженнями і викладанням, мають можливість пройти навчання в докторантурі протягом 3–4 років. Результати наукових досліджень, що проводяться протягом усього навчання, публікуються в різних наукових виданнях й доповідаються на конференціях. Докторанти мають можливість працювати у

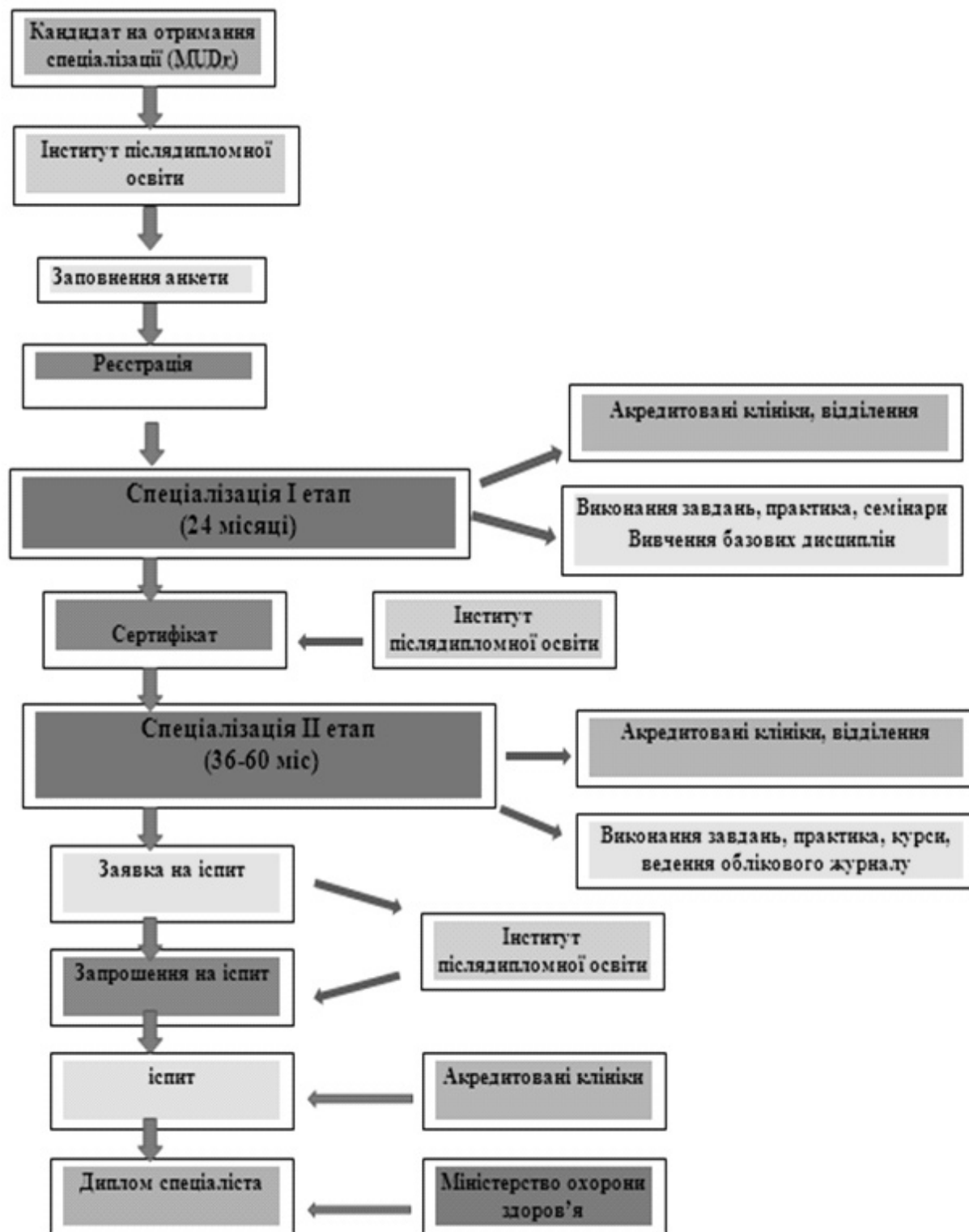


Рис. 1. Процедура отримання медичної спеціалізації.

вищому навчальному закладі (вести лекції та семінари).

Після закінчення докторантури претендент повинен скласти державний іспит на отримання докторського ступеня і захистити дисертацію з обраної ним теми. Випускники отримують найвищий академічний титул у Чехії – Доктора (Ph.D., від латинського Philosophiæ Doctor).

### **Спеціалізація**

Перший етап спеціалізації розпочинається з вибору випускником однієї з 16 базових дисциплін і триває 24 місяці. Молодий спеціаліст впродовж перших 6 місяців обов'язково проходить навчання в терапевтичному, хірургічному, педіатричному та акушерсько-гінекологічному відділеннях (так зване «Колеско»). Наступні 18 місяців – у відділенні за тим профілем, що обрав. Навчання проходить під безпосереднім керівництвом досвідчених спеціалістів.

### **Базові дисципліни.**

1. Акушерство і гінекологія.
2. Анестезіологія.
3. Гігієна.
4. Дерматовенерологія.
5. Лікар загальної практики.
6. Неврологія.
7. Ортопедія.
8. Оториноларингологія.
9. Офтальмологія.
10. Патологічна анатомія.
11. Педіатрія.
12. Психіатрія.
13. Радіологія.
14. Терапія.
15. Урологія.
16. Хірургія.

Після завершення першого етапу спеціалізації молодий спеціаліст отримує сертифікат.

Далі він обирає основну спеціальність, в якій він удосконалюється від трьох до п'яти років під керівництвом досвідчених спеціалістів в акредитованих медичних закладах.

### **Основні спеціальності:**

1. Акушерство і гінекологія (4) – акушерство і гінекологія.
2. Алергологія та імунологія (4) – терапія або педіатрія.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія (4) – анестезіологія.
4. Внутрішня медицина (5) – терапія.
5. Гастроентерологія (4) – терапія або хірургія.
6. Гематологія та трансфузіологія (3) – терапія або педіатрія.
7. Геріатрія (4) – терапія або лікар загальної практики.
8. Гігієна та епідеміологія (4) – гігієна.
9. Дерматовенерологія (3) – дерматовенерологія.
10. Дитяча терапія (4) – педіатрія.
11. Дитяча хірургія (5) – хірургія.
12. Дитяча та підліткова медицина (4) – педіатрія.

13. Діабетологія і ендокринологія (5) – терапія або педіатрія.

14. Інфекціологія (4) – терапія або педіатрія.

15. Кардіологія (4) – терапія.

16. Кардіохірургія (5) – хірургія.

17. Клінічна біохімія (4) – терапія або педіатрія.

18. Лікар загальної практики (3) – терапія або лікар загальної практики.

19. Оториноларингологія (3) – оториноларингологія.

20. Медична генетика (4) – терапія або педіатрія або акушерство і гінекологія.

21. Медична мікробіологія (4) – терапія.

22. Неврологія (4) – неврологія.

23. Нейрохірургія (5) – хірургія.

24. Нефрологія (4) – терапія.

25. Онкологія (4) – терапія або педіатрія.

26. Ортопедія (5) – ортопедія.

27. Офтальмологія (3) – офтальмологія.

28. Патологічна анатомія (4) – патологічна анатомія.

29. Пластична хірургія (5) – хірургія.

30. Психіатрія (4) – психіатрія.

31. Пульмонологія та фтизіатрія (4) – терапія.

32. Радіаційна онкологія (4) – терапія.

33. Радіологія і рентгенологія (4) – радіологія.

34. Реабілітація та відновлювальна медицина (3) – терапія або хірургія або педіатрія.

35. Ревматологія (4) – терапія.

36. Судинна хірургія (5) – хірургія.

37. Травматологія (5) – хірургія.

38. Урологія (5) – урологія.

39. Хірургія (5) – хірургія.

40. Ядерна медицина (4) – терапія або радіологія.

Цифра в дужках – мінімальна кількість років, відведених на навчання (не завжди збігається з кількістю років підготовки в навчальній програмі), через тире – та базова дисципліна, яку необхідно було перед цим успішно закінчити.

Після завершення навчання претенденти складають атестаційний іспит. Процедура атестаційного іспиту для лікарів, стоматологів та фармацевтів регламентується наказом щодо умов отримання та визнання професійної кваліфікації та спеціалізації.

Цей указ регулюється відповідно до законодавства Європейського Співтовариства.

### **Атестаційний іспит**

#### **Лікарська атестаційна комісія**

Атестаційний іспит складається перед членами атестаційної комісії Міністерства охорони здоров'я Чеської Республіки. Лікарська атестаційна комісія складається із непарної кількості членів (не менше трьох). Вони обирають зі своїх представників голову, який керує діяльністю комісії і несе відповідальність за її роботу. Голова може переобиратися повторно двічі, якщо його не вдалося визначити при голосуванні, то визначають за жеребом. Атестаційний іспит є загальнодоступним для медичних працівників. Його результати затверджуються голосуванням на нараді атестаційної комісії.

### **Заява для складання атестаційного іспиту**

Заява на атестаційний іспит повинна бути подана в Міністерство охорони здоров'я до 15 січня для весняного або до 30 червня для осіннього семестру та завіряється керівником медичного закладу, в якому проходив спеціалізацію претендент.

Якщо заявник отримав диплом медичного фахівця за кордоном, то до заяви для атестаційного іспиту додається копія рішення Міністерства охорони здоров'я про підтвердження його диплому в Чеській Республіці.

### **Необхідні умови для складання атестаційного іспиту**

Передумовою для складання іспиту є виконання всіх вимог, які передбачені освітньою програмою. Претендент зобов'язаний подати результати про їх виконання атестаційній комісії.

### **Дата і місце проведення атестаційного іспиту**

Атестаційний іспит відбувається два рази на рік, навесні з 15 березня по 30 червня і восени з 1 жовтня по 20 грудня.

Дату і місце його проведення визначає Міністерство охорони здоров'я і щонайменше за 30 днів до початку повідомляє усім кандидатам, які подали заявки на атестаційний іспит. Про дату і місце проведення атестаційного іспиту також інформують членів атестаційної комісії.

### **Зміст, проведення і оцінювання атестаційного іспиту**

Атестаційний іспит складається з теоретичної й практичної частин. Практична частина полягає в перевірці професійних практичних навичок та передує теоретичній. Зміст атестаційного іспиту відповідає освітній програмі. Перед його початком учасники підтверджують свою особу.

Атестаційний іспит відбувається в один або декілька днів. Якщо його практична частина оцінюється як «не склав», то теоретична частина атестаційного іспиту не відбувається і загальна оцінка є незадовільною.

Теоретична частина складається з трьох питань, які вписують у протоколі. Після отримання питань атестаційна комісія дає претенденту час для підготовки відповідей, не менше 15 хвилин.

Якщо відповідь на будь-яке з зазначених питань не є достатньою, члени атестаційної комісії можуть поставити додаткове питання. Додаткове запитання можна поставити тільки один раз під час проведення іспиту. Його також записують у протоколі.

Результат кожної частини атестаційного іспиту та атестаційний іспит в цілому оцінюється словами «зараховано з відзнакою», «зараховано» або «не зараховано».

Якщо будь-яке питання з теоретичної частини іспиту чи додаткове питання оцінюється як «не зараховано», то загальна оцінка іспиту є «не зараховано».

Оцінка окремих частин іспиту та його загальна оцінка заноситься в протокол й оголошується головою атестаційної комісії.

### **Відсутність на атестаційному іспиті, його відтермінування і повторне складання**

Якщо учасник не може бути присутнім на атестаційному іспиті, він повинен повідомити про це в Міністерство. Повідомленням вважається письмове пояснення, яке надсилається завчасно до початку атестаційного іспиту, де вказується причина, внаслідок якої претендент не може з'явитися. Дата наступного складання іспиту встановлюється відповідно до графіка затвердженого Міністерством.

Відмова від складання атестаційного іспиту після оголошення питань чи в подальшому ході іспиту оцінюється як «не зараховано»

Відсутність учасника на атестаційному іспиті без письмового пояснення оцінюється як його не зарахування.

Якщо іспит «не зараховано», то наступна спроба відбувається не раніше 12 місяців від попереднього терміну.

Учасникам, які успішно склали лише практичну частину, зараховують її при повторному складанні атестаційного іспиту, якщо від дня складання не пройшло 24 місяці.

### **Підтвердження спеціалізації**

Для підтвердження спеціалізації необхідно:

- пройти спеціалізацію за відповідною навчальною програмою;
- подати запит у МОЗ Чеської Республіки про визнання спеціалізації.

Отримання основної спеціалізації дає право працювати самостійно.

### **Вузька спеціалізація**

Після отримання атестації з основної спеціалізації існує можливість отримати вузьку спеціалізацію з наступних спеціальностей.

1. Ангіологія (2) – внутрішня медицина, кардіологія.
2. Геронтопсихіатрія (1) – геріатрія, психіатрія.
3. Гігієна харчування (1) – гігієна та епідеміологія.
4. Гіпербарична медицина (1) – анестезіологія та інтенсивна терапія, хірургія, внутрішня медицина, ортопедія, лікар загальної практики.
5. Дитяча гастроентерологія і гепатологія (1) – дитяча терапія, гастроентерологія.
6. Дитяча дерматовенерологія (1) – дитяча терапія, дерматовенерологія.
7. Дитяча кардіологія (2) – дитяча терапія, кардіологія.
8. Дитяча неврологія (2) – дитяча терапія, неврологія.
9. Дитяча нефрологія (1) – дитяча терапія, нефрологія.



10. Дитяча онкологія та гематологія (2) – дитяча терапія.

11. Дитяча оториноларингологія (1) – дитяча терапія, оториноларингологія.

12. Дитяча пульмонологія (1) – дитяча терапія, пульмонологія і фтизіатрія.

13. Дитяча радіологія (2) – дитяча терапія, радіологія і рентгенологія.

14. Дитяча ревматологія (2) – дитяча терапія.

15. Дитяча урологія (2) – дитяча терапія, урологія.

16. Дитяча та підліткова гігієна (1) – гігієна та епідеміологія.

17. Дитяча та підліткова психіатрія (1) – психіатрія, дитяча терапія.

18. Епідеміологія (2) – гігієна та епідеміологія.

19. Інтенсивна терапія (2) – анестезіологія та інтенсивна терапія, хірургія, внутрішня медицина, дитяча хірургія, кардіохірургія, нейрохірургія, дитяча терапія, інфекціологія, кардіологія, неврологія, пульмонологія і фтизіатрія, акушерство і гінекологія, ортопедія, урологія, онкологія.

20. Клінічна фармакологія (2) – внутрішня медицина.

21. Комбустіологія (2) – анестезіологія та інтенсивна терапія, хірургія, дитяча хірургія, кардіохірургія, нейрохірургія, судинна хірургія.

22. Корекційна дерматологія (1) – дерматовенерологія.

23. Лікарсько-трудова експертна комісія (2) – все, крім гігієни та епідеміології, клінічної біохімії, медичної генетики, медичної мікробіології, ядерної медицини, патологічної анатомії, радіології і рентгенології.

24. Медицина тривалого догляду (1) – все, крім епідеміології, клінічної біохімії, медичної генетики, медичної мікробіології, дитячої та підліткової медицини, дитячої терапії, дитячої хірургії.

25. Невідкладна медична допомога (2) – хірургія, внутрішня медицина, лікар загальної практики, акушерство і гінекологія, дитяча терапія, дитяча та підліткова медицина, анестезіологія та інтенсивна терапія.

26. Нейрорадіологія (2) – радіологія і рентгенологія.

27. Неонатологія (1) – дитяча терапія.

28. Онкогінекологія (2) – акушерство і гінекологія.

29. Особиста і громадська гігієна (1) – гігієна та епідеміологія.

30. Остеологія клінічна (1) – внутрішня медицина, діабетологія і ендокринологія, ревматологія, ортопедія, акушерство і гінекологія, дитяча терапія, геріатрія, клінічна біохімія.

31. Паліативна медицина (1) – анестезіологія та інтенсивна терапія, неврологія, реабілітація та відновлювальна медицина, дитяча терапія, лікар загальної практики, онкологія, нейрохірургія, хірургія, дитяча хірургія, ортопедія, дитяча та підліткова медицина.

32. Перинатологія і фетоматеринська медицина (1) – акушерство і гінекологія.

33. Підліткова медицина (2) – дитяча терапія, дитяча та підліткова медицина, лікар загальної практики, внутрішня медицина.

34. Професійна патологія (2) – внутрішня медицина, дитяча терапія, лікар загальної практики, гігієна і епідеміологія.

35. Радіологія інтервенційна (2) – радіологія і рентгенологія.

36. Репродуктивна медицина (1) – акушерство і гінекологія.

37. Сексологія (2) – психіатрія, акушерство і гінекологія, урологія.

38. Спортивна медицина (1) – внутрішня медицина, дитяча терапія, лікар загальної практики, дитяча та підліткова медицина, реабілітація та відновлювальна медицина, кардіологія, хірургія, ортопедія.

39. Судова медицина (2) – патологічна анатомія.

40. Торакальна хірургія (2) – хірургія, кардіохірургія.

41. Урогінекологія (1) – акушерство і гінекологія.

42. Фоніатрія (2) – оториноларингологія.

43. Хвороби залежності (2) – психіатрія.

44. Щелепно-лицева хірургія (3) – оториноларингологія, дитяча хірургія, хірургія.

Цифра в дужках – мінімальна кількість років, відведених на навчання, через тире – та основна спеціальність (спеціалізація), яку необхідно було перед цим успішно закінчити.

**Атестація лікарів-стоматологів** здійснюється з наступних спеціальностей

1. Щелепно-лицева хірургія (5).

2. Ортодонтія (3).

3. Клінічна стоматологія (4).

**У випускників фармацевтичних факультетів** є можливість, крім основної спеціалізації, отримати вузьку.

**Основні спеціалізації:**

1. Фармацевтична технологія (3).

2. Клінічна фармація (4).

3. Лабораторні методи дослідження в медицині (3).

4. Радіофармппрепарати (3).

5. Аптечна справа (3).

6. Фармацевтичний контроль (3).

7. Лікарняні аптеки (4).

**Вузькі спеціалізації:**

1. Фармація в онкології (1).

2. Допоміжні поживні речовини (1).

3. Аддиктивна поведінка в аптеці (1).

4. Фармація в геріатрії (1).

Післядипломна медична освіта здійснюється відповідно до навчальних програм, в яких відображено етапи підготовки загального характеру та конкретно для кожної дисципліни. Стажисти особисто беруть участь в лікуванні пацієнтів та частково не-



суть відповідальність за проведення заходів з догляду за хворим в закладах, де вони проходять підготовку.

У навчальному процесі передбачено зростаючий рівень відповідальності в процесі оволодіння новими практичними навичками, поглибленні теоретичних знань й набутті клінічного досвіду. Кожний стажист має доступ до професійної літератури та консультацій, які йому надають кваліфіковані спеціалісти.

Під час проходження спеціалізації молодий лікар ознайомлюється з доказовою медициною, отримує уявлення про наукові дослідження, правила роботи з науковою літературою та навчається приймати рішення в критичній ситуації. Участь в наукових дослідженнях чи проектах заохочується.

Претендент зобов'язаний постійно вдосконалювати свої теоретичні знання та практичні навички (цей процес контролюється), правила спілкування з хворими та медичним персоналом. Він також вивчає медичну етику, експертизу, юриспруденцію, менеджмент та дисципліни, які стосуються управління, навчається працювати в команді.

Навчання відбувається в акредитованих відділеннях різних профілів, які укомплектовані кваліфікованим медичним персоналом, приладами та засобами для навчання на базі однієї або декількох лікарень, які також пройшли акредитацію на право здійснювати навчання молодих спеціалістів.

Здобуття освіти під керівництвом акредитованого досвідченого лікаря є важливою частиною теоретичної та практичної підготовки. Це також дозволяє молодим спеціалістам зрозуміти філософію спеціальності.

Навчальна програма передбачає виконання її теоретичної та практичної частин. Зараховані навички повинні бути задокументовані в особовій медичній документації. Число виконань, наведених у журналі, є мінімальним. При виконанні практичних навичок необхідне самостійне їх виконання або асистування, з демонстрацією знань, які стажист освоїв під час теоретичного та практичного навчання.

Оцінювання майбутнього спеціаліста здійснюється наставниками в різних медичних відділеннях постійно і фіксується в журналі з виставленням оцінки згідно з встановленими термінами. Для більш об'єктивного оцінювання залучають зовнішніх екзаменаторів. Остаточна оцінка відіграє важливу роль при проходженні атестаційного іспиту. Розроблені механізми апеляції.

Навчальні програми складені таким чином, щоб молодий спеціаліст в повній мірі оволодів тими практичними навичками, які йому знадобляться в самостійній роботі. У разі потреби він може бути переведений в інше відділення чи лікарню для їхнього засвоєння. На одного викладача припадає не більше двох учнів.

Відгуки про якість програм з боку як інструкторів, так і стажистів систематично піддаються аналізу й

приймаються заходи щодо поліпшення їх якості. Про результати оцінювання ставлять до відома адміністрацію медичного закладу.

Для прикладу приводимо навчальні програми «Лікар загальної практики» та «Хірургія».

## **Освітня програма “Лікар загальної практики”**

### **1. Мета спеціалізованого навчання**

Метою є підготовка освічених лікарів загальної практики, які в змозі будуть надати пацієнту кваліфіковану медичну допомогу.

Лікар загальної практики надає безперервну медичну допомогу закріпленим за ним особам та невідкладну медичну допомогу всім категоріям населення незалежно від місця проживання, віку, статі, раси та віросповідання у своєму робочому кабінеті чи за місцем проживання пацієнтів. Крім того, він проводить обстеження, диференційну діагностику, лікування, профілактику та реабілітацію хворих як у початковій стадії, так і при хронічному перебігу захворювання. Здійснює госпіталізацію тих пацієнтів, які потребують стаціонарного лікування.

Самостійно або із співробітниками санітарно-епідеміологічної служби здійснює профілактику інфекційних захворювань. Бере участь у реалізації санітарно-протиепідемічних заходів, проводить медико-санітарну освіту населення, а також співпрацює з місцевою владою та соціальними службами.

### **2. Мінімальні вимоги для проходження спеціалізації**

Умовою для здобуття спеціалізації “Лікаря загальної практики” є закінчена вища медична освіта.

### **3. Організація навчального процесу**

Тривалість навчання становить 5 років. Воно складається з двох етапів:

– Перший (24 місяці) – отримання базової спеціалізації – «Лікар загальної практики» або «Терапія».

– Другий (36 місяців) – отримання основної спеціалізації «Лікар загальної практики».

Проходження спеціалізації відбувається у визначених відділеннях на базі однієї або декілької лікарень, які отримали акредитацію. Однією з умов акредитації відділення є планування робочих місць у ньому для навчання молодих спеціалістів. Вони укомплектовані кваліфікованим медичним персоналом, приладами та засобами для навчання. Стажисти також залучаються до роботи в бригадах швидкої медичної допомоги для кращого засвоєння знань та практичних навичок в неординарних ситуаціях. Навчання проходить під безпосереднім керівництвом досвідчених спеціалістів, які постійно удосконалюють свої знання шляхом вивчення науково-практичної періодичної літератури, беруть участь у конференціях, науково-дослідних проектах, проходять курси з підвищення кваліфікації. Викладацький досвід вітається.

Оцінювання майбутнього спеціаліста здійснюється наставниками в різних медичних відділеннях і фіксується в журналі з виставленням оцінки. Важливою є остаточна оцінка, яку виставляють наставники в експертну карту, яка подається для атестації.

#### **4. Об'єм теоретичних знань і практичних навичок, необхідних для професійної діяльності**

##### ***І. Об'єм теоретичних знань і практичних навичок, необхідних для виконання професійної діяльності в рамках базової підготовки – термін навчання 24 місяці.***

###### **Теоретичні знання:**

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при захворюваннях серцево-судинної, бронхолегеневої, травної, ендокринної, сечовивідної, опорно-рухової систем, крові та органів кровотворення.

- Оцінка ситуації, терміновості госпіталізації, необхідності консультацій пацієнта різними спеціалістами, обстежень, лікування.

- Показання та протипоказання, побічні ефекти, дозування основних груп медичних препаратів, які використовуються в практиці лікаря загальної практики.

- Критерії оцінювання тимчасової та тривалої інвалідності.

- Принципи догляду за людьми похилого віку, інвалідами, пацієнтами з хронічною патологією.

- Показання та протипоказання для проведення щеплень.

- Основні принципи управління.

- Медична етика та деонтологія.

- Співпраця з середнім медичним персоналом, агентством з догляду на дому та іншими установами в рамках догляду за хворим.

- Принципи нутриціології пацієнтів різного віку.

- Фактори ризику, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, показання до госпіталізації при основних психіатричних захворюваннях. Основні психіатричні симптоми та синдроми.

- Правила поведінки з пацієнтами, які мають психічні розлади (госпіталізація без згоди пацієнта, обмеження на свободу пересування тощо), правові документи.

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при неврологічних захворюваннях.

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, профілактика при шкірних захворюваннях і хворобах, що передаються статевим шляхом.

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагности-

ка, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при офтальмологічних та оториноларингологічних захворюваннях.

- Епідеміологія інфекційних захворювань, принципи їх первинної та вторинної профілактики в епідемічному осередку (повідомлення проти епідемічній службі, ізоляція, карантин, методи дезінфекції, заходи під час епідемій тощо).

- Професійні захворювання, фактори ризику та профілактика.

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при туберкульозі, в тому числі у дітей та людей похилого віку.

- Прояви основних імунних порушень і принципи їх лікування.

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при алергічних станах.

- Класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика та прогноз критичних станів, при яких необхідно надавати екстрену медичну допомогу.

- Принципи транспортування поранених пацієнтів. Методи реанімації при тяжких серцево-легеневих захворюваннях.

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при найпоширеніших дитячих захворюваннях.

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при найбільш поширених гінекологічних захворюваннях і захворюваннях молочних залоз. Діагностика та перебіг вагітності. Контрацепція.

- Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при хірургічних, урологічних, ортопедичних та онкологічних захворюваннях.

- Основні принципи реабілітації та спортивної медицини, фізіотерапії, лікувальної фізкультури. Бальнеотерапія.

###### **Практичні навички**

- Зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження, диференційний діагноз, призначити лікування з врахуванням основних принципів фармакотерапії пацієнтам з терапевтичною патологією при ураженнях серцево-судинної, бронхолегеневої, травної, ендокринної, сечовивідної, опорно-рухової систем, крові та органів кровотворення.

- Зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження, диференційний діагноз, призначити лікування пацієнтам при найбільш поширених педіатричних,

неврологічних, психіатричних, дерматовенерологічних, офтальмологічних, оториноларингологічних, гінекологічних, хірургічних, урологічних, ортопедичних захворюваннях, що зустрічаються в роботі лікаря загальної практики.

- Надати невідкладну медичну допомогу при гострих патологічних станах різної етіології у пацієнтів різного віку.

- Заповнити та вести медичну документацію.

- Виконати прості діагностичні та лікувальні процедури (ЕКГ, електрокоагуляцію, тампонаду носових ходів, промивання зовнішнього слухового проходу, коніопункцію або коніотомію, аудіометрію, хірургічне лікування пароніхій, фурункулів, абсцесів, гематом, фенестрацію та абляцію нігтя, екстирпацію стороннього тіла з шкіри і підшкірно-жирової клітковини, лікування опіків в межах 5 % поверхні тіла, обморожень, ран, пролежнів, парафімозу, знеболення, в тому числі уражених суглобів, профілактику інфекцій, промивання шлунка, перев'язки тощо).

- Інтерпретувати лабораторні та інструментальні методи обстеження.

- Провести підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні ін'єкції.

- Діагностувати та лікувати залежність (наркоманія, алкоголізм тощо).

- Провести забір проб біологічного матеріалу для бактеріологічного, вірусологічного, серологічного, паразитологічного та інших лабораторних досліджень.

- Самостійно проводити:

- Штучне дихання.

- Штучне дихання за допомогою портативних пристроїв.

- Дефібриляцію.

- Промивання шлунка.

- Катетеризацію сечового міхура.

- Катетеризацію периферійних вен.

- Спинномозкову пункцію.

- УЗД кровеносних судин.

- Спірометрію.

- Транспортування потерпілих.

- Вести пологи в екстремальних ситуаціях.

- Проводити місцеву анестезію, зупиняти повертну кровотечу, накладати та знімати шви.

- Знати принципи проведення антисептики, асептики і стерилізації в клінічній практиці. Основні типи дезінфекційних засобів.

- Виконувати фізіотерапевтичні процедури (електротерапію, ультразвукову терапію, діатермію), масаж і рефлексотерапію.

- Проводити неспецифічну іммобілізацію.

**III. Об'єм теоретичних знань і практичних навичок, необхідних для виконання професійної діяльності в рамках основної спеціалізації – термін навчання 36 місяців:**

- Надавати невідкладну медичну допомогу в медичному закладі чи вдома.

- Надавати першу медичну допомогу при відсутності обстежень.

- Знати правила психотерапевтичного підходу до пацієнтів різного віку.

- Проводити профілактичні огляди пацієнтів різного віку згідно з термінами диспансеризації. Правила диспансеризації осіб з хронічними захворюваннями.

- Медична та соціальна консультації пацієнтів.

- Забезпечення догляду за інвалідами, немічними і хворими з невтішним прогнозом, особами, що входять в групи високого ризику (самотні, споживачі наркотиків, члени певних релігійних громад тощо), їх психологічна підтримка.

- Правила призначення різних видів знеболення, їх застосування.

- Призначення раціональної фармакотерапії для надання первинної медичної допомоги з урахуванням віку пацієнта, дози та лікарської форми препарату і його побічних ефектів.

- Призначення та оцінка антикоагулянтної терапії.

- Показання до призначення повторного огляду, необхідних обстежень і маніпуляцій.

- Права та обов'язки практикуючого лікаря.

Правила ведення медичної документації, в тому числі тарифікації медичних послуг для страхових компаній. Економічні аспекти, принципи управління та організації роботи практикуючого лікаря.

- Проведення забору проб біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

- Ознаки клінічної та біологічної смерті, розпізнавання ознак насильства або отруєння при огляді живих та померлих, правила секції померлих.

- Правила отримання постраждалими компенсації при травмі, отруєнні, професійних захворюваннях. Оцінка непрацездатності хворого внаслідок нещасних випадків чи оперативних втручань, показання до встановлення інвалідності.

- Основи законодавства щодо процедури усиновлення, донорства, професійної придатності. Правила видачі висновків.

- Принципи профілактики, скринінгу та лікування хронічних захворювань.

- Співпраця із закладами різного рівня надання медичної допомоги, соціальними службами, органами місцевого самоврядування, благодійними організаціями.

- Принципи співпраці зі санітарно-епідеміологічною службою.

- Форми і методи санітарної освіти.

- Комплексна біо-, психо- і соціальна допомога пацієнтам.

### **Освітня програма «Хірургія»**

#### **1. Мета спеціалізованого навчання**

Метою є підготовка освічених хірургів, які в змозі будуть надати пацієнту кваліфіковану хірургічну допомогу.

## **2. Мінімальні вимоги для проходження спеціалізації**

Умовою для здобуття спеціалізації «Хірургія» є закінчена вища медична освіта.

## **3. Організація навчального процесу**

Тривалість навчання становить 6 років. Воно складається з двох етапів:

– Перший (24 місяці) – отримання базової спеціалізації «Хірургія».

– Другий (48 місяців) – отримання основної спеціалізації «Хірургія».

Проходження спеціалізації відбувається у визначених відділеннях на базі однієї або декількох лікарень, які отримали акредитацію.

Оцінювання майбутнього спеціаліста здійснюється наставниками в різних медичних відділеннях і фіксується в журналі з виставленням оцінки. Важливою є остаточна оцінка, яку виставляють наставники в експертну карту, яка подається для атестації.

## **4. Об'єм теоретичних знань і практичних навичок, необхідних для професійної діяльності** **1. Об'єм теоретичних знань і практичних навичок, необхідних для виконання професійної діяльності в рамках базової підготовки – термін навчання 24 місяці.**

### **Теоретичні знання:**

• Базові знання з анатомії, гістології, фізіології та патологічної фізіології.

• Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при хірургічних захворюваннях і травмах (травматичний шок, септичні ускладнення після масивної травми, загоєння ран і переломів, термічна травма, септичні ускладнення травм, синдром тривалого стиснення).

• Базові знання з патологічної фізіології, патогенезу, диференційної діагностики та надання першої медичної допомоги при загрозливих для життя станах або розладах життєдіяльності.

• Принципи лікування опіків, обморожень, пролежнів.

• Особливості хірургічного лікування пацієнтів різного віку.

• Передопераційна підготовка та післяопераційний догляд пацієнтів, харчування, інтенсивна терапія.

• Принципи асептики та антисептики.

• Ведення медичної документації.

• Проведення підшкірних, внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін'єкцій.

• Принципи трансфузійної терапії.

• Терапія післяопераційних ускладнень.

• Медична етика та деонтологія.

• Первинна хірургічна обробка ран, техніка накладання пов'язок.

• Основи і принципи загальної анестезіології та реанімації.

• Місцева анестезія. Знеболення.

• Забезпечення прохідності дихальних шляхів, інтубація, трахеотомія, конікотомія.

• Патологічна фізіологія шоківих станів та їх лікування.

• Найбільш поширені захворювання внутрішніх органів, клінічні прояви, діагностика, лікування та профілактика.

• Показання до амбулаторних, ургентних і планових оперативних втручань (апендицит, грижа, жовчнокам'яна хвороба, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, пухлини шлунково-кишкового тракту, ампутації кінцівок, тромбоемболічні захворювання тощо).

• Диференційна діагностика гострого живота і захворювань органів грудної порожнини.

• Діагностика та основні принципи лікування травм грудної клітки, живота, спинного мозку, переломів, вивихів, множинної та поєднаної травми.

Практичні навички:

• Зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження пацієнта при хірургічній патології чи травмі.

• Постановка назогастрального зонда, катетера для відведення сечі, забір біологічних матеріалів для лабораторних обстежень.

• Постановка периферійного та центрального венозного катетера.

• Виконати підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні ін'єкції.

• Імобілізація.

• Базова техніка шиття і лікування поверхневих ран.

• Догляд за стоною, центральним і периферійним венозними катетерами.

• Виконати базову та розширену реанімацію.

• Оцінити ступінь тяжкості хвороби.

• Надання першої медичної допомоги при загрозливих для життя станах.

• Забезпечення прохідності дихальних шляхів.

• Лапароцентез.

• Прокол і дренивання сечового міхура.

• Прокол і дренивання грудної клітки.

• Консервативне лікування травм кісток, суглобів і м'яких тканин.

• Лікування неускладнених ран (15).

• Операції на фурункулах, доброякісних пухлинах шкіри (5).

• Ампутація кінцівки або стопи на фоні діабетичної ангіопатії.

• Надання оперативної допомоги при вправимих і защемлених грижах (10), варикозному захворюванні нижніх кінцівок (5), апендициті (5), ампутація нижніх кінцівок (5), накладання стоми (5).

• Хірургічне лікування простих ран (30).

• Консервативне лікування переломів (20).

• Діагностика та принципи лікування пошкоджень живота та грудної клітки (дренивання грудної порожнини (3), епіцистостомія (1)).

• Надання оперативної допомоги пацієнтам із травмою кісток: травма грудної клітки (2), металостеосинтез (15), артроскопії (10).



В дужках наведено мінімальну кількість виконання.

## **II. Об'єм теоретичних знань і практичних навичок, необхідних для виконання професійної діяльності в рамках основної спеціалізації – термін навчання 48 місяців**

### **Теоретичні знання**

• Етіологія, фактори ризику, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, ускладнення, лікування, профілактика, показання до госпіталізації при хірургічних захворюваннях і травмах (травматичний шок, септичні ускладнення після масивної травми, загоєння ран і переломів, термічна травма, септичні ускладнення травм, синдром тривалого стиснення тощо).

• Базові знання з анатомії, гістології, фізіології та патологічної фізіології.

• Медична допомога при ураженні струмом.

• Запобігання шоку. Профілактика і лікування набряку мозку.

• Диференційна діагностика ком різної етіології.

• Фармакотерапія хірургічних захворювань.

• Принципи типових хірургічних операцій, передопераційна підготовка, післяопераційний догляд та амбулаторне лікування.

• Підходи до лікування доброякісних і злоякісних новоутворень, їх діагностика, комплексна терапія.

• Діагностика, хірургічне лікування гострого живота у дорослих і дітей.

• Інтенсивна терапія в хірургії.

• Діагностика та лікування захворювань периферійних судин.

• Хірургічне лікування захворювань ендокринних залоз.

• Гнійна хірургія.

• Діагностика та хірургічне лікування сепсису.

• Діагностика та лікування відкритих і закритих пошкоджень м'яких частин, кісток, великих суглобів, сухожиль, судин, периферійних нервів, органів черевної порожнини, грудної клітки і черепа.

• Остеосинтез.

• Клініка і лікування опіків, обморожень.

• Трансплантація, імунологічні ускладнення.

• Методи трансплантації тканин і закриття дефектів шкіри.

• Серцево-судинна реанімація.

• Принципи загоєння хронічних виразок та інших дефектів шкіри, хірургічні підходи до лікування пролежнів.

• Клініка, перебіг і лікування хірургічних захворювань у людей похилого віку, принципи передопераційного і післяопераційного догляду.

• Показання та протипоказання до проведення малоінвазивних хірургічних процедур, лікування ускладнень.

• Додадкові методи обстеження.

• Інтерпретація лабораторних, морфометричних та інструментальних методів обстеження.

• Обстеження, діагностики та лікування пацієнтів з урологічними захворюваннями.

• Дитяча хірургія, радіологія.

• Клінічна діагностика аритмій та їх лікування.

• Диференційна діагностика найбільш поширених терапевтичних, неврологічних, акушерсько-гінекологічних захворювань.

• Трахеостомія, прямий масаж серця (показання та техніка).

• Реабілітація після операцій і травм.

• Показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування.

• Діагностика, класифікація, хірургічне лікування, передопераційний і післяопераційний догляд при пошкодженнях м'яких тканин (шкіри, м'язів, сухожиль, магістальних судин, периферійних нервів), кісток, суглобів, порожнин тіла та внутрішніх органів.

• Організація медичного забезпечення в екстремальних обставинах.

• Діагностика та лікування наслідків застосування зброї масового ураження.

• Хірургічна практика в судовій медицині, медичне страхування.

• Пункція гемоперикарда з тампонадою.

• Трепанція черепа та ламінектомія при травмах.

• Лікування травми грудної клітки.

• Нефректомія, пластика травмованого сечоводу під час аварії або операції.

Практичні навички

• Тиреоїдектомія (3)

• Торакотомія (3).

• Оперативне лікування раку молочної залози (20).

• Гастростомія, ентеростомія, кишковий анастомоз (15).

• Резекція шлунка (5).

• Резекція тонкої і товстої кишки (13).

• Холецистектомія (50), в тому числі лапароскопічна (40).

• Відкриті оперативні втручання на жовчних шляхах (5).

• Лікування пошкоджень печінки і селезінки (3).

• Ушивання сухожиль, кровоносних судин і периферійних нервів (5).

• Емболектомія з периферійних артерій (3).

• Консервативне та хірургічне лікування травм опорно-рухового апарату, остеосинтез (30).

• Визначення центрального венозного тиску.

• Мінімально інвазивні хірургічні процедури.

• Герніотомія.

• Лікування гнійних захворювань кісток і суглобів.

• Прямий масаж серця, дефібриляція.

В дужках наведено мінімальну кількість виконання. Практичні навички, які вкрай рідко трапляються в клініці, стажер може виконати на трупі.

### **Деякі підсумки та міркування**

Ознайомлення з метою та завданнями післядипломної медичної освіти в Чеській Республіці дає підставу стверджувати, що її запровадження покращило якість підготовки лікарів.



Приєднавшись у 2005 році до Болонського процесу, МОЗ України впроваджує його завдання та рекомендації в післядипломну медичну освіту нашої держави. Для цього має бути сформована відповідна нормативно-правова база з використанням такого багатоцільового освітнього механізму, як Європейська кредитно-трансферна система

(ECTS). Це дасть можливість покращити професійний рівень лікарів в Україні. Удосконалення процесу їх підготовки є одним з чинників євроінтеграції медичної освіти України в Європейський освітній простір. Варто пам'ятати, що основним принципом Болонської декларації є освіта протягом усього життя.

#### Список літератури

1. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta : Zákon 95/2004 Sb. ze dne 29. ledna 2004.

2. O oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů : Vyhláška 361/2010 Sb. ze dne 1. prosince 2010, kterou se mění vyhláška č. 185/2009.

3. Vyhláška 395/2004 Sb. ze dne 24. června 2004, kterou se stanoví zkusební rad pro atestační zkoušky a pro aprobační zkoušky lékařů, zubních lékařů a farmaceutů.

4. Euronovelou je označován komplex zákonů, do nichž byla implementována směrnice č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací, který byl vydán jako zákon č. 189/2008 Sb. ve Sbírce zákonů, částka 59, 2. června 2008 s účinností od 2. července 2008.

5. Vzdělávací program oboru Chirurgie. IPVZ, 361/2010 Praha. – Sb. – 22 s.

6. Vzdělávací program oboru Všeobecné praktické lékařství, IPVZ, 361/2010 Praha. – Sb. – 33 s.

7. Ctibor Drbal : Česká zdravotní politika a její východiska – Galen, 2005 – 96 s.

## ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ В КАНАДІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Медична освіта в Північній Америці, в т. ч. Канаді, підпадає під юрисдикцію Об'єднаного комітету з медичної освіти (Liaison Committee on Medical Education – LSME), гарантами якого є Асоціація американських медичних коледжів (Association of American Medical Colleges – ААМС) і Американська медична асоціація (American Medical Association). Цій організації більше 100 років, і вона не є членом Всесвітньої федерації медичної освіти (World Federation of Medical Education – WFME), хоча активно співпрацює з нею.

Підготовка лікарів у Канаді здійснюється у медичних школах, 17 з яких асоційовані у складі університетів і 2 таких школи є «вільними», тобто не входять до складу класичних університетів (Калгарі, МакМастер).

У медичну школу можна вступити тільки після того, як абітурієнт буде мати ступінь бакалавра після закінчення факультету університету або коледжу за хіміко-біологічною спеціальністю чи спеціальністю з громадської охорони здоров'я. Щоб отримати ступінь бакалавра, необхідно навчатися 4 роки. Вступити в медичну школу після закінчення середньої школи неможливо. Для вступу в медичну школу абітурієнти складають загальнонаціональний тест – Medical College Admission Test (MCAT). MCAT є стандартизованим тестом за принципом множинного вибору, розробленим з метою оцінки здатності абітурієнта вирішувати проблеми, критично мислити, правильно писати, а також для оцінки знань наукових концепцій і принципів з дисциплін, які є передумовами для вивчення медицини. Тест складається з чотирьох секцій, три з яких (Verbal Reasoning, Physical Sciences and Biological Sciences) передбачають відповіді у форматі мно-

жинного вибору і одна (Writing Sample section) вимагає написання двох есе. Комп'ютерний MCAT-тест організовується в спеціальних тест-центрах Канади, США чи за кордоном і триває 3,5 год.

Мова навчання в 14-ти медичних школах – англійська, 3 медичні школи навчають студентів лише французькою мовою (Лаваль, Монреаль, Шербрук).

*Медичні школи з англійською мовою викладання:*

- Університет Британської Колумбії (University of British Columbia)
- Університет Альберти (University of Alberta)
- Університет Калгарі (University of Calgary)
- Університет Манітоби (University of Manitoba)
- Університет Саскачевану (University of Saskatchewan)
- Меморіальний університет Ньюфаундленду (Memorial University of Newfoundland)
- Університет Делхаус (Dalhousie University)
- Університет МакГілл (McGill University)
- Університет Оттави (University of Ottawa)
- Королівський університет (Queen's University)
- Університет Торонто (University of Toronto)
- Університет МакМастер (McMaster University)
- Західний Університет (Western University)
- Школа медицини Північного Онтаріо (Northern Ontario School of Medicine).

*Французькі медичні школи:*

- Університет Лаваль (Laval University)
- Університет Шербрука (Universite de Sherbrooke)
- Університет Монреаля (Universite de Montreal)

У більшості університетів Канади медичні школи працюють за чотирирічною програмою. Винятком є лише університет МакМастер та університет Калгарі, де тривалість навчальних програм становить 3 роки, без перерви на канікули влітку.



Складання загальнонаціонального тесту при вступі в медичну школу.

Число місць у медичних школах кожного року визначається урядами провінцій на основі освітніх і фінансових ресурсів, а також майбутніх потреб у лікарях для Канади. Оскільки університети знаходяться під юрисдикцією провінцій, більшість місць в медичних школах університетів виділяються для постійних жителів провінції, в якій університет розташований.

Абітурієнт повинен вирішити, до якої медичної школи чи кількох шкіл він буде подавати заяву. Географічне положення медичної школи є критично важливим для апліканта. Для тих заявників, які згодні поїхати в будь-який університет, де місце може бути запропоноване, шанси на успіх в отриманні місця значно зростають. Ті, хто подав заяву тільки в одну медичну школу, мають менший шанс стати студентом. Конкурс в медичну школу дуже великий, тому важливо, щоб заявники гарантували, що вони повною мірою відповідають вимогам для вступу до конкретного університету.

Навчання в медичній школі триває 3–4 роки – два роки доклінічної і один-два роки клінічної підготовки. Перших 2 роки медичної навчальної програми присвячені в основному вивченню базових предметів, що мають відношення до медицини, наприклад, анатомії, фізіології, фармакології, генетики, мікробіології, етики та епідеміології. Дані предмети можуть вивчатись як окремі дисципліни або ж розглядаються при вивченні систем організму. Методи викладання можуть включати традиційні лекції, проблемно-орієнтоване навчання, лабораторні заняття, змодельовані ситуації з залученням пацієнтів і сюди ж відноситься обмежена клінічна практика. На третьому або четвертому (останньому) році навчання студенти приходять в клініку і працюють з хворими. Цей рік називається клеркшип і віддалено нагадує субординатуру. Навчальна програма передбачає роботу студентів в якості помічника лікаря, який бере участь у щоденній роботі з пацієнтами. Під час такої клінічної практики за студентами постійно наглядають та проводять навчання лікарі-резиденти та ліцензовані лікарі, які є співробітниками лікарні. Під час цього року студенти вивчають базові медичні спеціальності: хірургію, анестезіологію, реанімацію, акушерство і гінекологію, внутрішні хвороби, педіатрію, психіатрію, сімейну медицину. Також відводиться 10 тижнів на елективний курс, коли студент може додатково займатися в клініці з базової спеціальності, яку хоче вибрати як свою професію. В кінці кожного курсу з базової спеціальності здається іспит у вигляді ситуаційних задач за типом ОСКІ. Навчання в клеркшипі здійснюється біля ліжка хворого, студенти повністю інтегруються в лікувальний процес. З хірургічних дисциплін у кожного студента є свій наставник, під керівництвом якого здійснюється практична підготовка. При проходженні клеркшипа з терапевтичних дисциплін створюються робочі групи, які складаються з лікаря-наставника, одного старшого резидента, 3-4 молодших резидентів, які

вже вибрали дану спеціальність, і 2-3 студентів третього (останнього) року навчання, які проходять клеркшип. Робота в групі побудована таким чином, що першими до пацієнта йдуть студенти, потім молодші резиденти, далі старші резиденти і останнім йде лікар-наставник, який більш досвідчено консультує молодих фахівців. Після закінчення клінічного навчання студенти складають екзамен з клінічних аспектів медичної практики.

Деякі медичні школи пропонують спільні програми, де обмежене число зацікавлених студентів-медиків можуть одночасно вступати на програми навчання на магістра або доктора філософії в суміжних галузях. Часто ці навчання проводяться факультативним курсом у проміжку між основною та клінічною частиною навчальної програми.

У травні останнього року навчання здійснюється номінування студентів на ступінь MD (Medical Doctor), однак диплом MD не дає випускнику права працювати самостійно. Після отримання диплома MD обов'язковим є навчання в резидентурі і основна підготовка спеціаліста здійснюється саме на післядипломному етапі – в резидентурі.

Кожного року медичні школи Канади закінчують близько 2600 випускників. Для них держава відкриває місця в резидентурі. Вступ у канадську медичну резидентуру здійснюється централізовано через службу CaRMS (Canadian Resident Matching Service), яка розподіляє випускників канадських медичних шкіл у різні резидентури по всій країні.

CaRMS – це неприбуткова організація, що тісно співпрацює з медичною спільнотою, медичними школами і резидентами/студентами з метою надання допомоги щодо подачі електронної заявки і комп'ютерного підбору для вступу в резидентуру в усіх провінціях Канади. «CaRMS он-лайн» – це безпечна он-лайн сервісна платформа для R-1 основної резидентури, яка забезпечує аплікантам впорядкований шлях подачі заявок в резидентуру. «CaRMS он-лайн» централізує процес подачі заявок в резидентуру і полегшує процес вступу в резидентуру як для аплікантів, так і для викладачів. В «CaRMS он-лайн» аплікант може заповнити заявку, обрати програму, завантажити супроводжувальні документи і проранжувати програми в порядку преференції.

Є також інша он-лайн платформа CaRMS – Applicant Web Station (AWS). AWS – це безпечна он-лайн сервісна платформа, яка використовується для підбору резидентури з субспеціальностей: сімейна медицина/медицина катастроф, медичні субспеціальності, педіатричні субспеціальності.

Резидентські програми CaRMS є акредитованими або Королівським коледжем лікарів і хірургів Канади, або Коледжем сімейних лікарів Канади.

На кожного випускника під час останнього року його навчання CaRMS отримує дані (ім'я, e-mail адресу) від усіх медичних шкіл Канади. CaRMS надсилає електронного листа випускнику з інформацією як увійти в систему і розпочати аплікацій-

ний процес. Студент медичної школи бачить он-лайн скільки місць, з якої спеціальності, в якому університеті відкрито для проходження резидентури. Резидентуру в Канаді забезпечують усі медичні школи університетів, в кожній з яких є посада директора з резидентури. Студент медичної школи подає заявки на резидентуру в CaRMS на останньому році навчання в ті медичні школи і на ті спеціальності, на які він бажає вступити. Студенти можуть подати одну заявку, а можуть подати декілька на різні спеціальності в різні медичні школи університетів, при цьому вони мають змогу проранжувати свій вибір спеціальностей і університетів, тобто подають список рейтинг резидентських програм, які вони обрали.

Права заявника визначаються чинним законодавством у галузі прав людини, яке забезпечує рівні можливості для працевлаштування всіх апліканти незважаючи на расу, колір шкіри, національне чи етнічне походження, релігію, вік, сімейний стан, стать, інвалідність чи сексуальну орієнтацію. Законодавство в галузі прав людини не розповсюджується на рішення щодо вибору апліканта, яке базується на основі необхідних навичок і кваліфікації, необхідних для отримання посади.

При поданні заявки в резидентуру в CaRMS аплікант повинен надати наступну інформацію: персональну інформацію (ім'я, дата народження, громадянство тощо); володіння англійською і французькою мовами; наявність медичних ліцензій (випускники канадських медичних шкіл ще не мають ліцензії, проте закордонні апліканти можуть мати такі ліцензії); досягнення та інтереси (аплікант повинен надати інформацію про його академічні досягнення, нагороди, членство в професійних організаціях, обіймання адміністративних посад тощо); документи, що засвідчують отриману освіту після закінчення середньої школи і до вступу в медичну школу (ступінь бакалавра, CEGEP, Pre-Med тощо); документи, що засвідчують іншу освіту після отримання ступеня бакалавра (ступінь магістра, докторат); відомості про медичну освіту (де аплікант здобув чи здобуде ступінь MD); відомості про клінічні факультативні курси, які аплікант пройшов під час навчання в медичній школі, професійний тренінг (будь-яке стажування чи курси, що прямо не пов'язані з медичною освітою); досвід роботи (досвід роботи не обов'язково мусить бути пов'язаний з медициною, але аплікант вважає його важливим); участь у волонтерстві (волонтерська робота не обов'язково має бути пов'язана з медичною галуззю, розглядається також волонтерство ще до вступу в медичну школу); участь в дослідженнях та інших заходах під час навчання в медичній школі (вказується участь апліканта в наукових дослідженнях, клінічних дискусіях, клубах, конференціях); публікації/презентації (аплікант повинен надати резюме публікацій, опублікованих в рецензованих журналах); участь у будь-яких неакредитованих програмах, які можуть розглядатися як додаткова спеці-

лізація, що передбачає контакт з пацієнтом; клінічна практика (описується досвід клінічної практики); екзамени (описуються всі екзамени, які аплікант здав чи збирається здавати (наприклад USMLE, MCC).

Аплікант може заповнити заявку на резидентуру прямо в «CaRMS он-лайн» для R-1 основної резидентури або в «AWS он-лайн» для всіх субспеціальностей. Він також може завантажити всі необхідні допоміжні і підтверджуючі документи. Деякі документи (наприклад, транскрипт) подаються до CaRMS безпосередньо медичною школою, де навчається аплікант.

Завідувач відділу медичної школи університету, де відкрита резидентура, створює комісію з 5-6 чоловік, до якої входять директор резидентури, 2-3 професори з відповідної спеціальності і 2-3 приватних лікарі з відповідної спеціальності. Комісія розглядає всі заявки і подає в CaRMS імена потенційних резидентів для запрошення на співбесіду. CaRMS виставляє дати інтерв'ю на сайті [www.carms.ca](http://www.carms.ca). Студентам повідомляють через програму безпосередньо чи вони були обрані для інтерв'ю. Під час інтерв'ю ані студент, ані викладач, який проводить співбесіду, не може попросити іншого члена комісії, який також проводить співбесіду, поставити студента на певне місце в рейтингу. Таке прохання розцінюється як серйозне порушення закону. Кожен претендент проходить співбесіду з кожним членом комісії. Зазвичай, кожен студент проходить 15–20 співбесід. Комісія формує рейтинг кандидатів на кожну програму з резидентури і вносить дані в єдину комп'ютерну систему. При формуванні рейтингу кандидатів на місце в резидентурі до уваги береться мотивованість студента, його особисті риси характеру, його оцінки в медичній школі, здатність працювати в колективі, студент також повинен написати есе.

Питання, які становлять студенту під час інтерв'ю, повністю залежать від членів комісії. Прикладами таких питань можуть бути:

- Як ви вирішуєте проблеми, якщо вони виникають?
- Які можливості для навчання ви очікуєте?
- Як ви вважаєте, що є вашою сильною і слабкою рисою?
- Який ви маєте досвід роботи з людьми, наділеними владою?
- Чи маєте ви уявлення, який метод навчання для вас найкращий?
- Чи маєте ви легальне право на роботу в Канаді?
- Який досвід у минулому ви маєте, що допоміг би вам в резидентурі?

Система розподілу випускників медичних шкіл за місцями резидентури називається MATCH («підходити під пару»), тобто це процес, коли університети вибирають студентів, а студенти університети, де вони будуть проходити програму з резид-



дентури. MATCH здійснюється на основі інформації з обох списків-рейтингів (від студентів і від університетів). Після того, як процес подачі заявок завершено, CaRMS запускає алгоритм MATCH, який парує заявника з програмою. Алгоритм реєструє апліканта на програму, яка знаходиться найвище у поданою ним чи нею рейтингу, за умови, що дана програма вже незайнята іншим аплікантом, який знаходиться вище у списку-рейтингу даної програми. Якщо програма, яка стоїть найвище в рейтингу апліканта, вже заповнена, такий самий процес повторюється щодо наступної програми у цьому рейтингу. Такий алгоритм повторюється аж поки список-рейтинг програм апліканта вичерпується. Алгоритм MATCH орієнтований на майбутнього резидента, тобто він працює, щоб забезпечити найкращий результат апліканту.

MATCH, як правило, відбувається в березні, за декілька місяців перед закінченням медичної школи. Обидва списки-рейтинги є конфіденційними. Зареєстрований в CaRMS студент може перевірити он-лайн, на яку програму з резидентури він був обраний.

Може виникнути ситуація, коли студент не пройшов на жодну із програм резидентури, на які він подавав заявки, або, навпаки, коли на якусь з програм не подав заявки жоден з випускників. Тобто після першого MATCH все ще залишаються «вільні» студенти і вакантні місця. Тому через 2 тижні відбувається другий MATCH (студенти, які не отримали посади резидента після першого інтерв'ю, подають заявки на незаповнені вакантні місця). Після другого MATCH всі місця в резидентурах заповнюються.

Така система відбору в резидентуру є ефективною і гнучкою. Наприклад, набір резидентів на спе-

ціальність патанатомія, яка є не надто популярною серед резидентів, забезпечує 100 % заповнення вакантних місць.

Використовуючи алгоритм MATCH, CaRMS і AWS «парують» приблизно 3700 заявників щороку в чотири основні типи резидентур в Канаді:

- R-1 Основна резидентура
- сімейна медицина/медицина катастроф
- медичні субспеціальності
- педіатричні субспеціальності.

Резидентура може проходити в один етап для загальної спеціалізації або в два етапи для отримання субспеціальності. Тривалість резидентури загального спеціаліста (сімейного лікаря) становить 2 роки, з терапії і педіатрії – 4 роки, з інших базових спеціальностей – 5 років, нейрохірургії та серцево-судинної хірургії – 6 років. Для отримання субспеціальності необхідно додатково навчатися ще 2 роки.

Перелік базових спеціальностей:

- Патологічна анатомія
- Анестезіологія
- Кардіохірургія
- Дерматологія
- Радіологія
- Медицина невідкладних станів
- Загальна патологія
- Загальна хірургія
- Гематологія
- Внутрішня медицина
- Медична біохімія
- Медична мікробіологія
- Неврологія
- Невропатологія
- Ядерна медицина
- Акушерство і гінекологія



[Login](#) | [Contact us](#) | [Links](#) | [carmsalert.ca](#) | [Français](#)

[ABOUT CaRMS](#)

[RESIDENCY MATCHES](#)

[PROGRAM DESCRIPTION DIRECTORIES](#)

[DATA AND REPORTS](#)

[Home](#) > [Faculty information](#)

## Faculty information

Welcome to the Faculty information section of carms.ca, where program users will find everything they need to know about the CaRMS process, including accessing and using CaRMS' online services. This section contains detailed information for anyone who is not an applicant.

The R-1 Main Residency Match uses the CaRMS Online platform. All subspecialty matches (Family Medicine/Emergency Medicine Match [FM/EM], Medicine Subspecialty Match [MSM], Pediatric Subspecialty Match [PSM]) use the Program Web Station (PWS) platform.

**If you are a faculty user for the R-1 Main Residency Match, please click here.**

**If you are a faculty user for a subspecialty match (FM/EM, MSM, PSM), please click here.**

Please make sure you are using the platform specific to the match you wish to access as each one is unique. If you have any questions or concerns, please contact CaRMS at [help@carms.ca](mailto:help@carms.ca) or 1.877.CARMS.42.

For faculty interview guidelines, [click here](#).

- [I am studying in Canada or the US](#)
- [I am new to Canada](#)
- [I am returning to Canada](#)
- [Faculty users](#)
- [Program description directories](#)

Інтернет-сторінка, яку необхідно заповнити апліканту для участі у MATCH.



- Офтальмологія
- Ортопедична хірургія
- Оториноларингологія, хірургія голови і шиї
- Педіатрія
- Лікувальна фізкультура і реабілітація
- Пластична хірургія
- Психіатрія
- Соціальна і профілактична медицина
- Радіаційна онкологія
- Урологія
- Судинна хірургія.

Перелік субспеціальностей:

- підліткова медицина
- кардіологія
- психіатрія дитячого і підліткового віку
- клінічна імунологія і алергологія
- клінічна фармакологія і токсикологія
- проктологія
- медицина невідкладних станів
- педіатрія розвитку
- ендокринологія і метаболізм
- судово-медична патологія
- судово-медична психіатрія
- гастроентерологія
- загальна внутрішня медицина
- загальна хірургічна онкологія
- геріатрична медицина
- геріатрична психіатрія
- гінекологічна онкологія
- гінекологічна репродуктивна ендокринологія і безпліддя
- гематологія
- інфекційні хвороби
- інтервенційна радіологія
- медицина матері і плода
- медична онкологія
- неонатальна і перинатальна медицина
- нефрологія
- нейрорадіологія
- терапія
- медицина болю
- паліативна медицина
- невідкладна педіатрична медицина
- педіатрична гематологічна онкологія
- педіатрична радіологія
- педіатрична хірургія
- респірологія
- ревматологія
- торакальна хірургія.

Резидентура не є доступною з усіх дисциплін в усіх медичних школах Канади, хоча програми з основних дисциплін з внутрішньої медицини, загальної хірургії, педіатрії, психіатрії, акушерства і гінекології, патології та анестезіології є універсальними.

Створення навчальних програм, акредитацію та евалюацію їх здійснюють 2 основних некомерційних сертифікованих національних коледжі:

- Коледж сімейних лікарів Канади (College of Family Physicians of Canada)

– Королівський коледж лікарів і хірургів Канади (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada).

Зокрема, навчальна програма для резидентури з первинної медичної допомоги повинна бути акредитована в Коледжі сімейних лікарів Канади. Коледж сімейних лікарів Канади – установа, що займається екзаменуванням та сертифікацією сімейних лікарів у Канаді. Окрім цього, Коледж сімейних лікарів Канади акредитує програми для практики сімейних лікарів. Допуск до складення іспиту при Коледжі сімейних лікарів Канади відбувається двома шляхами – або на основі пройденої резидентатури, або на основі пройденої практики. При цьому резидентатура повинна включати 24 місяці роботи у сфері сімейної медицини у межах акредитованих програм в Канаді чи Сполучених Штатах. Допуск на основі практики вимагає п'ятирічного практичного досвіду (при цьому протягом останніх двох років практика повинна бути пройдена у Канаді) та наявності ліцензії на практику у провінції чи території Канади. Доступ до складання екзамену при Коледжі сімейних лікарів Канади також можливий шляхом навчання, підтвердженого юридично. Коледж сімейних лікарів Канади визнає юридичні документи, видані в Великобританії, Ірландії Австралії, США.

Багато навчальних програм в Канаді заохочують стажування резидентів з первинної медичної допомоги в селі під належним контролем лікарів. Ближче до кінця другого року навчання Коледж сімейних лікарів Канади організовує письмовий та усний іспити англійською або французькою мовою. Задовільне складання цього іспиту є одним з компонентів преліцензійних вимог для видачі дозволів, щоб працювати сімейним лікарем.

Спеціалізовані навчальні програми для основних і вузьких спеціальностей акредитує Королівський коледж лікарів і хірургів Канади. Це національна неприбуткова організація, заснована в 1929 р., метою якої є контроль за медичною освітою спеціалістів в Канаді. Королівський коледж відповідає за національні стандарти в медичній освіті і безперервному професійному розвитку в Канаді за 80 спеціальностями. Королівський коледж не видає ліцензій і не присуджує дисциплінарні стягнення, натомість це є регуляторний орган, що допомагає підтримувати певні стандарти якості навчання і оцінювання медичних спеціалістів і трьох спеціальних програм. Коледж займається екзаменуванням та сертифікацією медичних спеціалістів. Всі спеціалісти Канади, за винятком сімейних лікарів, повинні бути сертифіковані Королівським коледжем перед тим, як вони отримують ліцензію на практичну роботу від провінції чи території. Виняток складає провінція Квебек, де Королівський коледж розділяє відповідальність щодо сертифікування лікарів з College des medecins du Quebec.

Королівський коледж займається діяльністю в таких шести галузях:

- Визначає вимоги для 80 спеціальностей медицини, хірургії, лабораторної медицини і 3 спеціальних програм

- Акредитує резидентські програми за спеціальностями

- Оцінює прийнятність резидентської освіти

- Проводить екзамени на отримання сертифіката

- Адмініструє підтримання сертифікаційних програм і обов'язкових програм безперервного професійного розвитку

- Встановлює стандарти професійної та етичної поведінки медичних спеціалістів.

Допуском до складання іспиту при Королівському коледжі лікарів і хірургів Канади є закінчення затвердженої коледжем навчальної резидентської програми в канадському університеті. Окрім того, складання іспитів при Коледжі можливе після закінчення навчання за програмами в США, що визнаються Коледжем. Обмежений доступ надається тим, хто закінчив певні міжнародні спеціальні програми, які раніше визнавалися Коледжем. Королівський коледж лікарів і хірургів Канади визнає юридичні документи про вищу медичну освіту таких країн: Австралія, Великобританія, Ірландія, Швейцарія, Сінгапур, Гонконг, Нова Зеландія, Південна Африка.

Форма проведення іспиту різниться залежно від дисципліни і може бути у вигляді письмових завдань (питання множинного вибору або есе, або те і друге) або усного іспиту у вигляді об'єктивного усного компетентного іспиту (ОУКІ). Для отримання сертифікату про резидентуру необхідно успішно скласти іспити.

На сьогодні існує 56 акредитованих спеціальностей в Канаді.

Нещодавно були затверджені програми з дисциплін для вузьких спеціальностей, які отримали нову категорію акредитації без сертифікації (AWC). Дисципліни в цій категорії повинні відповідати дуже чітким стандартам акредитації. Оцінка підготовки резидентів з дисциплін категорії (AWC) здійснюється не національними колеґіями, а університетом.

Причиною запровадження дисциплін категорії (AWC) є те, що одна з багатьох проблем, що стоять сьогодні перед післядипломною медичною освітою Канади, є якнайкраще підтримати зростання і просування у своїй спеціальності лікаря відповідно до національних стандартів якості, намагаючись при цьому забезпечити поєднання лікарів широкого профілю та лікарів вузького профілю для задоволення потреб охорони здоров'я суспільства і без шкоди для існуючої системи. Для її вирішення у квітні 2009 року Royal College розглянув проект переліку дисциплін для фахівців окремої вузької спеціальності. Проект був обговорений на національному рівні та з основними зацікавленими сторонами і затверджений Royal College 25 лютого 2011.

Станом на квітень 2013 року наступні дисципліни були офіційно затверджені Комітетом для отримання дипломів вузького спеціаліста:

- Трансфузійна медицина

- Спорт і лікувальна фізкультура

- Інтервенційна кардіологія

- Серцева електрофізіологія дорослих

- Ехокардіографія дорослих

- Цитопатологія

- Клініцист педагог

- Травма. Загальна хірургія

- Аерокосмічна медицина

- Жорстоке поводження з дітьми. Педіатрія

- Онкологія підлітків і молодих дорослих

- Гепатологія

- Гіпербарична медицина

- Трансплантологія.

Особливості навчання для отримання диплома вузької спеціалізації:

- 1-2 роки додаткового навчання, але на основі компетентності

- вивчення більшої кількості дисциплін

- підтримка в рамках існуючої спеціальності асоціації фахівців первинної дисципліни

- навчальні програми повинні бути акредитовані в Королівському коледжі

- окремі щорічні внески та підтвердження вимог сертифіката.

Навчання для отримання диплома фахівця вузької спеціалізації називається fellowship. Наприклад, резидент або лікар має ліцензію лікаря акушер-гінеколога, а хоче працювати в галузі онкогінекології, тоді необхідно пройти спеціалізацію в онкогінекології, тобто fellowship in oncology gynecology. Також fellowship може бути і науковим, тобто полягати у виконанні наукової роботи.

Кандидати, які успішно пройшли всі вимоги за затвердженою програмою, отримують додаткову кваліфікацію і диплом Королівського коледжу лікарів і хірургів Канади, або DRCPSC. Дипломи DRCPSC визнаються на національному і міжнародному рівні. Запровадження таких дипломів підвищує сферу практики лікарів і тим самим підвищує якість медичної допомоги та безпеки пацієнтів. Комітет з спеціальностей Royal College розглядає питання вручення таких дипломів два рази на рік, весною та восени.

Після успішного проходження іспиту резидент отримує відповідний сертифікат спеціаліста. Проте сертифікат спеціаліста ще не дає права на роботу. 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.

Існує незначна різниця в організації навчання в резидентурі в Канаді порівняно з США. Наприклад, випускники медичних шкіл можуть відразу прохо-

дити навчання в резидентурі без проходження проміжного кроку – інтернатури. Незважаючи на це, дана різниця є дещо поверхневою: для багатьох резидентур перший рік навчання в Канаді є дуже схожий з ротаційною інтернатурою з 1-2-місячними ротаціями в різних галузях медицини. З іншого боку, в Канаді випускник часто швидше проходить вузьку спеціалізацію, ніж такий самий випускник в Америці.

Деякі вузькі спеціалізації організовані по-різному. Наприклад, у США спеціалізація з кардіохірургії та торакальної хірургії об'єднана в одну аспірантуру (кардіоторакальну хірургію), в яку можна вступити після проходження резидентури з загальної хірургії. У Канаді можна вступити в резидентуру з кардіохірургії (еквівалент навчання можна отримати, вступивши до резидентури з кардіохірургії після резидентури з загальної хірургії, але такий шлях є менш популярним). Резидентуру з торакальної хірургії може проходити після завершення резидентури з кардіохірургії або загальної хірургії.

На відміну від США та Великобританії в Канаді не існує національних рекомендацій для резидентів під назвою «розклади робочих годин». Проте кожна провінція, в якій проходять резидентуру, погоджує такі деталі, як частина колективного договору між владою і професійним об'єднанням жителів провінції. Прикладом цього є Професійна асоціація інтернів та резидентів Онтаріо.

Таким чином, в Канаді медична освіта (до- і після-дипломна) включає в себе навчання від 10 років з спеціальності сімейний лікар і до 15-16 років для отримання субспеціальності.

Але на цьому навчання не закінчується. Система акредитації лікарів побудована таким чином, що навіть після отримання ліцензії на роботу необхідно

набирати певну кількість кредитів продовжуючи безперервне навчання, щоб через 5 років продовжити свою ліцензію на медичну практику.

Лікарі-спеціалісти, які отримали сертифікат з Королівського коледжу лікарів і хірургів Канади, підтримують свої кваліфікацію, знання, навички, компетентність і продуктивність шляхом участі в програмі підтримання сертифікації (Maintenance of Certification Program). Для кожного 5-тирічного циклу лікарі-спеціалісти повинні задокументувати 400 кредитів (мінімум 40 кредитів необхідно заробити кожного року). Кредити отримуються з розрахунку від 1 до 2 кредитів за годину, залежно від типу навчальної активності. Коледж сімейних лікарів Канади вимагає 250 кредитів-годин протягом 5-тирічного циклу. П'ятдесят кредитів має бути зароблено сімейним лікарем кожного року. Кожна провінція вимагає документальне підтвердження щодо проходження безперервного медичного навчання (Continuing Medical Education – CME) для поновлення ліцензії.

CME розвивається і забезпечується різними організаціями, включно:

- Професійні асоціації
- Агенції медичної освіти
- Госпіталі
- Освітні інститути (університети, медичні і медсестринські школи).

Обидва канадські спеціалізовані коледжі також беруть участь в проходженні безперервного медичного навчання. CME включають присутність на конференціях, участь у практичних навчаннях невеликих груп, а також проходження таких курсів, як інтенсивна терапія з підтримки серцевої діяльності на догоспітальному етапі.

Безперервне медичне навчання може відбуватися у різних формах, як от очні курси, за допомо-



## МЕДИЧНА ОСВІТА В КАНАДІ



ЗАГАЛЬНА ТРИВАЛІСТЬ – 5-10 РОКІВ,  
З НИХ ПІСЛЯДИПЛОМНА – 2-7 РОКІВ

ЛІКАР - ВУЗЬКИЙ СПЕЦІАЛІСТ

ВУЗЬКА СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ – 2 роки

ЛІКАР ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

ЛІКАР СПЕЦІАЛІСТ

РЕЗИДЕНТУРА з загальної спеціальності – 2 роки

РЕЗИДЕНТУРА з базових спеціальностей – 4 - 5 років

МЕДИЧНА ШКОЛА – 3-4 роки

БАКАЛАВР

КОЛЕДЖ – 4 роки



гою електронних технічних засобів (наприклад, DVD, використання спеціальних навчальних веб-сайтів), он-лайн дистанційні дослідження, он-лайн прийняття рішень, журнальні клуби (члени таких клубів об-

говорюють і оцінюють наукові публікації), он-лайн професійні товариства.

В цілому медичну освіту в Канаді можна представити у вигляді схеми:



Схема медичної освіти в Канаді.

#### Список літератури

1. «Medical Schools in Canada». Ivy Global MCAT. Retrieved 22 April 2013.
2. <http://medschooladmissions.com/admissions/admissions-requirements>
3. "Admission Requirements of Canadian Faculties of Medicine (2014)". Association of Faculties of Medicine of Canada. Retrieved 6 July 2014.
4. "Medical College Admission Test (MCAT)". Association of American Medical Colleges. Retrieved 4 July 2014.
5. <http://www.md.utoronto.ca/admissions/information/faq.htm#mcats>
6. "Method of selection". Queen's School of Medicine. Retrieved 6 July 2014.
7. <http://www.schulich.uwo.ca/education/admissions/medicine/documents/FAQs20080930.pdf>
8. [http://www.fhs.mcmaster.ca/mdprog/selection\\_process.html](http://www.fhs.mcmaster.ca/mdprog/selection_process.html)
9. [http://www.afmc.ca/pages/publications\\_admission.html](http://www.afmc.ca/pages/publications_admission.html)
10. Sullivan, Patrick (2 September 2003). "Mortgage-sized debt the new normal for medical students". Canadian Medical Association Journal 169. Retrieved 6 July 2014.
11. [http://www.cma.ca/index.cfm?ci\\_id=10026669&la\\_id=1](http://www.cma.ca/index.cfm?ci_id=10026669&la_id=1)
12. [http://www.carms.ca/eng/operations\\_future\\_match\\_e.shtml](http://www.carms.ca/eng/operations_future_match_e.shtml)
13. Qualifying Examination Part I
14. <https://imed.faimer.org/>
15. <http://www.pcrc.org/>
16. <http://www.mcc.ca/>
17. [http://www.mcc.ca/en/exams/self\\_admin.shtml](http://www.mcc.ca/en/exams/self_admin.shtml)
18. [www.academconsult.ru/?control=pcatalog](http://www.academconsult.ru/?control=pcatalog)
19. [gradstudyabroad.ru/educational.../doctors-abro](http://gradstudyabroad.ru/educational.../doctors-abro).
20. [okno.ca/.../kak-stat-vrachom-v-v-kanade.html](http://okno.ca/.../kak-stat-vrachom-v-v-kanade.html)
21. <http://www.cfpc.ca/Education/#sthash.h5JFZVXt.dpuf>
22. [http://www.cfpc.ca/Residency\\_Program\\_Accreditation/#sthash.wWUjVfPG.dpuf](http://www.cfpc.ca/Residency_Program_Accreditation/#sthash.wWUjVfPG.dpuf)
23. [http://www.cfpc.ca/Triple\\_C/#sthash.liV9F6g1.dpuf](http://www.cfpc.ca/Triple_C/#sthash.liV9F6g1.dpuf)
24. [http://en.wikipedia.org/wiki/Medical\\_school\\_in\\_Canada#Post-graduate\\_medical\\_education](http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_school_in_Canada#Post-graduate_medical_education)
25. [http://www.cpsa.ab.ca/Services/Registration\\_Department/What\\_We\\_Do.aspx](http://www.cpsa.ab.ca/Services/Registration_Department/What_We_Do.aspx)
26. <http://donalda13.tripod.com/faq.html>
27. [http://www.albertacanada.com/practicing\\_Medicine\\_w.pdf](http://www.albertacanada.com/practicing_Medicine_w.pdf)
28. <http://aipso.webs.com/>
29. <http://www.soscanada2000.com/migration/guide/medexaminst.html>
30. [http://www.directionsforimmigrants.ca/calgary\\_demand\\_noc\\_physician.htm](http://www.directionsforimmigrants.ca/calgary_demand_noc_physician.htm)
31. <http://www.healthmatchbc.org/Moving-to-BC/Frequently-Asked-Questions/Physicians.aspx>



## ОРГАНІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ В ГРУЗІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

На сьогодні у Грузії 16 акредитованих вищих навчальних закладів готують спеціалістів з медицини, з них – 8 університетів. Ще зовсім недавно в країні нараховувалось 78 вищих медичних навчальних закладів. Починаючи з 2005 року, додипломне та післядипломне навчання в медичних вузах здійснюється на платній основі.

Навчання в медичному університеті в Грузії триває 6 років на лікувальному та 5 років на стоматологічному факультетах. Після закінчення медичного університету студенти отримують ступінь MD (доктора медицини чи доктора стоматолога). Закінчивши медичний університет та успішно склавши випускні іспити, можна вступати або в резидентуру, або в магістратуру, або в докторантуру. Оскільки ступінь, отриманий випускником після 6-річної освіти студентом-медиком або 5-річної освіти студентом-стоматологом, прирівнюється до ступеня магістра, то не існує магістратури для загальнолікарських чи стоматологічних спеціальностей. У той же час випускники медичних факультетів можуть вступати в магістратуру зі спеціальностей «Організація охорони здоров'я», «Реабілітація і спортивна медицина» тощо. Студенти-фармацевти після 4-х років навчання здобувають ступінь бакалавра фармації і можуть вступати в магістратуру за спеціальністю «Фармація».

Більшість студентів після закінчення медичного університету намагається вступити до резидентури, яку було започатковано в Грузії у 1999 році. Тоді було виділено лише 20 місць для проходження резидентури за державний кошт. Згідно з діючим на той час положенням про резидентуру, зарахування проводилось шляхом екзаменування у три етапи: тестування, письмова частина та усна співбесіда. На наступний рік кількість місць у резидентурі було збільшено до 200 (100 – державних і 100 – контрактних). Через суб'єктивізм при оцінюванні майбутніх резидентів письмова частина та усна співбесіда екзаменування були ліквідовані.

До 2005 року післядипломну освіту в Грузії здійснювала, в основному, Медична академія Грузії, навчання в якій відбувалося частково за державні кошти. З 2005 року держава припинила фінансування післядипломного навчання і заклади післядипломної освіти були закриті як самостійні структури та ввійшли до складу медичних університетів. На сьогодні післядипломну освіту здійснюють Інститут післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку при Тбіліському державному медичному університеті та інші установи, які от-

римали акредитацію від Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту Грузії. Таких інститутів і установ (клінік) в країні існує близько 20. Проте лише Інститут післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку при Тбіліському державному медичному університеті може готувати резидентів за усіма спеціальностями, які на сьогодні зареєстровані МОЗ Грузії, тоді як окремі установи мають дозвіл на резидентуру лише за 1-2 фахами. Щороку на різні спеціальності резидентури в Інститут післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку вступає близько 200 випускників, а загальна кількість резидентів в інституті становить понад 800 осіб.

Необхідно відмітити, що інститути післядипломної освіти після реорганізації у 2005 році виконують лише організаційну функцію в плані реалізації програм резидентури і здійснення безперервного професійного розвитку лікарів. В структурі інститутів самостійних кафедр немає і викладачі, які задіяні в післядипломній підготовці, одночасно навчають студентів на додипломному етапі або є працівниками клінік.

Основними завданнями післядипломної освіти є:

1. Визначення основних напрямків післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку і розробка методичних рекомендацій для реалізації підготовки резидентів та лікарів.

2. Розробка післядипломних тренінгових програм.

3. Менеджмент і координація акредитованих програм резидентури.

4. Формування звітів щодо виконання програм післядипломної підготовки.

5. Розробка і постійне удосконалення методів навчання з відповідним оновленням тренінгових програм.

6. Впровадження ефективних форм менеджменту програм резидентури.

7. Розробка і реалізація акредитаційних механізмів програм резидентури, критеріїв оцінювання; контроль (моніторинг) якості сертифікаційного процесу.

8. Забезпечення підготовки резидентів за кордоном в рамках різних програм, включаючи бізнес-тури, навчальні курси, тренінгові цикли для покращення професійних навичок.

9. Підготовка рекомендацій з педагогічних тренінгово-навчальних методів для викладання на післядипломному етапі.

На сьогодні регуляція післядипломної освіти здійснюється на основі законів «Про охорону здо-



ров'я» та «Про лікарську діяльність» й низки нормативно-правових документів Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту, а саме:

1. Наказу № 136/н від 18 квітня 2007 р. «Список визначених медичних спеціальностей, суміжних медичних спеціальностей і відповідних субспеціальностей».

2. Наказу № 295/н від 3 листопада 2006 року «Умови проведення єдиного післядипломного кваліфікаційного екзамену і правила зарахування в резидентуру».

3. Наказу № 135/н від 8 квітня 2009 р. «Умови участі і акредитації медичних закладів у проведенні і реалізації резидентських програм (професійна підготовка), а також порядок оцінки і критерії акредитації».

4. Наказу № 92/н від 14 квітня 2003 р. «Умови допуску молодших лікарів на сертифікаційний екзамен».

5. Наказу № 122/н від 15 травня 2008 р. «Про створення Ради професійного розвитку лікарів при Міністерстві праці, охорони здоров'я і соціального захисту і затвердження правил Ради».

Відповідно до основних регулюючих актів, у Тбіліському державному медичному університеті розроблені типові правила післядипломної медичної освіти у даному закладі освіти, а саме:

1. Правила прийому в резидентуру.

2. Правила професійної підготовки і критерії оцінювання в резидентурі.

3. Правила професійної підготовки молодших лікарів.

Прийом в резидентуру здійснюється на підставі єдиного Кваліфікаційного екзамену, який проводить Агентство з державного регулювання медичної діяльності при Міністерстві праці, охорони здоров'я і соціального захисту Грузії. Екзамен відбувається, як правило, у вересні–жовтні у формі тестування і складається з 200 запитань. Дату іспиту кожного року встановлює Рада професійного розвитку лікарів при Міністерстві праці, охорони здоров'я і соціального захисту, головою якої є міністр даного відомства. Прохідний бал на екзамені становить 75 % (151 правильна відповідь). 80 % запитань з екзаменаційної бази є у відкритому доступі, що дає змогу майбутньому резиденту цілеспрямовано готуватися до іспиту. Незважаючи на те, понад 70 % учасників тестування з першої спроби іспиту не складають. У таких випускників є можливість повторного складання іспиту через рік і кількість перескладань не лімітується.

Для кваліфікаційного іспиту міністерство орендує спеціальне приміщення. Процедура іспиту є абсолютно прозорою, весь хід екзамену записується на відеокамери, кількість набраних на іспиті балів визначає комп'ютерна програма. У разі незгоди з результатами тестування є можливість подати апеляцію в межах 3-х днів. Упродовж тижня після складання кваліфікаційного іспиту Рада з професійного

розвитку лікарів затверджує остаточні результати іспитів.

Від кваліфікаційного іспиту звільняються студенти, які успішно склали американські екзамени Step 1 і Step 2 за системою USMLE. Такі студенти автоматично отримують 200 балів і можуть подавати документи в резидентуру.

Після екзамену Рада професійного розвитку лікарів при міністерстві затверджує списки осіб, які успішно пройшли тестування, і оприлюднює їх на сайті. Кожний випускник, який витримав випробування, отримує Свідоцтво про складення іспиту із вказаною кількістю отриманих балів і може претендувати на отримання місця в резидентурі (рис. 1).

Дане Свідоцтво дійсне 3 роки, протягом яких випускник може подавати на конкурс в резидентуру. Якщо упродовж 3-х років він не зміг отримати місця в резидентурі, кваліфікаційний іспит необхідно перескласти знову. Спроба перескладання екзамену може бути здійснена раніше з метою підвищення рейтингу, однак у разі гіршого результату попередній (кращий результат) буде анульовано. Ті ж, хто не склав кваліфікаційний іспит, мають можливість влаштуватися на посаду молодшого лікаря за умови наявної вакансії в лікувальному закладі. Посаду молодшого лікаря було введено у 1999 році, на той час кількість випускників вищих медичних навчальних закладів значно перевищувала кількість вакантних місць у новоствореній резидентурі. Молодший лікар не має права на самостійну лікарську діяльність, зокрема не може виписувати рецептів і є, по суті, помічником лікаря.

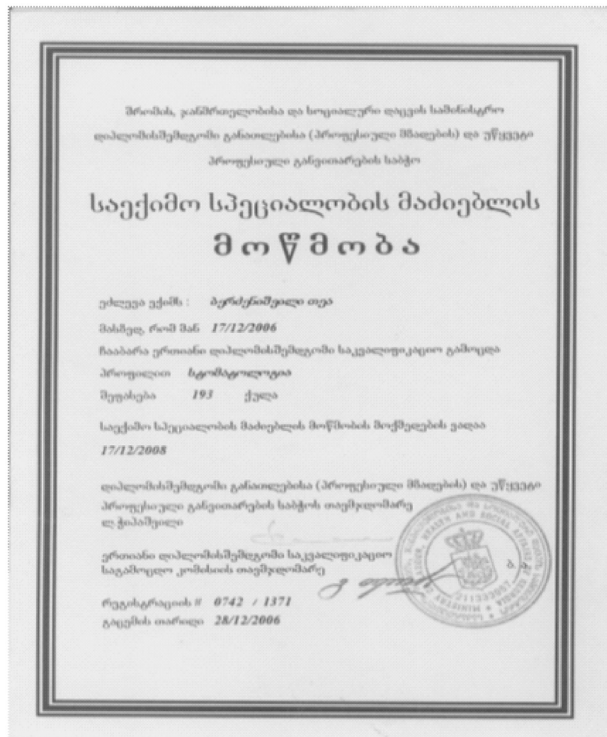


Рис. 1. Взірець Свідоцтва про складення кваліфікаційного іспиту.

Необхідно відмітити, що Свідоцтво про складання іспиту визнається в країнах Європи як доказ того, що його власник має право на проходження резидентури в своїй країні. З таким свідоцтвом він може претендувати на місце в резидентурі у більшості країн Європи. З іншого боку, якщо громадянин Грузії закінчив клінічну ординатуру в країнах СНД, то Рада професійного розвитку лікарів при Міністерстві праці, охорони здоров'я і соціального захисту Грузії зобов'язана його визнати згідно з попередньою Брестською угодою і допустити до складання сертифікаційного іспиту, який проводиться після закінчення резидентури. Однак в останні роки виникають прецеденти щодо невизнання свідоцтв клінічних ординаторів із країн СНД, оскільки буває невідповідність у навчальних програмах країни, де навчався клінічний ординатор, і навчальної програми резидентури Грузії, що викликано зазвичай коротшим терміном навчання у клінічній ординатурі. У таких випадках Рада професійного розвитку лікарів може направити таке свідоцтво на експертизу керівнику програми резидентури за даним фахом для вирішення питання відповідності навчальних програм.

Для відкриття резидентури закладу післядипломної освіти готують матеріали для акредитації клінічних баз для отримання квот від Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту на кількість місць в резидентурі за певними спеціальностями. Критеріями для акредитації є:

- показники діяльності клінічної бази, такі, як кількість візитів (наприклад, для резидентів терапевтичного профілю не менше 1000 амбулаторних візитів на рік на одного резидента, для стоматологів – 400 візитів), потужність ліжкового фонду та оборот ліжка (наприклад, 100 ліжко-днів у рік для терапевтів і акушерів-гінекологів, хірургів; 130 – для педіатрів, 180 – для онкологів, 80 – для інфекціоністів; кількість ліжок на одного резидента терапевтичного, хірургічного, педіатричного профілю – 3, фтизіатрії і психіатрії – по 4 на одного резидента); кількість маніпуляцій на одного резидента (як правило, не менше 120); кількість оперативних втручань (90 операцій на одного резидента в рік), кількість пологів (65 на одного резидента в рік); кількість гінекологічних операцій (30 на одного резидента в рік); для лікарів-лаборантів – 800 лабораторних досліджень на одного резидента, а лабораторія в цілому повинна виконувати не менше 10 тисяч досліджень протягом року;

- матеріально-технічне забезпечення (загальна площа установи, кількість квадратних метрів на одного резидента – не повинна бути менше 2,5 м<sup>2</sup>, наявність приміщень для проведення конференцій, семінарів, консилиумів, наявність бібліотеки та інформаційних ресурсів, зокрема кількість комп'ютерів безпосередньо для резидентів);

- інтелектуальний ресурс клінічної бази (наявність відповідних локальних керівників резидентури та керівників програм резидентури).

Окрім того, в заявку на акредитацію включаються дані про всі ліцензії установи на право медичної діяльності, кількість кабінетів і відділень, які є в амбулаторній і стаціонарній частині установи, сертифікати на всі види діяльності усіх лікарів, які забезпечують амбулаторний прийом і стаціонарне лікування хворих в установі, кількісні характеристики діагностичних і лікувальних процедур, наявність комісії по внутрішньому аудиту для оцінки якості надання медичних послуг. В заявку також подаються дані про характеристики закладу післядипломної освіти: реєстраційні документи, статут закладу, резюме та сертифікати кожного педагогічного працівника, який буде задіяний у педагогічному процесі.

Новостворена клініка також може подати заявку на акредитацію медичного закладу для проходження резидентури. У цьому випадку необхідно, щоб клініка профункціонувала щонайменше 3 місяці, тоді всі кількісні показники перераховуються на рік.

Умови участі й акредитації медичних закладів у реалізації резидентських програм чітко регламентовано наказом № 135/н від 8 квітня 2009 року.

На основі заявок установ, які мають намір здійснювати підготовку в резидентурі (провайдери резидентури) Агентство з державного регулювання медичної діяльності Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту проводить детальний аналіз заявок і в разі відповідності всім вимогам представляє їх на затвердження Раді професійного розвитку лікарів, яка дає дозвіл на відкриття резидентури та встановлює квоту для кожного провайдера з кожної спеціальності. Для прикладу, Тбіліському державному медичному університету надається максимальна кількість квот з усіх спеціальностей, оскільки він має понад 120 афілійованих клінік, з якими укладені відповідні угоди. Наприклад, у 2013 році з розрахунку на 3 роки зі спеціальності «Внутрішня медицина» було виділено 40 місць в резидентурі, з гастроентерології – 9 місць, з радіології – 24 місця, з акушерства і гінекології – 38 місць, із сімейної медицини – 55 місць. У той же час є провайдери, які можуть мати 1–3 місця в резидентурі лише за окремим фахом. Це, як правило, вузькопрофільні клініки, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу.

Умови вступу до резидентури через різних провайдерів різні, тобто немає уніфікованих критеріїв для цілої країни. Зокрема, в Інституті післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку при Тбіліському державному медичному університеті існує рейтингова система набору в резидентуру. Після затвердження квот міністерством місця з усіх спеціальностей виставляються на відповідному сайті університету. Слід зазначити, що квота міністерством видається на 3 роки. Провайдер резидентури самостійно ділить отриману квоту по роках. В режимі on-line кожен пошуковець резидентури може зареєструвати себе на обрану спеціальність. Термін реєстрації обмежується двома

тижнями. Варто відмітити, що в межах одного провайдера реєстрація можлива тільки за одним фахом. У той же час претендент може подати заявку на резидентуру до інших провайдерів. Комп'ютерна програма проводить ранжування всіх поданих претендентів відповідно до кількості балів, отриманих ними на кваліфікаційному екзамені. На відповідну спеціальність в резидентурі проходить кількість претендентів згідно з встановленою квотою, які знаходяться найвище у рейтингу. Попереднє прогнозування шансів вступу на ту чи іншу спеціальність для резидента є досить проблематичним, тому більшість претендентів очікує буквально останніх годин до закриття системи реєстрації, щоб подати свою заявку. У такому випадку вони можуть до останнього моменту порівняти свій рейтинг з рейтингом претендентів, які вже зареєструвались на обрану спеціальність і у разі, якщо їх рейтинг вищий, ніж найнижчий рейтинг претендента, який вже зареєстрований на обрану спеціальність, він може встигнути подати заявку і потрапити на обрану спеціальність, потіснивши претендента (претендентів) з нижчим рейтингом.

Після закриття системи реєстрації результати конкурсу в резидентуру роздруковуються негайно, завіряються комісією, створеною директором інсти-

титу, печаткою і оприлюднюються. У той же день готується проект наказу на зарахування в резидентуру. Майбутньому резиденту надається 10 днів для оформлення документів і укладання угоди з Інститутом післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку. Після укладання угоди підписується наказ на зарахування в резидентуру, організується зустріч резидента з його керівником програми (програм-директором) і він приступає до реалізації програми резидентури.

Якщо після завершення реєстрації в on-line-системі виявляється однакова кількість балів у кількох претендентів, спеціальною комісією, яка створюється при Інституті післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку, проводиться співбесіда з претендентами, що мають однаковий рейтинг. При цьому основним критерієм для відбору в резидентуру є високий ступінь мотивації для обраного фаху та загальний рівень ерудиції.

У випадку незаповнення вакансій з окремих фахів або оголошується додатковий конкурс на це місце, або воно переходить на наступний рік. Перепрофілізація вільних місць неможлива.

Тривалість навчання в резидентурі різна для різних спеціальностей (табл. 1) і регламентується наказом № 136/н від 18.04.2007 року.

Таблиця 1

Перелік медичних спеціальностей і терміни навчання в резидентурі

Спеціальність	Суміжна спеціальність	Терміни навчання
1	2	3
1. Внутрішні хвороби		3 роки
	1. Алергологія і імунологія	3 роки
	2. Кардіологія	4 роки
	3. Гастроентерологія	3 роки
	4. Ендокринологія	3 роки
	5. Інфекційні хвороби	3 роки
	6. Фтизіатрія – пульмонологія	3 роки
	7. Фізична медицина, реабілітологія і курортологія	3,5 років
	8. Нефрологія	3 роки
	9. Ревматологія	3 роки
	10. Гематологія – трансфузіологія	3 роки
	11. Спортивна медицина	3 роки
	12. Невідкладна медицина	3 роки
2. Педіатрія		3 роки
	13. Неонатологія	3 роки
	14. Дитяча неврологія	3 роки
	15. Дитяча кардіологія	-
	16. Дитяча алергологія – імунологія	-
	17. Дитяча гастроентерологія	-
	18. Дитяча ендокринологія	-
	19. Дитячі інфекційні хвороби	-
	20. Дитяча нефрологія	-
	21. Дитяча фтизіатрія – пульмонологія	-
	22. Дитяча гематологія – трансфузіологія	-
	23. Дитяча невідкладна медицина	-
3. Сімейна медицина		3 роки

1	2	3
4. Дерматовенерологія		3 роки
5. Неврологія		3 роки
	Дитяча неврологія	3 роки
6. Психіатрія		3 роки
	1. Наркологія	3 роки
7. Анестезіологія і реаніматологія		3 роки
	Невідкладна медицина	3 роки
8. Загальна хірургія		4 роки
	2. Пластична і реконструктивна хірургія	4 роки
	3. Дитяча хірургія	4 роки
	4. Судинна хірургія (ангіохірургія)	5 років
	5. Проктологія	4 роки
9. Акушерство – гінекологія		4 роки
	6. Репродуктологія	3 роки
10. Кардіохірургія		5 років
11. Нейрохірургія		6 років
12. Урологія		4 роки
13. Оториноларингологія		4 роки
14. Офтальмологія		4 роки
15. Ортопедія – травматологія		4 роки
16. Невідкладна медицина		3 роки
	7. Клінічна токсикологія	3 роки
	Дитяча невідкладна медицина	–
17. Радіологія		3 роки
18. Клінічна онкологія	8. Променева терапія	3 роки
19. Патологічна анатомія – клінічна патологія		3 роки
20. Судова медицина		3 роки
21. Лабораторна медицина		2 роки
22. Медична генетика		3 роки
23. Терапевтична стоматологія		11 міс.
24. Ортопедична стоматологія		15 міс.
25. Ортодонція		22 міс.
26. Щелепно-лицева хірургія		3 роки

Слід зазначити, що резидентура в Грузії повністю платна і резиденти не отримують ніякої зарплати. При цьому ціна за проходження резидентури у різних провайдерів різна. Наприклад, у Тбіліському державному медичному університеті вартість місячної резидентури з медичних спеціальностей становить 150 ларі (приблизно 90 \$), з радіології – 200 ларі (114 \$). Найдорожчим є навчання в резидентурі за фахом «Стоматологія» – 555 ларі (317 \$). Кошти, які платять резиденти, використовуються на оплату праці локального керівника і керівника програми (60 %) та на потреби університету (40 %). У випадку резидентури з стоматології кошти також використовуються на закупку розхідних матеріалів. Керівник програми отримує фіксовану оплату з кожного резидента (10 ларі – 5,7 \$). Незважаючи на те, що кількість резидентів у програм-директора не лімітується і визначається кількістю місць у резидентурі з даного фаху, його заробітна плата не може перевищувати 600 ларі (приблизно 350 \$). Решту із 60 %, які оплачує резидент, ідуть на заробітну плату локального керівника. При цьому в резидентурі з

терапевтичних та стоматологічних фахів один локальний керівник може курувати не більше 6 резидентів, з хірургічних – не більше 4-х, з фаху «Анестезіологія і реаніматологія» – не більше 2-х.

Навчання в резидентурі здійснюється відповідно до програми і складається з окремих модулів. Програми резидентури розробляються колективом провідних спеціалістів з даного фаху і затверджуються Міністерством праці, охорони здоров'я і соціального захисту після узгодження з Міністерством освіти. На першому році навчання в резидентурі представлено базовими модулями за основними спеціальностями (внутрішні хвороби, хірургія, акушерство і гінекологія тощо). З другого року навчання починаються спеціалізаційні модулі.

Безпосереднє керівництво резидентурою в клініці здійснює локальний керівник, який забезпечує виконання програми з резидентури з певного модуля. Локальним керівником може бути особа, яка відповідає таким групам критеріїв:

1) наявність сертифіката спеціаліста з даного фаху;



- не менше 3 роки стажу за даною спеціальністю;
- 2 роки педагогічного стажу, або
- 2) наявність сертифіката спеціаліста з даного фаху;
  - наявність ступеня PhD;
  - 4 роки клінічного стажу, або
- 3) наявність сертифіката спеціаліста з даного фаху;
  - 5 років клінічного стажу;
  - спеціальні курси з педагогіки (тренінг не менше 5 днів).

Кандидатури локальних керівників підбираються керівником програми і подаються керівником резидентури в Агентство з державного регулювання медичної діяльності на затвердження під час проходження акредитації клінічної бази. Після цього всі локальні керівники затверджуються наказом ректора.

Локальний керівник несе повну відповідальність за виконання програми резидентури з відповідного модуля та після його успішного завершення засвідчує своїм підписом у щоденнику резидента виконання програми.

Локальний керівник підпорядковується керівнику програми резидентури, який призначається Академічною радою університету, затверджується наказом ректора і відповідає за конкретну спеціальність. Керівником програми призначаються особи з професорсько-викладацького складу університету (асистент, доцент або повний професор), або відповідні спеціалісти з клінічних баз резидентури, які відповідають таким критеріям:

- наявність сертифіката спеціаліста з даного фаху;
- наявність ступеня PhD;
- не менше 5 років педагогічного стажу за даною спеціальністю.

Керівник програми повністю контролює виконання резидентом всіх модулів програми та графік руху резидента по клінічних базах, перевіряє щоденник резидента і підписує його не рідше 1 разу на рік.

Керівник програми тісно співпрацює зі своїм координатором резидентури, який вже є штатним працівником Інституту післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку. У штаті інституту є 5 координаторів резидентури, які безпосередньо підпорядковуються керівнику резидентури.

Координатори на чолі з керівником резидентури відповідають за збір документів для акредитації клінічних баз і їх підготовку для представлення в міністерство, організацію прийому документів в резидентуру, зарахування і відрахування з резидентури, організацію проміжних і підсумкових іспитів, розробку графіків проходження резидентури за всіма спеціальностями.

Кожен рік резидентури завершується проміжним екзаменом, який включає усну співбесіду та тесто-

вий контроль за пройденими протягом року модулями.

Завдяки тісним міжнародним зв'язкам Тбіліського державного медичного університету, резиденти мають можливість проходити певні модулі з резидентури у клініках Німеччини, Франції, Ізраїлю, Туреччини, Польщі та інших європейських країн. У цьому випадку пройдені за кордоном модулі повністю перезараховуються резиденту. Щороку близько 100–120 резидентів проходять стажування в іноземних клініках протягом літнього періоду і близько 60 резидентів мають можливість стажуватися за кордоном протягом тривалого часу (3–6 місяців).

Єдиним документом обліку роботи резидента є уніфікований щоденник. У ньому розписаний графік проходження модулів, завірений підписом керівника програми, та об'єм виконаної роботи і засвоєння практичних навичок з кожного модуля. На кожен модуль передбачена певна кількість пацієнтів для курації (у щоденнику відображено номером історії хвороби, діагнозом та планом діагностичних і лікувальних заходів); засвоєння практичних навичок (визначена конкретна кількість виконань кожної навички).

В інституті післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку при Тбіліському державному медичному університеті в кінці резидентури резиденти складають підсумковий іспит, успішне складення якого є передумовою для допуску до сертифікаційного екзамену. При нескладанні підсумкового екзамену резидент має ще дві спроби його перездати. У випадку третього негативного результату резидент повинен повторно пройти ті модулі, з яких була найбільша частка неправильних відповідей.

Сертифікаційний екзамен проводить Агентство з державного регулювання медичної діяльності 2 рази в рік у тестовій формі. Він складається з 200 запитань і зараховується при 151 правильній відповіді. Як правило, понад 95 % випускників резидентури Тбіліського державного медичного університету успішно складають сертифікаційний екзамен і отримують відповідний сертифікат (рис. 2).

Такий високий показник, порівняно з іншими провайдерами, зумовлений постійним контролем за якістю підготовки резидентів, зокрема проходженням щорічного тестового проміжного екзамену та відрахуванням тих резидентів, які не здатні виконати програму. Окрім цього, проводиться як внутрішній (представниками інституту), так і зовнішній (представниками міністерства) моніторинг присутності резидентів на клінічних базах відповідно до графіка. В середньому до 40 осіб щорічно відраховуються з резидентури.

Окрім того, є можливість пройти спеціалізацію поза резидентурою. Така можливість передбачена для молодших лікарів. Останні можуть без відриву від основної роботи проходити окремі модулі за





Рис. 2. Взірець сертифіката спеціаліста.

умови, якщо місце в клініці для їх проходження не зайняті резидентом. Молодший лікар, як і резидент, повинен зареєструватися у провайдера резидентури. Такий шлях проходження спеціалізації є довшим від резидентури, оскільки молодшому лікарю необхідно чекати звільнення місця в клініці для проходження кожного модуля. Тому, наприклад, якщо резидентура з певного фаху триває 3 роки, то термін спеціалізації поза резидентурою може розтягнутися до 6-ти років. Така форма підготовки не вимагає складання проміжних іспитів, як це передбачає резидентура.

#### Список літератури

1. Tbilisi State Medical University: Via traditions to the future. -2014. – 112 с.  
*Переклад з грузинської наказів Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту Грузії:*
2. Наказ № 136/н від 18 квітня 2007 р. «Список визначених медичних спеціальностей, суміжних медичних спеціальностей і відповідних субспеціальностей»;
3. Наказ № 295/н від 3 листопада 2006 року «Умови проведення єдиного післядипломного кваліфікаційного екзамену і правила зарахування в резидентуру»;

Проаналізувавши організацію післядипломної освіти в Грузії, можна визначити ряд переваг такої системи:

1. Програма резидентури відповідає Європейським стандартам, що забезпечує мобільність резидентів, можливість їх стажування за кордоном та робить їх конкурентоспроможними на європейському ринку.

2. Система оцінювання на кваліфікаційному і сертифікаційному іспитах та прозорість процесу набору в резидентуру виключають можливість будь-якого зовнішнього впливу на результати оцінок чи рейтингу претендентів.

3. Вільний ринок праці є великим стимулом для мотивації студентів, резидентів і лікарів до навчання, набуття нових компетенцій, постійного підвищення свого професійного рівня та формування активної життєвої позиції.

4. Наявність страхової медицини збільшує престижність професії сімейного лікаря, що дозволило вирішити проблему кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я в Грузії.

Однак слід виділити і ряд недоліків системи післядипломної освіти в Грузії:

1. Відсутність державної регуляції кадрового забезпечення медичної галузі:

- невідповідність кількості випускників вищих медичних навчальних закладів кількості місць в резидентурі;

- невідповідність кількості квот за спеціальностями реальній потребі у спеціалістах. Квоти на місця в резидентурі визначаються не потребою у конкретних фахівцях, а потужністю і спеціалізацією клінічних баз.

2. Грузія є єдиною країною, де резидентура не фінансується державою, а все навчання проходить на платній основі за кошти самих резидентів.

3. Відсутність державних клінік й університетської лікарні (планується відкриття в жовтні 2014 р.) обмежує доступ майбутніх резидентів до клініки і безпосереднього навчання біля ліжка хворого.

4. Наказ № 135/н від 8 квітня 2009 р. «Умови участі і акредитації медичних закладів у проведенні і реалізації резидентських програм (професійна підготовка), а також порядок оцінки і критерії акредитації»;

1. Наказ № 92/н від 14 квітня 2003 р. «Умови допуску молодших лікарів на сертифікаційний екзамен»;

2. Наказ № 122/н від 15 травня 2008 р. «Про створення Ради професійного розвитку лікарів при Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту і затвердження правил Ради».

## БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ У ГРУЗІЇ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»

Одним із надзвичайно важливих напрямків післядипломної медичної освіти є безперервний професійний розвиток (БПР). Важливість цього напрямку відображена як у назві Інституту післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку Тбіліського державного медичного університету, так і в логотипі закладу – центральна гілка лози символізує післядипломну освіту, зокрема та, що тягнеться догори, відображає БПР, а боковий паросток – резидентуру (рис. 1).

З 1999 до 2007 року система БПР у Грузії відповідала традиційній європейській моделі. Зокрема, кожен лікар для ресертифікації повинен був набрати 250 кредитів протягом 5 років (50 кредитів за рік). Ці кредити він міг отримати за проходження курсів спеціалізації, участь у конференціях, майстер-класах, публікації у наукових журналах тощо (табл. 1). Якщо лікар не набрав більше 125 кредитів за визначений термін, для ресертифікації йому необхідно було склад іспит. Окрім того, було передбачено присвоєння певної кількості кредитів залежно від стажу роботи.

Оскільки часто мав місце формальний підхід до зарахування кредитів, не був реалізований постійний моніторинг з боку міністерства за якістю БПР, у 2007



Рис. 1. Логотип Тбіліського державного медичного університету.

році ресертифікацію відмінили. Сертифікат спеціаліста став безстроковим.

Однак система нарахування кредитів за різні види діяльності залишилася.

В умовах вільного ринку праці мотивацією для отримання кредитів є підвищення конкуренто-

Таблиця 1

Кредитна система видів діяльності лікаря

№	Вид діяльності	Кількість кредитів	Примітка
1	Короткотривалі цикли підвищення кваліфікації (1–10 днів)	Навчання протягом 1 год – 1 кредит	На рік максимально 50 кредитів
2	Підготовка і читання лекцій	1 год – 1 кредит	Не більше 2 кредитів за одну лекцію
3	Участь у конференціях, форумах різного рангу	0,5–1 год – 1 кредит	Кількість кредитів визначається професійною асоціацією, але не більше 15 за один захід
4	Керівництво резидентурою	1 роб. день – 0,5–1 кредит	Кількість кредитів визначається професійною асоціацією, але не більше 45 за рік
5	Робота у вищому медичному навчальному закладі	Один семестр – 5 кредитів	
6	Захист: кандидатської дисертації докторської дисертації	25 кредитів 50 кредитів	З 2007 року – 50 кредитів
7	Видання: фахового підручника, довідника; монографії; клінічних рекомендацій	100 кредитів 75 кредитів 50 кредитів	
8	Публікації у фахових виданнях; включених в Medline	5–10 кредитів 50 кредитів	Залежно від наявності рекомендації у видання Рад експертів
9	Доповіді на конференціях: місцевого рівня міжнародного рівня	3 кредити 10 кредитів	
10	Участь у опоненції, рецензуванні	1 раз – 3 кредити	

спроможності лікаря, можливість кар'єрного росту, підтримка професійного статусу. В процесі БПР лікар має можливість набути нові компетенції, що дає змогу розширити сферу професійної діяльності і отримати підвищення оплати праці.

Реалізація БПР в Інституті післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку при Тбіліському державному медичному університеті відбувається за кількома напрямками:

- короткотривалі тренінгові курси;
- довготермінові кваліфікаційні тренінгові програми;
- програми субспеціалізації;
- скорочена програма резидентури;
- програми спеціалізації;
- професійна реабілітація;
- професійна реабілітація з клінічними модулями;
- клінічні тренінгові курси;
- ретренінгові програми;
- медсестринські курси.

Один із видів програм дає можливість розширити загальні знання слухача з певної спеціальності.

Він реалізується за рахунок проходження короткотривалих циклів (від 1 до 10 днів). Найбільшим попитом в останні роки користуються курси з кольпоскопії та спірометрії. Частина курсів з певних актуальних проблем медицини реалізується на запити клінік, які в даному випадку можуть фінансувати навчання свого персоналу.

Кваліфікаційні програми тривають 1 місяць і більше. Основне завдання кваліфікаційних курсів – поглиблення знань слухачів, ознайомлення з новими діагностичними і лікувальними можливостями.

Ще один з напрямків роботи формується за рахунок програм, що передбачають отримання нових компетенцій і набуття певної субспеціальності. Такі цикли тривають від 2 місяців до року. У цьому випадку інститут видає слухачу свідоцтво про успішне завершення курсів, на підставі якого міністерство видає сертифікат із субспеціальності без складання сертифікаційного іспиту. Перелік субспеціальностей, які зареєстровані в Грузії, наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Перелік субспеціальностей, які зареєстровані в Грузії

Спеціальність 1	Суміжна спеціальність 2	Субспеціальність 3
1. Внутрішня медицина		1. Фіброендоскопія (езофагогастроуденоскопія, бронхоскопія, колоноскопія) 2. Ангіологія 3. Паліативна медицина * 4. Профпатологія
	1. Алергологія і імунологія	
	2. Кардіологія	1. Інтервенційна кардіологія 2. Серцева електрофізіологія і аритмологія 3. Ехокардіографія 4. Нуклеарна кардіологія
	3. Гастроентерологія	Фіброендоскопія (езофагогастроуденоскопія)
	4. Ендокринологія	
	5. Інфекційні хвороби	1. Екстракорпоральні методи детоксикації організму 2. Паліативна медицина
	6. Фтизіатрія-пульмонологія	Фіброендоскопія (бронхоскопія)
	7. Фізична медицина, реабілітологія і курортологія	
	8. Нефрологія	
	9. Ревматологія	
	10. Гематологія - трансфузіологія	
	11. Спортивна медицина	
	12. Невідкладна медицина	
2. Педіатрія		Паліативна медицина
	13. Неонатологія	Нейросоноскопія
	14. Дитяча неврологія	Паліативна медицина
	15. Дитяча кардіологія	Ехокардіографія
	16. Дитяча алергологія - імунологія	
	17. Дитяча гастроентерологія	Фіброендоскопія (езофагогастроуденоскопія)

1	2	3
	18. Дитяча ендокринологія	
	19. Дитячі інфекційні хвороби	Екстракорпоральні методи детоксикації організму
	20. Дитяча нефрологія	
	21. Дитяча фтизіатрія-пульмонологія	Фіброендоскопія (бронхоскопія)
	22. Дитяча гематологія - трансфузіологія	
	23. Дитяча невідкладна медицина	
3. Сімейна медицина		Паліативна медицина
4. Дерматовенерологія		
5. Неврологія		Паліативна медицина
	Дитяча неврологія	Паліативна медицина
6. Психіатрія		Дитяча психіатрія
	24. Наркологія	
7. Анестезіологія і реанімація		Паліативна медицина
	Невідкладна медицина	
8. Загальна хірургія		1. Хірургічна онкологія 2. Торакальна хірургія 3. Ендоскопія (езофагогастроуденоскопія, бронхоскопія, колоноскопія) 4. УЗД органів грудної і черевної порожнин 5. Трансплантологія 6. Паліативна медицина *
	25. Пластична і реконструктивна хірургія	
	26. Дитяча хірургія	1. Хірургічна онкологія 2. Ендоскопія (езофагогастроуденоскопія, бронхоскопія, колоноскопія) 3. Трансплантологія 4. Паліативна медицина *
	27. Судинна хірургія (ангіохірургія)	
	28. Проктологія	
9. Акушерство – гінекологія		
	29. Репродуктологія	
10. Кардіохірургія		
11. Нейрохірургія		
12. Урологія		1. Дитяча урологія 2. Трансплантологія 3. Онкоурологія
13. Оториноларингологія		
14. Офтальмологія		Вітреоретинальна хірургія
15. Ортопедія –травматологія		Артроскопічна хірургія
16. Невідкладна медицина		
	30. Клінічна токсикологія	
	Дитяча невідкладна медицина	
17. Радіологія		1 Комп'ютерно-томографічна діагностика 2 Магнітно-резонансна томографія 3. Радіонуклідне сканування
18. Клінічна онкологія		Паліативна медицина *
	31. Променева терапія	

1	2	3
19. Патологічна анатомія–клінічна патологія		
20. Судова медицина		
21. Лабораторна медицина		
22. Медична генетика		
23. Терапевтична стоматологія		Хірургічна стоматологія порожнини рота
24. Ортопедична стоматологія		Хірургічна стоматологія порожнини рота
25. Ортодонція		
26. Щелепно-лицева хірургія		

Немає жодних обмежень на отримання субспеціальностей. Будь-який лікар за бажанням може отримати певну субспеціальність в межах свого фаху.

В Інституті післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку також можуть проходити перепідготовку сертифіковані лікарі. Як правило, перепідготовка здійснюється із суміжних спеціальностей. При цьому, якщо стаж роботи лікаря становить до 5 років, він проходить скорочений курс резидентури. У цьому випадку він не проходить базові модулі резидентури (1–2 роки залежно від спеціальності) і засвоює тільки спеціалізаційні модулі (2–4 роки залежно від спеціальності). При стажі роботи більше 5 років отримання суміжної спеціальності відбувається за індивідуальною програмою, яка затверджується Радою професійного розвитку лікарів при Міністерстві праці, охорони здоров'я і соціального захисту. Як правило, така програма триває від 4 місяців до 1 року.

Для лікарів, які з тих чи інших причин не працювали за фахом певний період часу, існують програми професійної реабілітації з поновлення знань і навичок, необхідних для професійної діяльності.

Одним із напрямків діяльності Інституту післядипломної медичної освіти і безперервного професійного розвитку є проведення тренінгів педагогічної майстерності як для локальних керівників резидентури з достатнім професійним стажем роботи, так і для підготовки педагогічного резерву. Необхідно зазначити, що університет має низку міжнародних програм, які стосуються БПР. Зокрема, 3 роки тому університет отримав великий грант від європейської програми TEMPUS, який дав мож-

ливість відкрити тренінговий центр та проводити навчання з педагогічної майстерності за міжнародними стандартами (рис. 2). Заняття проводять високопрофесійні тренери з країн Європи. Викладачі, які пройшли підготовку у цьому центрі, проводять подібні тренінги в інших країнах Європи, наприклад у Хорватії, Румунії.



Рис. 2. Тбіліський медичний університет здобув грант на відкриття тренінгового центру для підвищення педагогічної майстерності викладачів.

Вільний ринок праці став великим стимулом для мотивації лікарів до навчання, набуття нових компетенцій, постійного підвищення свого професійного рівня та формування активної життєвої позиції у лікарів Грузії. Наявність страхової медицини зумовила збільшення престижності професії сімейного лікаря, що дозволило вирішити проблему кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я в Грузії.

#### Список літератури

1. Tbilisi State Medical University: Via traditions to the future. – 2014. – 112 с.

Переклад з грузинської наказів Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту Грузії.

2. Наказ № 136/н від 18 квітня 2007 р. «Список визначених медичних спеціальностей, суміжних медичних спеціальностей і відповідних субспеціальностей».

3. Наказ № 135/н від 8 квітня 2009 р. «Умови участі і акредитації медичних закладів у проведенні і реалізації резидентських програм (професійна підготовка), а також порядок оцінки і критерії акредитації».

4. Наказ № 122/н від 15 травня 2008 р. «Про створення Ради професійного розвитку лікарів при Міністерстві праці, охорони здоров'я і соціального захисту і затвердження правил Ради».



## ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЦЕНТРУ МЕДИЧНИХ ІСПИТІВ У ПОЛЬЩІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Перспективи вступу України до Євросоюзу вимагають модернізації медичної освіти, в тому числі післядипломної (ПДО). При цьому при підготовці лікарів важливим є створення об'єктивної та незалежної системи оцінювання рівня знань і вмінь, адже «послідовне використання оприлюднених критеріїв, правил і процедур» є одним із семи Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості у вищих навчальних закладах, розроблених Європейською асоціацією із забезпечення якості вищої освіти.

В Україні відбуваються реформи медичної освіти, включно і післядипломної, з метою інтеграції в Європейський освітній простір, що вимагає координації з Європейськими стандартами якості освіти. В умовах стрімких темпів інформатизації галузі охорони здоров'я, глобальних змін у сфері політико-економічних та соціальних відносин це повинно покращити рівень професійної підготовки лікарів.

Одним із головних напрямів підвищення якості підготовки майбутніх лікарів є впровадження інформаційних, комунікаційних і комп'ютерних технологій, що дає змогу реалізації новітніх методів організації навчального процесу у медичній освіті. Застосування новітніх технологій вимагає нового підходу й до систем оцінювання майбутніх лікарів. Активно впроваджуються в освітню практику методики комп'ютерного оцінювання знань і розробляються інструментальні засоби комп'ютерних систем тестування.



Зустріч делегації ТДМУ у складі т.в.о. проректора з науково-педагогічної роботи проф. А. Г. Шульгай та директора центру незалежного тестування знань студентів доц. П. Р. Сельського з директором Центру медичних іспитів Маріушем Кленскім

Досі у системі контролю якості підготовки медичних фахівців здебільшого переважають так звані «традиційні» форми оцінювання. Це вимагає розроблення нових методів і програмних засобів для проведення тестового контролю знань. Багаторічний закордонний і вітчизняний досвід демонструє, що саме тестові методики дозволяють досягти високого ступеня об'єктивності при оцінюванні знань на різних рівнях підготовки лікарів.

У центрі уваги науковців продовжує залишатися дослідження моделі оцінювання з використанням запитань із багатьма варіантами відповідей, проте не до кінця вирішеною залишається розробка механізмів аналізу об'єктивності різних інструментів оцінювання та їх перевірки в роботі. Подолати окремі проблеми застосування тестового контролю знань у медичній освіті можна за умови системного підходу та комплексного дослідження ефективності тестових методик із акцентуванням уваги на питаннях автоматизації процедури тестування.

Важливою проблемою організації ПДО є розробка чітких критеріїв вибору спеціальності. Саме тому об'єктивізація визначення рівня компетентності майбутнього лікаря із використанням новітніх інформаційних технологій та методик оцінювання набуває сьогодні особливого значення.

Для України цінним є досвід Польщі щодо організації форм базової спеціалізації. Потрібною для упровадження є система засобів контролю кваліфікаційного рівня спеціаліста. Активно розвивається методологія проведення лікарського кінцевого іспиту у Центрі медичних іспитів. Зазначений іспит проводиться в процесі післядипломного стажування лікаря та необхідний для отримання повного права на професійну лікарську діяльність.

**Центр медичних іспитів** – державна бюджетна одиниця, підпорядкована міністерві охорони здоров'я, яка утворена розпорядженням міністра охорони здоров'я 31 липня 2001 р. і знаходиться у м. Лодзь. Центр медичних іспитів розташований на базі Інституту Центру здоров'я матері-польки.

СЕМ, відповідно до законодавства Польщі, займається організацією і проведенням таких державних іспитів:

- кінцевого іспиту для лікарів-лікувальників (LEK);
- кінцевого іспиту для лікарів-стоматологів (LDEK);
- спеціалізаційного іспиту (PES) для лікарів, лікарів-стоматологів, фармацевтів та спеціалістів з лабораторної діагностики.



Інститут Центру здоров'я матері-польки



Будівля Центру медичних екзаменів (CEM) у м. Лодзі



Фінансування Центру медичних іспитів здійснюється Міністерством охорони здоров'я. Офіційний сайт центру – <http://www.cem.edu.pl/>.

Структурними підрозділами СЕМ є: відділ медичних іспитів, аналітичний відділ, відділ кадрів та бухгалтерія, відділ формування тестів, відділ поліграфії, організаційний відділ, юридичний відділ.



Відділ друку екзаменаційних буклетів та бланків відповідей СЕМ

Лікарський кінцевий іспит (ЛЕК) – державний іспит, що проводиться у процесі післядипломного стажування лікаря, необхідний для дальшого проходження спеціалізації.

Терміни іспиту визначаються щорічно 15–30 вересня (осіння сесія) і 15–28 лютого (весняна сесія). Час проведення іспиту – 4 години. Для отримання позитивного результату іспиту необхідно здобуття щонайменше 56 % із числа пунктів тесту.

#### *Процедура допуску*

З метою допущення до іспиту відвідувачі пишуть за посередництва окружної лікарської ради заяву до СЕМ і, водночас, реєструються на сайті СЕМ. Безумовною умовою допущення лікаря до іспиту є володіння обмеженим правом виконання професії лікаря (або повним правом виконання професії лікаря, якщо вже ним володіє).

Згідно з положеннями до іспиту на даний час можуть приступити:

- випускники медичних (стоматологічних) факультетів, які протягом 13 місяців проходять післядипломне стажування;
- лікарі-стажисти;
- лікарі, що володіють повним правом виконання професії.

#### *Відповідальні установи*

Іспит проводиться СЕМ в м. Лодзь за співробітництва з воєводськими центрами громадського здоров'я.

#### *Формула іспиту*

Кінцевий іспит має характер тесту однократного вибору, який складається з 200 тестових завдань закритого типу з багатьма варіантами відповідей (п'ять можливих відповідей, де одна правильна). Використовується бланкове тестування із наступною

автоматизованою обробкою результатів. Система оцінок має характер 0-1, тобто за кожен позитивно дану відповідь кандидат отримує 1 пункт; за погану – 0 пунктів. Відповідно, максимально можна отримати 200 пунктів, які згідно з шкалою переводяться у відсотки. Відсоток складання LEK є визначальним при виборі спеціальності.



#### *Структура тесту*

Тест включає питання з таких напрямків переддипломного навчання:

- внутрішніх хвороб – 39 завдань;
- педіатрії – 29 завдань;
- хірургії – 27 завдань;
- акушерства і гінекології – 26 завдань;
- невідкладної допомоги та інтенсивної терапії – 20 завдань;
- сімейної медицини – 20 завдань;
- психіатрії – 14 завдань;
- біоетики і медичного права – 10 завдань;
- діагностування – 7 завдань;
- здоров'я людини – 8 завдань.

Серед тестових завдань з терапії, педіатрії, хірургії та сімейної медицини повинно бути щонайменше 20 питань, які торкаються онкології.



Прилад для сканування бланків відповідей

NAME \_\_\_\_\_ 0240  
 COURSE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CHATSORTH DATA CORPORATION  
 Copyright © 1984  
 FILL IN THE BOX COMPLETELY WITH NO. 2 PENCIL

numer kodowy  
 numer karty  
 numer wersji

Реєстраційна інформація у бланку відповідей

NAME \_\_\_\_\_  
 COURSE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CHATSORTH DATA CORPORATION  
 Copyright © 1984  
 FILL IN THE BOX COMPLETELY WITH NO. 2 PENCIL

1	A	B	C	D	E	51	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E	52	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E	53	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E	54	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E	55	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E	56	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E	57	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E	58	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E	59	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E	60	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E	61	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E	62	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E	63	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E	64	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E	65	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E	66	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E	67	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E	68	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E	69	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E	70	A	B	C	D	E
21	A	B	C	D	E	71	A	B	C	D	E
22	A	B	C	D	E	72	A	B	C	D	E
23	A	B	C	D	E	73	A	B	C	D	E
24	A	B	C	D	E	74	A	B	C	D	E
25	A	B	C	D	E	75	A	B	C	D	E
26	A	B	C	D	E	76	A	B	C	D	E
27	A	B	C	D	E	77	A	B	C	D	E
28	A	B	C	D	E	78	A	B	C	D	E
29	A	B	C	D	E	79	A	B	C	D	E
30	A	B	C	D	E	80	A	B	C	D	E
31	A	B	C	D	E	81	A	B	C	D	E
32	A	B	C	D	E	82	A	B	C	D	E
33	A	B	C	D	E	83	A	B	C	D	E
34	A	B	C	D	E	84	A	B	C	D	E
35	A	B	C	D	E	85	A	B	C	D	E
36	A	B	C	D	E	86	A	B	C	D	E
37	A	B	C	D	E	87	A	B	C	D	E
38	A	B	C	D	E	88	A	B	C	D	E
39	A	B	C	D	E	89	A	B	C	D	E
40	A	B	C	D	E	90	A	B	C	D	E
41	A	B	C	D	E	91	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E	92	A	B	C	D	E
43	A	B	C	D	E	93	A	B	C	D	E
44	A	B	C	D	E	94	A	B	C	D	E
45	A	B	C	D	E	95	A	B	C	D	E
46	A	B	C	D	E	96	A	B	C	D	E
47	A	B	C	D	E	97	A	B	C	D	E
48	A	B	C	D	E	98	A	B	C	D	E
49	A	B	C	D	E	99	A	B	C	D	E
50	A	B	C	D	E	100	A	B	C	D	E

Бланк відповідей

**ŚWIADECTWO**  
 ZŁOŻENIA LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO EGZAMINU KOŃCOWEGO  
 Numer .....

Centrum Egzaminów Medycznych stwierdza, że  
 Pan/Pani\* .....  
 urodzony/a ..... W .....  
 posiadający/a numer PESEL\*\* .....

**złożył/a**  
**Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy**

w dniu..... z wynikiem .....% (..... punktów/..... możliwych)

*Pieczęć okrągła* *Pieczęć Dyrektora*  
*Centrum Egzaminów Medycznych*

data wystawienia .....

\* niepotrzebne skreślić  
 \*\* w przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.  
 Niniejsze świadectwo nie potwierdza uzyskania tytułu lekarza dentysty oraz prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty.

Сертифікат про складення іспиту

Згідно із польським законодавством про післядипломну освіту лікарів і стоматологів, освітній процес відбувається у кілька ступенів. Першим етапом є проходження впродовж одного року післядипломного стажування із складанням Державного лікарсько-стоматологічного кінцевого екзамену (LEK/LDEK). Це стажування випусник проходить у лікарнях на посаді лікаря-стажиста, отримуючи зарплату від Міністерства охорони здоров'я, та під контролем Лікарської палати (Izba Lekarska). Необхідний досвід він здобуває під керівництвом практикуючих лікарів.

Державний лікарський/стоматологічний кінцевий екзамен (LEK/LDEK) відіграє в подальшому вирішальну роль у майбутньому виборі спеціалізації, що базується тільки на результатах цього випробування та пошуку місця роботи. Чим вищий бал, тим більш престижну спеціалізацію та місце стажування має право вибрати собі стажист без впливу інших чинників.

Особливість післядипломної освіти в Польщі полягає у наявності резидентури та позарезидентурних форм спеціалізації. Кількість резидентських місць обмежена і визначається Міністерством охорони здоров'я. Їх перелік вказаний на офіційному сайті урядової установи. До того ж резидент отримує від Міністерства охорони здоров'я заробітну плату. До волонтерату зараховують тих стажистів, які набрали нижчий бал під час кінцевого іспиту, або тих, хто здобуває другу спеціальність. При цьому волонтер здійснює підготовку безкоштовно, проте не отримує заробітну плату від Міністерства охорони здоров'я.

Післядипломна освіта триває 4–5 років для базової спеціалізації та додаткових 2–3 роки для вузької спеціалізації. Проте за наявності дефіциту лікарських кадрів планують здійснити реформу післядипломної медичної освіти, метою якої є скорочення термінів спеціалізації. При цьому ліквідується 13 місяців післядипломного стажування, а вузьку спеціальність можна буде отримати впродовж періоду спеціалізації, визначеного конкретно для кожної спеціальності. З 2017 р. LEK/LDEK бу-



дуть складати студенти впродовж випускного курсу 15–30 вересня (осіння сесія) і 15–28 лютого (весняна сесія).

Центр медичних іспитів також здійснює підготовку та проведення спеціалізаційного іспиту (PES). Державний консультант, наукове товариство і Головна лікарська рада посилають директорів СЕМ заявки своїх кандидатів до Державної екзаменаційної комісії. При цьому лікар подає заявку в електронній формі до 31 липня на спеціалізований екзамен для участі в екзаменаційній сесії, що проводиться з 1 жовтня до 30 листопада. За бажання участі в сесії у період з 1 березня до 30 квітня, відповідна заявка подається до 31 грудня. Іспит складається з тестової (120 тестових запитань із п'ятьма варіантами відповідей) і усної частин. При цьому умовою допуску до усної частини є отримання позитивного результату (більше 60 % правильних відповідей) із тестової частини іспиту. Кінцевою оцінкою іспиту є середнє арифметичне оцінок з тестової та усної частин. Якщо лікар отримує дві відмінні оцінки, то за рішенням комісії він може отримати оцінку з відзнакою, обґрунтування якої вказується в окремому протоколі PES. Відразу після закінчення сесії СЕМ передає міністрові охорони здоров'я список лікарів, які закінчили підготовку в резидентурі і склали PES з позитивним результатом. У списку вказують ім'я, прізвище, ідентифікаційний номер даного лікаря, а в разі відсутності ідентифікаційного номера – дані документа, що підтверджують особу: назву і номер документа, а також країну видання й дату складання іспиту. У відповідь на письмове звернення лікаря СЕМ видає довідку про результат PES.

#### Список літератури

1. Centrum Egzaminow Medycznych w Lodzi / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cem.edu.pl>
2. ROZPORZADZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Koncowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Koncowego / [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: <http://www.cem.edu.pl>
3. ROZPORZADZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystow/ [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: <http://www.cem.edu.pl>



Приміщення для тестування у Центрі медичних іспитів

Таким чином, принципи створення інформаційної системи проведення LEK та PES, алгоритму статистичної обробки результатів тестування, програмного та технічного забезпечення Центру медичних іспитів можуть бути використані для удосконалення системи оцінювання знань та вмінь у національній медичній освіті.

Сучасні тенденції організації безперервного професійного розвитку лікарів у Польщі можуть бути враховані при реформуванні системи національної післядипломної освіти. Зокрема, на нашу думку, доцільним є проведення рейтингового вибору спеціальності на основі результатів інтегрованих ліцензійних іспитів, які проводяться на останньому році навчання. Вони можуть стати також визначальним фактором форми фінансування підготовки спеціалістів на післядипломному рівні.

4. Epstein R. M. Assessment in Medical Education / R. M. Epstein // The New England Journal of Medicine. – 2007. – № 1. – P. 356–387.
5. Schuwirth L. W. Different written assessment methods : what can be said about their strengths and weaknesses? / L. W. Schuwirth, C. P. van der Vleuten // Med. Educ. – 2004. – № 38. – P. 974–983.
6. Wass V. Standardized or real patients to test clinical competence? The long case revisited / V. Wass, R. Jones, C. Van der Vleuten // Med. Educ. – 2001. – Vol. 35. – P. 321–325.



О. В. Олійник

## ЗНАЧЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПІДСУМКОВОГО ДЕРЖАВНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЕКЗАМЕНУ У ВИБОРІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І ФОРМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

На підставі ст. 16 пар. 10, ст. 16. пар. 1 і ст. 16 Закону від 5 грудня 1996 р. «Про професії лікаря і дантиста (номер 277/1634)», Постанови міністра охорони здоров'я Польщі від 15.05.2008 року, наказу Міністра охорони здоров'я від 30 липня 2012 року, Постанови про освіту лікаря та лікаря-стоматолога від 26 вересня 2012 року встановлюється, що після завершення обов'язкового післядипломного стажування лікар-стажист повинен скласти державний кінцевий лікарський іспит (LEK/LDEK), після чого отримує сертифікат, який дає право здійснювати медичну практику. Лікарський кінцевий іспит – це державний іспит, яким завершується післядипломна практика лікаря, він є обов'язковим для отримання лікарем права на самостійну діяльність. Лікарі-стоматологи також складають лікарсько-стоматологічний кінцевий іспит, без цього випускник не може працювати лікарем. Іспит відбувається в терміни від 15 до 30 вересня або 15–28 лютого.

В організації процесу іспиту беруть участь:

Воєводський центр суспільного здоров'я – організація, яка займається загальними питаннями такої освіти, вона збирає дані про заклади, які можуть бути місцями проходження спеціалізації, складає документи для проведення державного іспиту;

Центр медичної післядипломної освіти – складає програми спеціалізації, визначає списки обов'язкових та рекомендованих, але не обов'язкових дисциплін;

Центр медичних іспитів – установа, яка займається проведенням іспитів із спеціалізації.

Умовою для отримання дозволу на складання іспиту є подача заяви на інтернет-сторінку Центру медичних іспитів [www.cem.edu.pl](http://www.cem.edu.pl). Ця заява мусить бути подана до 30 червня в випадку, якщо іспит відбудеться від 1 до 30 вересня, або до 30 листопада – за умови проходження іспиту від 1 по 28 лютого.

В сьогоденній формі кінцевий лікарський іспит існує з 2013 року. Перед впровадженням в практику державного кінцевого лікарського іспиту, перед початком спеціалізації, до 2013 року лікарі склали ще кваліфікаційний іспит. Для отримання дозволу на проведення іспиту претенденти мають подати за посередництвом місцевої лікарської ради заяву до центру медичних іспитів та зареєструватись на Інтернет-сторінці Центру.

Обов'язковою умовою для отримання дозволу для складання іспиту є наявність обмеженого права на проведення лікарської діяльності.

До даного іспиту допускаються:

- 1) випускники медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів,
- 2) лікарі-стажисти,
- 3) лікарі, які отримали ліцензію на практичну діяльність до введення LEK / LDEK.

Методичним забезпеченням іспитів займається Центр медичних екзаменів (*Centrum Egzaminow Medycznych*, ЦЕМ). Ця організація працює за підтримки Департаменту соціальної політики відділу вищих медичних кадрів воєводських адміністрацій. Іспити відбуваються в відділеннях Центру медичних іспитів, які є в деяких воєводствах. Центр медичних екзаменів (Центр медичних іспитів) ([www.cem.edu.pl](http://www.cem.edu.pl)) був створений за наказом міністра охорони здоров'я 31 липня 2001 року (наказ № 8/51). Центр є бюджетною організацією, яка підпорядковується міністру охорони здоров'я.

Метою функціонування центру є організація та проведення медичних іспитів, серед яких: державного лікарського іспиту, державного спеціалізаційного іспиту та інших іспитів в рамках післядипломної освіти лікарів, фармацевтів та інших осіб, які виконують лікарські обов'язки. Діяльність центру регламентується наданим міністром охорони здоров'я статутом центру, представленим на Інтернет-сторінці центру в розділі «Про нас». Статут є додатком до вищезгаданого наказу міністра охорони здоров'я про засади функціонування центру. Вся інформація, яка стосується проведення іспитів та їх організації, особливості реєстрації на іспит, терміни іспитів, дані щодо результатів складання іспиту публікуються на Інтернет-сторінці центру.

Державний лікарський іспит проходить у формі тестового іспиту з 200 тестовими питаннями, на кожне з яких є тільки одна правильна відповідь з 5 представлених. Система оцінки передбачає 1 бал за правильну відповідь та 0 балів за неправильну. Таким чином, максимально можна набрати 200 балів. Перелік завдань єдиний та уніфікований для всієї країни. Іспит є аналогом українського «Кроку-3», проводиться двічі на рік (у вересні та лютому). Екзамен поки що безплатний. Для реєстрації є встановлені кінцеві терміни, тому лікар має поспішати.

На тій же сторінці є завдання, які були на іспиті в попередні роки, разом з правильними відповідями. На сторінці на наступний день після проведення іспиту викладають результати іспиту, дещо пізніше – правильні відповіді. Загальнопольської бази тестів немає. Складний іспит дає лікарю право працювати самостійно і можливість спеціалізуватись із однієї з сорока базових спеціальностей, така спеціалізація триває від 2 до 6 років. Варто додати, що від результатів іспиту залежать можливості подальшої спеціалізації лікаря.

До питань для іспиту включені теми, які розглядалися під час навчання у вищому медичному закладі на лікувальному факультеті. З них 39 питань з терапії, 29 – з педіатрії, 26 – з акушерства та гінекології, 20 – з медицини невідкладних станів, 20 – з сімейної медицини, 14 питань з психіатрії, 10 питань з біоетики та медичного права, 8 питань з організації охорони здоров'я, 7 питань з сертифікації в медицині.

Серед питань з терапії, хірургії та педіатрії є 20 питань з онкології. Відмінністю між лікарським державним іспитом та лікарським кінцевим іспитом є те, що згідно з цією постановою, з осені 2008 року іспит можуть складати особи, які ще не пройшли післядипломну практику. Тобто іспит можуть проходити лікарі з обмеженим правом виконання лікарської діяльності (це обов'язкова умова) в різні етапи проходження післядипломного стажу. У цій постанові також прописані правила, за якими відбувається іспит: його тестовий характер, склад із 200 питань, тривалість (4 години), зміст питань. Зміст запитань не виходить за рамки програми стажування, і, таким чином, дає можливість оцінити якість програми підготовки, проведеної в акредитованих лікарняних закладах. Після закінчення іспиту на Інтернет-сторінці центру складання іспиту розміщують всі питання, які були на іспиті. Іспит триває 4 години. Для його проходження претенденти найперше мають зареєструватись на Інтернет-сторінці Центру складання іспитів, потім подати документ про реєстрацію до відповідної лікарської палати. Особи, які хочуть набути певної лікарської спеціалізації, подають на конкурсну комісію з проведення резидентури результати складання іспиту, не обов'язково останньої сесії, вони можуть бути і за попередні роки. Новим при проведенні кінцевого лікарського іспиту є те, що для його складання лікарі, які вже мають право на виконання лікарської діяльності, можуть набрати і менше 56 % правильних відповідей.

Вся інформація, яка стосується лікарського кінцевого іспиту, знаходиться на сайті [www.cem.edu.pl](http://www.cem.edu.pl)

Дату проведення іспиту визначає директор центру медичних іспитів, про що сповіщає в окремому розпорядженні. Особі, яка зареєструвалась для проведення іспиту, не пізніше 14 днів до початку іспиту відправляється на електронну адресу інформація, яка стосується часу і місця, де буде проводитись іспит.

Особи, які до складання іспиту не мали права на самостійну лікарську діяльність, після його складання і отримання не менше ніж 56 % правильних відповідей подають документи в відповідну лікарську палату і отримують право на самостійну лікарську діяльність. Особи, які відповіли менше ніж на 56 % питань та не мають дозволу на самостійну лікарську діяльність, не отримують ніяких документів і не можуть складати інших кваліфікаційних іспитів, крім того самого іспиту, але вже в іншій сесії.

Крайові консультанти с певних спеціальностей мають надати інформацію щодо рекомендованої для підготовки до складання іспиту літератури.

З осені 2004 року підставою для поступлення в базову спеціалізацію (резидентуру) є позитивний результат складання лікарського кінцевого іспиту. Впровадження лікарського кінцевого іспиту було непростим, зустрічало, особливо на початку процесу, певний спротив, викликало багато суперечностей, незадоволення, сумнівів. Але за час, що минув після впровадження іспиту в новій формі, більшість спірних питань було врегульовано.

Одним із таких проблемних питань було питання визнання польського лікарського диплома в інших державах Євросоюзу. Для цього тільки в 2017 році відбудеться кінцевий лікарський іспит, який буде базуватись на зміненій програмі лікарської освіти, згідно з постановою від 28 квітня 2011 року.

Ставлення до проведення іспиту в лікарському середовищі Польщі було досить неоднозначним. З одного боку, іспит значно обмежує права молодих лікарів. Без його складання вони не мають права на самостійну роботу. Це при тому, що багато лікарень відчувають нестачу лікарів різних спеціальностей та медсестер.

Результат складання іспиту є дуже важливим, оскільки в подальшому він враховується при відборі на первинну і вторинну спеціалізацію. Лікарський/стоматологічний кінцевий екзамен дозволяється складати декілька разів для покращення особистого результату. Після закінчення післядипломного стажування, у випадку нездачі або негативного результату екзамену, лікар зобов'язаний впродовж 5 років скласти цей іспит на позитивний результат. Щороку іспит здають близько двох с половиною тисяч осіб.

Чим ще можна пояснити неоднозначне ставлення польської лікарської спільноти до іспиту? З одного боку, іспит приводить до додаткових труднощів на шляху працевлаштування молодих лікарів. Оскільки труднощі для лікарської діяльності створені в країні, де не вистачає лікарів, старання уряду Польщі щодо змін в його проведенні зрозумілі. Група лікарів запитувала, навіщо ще раз перевіряти знання, отримані в виші, оскільки всі виші і так влаштовують свої численні іспити. Ще одна перевірка знань та діяльності медичних вишів означає недовіру до результатів їх роботи. Міністр охорони здоров'я Пшемислав Госєвський вважав, що можливі зміни в процедурі проведення екзамену могли б бути одним із

напрямків роботи уряду по боротьбі з корупцією, згідно з планом передвиборчої програми партії, яка на даний час має більшість в парламенті, по боротьбі з корупцією в закритих професійних товариствах.

Лікарські палати Польщі твердо виступають за збереження іспиту. Маріуш Яніковський, секретар початкової лікарської ради говорить, що не розуміє, в який спосіб іспит може обмежувати молодому лікарю шлях до кар'єри. В інтересах пацієнтів, щоб лікарі знали більше і складали більше іспитів. Деякі політики вважають, що іспит посилює зв'язок резидентів з лікарнями, в яких вони навчаються. Багато поляків думають, що непатріотично вчити резидента протягом семи років для того, щоб після закінчення резидентури ця особа залишила Польщу і іммігрувала на Захід. У медичній періодичній літературі тривають дискусії щодо організації післядипломної освіти, пропонуються зміни щодо форми проведення іспиту, обговорюються можливості матеріального відшкодування лікарем збитків, завданих лікарем пацієнту під час лікування, необхідність судового вирішення конфліктів між лікарем та пацієнтом. Більшість функціонерів Лікарських ізб вважають, що якщо уряд хоче, щоб було більше лікарів, то нехай насамперед ліквідує обмеження на кількість місць в резидентурі. Такої думки притримується Кшиштоф Букель, голова ради медичних профспілок Польщі.

Існує багато прихильників кінцевого лікарського іспиту серед молодих лікарів, які, здавалося б, мають бути найзацікавленішими в ліквідації іспиту. Чому? Прихильники іспиту висувають на його захист в першу чергу два аргументи. Іспит, аналогічний лікарському кінцевому іспиту, є в усіх країнах Євросоюзу. Ліквідація іспиту призведе до того, що польський лікарський диплом перестануть визнавати в країнах Євросоюзу. Всім відомо, що немала частина молодих лікарів планують працювати в інших країнах Європи. Відміна іспиту значно ускладнить, якщо не позбавить цих людей можливості працевлаштування в країнах Євросоюзу. Крім того, можливість здобуття кращого місця при проходженні спеціалізації, резидентури залежить від кількості балів, отриманих при складанні іспиту. Цей механізм є досить дієвим чинником у боротьбі з корупцією. Краще вчишся – більше можливостей отримати краще місце роботи, вибирати як спеціальність, так і лікарню, в якій відбуватиметься резидентура.

Крім того, у молодих лікарів дуже багато претензій до процедури проведення іспиту. Вони наголошують на його необ'єктивності. Результати іспиту дійсні 2,5 року. Іспит можна скласти багато разів, без обмежень. Кожного року в процедуру проведення іспиту вносять якісь корективи, які мають покращувати методику проведення. Є молоді польські лікарі, які реєструються і складають іспит кожних півроку. Деякі з них говорять, що роблять це для того, щоб впевнитись в позитивних змінах, які відбуваються під час проведення іспиту.

Які зміни можуть відбутись з методикою проведення іспиту в майбутньому, якщо стежити за даними полеміки в медичній періодиці? Дуже можливий варіант перенесення терміну самої процедури іспиту – на кінець п'ятого року навчання у вищому медичному навчальному закладі. Кількість років навчання в виші пропонується скоротити до п'яти. Обговорюється можливість навіть скасування післядипломної практики (післядипломного стажу, як його називають поляки, який триває рік після закінчення вишу, впродовж якого лікар не несе повної відповідальності за наслідки своєї роботи).

У Міністерстві охорони здоров'я стверджують, що зміни положень про проведення іспиту від 28 квітня 2011 року повністю дають можливість виправити всі недоліки, які були до цього, і привести його до норм, рекомендованих Європейською комісією з процедури проведення цього іспиту. Документи, які регламентують дії цієї комісії, описані в Додатку до директиви 2005/36/WE Європарламенту. Тому Міністерство опублікувало лист, в додатку до якого наведено зміни в складанні іспиту, що повинно закрити питання про можливі причини невизнання польського диплома в інших країнах Євросоюзу.

Банк даних з попередніми тестами є відкритим, при створенні принципово нових тестів вони обов'язково вивішуються в Інтернеті, про їх написання дають оголошення на сайтах, які містять інформацію, що стосується іспиту.

Проте сама процедура проведення іспиту є далекою від ідеалу. Про свої враження про складання іспиту пише один з молодих лікарів. «Спосіб проведення цього іспиту, який, по суті, створений для справедливого розподілу місць на спеціалізацію, все ж не гарантує об'єктивної оцінки знань. Нормою є ситуація, коли дві особи, які сидять за однією лавою, пишуть варіант з однаковими питаннями (хоча їх є два), тільки з різним порядком цих питань. Наслідком цього є те, що краще складають іспит не краще підготовлені особи, а більш спритні. Багато осіб для складання іспиту обирають стратегію слідування за відповідями, які пише сусід по лаві, замість того, щоб самому відповідати на питання». Той самий лікар поінформував директора Центру медичних іспитів професора Маріуша Кленського: «Якщо йдеться про роботу комісії на іспиті, то незважаючи на велику кількість осіб, які мають контролювати хід іспиту, складається враження, що ці особи там знаходяться не для того, щоб контролювати осіб, які здають іспит, просто щоб не заважати їм. Таким чином, багато молодих людей в Любліні при складанні іспиту покладаються не на свої знання, а на отримання місця біля особи, добре підготовленої до іспиту».

В останній час іспит в Любліні проходив в спортивному залі Медичного університету. Лікар додає, що всупереч правилам всі лікарі сиділи на одній половині залу по двоє за одним столом, що заборонено правилами проведення іспиту. Лікар, який

побажав залишитись анонімним, написав, що під час іспиту не дотримувались інших багатьох правил, які регламентуються положенням про його проведення. Так, згідно з цими правилами, відстань між особами, які складають іспит, має бути не меншою від 1,2 м. Вилучення в особи допоміжних матеріалів (шпаргалок) є приводом для припинення проведення іспиту для цієї особи. Крім того, правила забороняють виходити з зали весь час під час проведення іспиту. Винятком є відвідини туалету. Багато осіб користуються цим, де, користуючись мобільним телефоном, знаходять відповіді на невідомі питання.

Директор Центру медичних іспитів проф. Кленцкі визнає, що дозвіл на вихід в туалет не сприяє чесному складанню іспиту. Проте він говорить, як, наприклад, не дозволити вийти в туалет вагітній жінці, адже іспит триває чотири години. Крім того, він думає, що додаткові проблеми для складання створюють особливості польської ментальності. В США та в Великій Британії списування на іспиті вважається злочином, а в Польщі трактується як метод боротьби з життєвими труднощами. На сьогодні триває робота зі вдосконалення правил проведення іспиту.

Відділення Центру медичних лікарських іспитів є Бялостоку, Бидгощу, Гданську, Катовіцах, Кракові, Любліні, Лодзі, Познані, Варшаві, Вроцлаві, Щецині.

В минулому році найгірше склали лікарський державний іспит студенти Люблінського медичного університету, хоча ще два з половиною роки перед цим в них було перше місце серед усіх польських студентів медичних вишів, яких в Польщі 11. Два роки тому були п'ятими, потім двічі передостанніми. Заступник ректора Люблінського медичного університету вважає, що винні в такому поганому результаті насамперед самі лікарі, які його складали, адже не змогли зосередитись на нормальній підготовці до іспиту. Хоча винні і викладачі. Для покращення підготовки до іспиту в Любліні в університеті створено цілий план, який був підготовлений після консультацій з Лодзінським центром іспитів. Було проаналізовано всі частини іспиту і встановлено, які дисципліни люблінські лікарі складають найгірше. Ймовірно, що після цього можуть бути зроблені певні організаційні висновки – говорить проректор університету з навчальної роботи професор Барбара Ядловська-Йендрих.

Середній бал люблінських студентів у 2013 році становив 132.31 з можливих 196 (іспит складається з 200 питань, проте комісія визнала невалідними 4 питання). Найкращий результат серед люблінських студентів, які складали іспит, складав 178 балів, найгірший – тільки 76. В Центрі медичних іспитів в Познані того року середній бал становив 141,1 бала, найкращий результат – 184 бали.

Люблінський університет хоче впровадити іспит, подібний до державного медичного іспиту у студентів останнього курсу. Адміністрація таким чином хоче дізнатись, наскільки студенти підготовлені до складання іспиту, які дисципліни знають найгірше і що можна зробити з цього приводу.

Хороший результат складання іспиту – це рівень престижу для університету, який ця особа закінчила. Найкращі результати у складанні іспиту демонструє Познанський медичний університет. Це результат тривалої копіткої праці з підготовки, який полягав в щорічному аналізі результатів, виявленні питань, які студенти погано знали ще на лаві вишу. Університет визначав найкращих і найгірших викладачів за результатами того, на які відповіді були дані правильні та неправильні відповіді. Найкращі викладачі отримували пристойний додаток до заробітної плати.

Польські студенти живо цікавляться результатами складання іспиту випускниками різних медичних вишів. Звісно, що вони хочуть вступати у заклади, які готують до іспиту найкраще. Таким чином, у Познанський медичний університет хочуть вступити більше студентів. Університет, у свою чергу, може вибрати серед них найкращих, а кількість найрозумніших в такому закладі буде більшою, ніж в інших. Це приводить до кращих результатів здавання іспиту. Крім того, в такий виш приймають більше іноземців, а це гроші, які заробляє університет і можливість працевлаштування більшої кількості розумніших і кращих викладачів – пояснює проф. Марек Рухала, речник Познанського медичного університету. В Познані навчається більше тисячі студентів-чужоземців. Щоби наші випускники не мали проблем з нострифікацією дипломів вдома, мусимо тримати рівень вимог досить високим.

В Люблінському медичному університеті після кількох років невдалого написання іспиту ректор проф. Анджей Дроп створив спеціальний підрозділ, який займається аналізом складання іспиту. Ректор запропонував створити при університеті курси для підготовки до іспиту. Проф. Дроп вважає, що ніякий університет не зможе підготувати студента, якщо той не бажає цього. Він оцінює знання люблінських випускників, як не гірші, ніж ті, що отримують молоді люди в Берліні та Лондоні. Дроп запропонував Міністерству охорони здоров'я матеріально заохочувати працівників вишів, на питання з дисциплін яких здають іспит краще. Ці гроші також можна було б використати на наукову роботу.

Для студентів результати складання іспиту теж дуже важливі, оскільки кращі результати ведуть до здобуття кращих місць в резидентурі і, відповідно, кращого місця роботи. Особам, які добре складають іспит, часто пропонують роботу у медичних університетах. Януш Дречка, директор шпиталю в Тожимю, говорить, що лікарні теж пильно слідкують за результатами складання іспиту молодими лікарями і пропонують найкращим місця для спеціалізації з можливістю подальшого працевлаштування.

Ось приклади питань, які були на попередніх іспитах:

Негативними показниками стану суспільного здоров'я є:

1. Поширеність захворювань.
2. Тривалість життя.
3. Захворюваність.



4. Дитяча смертність.  
 5. Народжуваність.  
 Правильна відповідь :  
 А. 1, 2, 4  
 Б. 1, 2, 3



Рис. 1. Вищі навчальні заклади в Польщі.

- В. 1, 3, 5  
 Г. 2, 4, 5  
 Д. 1, 2, 5  
 Перший закон про суспільне здоров'я було прийнято в:

- А. Англії  
 Б. Франції  
 В. Німеччині  
 Г. США  
 Д. Польщі

## Oryginalna Przysięga Hipokratesa

Przysięgam na Apollina, lekarza, na Asklepiosa, Hygieję i Panaceę, oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich za świadków, że wedle mej możności i zdolności będę dochowywał tej przysięgi i tego zobowiązania. Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim swym mieniem i na żądanie zaspokajal jego potrzeby; synów jego będę uważał za swych braci i będę uczył ich swej sztuki, gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony; prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom, synom swego mistrza oraz uczniom, wpisanym i związanym prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu.

Będę stosował zabiegi lecznicze wedle moich możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy.

**Nikomiu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewiedzie środka na poronienie. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją.**

Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodenia, jako też wolny od pożądań zmysłowych, tak względem niewiast jak mężczyzn, względem wolnych i niewolników.

Cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim w życiu ludzkim ujrzał czy usłyszał, czego nie należy rozgłaszać, będę mi lcał, zachowując to w tajemnicy.

Jeżeli dochowam tej przysięgi i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu swej sztuki, ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy; w razie jej przekroczenia i złamania niech mię los przeciwny dotknie.

Рис. 2. Текст присяги, яку складають польські лікарі.

### SPECJALIZACJE LEKARZY

- Anestezjologia i intensywne terapię
- Audiologia i foniatria
- Chirurgia dziecięca
- Chirurgia klatki piersiowej
- Chirurgia ogólna
- Chirurgia plastyczna
- Chirurgia szczękowo-twarzowa
- Choroby wewnętrzne
- Choroby zakaźne
- Dermatologia i wenerologia
- Diagnostyka laboratoryjna
- Epidemiologia
- Genetyka kliniczna
- Kardiologia
- Kardiologia
- Medycyna nuklearna
- Medycyna pracy
- Medycyna ratunkowa
- Medycyna rodzinna
- Medycyna sądowa
- Medycyna transportu
- Mikrobiologia lekarska
- Neonatologia
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Okulistyka
- Onkologia kliniczna
- Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
- Otorynolaryngologia
- Patomorfologia
- Pediatra
- Położnictwo i ginekologia
- Psychiatria
- Psychiatria dzieci i młodzieży
- Radiologia i diagnostyka obrazowa
- Radioterapia onkologiczna
- Rehabilitacja medyczna
- Transfuzjologia kliniczna
- Urologia
- Zdrowie publiczne

Рис. 3. Перелік базових спеціалізацій в Польщі.

### SPECJALNOŚCI SZCZEGÓŁOWE LEKARZY

- Alergologia
- Angiologia
- Balneologia i medycyna fizykalna
- Chirurgia naczyniowa
- Chirurgia onkologiczna
- Choroby płuc (pulmonologia)
- Diabetologia
- Endokrynologia
- Farmakologia kliniczna
- Gastroenterologia
- Geriatra
- Ginekologia onkologiczna
- Hematologia
- Hipertensjologia
- Immunologia kliniczna
- Kardiologia dziecięca
- Medycyna paliatywna
- Medycyna sportowa
- Nefrologia
- Neurologia dziecięca
- Neuropatologia
- Onkologia i hematologia dziecięca
- Otorynolaryngologia dziecięca
- Reumatologia
- Seksuologia
- Toksykologia kliniczna
- Transplantologia kliniczna
- Urologia dziecięca

Рис. 4. Перелік подальших спеціалізацій в Польщі.



Рис. 5. Керівник післядипломної практики родинних лікарів з своїми підопічними.

### JEDNOSTKI PROWADZĄCE SPECJALIZACJĘ

Lista Ministra Zdrowia jednostek organizacyjnych prowadzących specjalizacje i staże kierunkowe znajduje się na stron [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl)

Lista Ministra Zdrowia jednostek organizacyjnych prowadzących specjalizację w dziedzinie endokrynologii, na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

Lp.	Jednostka organizacyjna/specjalizująca	Dokładny adres	Województwo	Liczba miejsc szkoleniowych	Liczba wolnych miejsc szkoleniowych	Uwagi
DOLNOŚLĄSKIE						
1	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1, Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami (ul. Pasteura 4)	50-369 Wrocław ul. Curie-Skłodowskiej 50	Dolnośląskie	12	3	+ 2 miejsca dla województwa opolskiego
2	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wzrostu i Rozwoju	50-369 Wrocław ul. Curie-Skłodowskiej 50	Dolnośląskie	3	1	Miejsca dla kształcenia endokrynologów-pediatrów + 1 miejsce dla województwa opolskiego.
3	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ, Kliniczny Oddział Endokrynologii i Kliniki Chorób Wewnętrznych	50-361 Wrocław ul. Wejga 5	Dolnośląskie	4		Miejsca przyznaje w pierwszej kolejności Minister Obrony Narodowej. Miejsca przyznaje w pierwszej kolejności Minister Obrony Narodowej.

Рис. 6. Так виглядає лист з переліком лікарень, які можуть бути базами спеціалізацій.

### Список літератури

1. Розпорядження Міністра охорони здоров'я від 2 січня 2013 р. у справі спеціалізації лікарів і лікарів-дантистів / Варшава, 8 січня 2013 р.
2. <http://www.mz.gov.pl/wwwmzoldindex?mr=m0&ms=&ml=en&mi=535&mx=0&mt=&my=464&ma=5168>
3. [www.cm.umk.pl](http://www.cm.umk.pl)
4. [www.praca.gov.pl](http://www.praca.gov.pl)
5. [www.zawodowe.com](http://www.zawodowe.com)
6. [www.zawodyregulowane.pl](http://www.zawodyregulowane.pl)
7. E. Banaszak, Zawodowy rynek pracy, Materiały pokonferencyjne, Torun 2001.
8. Dziennik Ustaw z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Н. І. Ярема

## РЕЗИДЕНТУРА ЯК ФОРМА СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ В ПОЛЬЩІ. РОЛЬ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ЛІКАРНІ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Відповідно до критеріїв щодо професій, діяльність яких підлягає врегулюванню законними нормативними актами, всі медичні професії у Польщі поділяються на дві категорії: професії, що регулюються законом, і ті, які регулюються іншими нормативними актами. Перша категорія включає лікарів, стоматологів, ветеринарних хірургів, лабораторних техніків, фармацевтів, психологів, медсестер та акушерок, пластичних хірургів і зубних техніків.

У Польщі є одинадцять вищих медичних закладів (академії, університети). Щорічно вони випускають близько 2400 лікарів та 900 стоматологів. Додипломне навчання – це перший етап медичної освіти (рис. 1).

Внаслідок специфіки медичної професії існує необхідність для продовження освіти і набуття додаткових навичок. Випускники вищих медичних закладів зобов'язані проходити післядипломну підготовку. Цей обов'язок прописаний у Законі «Про професійну діяльність лікарів та лікарів-стоматологів» від 5 грудня 1996 року (Урядовий вісник від 2011, № 277), який стосується як лікарів, так і стоматологів.

До реформування післядипломної медичної освіти у 2013 році кожен випускник медичного вузу після отримання диплома проходив обов'язкове післядипломне стажування, тривалістю 13 місяців, метою якого є адаптація молодого спеціаліста до

практичної роботи в лікувально-профілактичних закладах та відпрацювання отриманих під час навчання практичних навичок у реальних умовах. Протягом цього року лікар-стажист, як правило, складав іспит LEK/LDEK, після чого ставав лікарем з отриманням повного права виконання професії.

До реформування II етапом післядипломної підготовки лікаря у Польщі була первинна (базова) спеціалізація (*specjalizacja podstawowa*) (Розпорядження Міністра охорони здоров'я від 20 жовтня 2005 року про спеціалізацію лікарів і стоматологів (Урядовий вісник 2005 року, № 213, пункт 1779, з поправками)).

Метою спеціалізації (як етапу післядипломної підготовки лікаря) є розширення теоретичних і практичних знань спеціаліста щодо діагностики, профілактики та лікування хвороб у певній галузі медицини, на рівні, що дозволяє самостійно надавати лікувальні послуги згідно з найвищими стандартами. Для досягнення цієї мети лікар повинен засвоїти повний діапазон знань та практичних навичок у визначеній спеціальності та в суміжних галузях, зокрема з клінічної фармакології, фармакоекономіки, онкології, паліативної медицини, невідкладної медичної допомоги, профілактичної медицини та громадської охорони здоров'я. Іншою метою є підвищення особистої кваліфікації лікаря, формування етичних зобов'язань та професійної відповідаль-

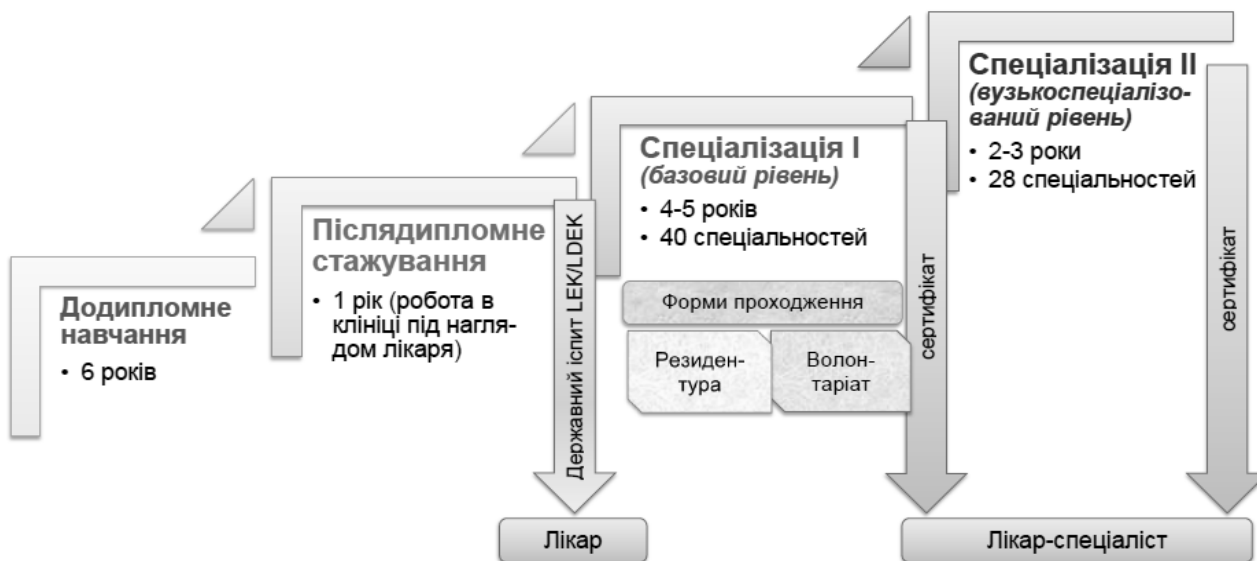


Рис.1. Схема післядипломної підготовки лікарів у Польщі до реформування в 2013 році.

ності, постійний розвиток, удосконалення і поглиблення теоретичних та практичних умінь та впровадження нових розробок у медичну практику.

Спеціалізована підготовка у певній галузі медицини є модульною і складається з:

– основного модуля, що відповідає основній сфері теоретичних знань і практичних умінь з даної або близькоспоріднених галузей медицини;

– спеціалізованого модуля відповідного профілю спеціалізації, в якому лікар освоює обсяг знань, властивих певній спеціалізації, що дає можливість змінювати напрямок спеціалізації після завершення основного модуля;

– або з цілісного модуля, що відповідає даній спеціалізації.

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.

Після завершення даного етапу підготовки лікар стає спеціалістом певного напрямку, наприклад, загальної хірургії, педіатрії, внутрішніх хвороб, сімейної медицини, кардіології, неврології тощо. У цілому в Польщі виділялося 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 й

такі, як «кардіологія», «неврологія», але, наприклад, «нефрологія» і «алергологія» відносяться до вузьких спеціальностей. Для стоматологів виділяється 9 стоматологічних спеціальностей (рис. 2).

Перелік медичних та медико-стоматологічних спеціальностей регламентує Міністерство охорони здоров'я своїм розпорядженням, виходячи з потреб практичної медицини.

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 в реєстр Міністерства охорони здоров'я. Список таких закладів відкрито публікується на сайті Міністерства.

#### **Форми проходження базової спеціалізації**

Базова спеціалізація може здійснюватися у двох формах:

- резидентури;
- волонтаріату (поза резидентурою).

Резидентура – це форма проходження спеціалізації за державним замовленням, з виплатою лікарю, який проходить спеціалізацію, зарплати з бюджетного фонду Міністерства охорони здоров'я. Лікарні є 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. Лікар, який



Рис. 2. Перелік медичних спеціальностей у Польщі до реформування.





Рис. 3. Форми проходження базової спеціалізації.

проходить спеціалізацію у формі резидентури, отримує основну заробітну плату, встановлену Міністерством охорони здоров'я у розмірі не менше 70 % від установленої Кабінетом міністрів середньомісячної заробітної плати у даній галузі медицини.

Фінансування резидентури здійснюється через міністра охорони здоров'я з коштів державного бюджету. В 2012 році резидентура фінансувалася з коштів Фонду праці. Фінанси для проходження спеціалізації за формою резидентури перераховуються на підставі угоди, укладеної з закладом, що проводить спеціалізацію лікарів, які є працівниками цього закладу. Дана угода передбачає суму і призначення коштів.

Позарезидентські форми проходження спеціалізації (у тому числі волонтаріат) не передбачають оплати з фонду Міністерства охорони здоров'я, а стажування здійснюється на позарезидентських місцях. Наявність позарезидентських місць публікується на сайті воєводської адміністрації. Дані форми спеціалізації можуть бути реалізовані на підставі:

- угоди про працю, укладеної із закладом, що проводить спеціалізацію (лікар стає працівником даного лікувально-профілактичного закладу);
- у рамках оплачуваної навчальної відпустки, наданої працівнику на весь термін проходження спеціалізації (якщо лікар працює в іншому лікувально-профілактичному закладі);
- у рамках відрядження, наданого 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 медич-

ними закладами (крім того, у якому проводиться спеціалізація);

- розширення програми денного навчання в докторантурі (за згодою керівника).

#### Процедура зарахування на спеціалізацію

Відбір на спеціалізацію здійснюється на конкурсній основі за показниками офіційної рейтингової шкали згідно з результатом LEK/LDEK, де береться до уваги найкращий результат іспиту. Лікар, який планує розпочати спеціалізацію, може бути допущений до проходження відбору тільки за однією спеціальністю в одному воєводстві. Затвердені воєводською адміністрацією результати зарахування на проходження спеціалізації доступні для огляду 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.

#### Проходження спеціалізації

Лікар може проходити підготовку в рамках тільки однієї спеціалізації за певний період.

Кожен резидент має визначеного керівника спеціалізації. Керівником спеціалізації може бути висококваліфікований лікар-спеціаліст або працівник медичного університету за напрямком спеціалізації лікаря. Керівник спеціалізації може мати 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.

Керівник спеціалізації здійснює нагляд за виконанням програми спеціалізації лікарем, що проходить спеціалізацію. Для цього він:

- 1) складає детальний план навчання в рамках програми спеціалізації;

2) консультує та оцінює заплановані й виконані лікарем діагностичні процедури та їх інтерпретацію, діагностичні методики, способи лікування, прогноз та рекомендації для пацієнта;

3) контролює виконання лікарем медичних діагностичних, лікувальних і реабілітаційних процедур, що передбачені програмою, до часу набуття лікарем досвіду, достатнього для їх самостійного виконання;

4) участь у хірургічних операціях, що виконує лікар-резидент, або інших лікувально-діагностичних процедурах з підвищеним ризиком нанесення шкоди пацієнту, до часу достатнього освоєння цих навичок учнем для їх самостійного виконання;

5) висловлює професійну думку щодо професійних здібностей і перспектив учня, його мануальних вмінь, відношення до пацієнтів та колег, організаторських здібностей і вміння працювати в команді;

6) подає клопотання до воєводи, міністра національної оборони або міністра внутрішніх справ про переривання спеціалізованої підготовки лікаря, який не виконує навчальну програму;

7) подає клопотання до воєводи, міністра національної оборони або міністра внутрішніх справ про продовження терміну спеціалізованої підготовки;

8) засвідчує завершення спеціалізованої підготовки згідно з програмою спеціалізації.

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

Програма спеціалізації окреслює:

1. Об'єм необхідних теоретичних знань і практичних умінь, які лікар зобов'язаний опанувати в процесі підготовки фахівця, з урахуванням особливих вимог певної медичної спеціальності, а також суміжних спеціальностей, зокрема клінічної фармакології, фармакоелектрофізіології, онкології, паліативної медицини, медицини невідкладних станів, профілактичної медицини, громадського здоров'я та медичного права.

2. Форми і методи поглиблення і доповнення теоретичних знань, а також отримання і вдосконалення практичних навичок, зокрема:

а) модуль спеціалізації на першому році навчання, що забезпечує введення в проблематику, завдання та сферу діяльності фахівців даної спеціальності з визначенням завдань, компетентностей та очікуваних результатів підготовки спеціаліста у цій галузі;

б) необхідні курси (модулі) спеціалізації, що охоплюють певний діапазон відповідних теоретичних знань у певній галузі медицини та суміжних дисциплінах;

в) курс з невідкладної медичної допомоги;

г) курс громадського здоров'я та медицини;

д) курс медичного права;

е) освоєння та участь у проведенні та виконання визначеної кількості передбачених методів лікування або медичних процедур;

є) практичні модулі (курси), що забезпечують засвоєння визначеного переліку теоретичних знань і практичних вмінь;

ж) виконання медичних чергувань, відповідно до програми даної спеціалізації, або робота відповідно до положення про лікувальну діяльність;

з) програма самоосвіти.

3. Тривалість проходження спеціалізації.

4. Форми і методи контролю та оцінювання засвоєних теоретичних знань і практичних навичок.

5. Спосіб і порядок отримання підтвердження оволодіння практичними навичками, визначеними програмою спеціалізації.

6. Перелік питань, що виносяться на державний екзамен зі спеціалізації.

7. Стандарти акредитації навчальних організацій відповідно до вимог, які повинні забезпечити заклади для реалізації даної програми спеціалізації.

Лікарі під час проходження спеціалізації працюють протягом також ж робочого часу, як і медичні працівники, зайняті в лікувальних закладах відповідно до ст. 93 Закону «Про медичну діяльність» від 15 квітня 2011 року, і мають повні чергування або працюють позмінно еквівалентно до максимального часу, який дозволено приписати, що регулюють лікарську практику.

Лікар, який має чергування в рамках реалізації програми спеціалізації, отримує оплату на основі угоди, що укладається з особою, яка відбуває спеціальну підготовку або практичний модуль.

Тривалість резидентури може бути продовжена або скорочена за певних умов, передбачених законом. Наприклад, підставою для продовження терміну резидентури може бути неоплачувана відпустка на термін до 3 місяців; неоплачуване відраджено для проходження закордонного стажування, за погодження із закладом, що проводить спеціалізацію; перерва до 14 днів, зумовлена бюрократичними затримками при зміні модулів (курсів) спеціалізації; перерва до 12 місяців, зумовлена нестачею місць для проходження певних модулів (курсів) спеціалізації. В окремих випадках згоду на продовження тривалості спеціалізації може давати воєвода, а резидентури – міністр охорони здоров'я. Про кожен випадок продовження терміну спеціалізації повинен бути проінформований воєвода, що забезпечує точний облік місць спеціалізації.

#### **Контроль за реалізацією спеціалізації**

Слід відмітити, що основна відповідальність за повноту та якість реалізації програми спеціалізації лежить власне на лікареві, що проходить підготовку. Він має високу мотивацію отримати найкращі знання, виконати якомога більше маніпуляцій чи

провести курацію різнопланових пацієнтів, оскільки в подальшому отриманий досвід та рекомендації від колег впливатимуть на рівень його конкурентоспроможності на ринку праці.

Цю відповідальність поділяє керівник спеціалізації, який зобов'язаний контролювати роботу резидента у лікарні, виконання ним запланованих процедур, проходження усіх обов'язкових практичних та теоретичних циклів, і в подальшому рекомендує його до складання державного екзамену зі спеціалізації.

Крім того, організацію та контроль за післядипломною підготовкою лікарів і стоматологів забезпечують:

– відділи вищих медичних кадрів Департаментів соціальної політики при воєводських адміністраціях: організація всього процесу навчання (збір заяв на проходження спеціалізації та проведення конкурсу/зарахування, реєстрація та погодження керівників спеціалізації та індивідуальних планів, підготовка документації для державного екзамену зі спеціалізації);

– Центр післядипломної медичної освіти (ЦПМО) (розробка типових програм спеціалізації, організація та методичне забезпечення обов'язкових курсів та циклів із підвищення кваліфікації, надання повноважень закладам здійснювати навчання за певною спеціальністю);

– Центр медичних іспитів (створення бази питань, організація та проведення державних екзаменів зі

спеціалізації (*Panstwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*, надалі ДЕС));

– Міністерство охорони здоров'я, зокрема Департамент науки та вищої освіти (затвердження типових програм спеціалізації; регламентація форм проходження спеціалізації та фінансування виділених місць резидентури; контроль за складанням ДЕС; затвердження переліку вимог до лікувально-профілактичних закладів, що можуть проводити спеціалізацію, та реєстрація цих закладів; розгляд справ, що стосуються вищої медичної освіти та післядипломної підготовки медичних кадрів для польських громадян та іноземців).

Роль медичних університетів у спеціалізаційній підготовці полягає в організації обов'язкових та рекомендованих курсів спеціалізації, які внесені у список та делеговані Центром післядипломної медичної освіти, а також у методичній підтримці лікувально-профілактичних закладів, що здійснюють спеціалізацію лікарів та стоматологів.

Провідна роль у здійсненні післядипломної підготовки лікарів, зокрема спеціалізації, належить лікувально-профілактичним закладам, список яких після отримання акредитації Міністерства охорони здоров'я Польщі викладається на сайті ЦПМО із зазначенням загальної кількості місць спеціалізації та вільних на даний момент (рис. 4).

Вимоги до лікувально-профілактичних та освітніх закладів, які мають намір проводити післядиплом-

**Список організацій, які здійснюють спеціалізацію за напрямком хірургічна онкологія, в Республіці Польща (станом на 07.04.2014 року)**

№	Лікувально-профілактичний заклад/ підрозділ	Адрес	Воєводство	К-сть місць спеціалізації	К-сть вільних місць спеціалізації	Примітка
<b>Нижньосілезьке</b>						
1	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej, I Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej	58-506 Jelenia Góra ul.Ogińskiego 6	Нижньосілезьке	4	2	
2	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Oddział Chirurgii Onkologicznej	59-220 Legnica ul.Waszkiewicza 5	Нижньосілезьке	2	1	
3	Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokolowskiego, Oddział Chirurgii Onkologicznej	58-309 Wałbrzych ul.Sokolowskiego 4	Нижньосілезьке	2	1	
4	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Oddział Chirurgii Onkologicznej I	53-413 Wrocław pl.Hirszfelda 12	Нижньосілезьке	7	5	
5	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Oddział Chirurgii Onkologicznej II	53-413 Wrocław pl.Hirszfelda 12	Нижньосілезьке	6	3	+ 2 місця для воєводства Ополе
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Chirurgii Onkologicznej	51-124 Wrocław ul.Kamieńskiego 73A	Нижньосілезьке	3	1	
<b>Разом:</b>				<b>24</b>	<b>13</b>	

Рис. 4. Список лікувально-профілактичних закладів, затверджений Міністерством здоров'я Польщі для проведення спеціалізації за напрямком хірургічна онкологія. Із сайту ЦПМО ([www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl))

ну підготовку лікарів, є прописані у польському законодавстві та включають:

1) наявність оформленого плану навчання для реалізації в зазначений час, в якому визначено:

- а) мету навчання;
- б) предмет і сферу навчання згідно з актуальними медичними знаннями;
- в) форму навчання;
- г) необхідну кваліфікацію учасників;
- д) спосіб верифікації результатів навчання;
- е) спосіб підтвердження участі й закінчення навчання.

2) забезпеченість професорсько-викладацьким складом з необхідним для цієї форми освіти кваліфікаційно-освітнім рівнем;

3) забезпеченість адекватними для виконання програми навчально-практичними базами з урахуванням практичного навчання;

4) мати внутрішню систему оцінки якості освіти з урахуванням інструментів та методів оцінювання якості освіти;

5) забезпечення надання медичних послуг, що входять до сфери освіти уповноваженими особами, і ті особи, які уповноважені, та відповідної кваліфікації для їх реалізації.

Лікувально-профілактичні заклади, готуючись до акредитації на проведення спеціалізації лікарів, зобов'язані виконати такі умови:

1) працювати відповідно до профілю підготовки майбутніх спеціалістів або мати в своїй організаційній структурі профільні лікувальні, лабораторно-діагностичні або реабілітаційні відділення, які б відповідали вимогам;

2) забезпечити матеріальні та організаційно-правові можливості для виконання програми спеціалізації певною кількістю лікарів;

3) забезпечити нагляд в рамках існуючої організаційної структури:

а) для лікарень – забезпечити якість викладання і терапевтичної підготовки лікарів-резидентів;

б) для інших організаційних підрозділів – забезпечити якість викладання для лікарів, що проходять спеціалізацію;

4) забезпечити спеціалізовану підготовку в галузі контролю за документацією лікаря;

5) найняти на договірній основі або на підставі цивільно-правового договору на посаду в лікарняних палатах або інших відділеннях, зазначених у пункті 1:

а) щонайменше одного лікаря з кваліфікацією вузького спеціаліста у відповідній галузі медицини;

б) принаймні два лікарі з кваліфікацією спеціаліста в суміжній галузі у випадках спеціалізації, для яких не було передбачено одержання кваліфікації спеціаліста до набрання чинності актуального законодавства;

б) підготувати навчений персонал, медичне обладнання та прилади, необхідні для виконання завдань, передбачених програмою спеціалізації відповідно до стандартів акредитації;

7) забезпечити можливість надання медичних послуг відповідного типу в кількостях, необхідних для виконання програми спеціалізації зазначеної кількості лікарів-резидентів;

8) забезпечити цілодобові послуги стаціонарним хворим або пацієнтам, що не потребують госпіталізації, невідкладної медичної допомоги та інших видів медичних послуг, якщо це впливає з програми спеціалізації;

9) забезпечити спеціалізовану підготовку зазначеної кількості лікарів-резидентів в об'ємі робочого часу, передбаченого програмою спеціалізації у формі позмінної роботи або робочого часу, еквівалентного максимальному робочому часу, передбаченого законодавчим регулюванням медичної діяльності;

10) укладати угоди з юридичними особами для того, щоб мати можливість реалізувати програми медичної спеціалізації, в тому числі за напрямками, реалізація яких неможлива в межах даної організаційної структури;

11) отримати висновок компетентного регіонального консультанта в галузі медицини щодо виконання умов, зазначених у пунктах 1–10, а у випадку його відсутності – національного консультанта.

#### **Державний екзамен зі спеціалізації**

Для контролю якості знань та практичних навичок лікарем за час спеціалізації, Міністерством охорони здоров'я, Центром екзаменів медичних та відділами вищих медичних кадрів Департаментів соціальної політики воєводських адміністрацій двічі на рік проводиться державний екзамен зі спеціалізації (ДЕС). Лікар може подавати документи на складання ДЕС на ім'я воєводи через керівника спеціалізації після успішного завершення програми спеціалізації. Заява подається у формі електронної реєстрації на сайті ЦЕМ. ДЕС для кожної спеціальності проводиться у формі тестового та усного іспиту, в черговості, встановленій директором ЦЕМ, з охопленням матеріалу пройденої спеціалізації з урахуванням діагностичних і лікувальних процедур, без виконання інвазивних маніпуляцій. Тестові питання або завдання усного іспиту опрацьовує і підбирає ЦЕМ у співпраці з державним консультантом для даної галузі медицини або його представником, що призначається на кожну екзаменаційну сесію. Тестові питання і завдання усної частини розробляються, доповнюються і зберігаються в спосіб, що унеможливує доступ до них осіб, які не беруть участь в їх розробці, доповненні й зберіганні, а також тих, що вводять їх у базу ДЕС або виконують нагляд над їх введенням. Тестові завдання не підлягають широкому доступу відповідно до закону від 6 вересня 2001 року «Про доступ до публічної інформації». ЦЕМ повідомляє лікаря про місце і терміни ДЕС не пізніше ніж за 14 днів до дати проведення. Лікареві надається відпустка тривалістю 6 днів на підготовку до складання ДЕС. На час підготовчої відпустки лікар зберігає право на заробітну плату.



Тестовий іспит, що входить до складу ДЕС, складається із 120 тестових питань з п'ятьма варіантами відповідей, з яких тільки одна правильна. За кожну правильну відповідь лікар отримує 1 бал. У разі відсутності відповіді або значення більше, ніж однієї відповіді, бали не начисляються. Тестову частину ДЕС зараховують із позитивним результатом у разі отримання лікарем щонайменше 60 % від максимальної кількості балів. Під час здавання ДЕС лікар не може користуватися жодними навчальними посібниками та іншими матеріалами, а також пристроями, що слугує для копіювання, передавання і одержання інформації. Порушення цієї заборони дає привід для дискваліфікації особи, яка складає іспит, що рівнозначне з отриманням нею негативного результату.

Іспит проходить у присутності щонайменше трьох членів комісії.

При складанні лікарем усного іспиту його керівник може бути призначеним як спостерігач.

ДЕС проводиться державною екзаменаційною комісією (надалі ДЕК). Голову і членів ДЕКу призначає директор ЦЕМ з числа осіб, запропонованих державним консультантом та науковим товариством для даної галузі медицини, а також Головною лікарською палатою. До складу ДЕКу входять профільні лікарі-спеціалісти (або, в об'єднаних випадках, фахівці із споріднених галузей медицини), а саме:

- 1) представник або представники державного консультанта для даної галузі медицини;
- 2) представник або представники наукових товариств для даної галузі медицини;
- 3) представник або представники Головної лікарської палати.

Лікар отримує негативний результат ДЕС, якщо результат є негативний хоч би з однієї його частини. У такому випадку лікар може звернутися з клопотанням до директора ЦЕМ щодо повторного складання ДЕС. Отриманий позитивний результат з однієї з частин ДЕС визнається в подальших екзаменаційних сесіях. У разі заявки на складання ДЕС вчетверте і кожен наступний раз лікар вносить оплату в розмірі не вище ніж 25 % середньої місячної заробітної плати.

Лікареві, який склав ДЕС із позитивним результатом, ЦЕМ видає свідоцтво спеціаліста в строк 30 днів від дня отримання сертифіката з результатами ДЕС. Лікар, який отримав свідоцтво, інформує про це регіональний осередок Лікарської палати, яка вписує інформацію про цей факт до окружного реєстру лікарів.

До реформування третій ступінь післядипломної підготовки лікаря здійснювався винятково за бажанням самого лікаря та/або за потреби лікувального закладу, в якому він практикує. Метою цього етапу є підготовка спеціаліста з вузькою спеціалізацією (рис. 1). Його тривалість складає 2–3 роки залежно від спеціальності. Кількість та профіль вузьких спе-

ціалістів визначають в основному лікувально-профілактичні заклади, яким це необхідно для отримання акредитації, а також залучення коштів від Народного фонду здоров'я.

Зарахування претендентів на вузьку спеціалізацію відбувається двічі на рік аналогічно до процедури зарахування на базову спеціалізацію з деякими особливостями.

Лікар складає заяву на проходження вузької спеціалізації в обраній галузі медицини в електронній або паперовій формі на ім'я воєводи того воєводства, на території якого бажає здійснювати спеціалізовану підготовку, міністра національної оборони, у випадку, якщо лікар перебуває на діючій військовій службі або працевлаштований у лікувальних закладах, підпорядкованих Міністерству національної оборони, або міністра внутрішніх справ, у випадку, якщо лікар перебуває на службі або працює у лікувальних структурах, підпорядкованих Міністерству внутрішніх справ.

Кількість вільних місць для проходження спеціалізації на даний відбір у закладах, включених в реєстр закладів для проведення спеціалізації Міністерства охорони здоров'я, оголошується на сайті Департаменту соціальної політики кожного воєводства за 1 місяць до початку кваліфікаційного відбору.

Крім особистих даних, номери диплому та посвідчення спеціаліста, кандидат зобов'язаний вказати інформацію про:

- результат ДЕС;
- наявний науковий ступінь;
- кількість публікацій та їх список;
- підтвердження легального перебування на території держави для іноземців, які перебувають в Польщі, але не є громадянами ЄС;
- лікувально-профілактичний заклад, який обраний для проходження спеціалізації;
- рекомендовано (не обов'язково): згода від обраного медичного закладу на проходження спеціалізації;
- згода роботодавця або керівника докторантури на проходження спеціалізації;
- працевлаштування з детальними даними про:
  - а) стаж роботи (не менше 3-х років до початку кваліфікаційного відбору);
  - б) робочий час (повний робочий день);
  - в) інформація про працевлаштування за напрямком спеціалізації;
  - г) інформацію про відсутність проходження іншої спеціалізації впродовж останніх трьох років;
  - г') інформацію про займану посаду (для викладачів).

Заява разом з необхідним набором документів у паперовій формі може бути надана особисто або надіслана поштою рекомендованим листом.

Вторинна спеціалізація здійснюється лише на основі цивільно-правової угоди з лікувальними закладами, резидентські місця не надаються. Як пра-

вило, лікар отримує оплачувану відпустку на весь термін проходження спеціалізації або ж укладає трудову угоду, якщо є працівником лікувально-профілактичного закладу, який має акредитацію на проведення спеціалізації.

Кваліфікаційний процес здійснюється на основі конкурсного відбору, якщо кількість кандидатів для проходження спеціалізації більша, ніж кількість наявних місць.

При зарахуванні на вузьку спеціалізацію при конкурсному відборі претенденту нараховуються бали за такі параметри:

– перерахунок результатів ДЕС – максимально 200 балів;

– наявність ступеня доктора медичних наук – 5 балів;

– не менше трьох років трудового стажу або службового відношення до медицини до початку відбору на повну ставку в закладі, акредитованому за напрямком спеціалізації, – 5 балів;

– у разі викладання в медичних навчальних чи інших закладах та праці в сфері медичної науки – 5 балів;

– публікації у наукових журналах, включених до списку, складеного міністром науки для параметричного оцінювання дослідницьких одиниць (0,5 бала за участь в одній публікації) – максимально 5 балів.

Максимально можлива кількість балів – 220.

Після зарахування лікарю призначають керівника спеціалізації. Разом вони протягом місяця зобов'язані розробити індивідуальний план на основі типових програм, представлених на сайті Центру післядипломної медичної освіти ([www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl)) з календарним планом та місцем проходження теоретичних та практичних курсів. Перелік навчальних курсів, включених в програму спеціалізації, можна знайти на тому ж сайті. Крім цього, в індивідуальному плані прописують перелік обов'язкових до виконання практичних навичок і медичних процедур, а також критерії контролю успішного засвоєння програми спеціалізації. Індивідуальні плани вузької спеціалізації, аналогічно до базової, повинні бути затверджені крайовим (державним) консультантом та направлені у відділи вищих медичних кадрів воєводських адміністрацій, які спільно з деканатами післядипломної освіти медичних вузів координують їх реалізацію.

Після успішного завершення повного курсу вторинної спеціалізації, що засвідчує керівник спеціалізації, лікар зобов'язаний скласти відповідний державний екзаме́н зі спеціалізації (методика організації та оцінювання аналогічна описаній у попередньому розділі). Це дає підстави для присвоєння лікарю звання вузького спеціаліста певного напрямку медицини.

При потребі, протягом своєї професійної діяльності лікар може здобувати не одну вузьку спеціальність, на це не введено обмеження. Слід лише дотримуватись вимоги щодо провадження практичної діяльності не менше 3-х років між курсами спеціалізації.

## Реформування післядипломної підготовки лікарів у Польщі

Досвід Польщі є цікавий тим, що реформування медичної освіти там відбувалося за умов переорієнтації системи охорони здоров'я на сімейну медицину. У відповідь на вимогу ринку праці, який потребував значної кількості спеціалістів – сімейних лікарів, було розроблено 4-річну програму спеціалізації з сімейної медицини, на відміну від 5–6-річних для інших спеціальностей. Це дозволило за короткий час задовільнити потреби первинної ланки практичної охорони здоров'я та зміцнити інститут сімейного лікаря. Крім цього, для первинної спеціалізації були запропоновані медичні спеціальності, в межах яких захворюваність була загрозливою у Польщі (наприклад кардіологія). Цікавою для України є модульна структура програм спеціалізації, яка дозволяє здійснювати підготовку лікарів різних напрямків спеціалізації на спільних базових модулях і, таким чином, дати їм краще уявлення про компетентності інших лікарів.

Тим не менше, поляки виявили низку проблем при впровадженні змін. Так, на даний час практична охорона здоров'я Польщі реєструє нестачу вузьких спеціалістів, яка пояснюється в основному довгим періодом їх підготовки (в сукупності 8–10 років). Через те там здійснюється перехід на однорівневу систему спеціалізації, коли лікар повинен зразу обрати собі спеціальність, у тому числі вузьку, що дозволить скоротити час підготовки спеціалістів до 5–6 років. При цьому зберігається модульний підхід, коли у перші роки забезпечується базова підготовка з поглиблення кваліфікації лікаря у таких галузях, як внутрішня медицина, хірургія, педіатрія або акушерство тощо, і лише в подальшому лікар проходить спеціальні вузькі модулі.

Таким чином, згідно з Розпорядженням міністра охорони здоров'я Польщі від 8 січня 2013 року про спеціалізацію лікарів і стоматологів (Урядовий вісник 2013 року, пункт 26) спеціалізація стає одноступеневою (рис. 4).

Нове положення виділяє 77 медичних спеціальностей та 9 стоматологічних (табл. 1). Цікавим є те, що до списку було внесено низку вузьких спеціальностей, зокрема педіатричного напрямку, таких, як ендокринологія та діабетологія дітей, метаболічна педіатрія, що свідчить про зацікавленість польської медицини у збереженні та зміцненні здоров'я підрастаючого покоління.

Випускник медичного вузу після отримання диплома та складання державного іспиту LEK/LDEK повинен визначитися, за якою спеціальністю він хоче працювати в майбутньому. Звичайно, його вибір залежатиме від результату складання державного іспиту: чим вищий бал – тим ширший вибір. Прохідний бал для кожної спеціальності щороку переглядається Міністерством охорони здоров'я після консультацій з крайовими консультантами, що дає змогу стимулювати підготовку спеціалістів,

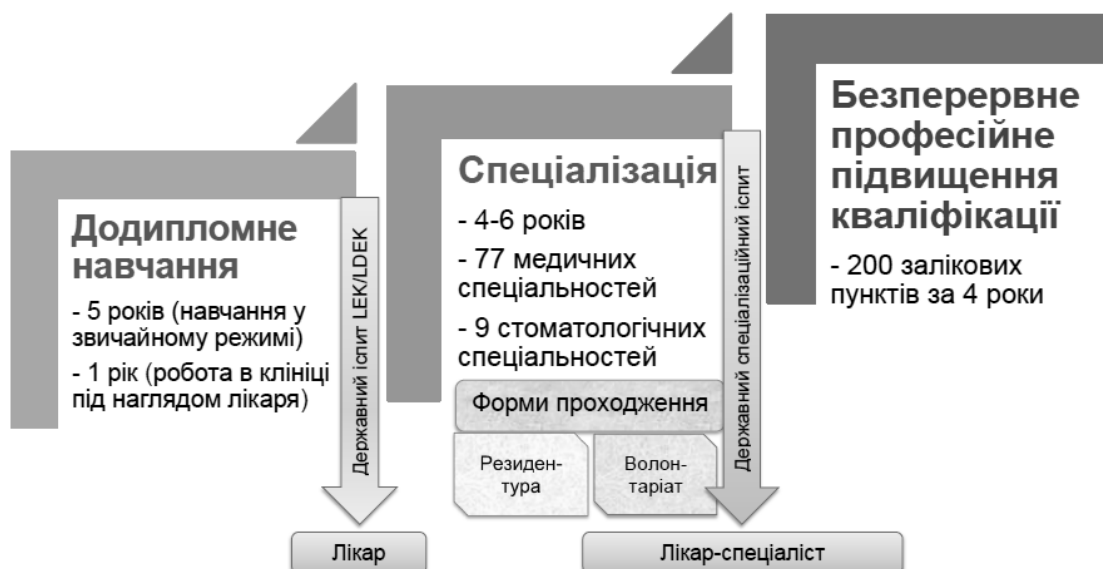


Рис. 4. Схема післядипломної підготовки лікарів у Польщі після реформування в 2013 році.

Таблиця 1

Перелік медичних та стоматологічних спеціальностей у Польщі (згідно з додатком 1 Розпорядження міністра охорони здоров'я Польщі від 8 січня 2013 року про спеціалізацію лікарів і стоматологів (Урядовий вісник 2013 року, пункт 26))

Медична спеціальність	Стоматологічна спеціальність
1	2
1) алергологія (0731)	1) стоматологічна хірургія (0781)
2) анестезіологія і інтенсивна терапія (0701)	2) щелепно-лицева хірургія (0704)
3) ангіологія (0732)	3) ортодонтія (0782)
4) аудіологія і фоніатрія (0773)	4) періодонтологія (0783)
5) бальнеологія і фізіотерапія (0734)	5) стоматологічна протетика (0784)
6) дитяча хірургія (0702)	6) дитяча стоматологія (0785)
7) торакальна хірургія (0735)	7) терапевтична стоматологія з ендодонтією (0786)
8) судинна хірургія (0736)	8) епідеміологія (0710)
9) загальна хірургія (0703)	9) соціальна медицина (0730)
10) онкологічна хірургія (0737)	
11) пластична хірургія (0738)	
12) хірургія щелепно-лицева (0704)	
13) хвороби легень (0739)	
14) дитячі хвороби легень (0792)	
15) внутрішні хвороби (0705)	
16) інфекційні захворювання (0706)	
17) дерматологія і венерологія (0707)	
18) діабетологія (0740)	
19) лабораторна діагностика (0708)	
20) ендокринологія (0741)	
21) ендокринологія гінекологічна і вагітності (0799)	
22) ендокринологія і діабетологія дітей (0796)	
23) епідеміологія (0710)	
24) клінічна фармакологія (0742)	
25) гастроентерологія (0743)	
26) дитяча гастроентерологія (0797)	
27) клінічна генетика (0709)	
28) геріатрія (0744)	
29) онкологічна гінекологія (0787)	

1	2
30) гематологія (0745) 31) гіпертензіологія (0788) 32) клінічна імунологія (0746) 33) інтенсивна терапія (0801) 34) кардіохірургія (0747) 35) кардіологія (0748) 36) дитяча кардіологія (0762) 37) авіаційна медицина (0793) 38) медицина морська і тропічна (0794) 39) нуклеарна медицина (0749) 40) паліативна медицина (0750) 41) професійна медицина (0711) 42) медицина швидкої допомоги (0712) 43) сімейна медицина (0713) 44) судова медицина (0714) 45) спортивна медицина (0751) 46) лікарська мікробіологія (0716) 47) нефрологія (0752) 48) дитяча нефрологія (0798) 49) неонатологія (0753) 50) нейрохірургія (0717) 51) неврологія (0718) 52) дитяча неврологія (0763) 53) невропатологія (0789) 54) офтальмологія (0719) 55) дитяча онкологія і гематологія (0755) 56) клінічна онкологія (0754) 57) ортопедія і травматологія руху (0720) 58) оториноларингологія (0721) 59) дитяча оториноларингологія (0790) 60) патоморфологія (0722) 61) педіатрія (0723) 62) педіатрія метаболічна (0795) 63) перинатологія (0800) 64) акушерство та гінекологія (0724) 65) психіатрія (0725) 66) психіатрія дітей та молоді (0756) 67) радіологія і образна діагностика (0726) 68) онкологічна радіотерапія (0727) 69) медична реабілітація (0728) 70) ревматологія (0757) 71) сексологія (0758) 72) клінічна токсикологія (0759) 73) клінічна трансфузіологія (0760) 74) клінічна трансплантологія (0761) 75) урологія (0729) 76) дитяча урологія (0791) 77) соціальна медицина (0730)	

нестача яких спостерігається на ринку праці. При цьому задіяні два механізми:

- збільшення кількості місць резидентури (оплачуваної спеціалізації) для затребуваних спеціальностей;
- підвищення прохідного бала для популярних, але перенасичених спеціальностей.

Для прикладу з досвіду польських колег: у минулі роки, коли активно підтримувався розвиток інституту сімейного лікаря, Нижньосілезьке воєвод-

ство отримувало по 8–10 резидентських місць для спеціалізації за сімейною медициною. На сьогодні вони відчувають нестачу педіатрів, тож, відповідно, Міністерство охорони здоров'я на 2014 рік виділило всього 2 місця резидентури з сімейної медицини та 10 – для педіатрії.

Введення одноступеневої спеціалізації після реформи зберігає модульний підхід, при цьому є низка спеціальностей, які мають спільний базовий мо-



дуть, що відповідає основній сфері теоретичних знань і практичних умінь з даної або близькоспоріднених галузей медицини, а також спеціальності, підготовка яких здійснюється за наскрізною програмою.

Список базових модулів включає такі:

- із загальної хірургії;
- із внутрішніх хвороб;
- з оториноларингології;
- з патоморфології;
- з педіатрії.

Після завершення програми підготовки з базового модуля, лікар має можливість обрати подальший спеціалізований модуль, відповідний до профілю спеціалізації, в якому освоює обсяг знань, властивих певній спеціалізації (табл. 2).

Усі інші спеціальності мають наскрізну програму спеціалізації, що обмежує можливості лікаря до мобільності на ринку праці, зате скорочує тривалість підготовки спеціаліста.

Структура програм та методика проведення післядипломної підготовки (спеціалізації) у Польщі дещо відрізняється від такої в Україні: основний акцент робиться на практичній підготовці лікаря, відсутній поділ на очні та заочні цикли.

Уся програма поділяється на так звані стажування або практичні цикли у різних відділеннях лікувально-профілактичних закладів, практику, а також обов'язкові курси на базі вищих медичних навчальних закладів (табл. 3).

Таблиця 2

Перелік медичних спеціальностей Польщі, що мають базовий та спеціалізований модулі підготовки

Базовий модуль спеціалізації	Спеціальність, що має спільний базовий модуль
Базовий модуль за напрямком загальної хірургії	– дитяча хірургія – торакальна хірургія – судинна хірургія – загальна хірургія – онкологічна хірургія – пластична хірургія
Базовий модуль за напрямком внутрішніх хвороб	– алергологія, – ангиологія – бальнеологія і фізіотерапія – хвороби легень – внутрішні хвороби – діабетологія – ендокринологія – гастроентерологія – геріатрія – гематологія – клінічна імунологія – кардіологія – авіаційна медицина – морська і тропічна медицина – паліативна медицина – робоча медицина – нефрологія – клінічна онкологія – ревматологія – клінічна токсикологія – клінічна трансфузіологія
Базовий модуль за напрямком оториноларингології	– аудіологія та фоноатрія – оториноларингологія – дитяча оториноларингологія
Базовий модуль за напрямком патоморфології	– невропатологія – патоморфологія
Базовий модуль за напрямком педіатрії	– дитяча пульмонологія – дитяча ендокринологія і діабетологія – дитяча гастроентерологія – дитяча кардіологія – дитяча нефрологія – неонатологія – онкологія і дитяча гематологія – педіатрія – метаболічна педіатрія

Структура програми спеціалізації у Польщі (на прикладі сімейної медицини)

Тип циклу	Назва циклу	Тривалість
Стажування	• Введення до сімейної медицини (в амбулаторії сімейного лікаря)	2 місяці (8 тижнів)
Стажування	• Внутрішні хвороби, в тому числі: • кардіологія • пульмонологія	6 місяців (24 тижні) 1 місяць 1 місяць
Стажування	• Педіатрія	6 місяців (24 тижні)
Стажування	• Акушерство і гінекологія	3 місяці (12 тижнів)
Стажування	• Загальна хірургія	1 місяць (4 тижні)
Стажування	• Психіатрія	1 місяць (4 тижні)
Стажування	• Дерматологія	3 тижні
Стажування	• Ларингологія	3 тижні
Стажування	• Неврологія	3 тижні
Стажування	• Офтальмологія	3 тижні
Стажування	• Інфекційні хвороби	3 тижні
Стажування	• Фізіотерапія	1 тиждень
Стажування	• Факультативне стажування	1 місяць
Практика	• Практика сімейного лікаря	24 місяці (96 тижнів)
Обов'язкові курси	• Наприклад «Покращення діагностики, профілактики та лікування інфекційних захворювань у дітей»	Разом 46 днів по 7 год

Щоб мати легальне право обстежувати пацієнта, лікар на час проходження спеціалізації повинен бути працевлаштованим у лікувально-профілактичному закладі, що проводить спеціалізацію, на резидентській ставці або на умовах цивільно-правової угоди. При проходженні стажування лікар-резидент виконує обов'язки молодшого асистента в сфері його діяльності, працюючи під наглядом лікаря, який керує циклом даного стажування, і є ординатором відділу або лікарем-спеціалістом, закріпленим за даним резидентом. На завершення циклів стажування внутрішніх хвороб та педіатрії виділяється по 2 дні, а у випадку загальної хірургії та гінекології – один день, визначені для практичних, семінарських занять чи оцінювання пройденого курсу стажування.

Під час практики резидент працює, виконуючи усі обов'язки лікаря, під наглядом свого керівника. Принаймні один раз на тиждень резидент і керівник спеціалізації обговорюють поточні справи, пов'язані з обговоренням прийнятих пацієнтів і навчанням або з подальшим плануванням проходження спеціалізації в межах програми.

Серед інших форм навчання виділяється самопідготовка у формі:

– розробки щонайменше 1 програми покращення якості роботи в практиці сімейного лікаря;

– підготовки навчальних матеріалів і проведення заняття під час теоретичного навчання для групи лікарів-стажистів або для «зовнішніх» слухачів, наприклад учнів ліцеїв, пацієнтів тощо;

– написання оглядової статті або співавторства в науковій праці (оригінальній, винахідницькій чи оглядовій).

### Роль Університетської лікарні в післядипломній підготовці лікарів

Як було зазначено вище, лікувально-профілактичні заклади відіграють важливу роль у здійсненні післядипломної підготовки медичних кадрів. Так, післядипломне стажування та спеціалізація відбуваються саме на базі цих закладів. Університетська клінічна лікарня ім. Яна Мікуліча-Радецького у Вроцлаві найбільший лікувально-профілактичний заклад Нижньої Сілезії та один із найсучасніших у Польщі, є чудовим прикладом закладу, що поєднує передові підходи до діагностично-лікувального процесу, сучасне обладнання та класичну школу викладання, що створює унікальне навчальне середовище для молодих спеціалістів-медиків.

У лікарні створена ефективна модель співпраці між лікувальним закладом та медичним університетом. Згідно з статутом Вроцлавського медичного



Рис. 5. Будівля Університетської клінічної лікарні ім. Яна Мікуліча-Радецького у Вроцлаві.

університету Університетська клінічна лікарня належить університету, а ректор має право самостійно або через наглядову раду призначати директора лікарні, який несе відповідальність за ефективність діяльності та є підзвітним ректору.

Ліжковий фонд Вроцлавської університетської лікарні становить 978 ліжок. Лікарня включає 37 відділень та 23 клініки. Лікарня займає площу 150 тис. м<sup>2</sup>. Нова будівля університетської клініки на вул. Боровській була побудована й обладнана на бюджетні кошти і після завершення будови у 2007 році передана на бюджет Вроцлавського медичного університету.

Річний обіг коштів становить 278 млн злотих. З них 92 % складають надходження від Народного фонду здоров'я у вигляді оплати за лікування пацієнтів, 8 % – дотації з Міністерства охорони здоров'я (рис. 6).

Щорічно в лікарні медичні послуги отримують приблизно 60 тис. пацієнтів. Так, протягом 2013 року в Університетській лікарні на стаціонарному лікуванні перебували 54 436 хворих, допомогу в відділенні невідкладної допомоги отримали 30 627 осіб. Середній термін лікування – 5,88 діб.

У 20 операційних виконується понад 17,5 тис. оперативних втручань. Операційний блок складаєть-

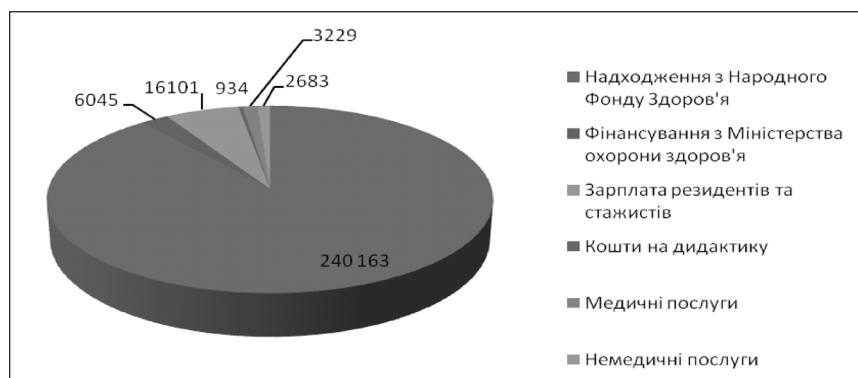


Рис. 6. Фінансові надходження в бюджет Університетської клінічної лікарні ім. Яна Мікуліча-Радецького у Вроцлаві в 2012 році (за даними Звіту про фінансову діяльність Університетської клінічної лікарні ім. Яна Мікуліча-Радецького у Вроцлаві за 2012 рік).

Таблиця 4

**Вибрані показники фінансової діяльності Університетської клінічної лікарні ім. Яна Мікуліча-Радецького у Вроцлаві за 2012 рік**

Фінансовий показник	Дані
Поточна ліквідність	1,20
Миттєва ліквідність	1,10
Готівковий курс	0,28
Показник рентабельності/дефіциту чистих продажів	3,31%

Таблиця 5

**Кількість оперативних втручань, проведених у Вроцлавській Університетській клінічній лікарні протягом 2012 року**

Тип операції	Кількість
Малоінвазивна хірургія і проктологія	1266
Судинна хірургія і трансплантологія	1001
Загальна хірургія і онкологія	1170
Щелепно-лицева хірургія	777
Нейрохірургія	953
Офтальмологія	2993
Ортопедія-травматологія	1262
Оториноларингологія	1517
Урологія і онкоурологія	597

ся з 20 операційних залів, у кожному з яких щоденно проводиться в середньому 4–5 операцій. За 2012 рік виконано 16 036 оперативних втручань (табл. 5). Слід відмітити, що нейрохірургічна операційна оснащена пересувним МРТ. Лікарня оснащена сучасним діагностичним комплексом (КТ, МРТ, 147 апаратів УЗД, повноцінний комплекс рентгендіагностики, зокрема 5 ангиографічних установок). За найвищими стандартами обладнано відділення реанімації та інтенсивної терапії. Найсучаснішим вимогам відповідає відділення медицини катастроф.

У лікарні виділено 285 ставок лікарів, 858 окладів медсестер та акушерок, 117 – середнього та 256 – молодшого медичного персоналу. На її

базі навчаються 268 резидентів з усіх спеціальностей.

Таким чином, Університетська клініка м. Вроцлава є сучасним лікувальним закладом, який може слугувати моделлю раціонального використання коштів та ефективної організації роботи. Клініка є

чудовою базою для міжнародної співпраці, зокрема для стажування студентів, інтернів, молодих спеціалістів. Найбільш економічно доцільним є участь лікарів-ординаторів у короткочасних стажуваннях в провідних клініках Університетської лікарні.

#### Список літератури

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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).*

2. 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*

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów (Dz. U. 2013, poz. 26) – aktualne *Розпорядження Міністра здоров'я від 8 січня 2013 р. про спеціалізацію лікарів та лікарів-стоматологів (Ур. Вісник 2013).*

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy

dentystów (Dz.U. 2005, Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.) – archiwalne *Розпорядження Міністра здоров'я від 20 листопада 2005 р. про спеціалізацію лікарів та лікарів-стоматологів (Ур. Вісник 2005).*

5. Hospital activities report 2012 – 10 lat Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu *«Звіт про фінансову діяльність Університетської клінічної лікарні ім. Яна Мікуліча-Радецького у Вроцлаві за 2012 рік»*

6. Офіційний сайт Університетської клінічної лікарні ім. Яна Мікуліча-Радецького у Вроцлаві <http://www.aszk.wroc.pl/>

7. Katarzyna Nowosielska. Nowe zasady kształcenia lekarzy // Rzeczpospolita. PRAWO. – 27-12-2011.

8. Małgorzata Nakraszewicz. Problemy lekarzy z I stopniem specjalizacji: „Jedynkowicze” na celowniku // Medium. Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.



## ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ ПОЛЬЩІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»

**Визначення.** Післядипломне навчання – це форма освіти, до якої допущені кандидати, що володіють кваліфікацією принаймні першого ступеня в університеті, науково-дослідному інституті, або це вид отримання професійного досвіду лікарями та стоматологами після одержання диплома за фахом медицина/медична стоматологія.

У зв'язку зі специфікою медичної професії, існує необхідність у продовженні освіти після закінчення університету і набутті додаткових навичок. Тому випускники вищих медичних закладів зобов'язані проходити післядипломну підготовку. Цей обов'язок прописаний у Законі "Про лікарську професію", який стосується як лікарів, так і стоматологів. На сьогодні освітній процес для медичних кадрів у Польщі відбувається в декілька етапів: обов'язкове післядипломне однорічне стажування, базова медична спеціалізація та вузька вторинна спеціалізація. Післядипломна підготовка лікарів починається відразу після закінчення ними університету та отримання диплома. Першим етапом є проходження так званого *stazu podyplomowego* (стажування післядипломного) зі складанням LEK (лікарського екзамену кінцевого), без чого випускник не може працювати лікарем.

Загальними цілями післядипломної освіти є підвищення кваліфікації випускника та підвищення можливостей його працевлаштування. У забезпеченні післядипломної підготовки медичних кадрів у Польщі задіяна низка структур, серед яких:

- Лікарська палата;
- факультети післядипломної освіти медичних університетів;
- Центр післядипломної медичної освіти;
- департаменти соціальної політики, зокрема Відділення вищих медичних кадрів, при воєводських адміністраціях;
- Міністерство охорони здоров'я.

Так, роль Лікарської палати є значною в забезпеченні організації, керівництва та контролю післядипломного стажування, а також цей орган відповідає за забезпечення та контроль безперервного професійного підвищення кваліфікації лікарів. Роль медичних університетів у проведенні післядипломної освіти в Польщі відрізняється від такої в Україні та полягає в поглибленні й доповненні знань про правові та етичні аспекти медичної діяльності в широкому сенсі. Основною **метою** діяльності факультетів післядипломної освіти є післядипломне навчання лікарів шляхом проведення обов'язкових і рекомендованих курсів спеціалізації та вдоскона-

лення, а також організація докторантури та післядипломних циклів тематичного удосконалення.

На сьогодні на факультеті післядипломної освіти у Вроцлавському медичному університеті організовано 895 курсів спеціалізації для лікарів. З них скористалось 17 681 лікарів, і всі вони отримали сертифікати про післядипломне навчання.

Основними розділами діяльності факультету післядипломної освіти є:

- організація та забезпечення функціонування докторантури;
- нострифікація дипломів;
- відділ післядипломного навчання;
- організація післядипломних циклів тематичного удосконалення;
- науковий відділ.

Організаційна структура медичного факультету післядипломної освіти: відділення торакальної хірургії, відділення судинної хірургії, загальної хірургії та трансплантації, департамент ендovasкулярної хірургії, кафедра хірургії та урології, департамент шлунково-кишкової хірургії та загальної хірургії, департамент кардіохірургії, департамент травматології, департамент травматології та хірургії кисті, кафедра спортивної медицини, відділення нейрохірургії, департамент ортопедії і травматології опорно-рухового апарату, відділення реабілітації, кафедра урології та урологічної онкології, департамент пульмонології і раку легенів, кафедра ендокринології, діабетології та ізотопної терапії, відділення гастроентерології та гематології, департамент дієтології, відділ гематології, раку крові та трансплантації кісткового мозку, відділення кардіології, департамент нефрології та трансплантації, кафедра інфекційних хвороб, захворювань печінки і набутого імунodefіциту, моніторинг-лабораторія інфекції в пацієнта Addicted, відділення педіатрії та інфекційних захворювань, департамент трансплантації кісткового мозку, онкології та гематології, кафедра ендокринології та діабетології для дітей і підлітків, відділення дитячої нефрології, кафедра неврології, лабораторія клінічної нейроелектрофізіології, кафедра психіатрії, департамент психотерапії та психосоматичних захворювань, департамент психіатрії консультативної і нейробіологічних досліджень, кафедра офтальмології, департамент отоларингології, хірургії голови та шиї, департамент дерматології, венерології та алергології, відділення радіології, кафедра загальної та дитячої радіології, кафедра загальної радіології, інтервенційної нейрорадіології, кафедра онкології, департамент гінекологічної онкології, кафедра хірургічної онкології, департамент системної те-

рапії солідних пухлин, департамент сімейної медицини, департамент соціальної медицини, департамент ангіології, гіпертонії та діабетології.

Основним завданням **докторантури** є підготовка кадрів для здійснення наукових досліджень у тій чи іншій галузі медичного напрямку (клінічного чи неклінічного) із захистом наукової роботи і здобуттям наукового ступеня доктора медичних наук (PhD). Організацію і навчальний процес у докторантурі Вроцлавського медичного університету, а також права й обов'язки докторантів регламентують статутом, який приймається сенатом навчального закладу. Навчання в докторантурі здійснюється на медичному факультеті післядипломної освіти і завершується отриманням ступеня кандидата медичних наук. Усі факультети університету дозволяють проходити докторантуру в своїх підрозділах у діапазоні наукових дисциплін, що мають відношення до їх повноважень, наданих Центральною комісією вчених ступенів і звань. На навчання у докторантуру можуть бути зараховані особи, що мають ступінь магістра, лікаря або інше рівноцінне звання. Умови прийняття визначаються Сенатом університету. Принципи навчання в докторантурі осіб, які не є громадянами Польщі, регулюються іншими правилами. Прийняті в докторантуру Вроцлавського університету особи отримують права докторанта після прийняття, згідно зі Статутом університету, присяги, текст якої з підписом докторанта зберігається в його послужному портфелі. Після прийняття присяги докторант отримує індекс і докторантську легітимність. Безпосереднім керівником докторантів є керівник навчання в докторантурі, який має ступінь доктора наук і працює в університеті на повну зайнятість.

Тривалість навчання в докторантурі складає 4 роки. Весь цей час докторант гарантовано отримує стипендію (станом на 2014 рік вона становила 1400 злотих/міс., на 2015 рік планується збільшити до 1500 злотих/міс.). Крім того, можна претендувати на додаткову наукову стипендію за результатами навчання чи вступного конкурсу для докторантів 1-го року.

Потребу в докторантах визначають клініки або кафедри університету. Вступлення у докторантуру можливе після завершення післядипломного стажування, а для неклінічних спеціальностей – відразу після закінчення навчання в університеті, на конкурсній основі. Перевага при проведенні конкурсу надається особам, які брали участь у студентській науковій роботі, у студентських гуртках, мають наукові публікації, стаж роботи чи проходили стажування за кордоном. Для клінічних дисциплін навчання у докторантурі може поєднуватися з проходженням спеціалізації відповідного напрямку, але це не є обов'язковим.

Після зарахування кожному докторанту признають наукового керівника. Зазвичай це найбільш кваліфікований працівник кафедри (завідувач, професор), який має відповідну спеціалізацію. Його

обов'язками є сприяти докторанту у визначенні напрямку і теми дослідження, відшукати джерела фінансування для проведення необхідних досліджень із застосуванням новітніх технологій у повному обсязі. Відповідно до Регламенту докторантури, витрати на наукові дослідження докторанта забезпечує організаційний підрозділ університету (кафедра, клініка, заклад), до якого зарахований докторант і де він проводить дослідження в рамках докторантури. Крім того, існує ряд можливостей по збору коштів для науково-дослідних проєктів:

- гранти університетів для підтримки наукових досліджень;
- гранти Міністерства науки та вищої освіти;
- стипендії для видатних молодих учених;
- програма «Старт-2014» – стипендії для молодих учених;
- програма підтримки інноваційних технологій в економіці;
- фонд розвитку польської науки – програма стипендій, фінансованих Бюро з визнання освіти і міжнародного обміну в співпраці з Департаментом міжнародного співробітництва Польщі для забезпечення мобільності науковців протягом навчального року на окремі дослідження, стажування і наукові місії докторантів, а також на мовні курси для стажистів і науковців у польських університетах;
- міжнародні гранти та стипендії на наукові дослідження.

У коло обов'язків докторанта входять: власні теоретичні заняття (лекції, семінари, практичні заняття, які переважно відбуваються після роботи в лікарні чи лабораторії; загалом їх не надто багато); теоретичні заняття зі студентами (кількість передбачених годин щороку змінюється, але це прийнята цифра); наукова робота (наприкінці року здається звіт із точним переліком написаних наукових робіт, відвіданих конференцій тощо). У навчальному році обов'язком кожного учасника докторантського навчання є подання заяви до керівника докторантури до 10 липня: індексу, переліку періодичних видань. З 1 липня по 30 вересня докторант повинен подати річний звіт із заліками, картами запису дидактичних занять. Заліковими термінами навчання в докторантурі є академічний рік.

Більше половини програми стаціонарного навчання в докторантурі вимагає присутності його в організаційній одиниці (дидактичні заняття і наукова робота, що вимагає безпосередньої участі академічних викладачів чи наукових керівників та докторантів). Докторант має право:

- на відпустку до восьми тижнів, вільних від дидактичних занять, протягом року;
- на одночасне проходження спеціалізації за напрямком навчання в докторантурі;
- займатися оплачуваною роботою;
- на страхування від цивільної відповідальності;
- на клопотання про отримання закордонної або місцевої стипендії.

У наукових та освітніх колах Республіки Польща визнають 2 наукові ступені: доктора наук (*doktor*) та «майстерного» доктора наук (*doktor habilitowany*). Ці ступені корелюють із ступенями «кандидат медичних наук» та власне «доктор наук» в Україні. Існує навіть спеціальна Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Республіки Польща про академічне взаємовизнання документів про освіту та рівноцінність ступенів від 11.04.2005 р., яка передбачає можливість продовження навчання чи здобуття наступного вченого звання для осіб, що мають нижчі звання.

Слід правильно розуміти трактування понять «*Philosophy Doctor*» чи «*Doctor of Medicine*» в Польщі: ці поняття кваліфікуються Вищою атестаційною комісією як кандидат наук або кандидат медичних наук. За традиціями, що сягають XII століття, фізики, літературознавці чи геологи можуть бути докторами філософії (Ph.D.), а от медики, юристи і теологи, відповідно, докторами медицини (M.D.), права (L.L.D.) та богослов'я (D.D.).

Докторанти мають можливість стажуватися за кордоном. У разі відміни від'їзду за кордон для проходження стажування з якихось причин, після прийняття кандидатур для поїздки, університет втрачає місце, оскільки іншим кандидатом замінити не можна. Заявка повинна містити: опитувальник для кандидата, що виїжджає за кордон; наукове резюме (застосовується тільки для вчених); список наукових досягнень за останні три роки; підтвердження знання офіційної мови країни або мови, часто використовуваної в даній країні.

Навчання в докторантурі здійснюється стаціонарно. План навчання включає такі форми, як:

- інформація наукова і бібліографічна: загальна кількість годин – 10 (10 вправ), форма завершення семестру – залік;
- докторантські семінари: загальна кількість годин – 6 (0,5 ECTS);
- лекторат з англійської мови: загальна кількість годин 60 (по 30 в кожному семестрі) – 8 пунктів ECTS (по 4 в кожному семестрі) (табл. 1).

Таблиця 1

Основна програма стаціонарного навчання в докторантурі

Рік	Семестр	Навчальна дисципліна	Робоче навантаження	Кредити ECTS
1	2	3	4	5
1	1	Наукова і бібліографічна інформація	20	1
		Курси з іноземної мови (англійська)	60	3
		Основи медицини	5	0,5
		Методологія наукових досліджень	15	1
		Методика викладання у вищому навчальному закладі	50	2,5
1	2	Від джерел до бібліографії (обов'язковий)	15	1
		Курси з іноземної мови (англійська)	60	3
		Етика і право в наукових дослідженнях	7,5	0,5
		Охорона інтелектуальної власності	5	0,5
		Методологія наукових досліджень	15	1
		Наукова стилістика і комунікація	7,5	0,5
		Методика викладання у вищому навчальному закладі	50	2,5
		Проведення занять	20	1
2	3	Індивідуальне складання навчальних досягнень з презентацією наукового доробку	4	0,5
		Методологія наукових досліджень	15	1
		Наукова стилістика і комунікація	7,5	0,5
		Біостатистика	45	2
2	4	Медичне право (обов'язковий)	6	0,5
		Міжособистісна комунікація (обов'язковий)	20	1
		Наукова стилістика і комунікація	12,5	0,5
		Проведення занять	80	3,5
		Факультативні заняття	15	1
3	5	Факультативні заняття	15	1

1	2	3	4	5
3	6	Індивідуальне складання навчальних досягнень з презентацією наукового доробку	4	0,5
		Моделі математичної статистики в наукових дослідженнях	45	2
		Проведення занять	80	3,5
4	7	Підготовка докторської роботи	60	3
		Підготовка до екзамену з іноземної мови	10	0,5
4	8	Підготовка до іспиту з основної дисципліни	20	1
		Підготовка до іспиту з додаткової дисципліни	10	0,5
		Передача результатів і комерціалізація наукових досліджень	5,25	1
		Проведення занять	80	3,5
			Всього 824,25	45
Перелік факультативних предметів, рекомендованих для навчання в докторантурі				
		Факультативні заняття	Рік навчання	Кількість годин
		Огляд технічних вимірних медичних наук	2	10
		Сучасні методи дослідження, що використовуються у медичних експериментах	2	10
		Психометрія і соціологічні методи в медичній науці	2	10
		Джерела інформації про ліки і терапію	3	10
		Хороша клінічна практика	3	10
		Хороша виробнича практика	3	10

Таблиця «Основна програма навчання» завершується записом «середня оцінка за екзамен».

Від дати заснування факультету післядипломної освіти в докторантурі навчалось 530 учасників, було проведено 550 засідань із надання наукового ступеня доктора медичних наук у галузі медицини. Водночас Центральний комітет затвердив 50 рішень Ради факультету про надання наукового ступеня доктора медичних наук, а з 2005 року Рада Департаменту післядипломної освіти присвоїла 16 особам науковий ступінь *doktora habilitowanego*. Президент Республіки Польща надав наукове звання професора 36 викладачам факультету. На прохання Ради Департаменту післядипломної освіти Сенат університету присвоїв 14 заслуженим професорам звання почесних.

Підрозділи Департаменту проводять численні наукові дослідження у співпраці з іншими науковими закладами в країні й усьому світі, а також із промисловими центрами. Співробітники факультету публікують свої досягнення в авторитетних виданнях, отримуючи високу оцінку, в тому числі Імпакт-фактор та індекс цитування.

Підрозділи факультету післядипломної освіти також проводять велику діяльність з надання діагностичних та лікувальних послуг жителям регіону Нижньої Сілезії.

Право на надання наукового ступеня доктора медичних наук або наук про здоров'я, або наук про фізичну культуру мають такі відділи в різних сферах і дисциплінах:

– медичний факультет у галузі медичних наук, дисципліни: медицина або медична біологія;

– стоматологічний факультет у галузі медичних наук, дисципліни: медицина або стоматологія;

– медичний факультет післядипломної освіти в галузі медичної науки, дисципліни: медицина чи медична біологія;

– факультет наук про здоров'я в галузі медичних наук, дисципліни: медицина або сфера наук про здоров'я;

– фармацевтичний факультет та відділ лабораторної медицини в галузі фармацевтичних наук.

Основним завданням **Відділу післядипломного навчання** є організація обов'язкових для спеціалізації курсів, що включені до списку, затвердженого Центром післядипломної медичної освіти (ЦПМО). Лікарі, які проходять спеціалізацію, під час затвердження своїх індивідуальних планів повинні запланувати проходження таких курсів згідно з вимогами типових програм спеціалізації. Курси, включені до списку ЦПМО, фінансуються державою і є безкоштовними для курсантів. Лекторами та викладачами на таких курсах можуть бути лише працівники університету, крім випадків, коли необхідного спеціаліста в університеті немає.

Слід зауважити, що ці курси є короткотривалими (1-3, іноді до 5 днів), складаються із циклу лекцій, засвоєння матеріалу на семінарах та тестового контролю (див. Додаток 1). Питома вага часу, виділеного на такі курси у типових програмах спеціалізації, є незначною. Наприклад, тривалість спеціалі-



зації із сімейної медицини – 4 роки, з них на обов'язкові курси виділяється всього 46 днів по 7 годин.

Також Відділ післядипломного навчання організовує курси удосконалення, які є необов'язковими (як правило, не включені до списку ЦПМО). Такі цикли є платними для учасників курсів.

На відміну від України, факультети післядипломної освіти в Польщі не забезпечують організаційних і контролюючих функцій щодо післядипломного стажування та спеціалізації в Польщі. Учасники цих етапів післядипломної освіти є підзвітними Лікарській палаті та Міністерству охорони здоров'я відповідно.

Відділ післядипломних циклів тематичного удосконалення факультету післядипломної освіти Вроцлавського медичного університету проводить навчання студентів на циклі "Медичне право та біоетика", де учасники ознайомлюються з принципами медичного права, медичної етики та біоетики. Зокрема, курс дає аналіз прав і обов'язків лікаря та інших фахівців у галузі охорони здоров'я, з одного боку, та прав і обов'язків пацієнта – з іншого. Крім того, курсанти ознайомлюються з питаннями юридичної відповідальності (кримінальної, цивільної, адміністративної), професійної відповідальності працівників і принципами страхування відповідальності. У зв'язку з високим ступенем формалізації вимог до медичної документації, випускники будуть ознайомлені з основами оформлення такої документації та захисту медичної інформації, правильного використання отриманих даних.

Сертифікат про закінчення магістратури в галузі менеджер охорони здоров'я від дня заснування факультету отримало 378 осіб, у галузі юриспруденції та страхування – 340 учасників. У закладах Департаменту післядипломної освіти проходить навчання студентів, яке організоване факультетами: медичним, стоматологічним та охорони здоров'я.

Форма проведення навчання – двосеместровий заочний післядипломний цикл. Галузь освіти – соціальні науки. Цикл передбачає лекції та семінари: 112 годин лекцій і 60 годин семінарів при загальній кількості академічних годин – 180 (у тому числі 8 годин іспитів). Випускники факультету післядипломної освіти підвищують свою кваліфікацію з питань розуміння правової та етичної суті здійснення професійних заходів, правильного використання правових та етичних вимог у повсякденній практиці, дотримання професійних норм, захисту прав та інтересів усіх сторін лікувального процесу: лікаря – медичного персоналу – пацієнта. Курсанти розширюють свої знання з питань медичного права і біоетики та їх місця в системі суспільних наук, у тому числі правових, дізнаються про механізми правотворення в галузі медицини, біомедицини та біотехнології. Знання основних предметів доповнює об'єм знань з інших дисциплін, таких, як психологія та інформатика.

Після закінчення вивчення медичного права та біоетики випускник набуде навичок, необхідних для належного виконання професійних медичних та юридичних обов'язків і вирішення медичних проблем. Перш за все випускник медичного університету повинен бути в курсі міждисциплінарних і багатомірних відносин між явищами юридичними і медичними та деонтологічними і соціальними. Крім того, він повинен вміти розв'язувати проблеми, які потребують практичного застосування загальних правових та етичних знань у їх взаємозв'язку з медициною, біомедициною, біотехнологією та біоетикою. З точки зору соціальної компетентності, результатом завершення післядипломної освіти з питань медичного права та біоетики є компетентність медичного працівника у встановленні адекватних професійних та соціальних відносин між різними сторонами лікувального процесу. Випускник також зможе працювати в команді, маючи на меті якість медичних і правових послуг. Більше того, дані курси підвищують рівень самосвідомості випускника стосовно його дій у складних ситуаціях з позицій медичного права і біоетики та відповідальності за виконання професійної діяльності. Закінчення післядипломного циклу з медичного права і біоетики забезпечить випускникам правильне виконання необхідних професійних дій і сприятиме елімінації поведінки, яка суперечить вимогам етики і права. Це, у свою чергу, підвищує їх привабливість на ринку праці як професіоналів і забезпечує безпеку працівників. Для претендентів на адміністративні посади така освіта забезпечує можливість свідомого та відповідального виконання професійних функцій у такій сфері, як медичний облік.

**Програма навчання.** Програма післядипломного циклу «Медичне право і біоетика» розрахована на два семестри. Вона включає в себе 180 годин занять, у тому числі 172 години лекцій та семінарів, а також 8 годин іспитів. Загальна кількість кредитів навчання – 64.

У першому семестрі слухачі повинні скласти заліки з 9 предметів, а також 2 письмових екзаменів (згідно з навчальним планом) (табл. 2), в другому семестрі – заліки з 10 предметів та один усний екзамен (відповідно до навчального плану) (табл. 3).

Положення, що регулюють діяльність факультету післядипломної освіти:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z pozn. zm.). *Закон від 5 грудня 1996 року про професії лікаря і стоматолога (Законодавчий вісник 2011 року № 277, пункт 1634 з поправками).*

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2013 r., poz. 26). *Розпорядження міністра охорони здоров'я від 2 січня 2013 року щодо спеціалізації лікарів і лікарів-стоматологів (Законодавчий вісник 2013 року, пос. 26).*

Таблиця 2

**Навчальний план циклу «Медичне право і біоетика» для курсантів факультету післядипломної освіти на 1-й семестр**

№ з/п	Назва предмета	Форма занять	Кількість годин	Форма зарахування	ECTS
1	Визначення, зміст і характеристика медичного права	лекції	4	залік	2
2	Визначення, зміст і характеристика біоетики	лекції	4	залік	2
3	Право й етика в медицині	2 год лекції 2 год практ.	4	залік	2
4	Організація охорони здоров'я в Польщі та Євросоюзі	лекції	6	залік	2
5	Форми проведення лікарської діяльності	лекції	6	залік	2
6	Права й обов'язки лікаря, а також інших медичних працівників – медсестер, акушерок, медичних рятівників (стандарти виконання, інформація, згода, лікарська таємниця, легальність лікарських маніпуляцій, обов'язок надання допомоги)	12 год лекції 6 год практ.	20	екзамен	6
7	Права й обов'язки пацієнта (право на інформацію, згода, право на повагу гідності, лікарська таємниця)	6 год лекції 6 год практ.	12	екзамен	6
8	Загальна охорона пацієнтів, які можуть використовуватися (малолітні, недієздатні, вагітні, ув'язнені, військовообов'язані)	лекції	4	залік	2
9	Відповідальність правова службова і професійна лікаря та інших медичних працівників – медсестри, акушерки, медичного рятівника	12 год лекції 8 год практ.	20	залік	6
10	Ведення документації медичної. Охорона й адміністрування медичних даних	6 год лекції 2 год практ.	8	залік	2
11	Лікар як досвідчений судмедексперт	2 год лекції 2 год практ.	4	залік	2

Загальна кількість годин – 92.

Таблиця 3

**Навчальний план циклу «Медичне право і біоетика» для курсантів факультету післядипломної освіти на 2-й семестр**

№ з/п	Назва предмета	Форма занять	Кількість годин	Форма зарахування	ECTS
1	Правова й етична проблематика трансплантації	6 год лекції 4 год практ.	10	залік	2
2	Правова й етична проблематика експериментів медичних і клінічних досліджень	6 год лекції 2 год практ.	8	залік	2
3	Правова й етична проблематика прав репродукційних і генної інженерії	6 год лекції 4 год практ.	10	залік	2
4	Правова й етична проблематика евтаназії, термінальних станів і догляду паліативного	6 год лекції 2 год практ.	8	залік	2
5	Помилки медичні – систематика, передумови, суть	4 год лекції 6 год практ.	10	залік	6
6	Розв'язання суперечок, пов'язаних із дачею медичних показань	6 год лекції 10 год практ.	16	екзамен	6
7	Примусове лікування в медицині – передумови, причини, наслідки	4 год лекції	4	залік	2
8	Відмова від лікування	4 год лекції	4	залік	2
9	Надзвичайні ситуації в медицині	4 год лекції	4	залік	2
10	Спілкування між пацієнтом та лікарем, іншими медичними працівниками	6 год практ.	6	залік	2
11	Польське медичне право на тлі міжнародної та європейської інтеграції	2 год лекції	2	залік	2

Загальна кількість годин – 80.

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Koncowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Koncowego (Dz. U. z 2012 r., poz. 903). *Розпорядження міністра охорони здоров'я від 30 липня 2012 року щодо заключного іспиту лікарського та медико-стоматологічного кінцевого (Законодавчий вісник 2012 року, пол. 903).*

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 wrzesnia 2012 r. w sprawie stazu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2012 r., poz. 1082 z pozn. zm.). *Розпорядження міністра охорони здоров'я від 26 вересня 2012 року щодо післядипломного стажу лікаря і лікаря-стоматолога (Законодавчий вісник 2012 року, пос. 1082, з поправками).*

Додаток 1

**Обов'язкові та рекомендовані курси для спеціалізації, що включені до списку, затвердженого Центром післядипломної медичної освіти (ЦПМО).** Із сайту Вроцлавського медичного університету  
<http://www.wlkr.umed.wroc.pl/aktualnosci-wlkr>

1. Додаткові курси підвищення кваліфікації

1. ЕКГ у дітей – 31.03.2014
2. Хірургічне лікування щілини губи і піднебіння. Відволікальні процедури лицевих кісток – 08–12.12.2014.
3. Досягнення в діагностичній візуалізації у педіатрії – 18–19.03.2014.
2. Суспільне здоров'я – всі спеціалізації
1. Суспільне здоров'я – 10–19.03.2014.
2. Суспільне здоров'я – 29.09–08.10.2014
3. Суспільне здоров'я – 05–15.05.2014.
4. Суспільне здоров'я – 08–17.12.2014.

Анестезіологія

1. Анестезіологія та інтенсивна терапія в дітей – 22–24.04.2014.
2. Діагностика і лікування болю – 12–14.05.2014.
3. Введення в спеціалізацію з анестезіології та інтенсивної терапії. Частина А – 03–05.03.2014.
4. Введення в спеціалізацію з анестезіології та інтенсивної терапії. Частина В – 10–21.03.2014.
5. Введення в спеціалізацію з анестезіології та інтенсивної терапії. Частина В – 14–25.04.2014.

Ангіологія

1. Введення в спеціалізацію у галузі ангіології – 20–24.10.2014.
2. Тромбемболічна хвороба – конференція – 05–06.06.2014.

Дитяча хірургія

1. Хірургія ендоскопічна дитяча – 20–24.10.2014.
2. Хірургія новонароджених – 17–21.03.2014.
3. Хірургія онкологічна і онкологія дитяча – 03–07.03.2014.
4. Дитяча урологія – 18–22.11.2014.

Загальна хірургія

1. Хірургія ендокринна – 10–12.03.2014
2. Хірургія ендокринна – 10–12.11.2014
3. Хірургія пластична і реконструктивна та основи мікрохірургії – 27–31.01.2014.
4. Хірургія пластична і реконструктивна та основи мікрохірургії – 03–07.02.2014.
5. Хірургія пластична і реконструктивна та основи мікрохірургії – 10–14.02.2014.
6. Хірургія пластична і реконструктивна та основи мікрохірургії – 27–31.10.2014.
7. Хірургія пластична і реконструктивна та основи мікрохірургії – 03–07.11.2014.

8. Хірургія пластична і реконструктивна та основи мікрохірургії – 17–21.11.2014.

Пластична хірургія

1. Хірургія черепно–лицева – 17–28.02.2014.
2. Мікрохірургія – 01–05.12.2014.

Хірургія щелепно–лицева

1. Етіопатогенез, морфологія, діагностика, диференційна діагностика і лікування хірургічне уроджених і набутих щелепно–лицевих вад – 10–12.02.2014.

Хвороби легень

1. Новоутворення легень – 09–10.06.2014.

Внутрішні хвороби

1. Діагностика оглядова – 17–19.11.2014.
2. Трансфузіологія – 16–17.01.2014.
3. Трансфузіологія – 10–11.04.2014.
4. Введення в спеціалізацію з внутрішніх хвороб – 15–19.09.2014.

Інфекційні хвороби

1. Паразитарні й тропічні хвороби – 25–26.09.2014.
2. Діагностика мікробіологічна. Внутрішньолікарняні та професійні інфекції – 27–30.01.2014.
3. Гепатологія – 24–26.03.2014.
4. Нейроінфекції, нові інфекційні захворювання і біотероризм – 03–04.11.2014.
5. Введення в спеціалізацію з інфекційних хвороб – 20–23.10.2014.
6. Інфікування ВІЛ, СНІДом, епідеміологія, діагностика, клініка, лікування, профілактика – 05–07.11.2014.

Дерматологія і венерологія

1. Новоутворення шкіри – 17–21.03.2014.
2. Клінічна мікологія – 10–14.03.2014.
3. Введення в дерматологію і венерологію – 03–07.03.2014.

Діабетологія

1. Діабетологія періоду розвитку – 30–31.05.2014.
2. Досягнення в патогенезі, діагностиці, профілактиці та лікуванні ускладнень цукрового діабету – 15–17.10.2014.
3. Терапія цукрового діабету – 18.10.2014.
4. Введення в спеціалізацію з діабетології – 19–21.03.2014.

Ендокринологія, педіатрія

1. Ендокринологія періоду розвитку – 28–29.11.2014.

#### Гематологія

1. Геморагічні діатези – 02.06.2014.
2. Порушення згортання крові – 04–05.02.2014.

#### Гіпертензіологія

1. Лабораторна й оглядова діагностика гіпертонії – 08–10.01.2014.

#### Кардіологія

1. Досягнення в діагностиці й лікуванні набутих клапанних вад серця – 03–05.03.2014.

#### Рятувальна медицина

1. Введення в рятувальну медицину – 12–14.03.2014.

#### Судова медицина

1. Судова алкогологія – 09–13.06.2014.
2. Генетичні обстеження в справах встановлення батьківства – 02–05.06.2014.
3. Лабораторна діагностика в сучасній судовій токсикології – 10–14.02.2014.
4. Ідентифікація та індивідуалізація біологічних слідів – 03–06.03.2014.
5. Лікарська судова експертиза в кримінальних і цивільних справах – 23–27.06.2014.
6. Основи діагностичної токсикології – 27–31.01.2014.
7. Основи судової генетики – 03–06.02.2014.
8. Основи посмертної судово-медичної діагностики – 16–20.06.2014.
9. Постріли і вибухи – 15–19.09.2014.

#### Мікробіологія

1. Стійкість мікроорганізмів до антибіотиків: принципи і лабораторні методи визначення чутливості штамів до антибіотиків і препаратів хіміотерапії, виявлення – 02–06.06.2014.
2. Патомеханізм і діагностика окремих інфекцій – 23–27.06.2014.
3. Роль мікробіологічної лабораторії у внутрішньолікарняних інфекціях – 09–13.06.2014.

#### Нефрологія

1. Діагностика та лікування первинних і вторинних нефропатій – 13–17.01.2014.
2. Діалізотерапія – 08–10.12.2014.
3. Клінічна трансплантологія – 10–12.03.2014.
4. Введення в спеціалізацію з нефрології – 15–19.09.2014.

#### Неонатологія

1. Основи фізіології і патології новонароджених – 07–09.04.2014.
2. Зміцнення здоров'я в перинатології – 09–11.06.2014.
3. Основи реанімації новонароджених – 11.05.2014.
4. Основи реанімації новонароджених – 12.03.2014.
5. Основи реанімації новонароджених – 14.05.2014.
6. Основи реанімації новонароджених – 17.09.2014.
7. Основи реанімації новонароджених – 27.03.2014.
8. Основи реанімації новонароджених – 30.01.2014.

#### Очні хвороби

1. Онкологія в офтальмології – 10–14.11.2014.

2. Патофізіологія органа зору – 04.04.2014.
3. Патофізіологія органа зору – 22.11.2014.
4. Увеїт – 20–21.03.2014.

#### Ортодонтія

1. Апарати постійні та знімні – 13–17.01.2014.
2. План ортодонтії – принципи, медичні процедури, практичні основи ортодонтичного лікування. Частина С – 14.10–25.11.2014.
3. План ортодонтії – принципи, медичні процедури. Введення в лікування дефектів щелепно-лицевих оклюзій. Частина В – 04–24.03.2014.

#### Ортопедія і травматологія органа руху

1. Хірургія руки і хірургія реконструктивна – 19–23.05.2014.
2. Хірургія руки і хірургія реконструктивна – 22–26.09.2014.
3. Хірургія руки і хірургія реконструктивна – 24–28.03.2014.

#### Педіатрія

1. Підсумковий курс. Досягнення в педіатрії – 31.03–11.04.2014
2. Онкологія (у дітей) – 07–11.04.2014
3. Онкологія (у дітей) – 13–17.04.2014
4. Досягнення в дитячій нефрології – 03.04.2014
5. Введення в спеціалізацію з педіатрії – 03–07.03..2014

#### Педіатрія, інфекційні хвороби – сімейні лікарі

1. Досягнення в діагностиці, профілактиці й лікуванні інфекційних захворювань у дітей – 01–02.04.2014.

#### Періодонтологія

1. Хвороби слизових оболонок ротової порожнини й онкологічна профілактика. Курс II – 02–06.06.2014.
2. Лазеротерапія – 15–17.09.2014.
3. Основи діагностики і лікування в періодонтології – 09–13.06.2014.

#### Акушерство і гінекологія

1. Діагностика і лікування новоутворень статевих органів – 17–21.03.2014.
2. Діагностика і терапія плода 07–11.01.2014.
3. Ендоскопія – індивідуальний курс – 10–14.11.2014.
4. Ендоскопія – індивідуальний курс – 13–17.10.2014.
5. Ендоскопія – індивідуальний курс – 20–24.01.2014.
6. Ультрасонографія – індивідуальний курс – 10–14.03.2014.
7. Ультрасонографія – індивідуальний курс – 12–16.05.2014.
8. Ультрасонографія – індивідуальний курс – 13–17.01.2014.
9. Ультрасонографія – індивідуальний курс – 15–19.09.2014.
10. Ультрасонографія – індивідуальний курс – 17–21.11.2014.
11. Ультрасонографія – індивідуальний курс – 20–24.10.2014.



#### Протезування

1. Протезування беззубих – 01–04.09.2014.

#### Радіологія і візуалізаційна діагностика

1. Комплексна діагностика захворювань молочної залози, мамографія, проблеми виявлення раку молочної залози – 03–04.02.2014.

#### Медична реабілітація

1. Реабілітація дітей групи ризику – 02–06.06.2014.
2. Реабілітація дітей групи ризику – 13–17.10.2014.

#### Дитяча стоматологія

1. Санітарно–просвітницька робота щодо здоров'я органів ротової порожнини дітей, молоді, вагітних жінок – 29.09–01.10.2014

#### Список літератури

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z pozn. zm.). *Закон від 5 грудня 1996 року про професії лікаря і стоматолога (Законодавчий вісник 2011 року №277, пункт.1634 з поправками).*
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2013 r., poz. 26). *Розпорядження Міністра охорони здоров'я від 2 січня 2013 щодо спеціалізації лікарів і лікарів-стоматологів (Законодавчий вісник 2013 року, пос.26).*
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Koncowego i

2. Основи діагностики, лікувально–діагностичні процедури в стоматології періоду розвитку дитини – 23–27.06.2014.

3. Травматологія зубів і лицевої частини у дітей і молоді – 09–13.06.2014.

#### Стоматологія з ендодонтією

1. Оздоровлення порожнини рота – 29.09–01.10.2014.

#### Урологія

1. Ендоурологія – 24–26.02.2014.
2. Лапароскопія в урології – 17–18.03.2014.
3. Невроурологія – 21–22.04.2014.
4. Онкологічна урологія – 27–29.01.2014.

Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Koncowego (Dz. U. z 2012 r., poz. 903). *Розпорядження Міністра охорони здоров'я від 30 липня 2012 року щодо заключного іспиту лікарського та медико-стоматологічного кінцевого (Законодавчий вісник 2012, пол.903).*

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 wrzesnia 2012 r. w sprawie stazu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2012 r., poz. 1082 z pozn. zm.). *Розпорядження Міністра охорони здоров'я від 26 вересня 2012 року щодо післядипломного стажу лікаря і лікаря-стоматолога (Законодавчий вісник 2012 року, пос.1082, з поправками).*

5. <http://www.wlkp.umed.wroc.pl/aktualnosci-wlkp>

## ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ МІСЦЯ РОБОТИ У ПОЛЬЩІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Людина, яка хоче стати і працювати лікарем у Польщі, має пройти великий і складний шлях. Питання пошуку місця працевлаштування в Польщі залежить від кваліфікації та рівня освіти лікаря. Після закінчення вишу особа отримує звання лікаря, який ще не має всіх прав до виконання лікарських обов'язків. Для такої особи існує один шлях пошуків місця праці. Пізніше, після складання кінцевого лікарського іспиту, ця особа, лікар з можливістю виконання лікарських обов'язків, найчастіше буде продовжувати свою спеціалізацію у вигляді резидентури. Лікарі-резиденти мають інші правила, які регламентують їх працевлаштування та можливості пошуку роботи. Подальший етап – це продовження вторинної спеціалізації, яка характеризується своїми правилами пошуку роботи. І, нарешті, після проходження вторинної спеціалізації, лікар отримує звання лікаря-спеціаліста та нові можливості для пошуку праці та працевлаштування. По суті справи це 4 різних етапи професійної діяльності, які характеризуються різними правилами та можливостями для працевлаштування, правила пошуку роботи для цих етапів різні.

Характеристика кожного з цих етапів наступна. Молодій людині, яка хоче стати повноцінним лікарем, спочатку потрібно скінчити навчання у вищому медичному навчальному закладі, тривалість якого становить шість років. Вступити до вищого медичного навчального закладу у Польщі не так просто. Середня кількість бажаючих навчатись на лікаря серед абітурієнтів складає 8–12 осіб на 1 місце. Під час такого навчання студенти дістають загальні знання, необхідні лікарю в майбутній діяльності.

Наступний етап становлення лікаря, відповідно і працевлаштування теж – це проходження обов'язкового післядипломного стажування із складанням Державного лікарського/стоматологічного кінцевого екзамену (LEK/LDEK), без чого випускник не може працювати лікарем. Метою проходження даного етапу є поглиблення та розширення набутих у вищому навчальному закладі професійних знань і вмінь, опанування навиками професійної практичної діяльності лікаря, необхідними для самостійної роботи. На дане стажування зараховуються випускники вищих медичних навчальних закладів, які отримали диплом лікаря, для проходження особливого виду практики з оформленням трудових відносин і здобуття практичного досвіду додатково до знань і вмінь, отриманих під час навчання у ВНЗ. Стажування базується на таких принципах:

– навчання відбувається у вибраних медичних закладах, які відповідають певним критеріям і внесені до реєстру воєводства;

– лікарі-стажисти здійснюють практику на основі угоди про працю, що ставить їх на один рівень з лікарями, що працюють на повну ставку у вищезазначених закладах охорони здоров'я; за трудовими угодами стажисти фінансуються з державного бюджету через воєводські адміністрації;

– починається двічі на рік – у жовтні або березні;

– тривалість – 13 місяців для лікарів і 12 місяців для стоматологів;

– для завершення стажування лікар-стажист повинен отримати схвалення проходження практики координатором і повинен скласти державний екзамен. Якщо обидві умови виконані, видається ліцензія на здійснення медичної практики.

Післядипломне стажування включає поглиблення теоретичних знань та практичної підготовки медичних послуг за напрямками:

– для лікаря: внутрішньої медицини, педіатрії, включаючи неонатологію, загальної хірургії, в тому числі невідкладної хірургії, акушерства і гінекології, психіатрії, інтенсивної терапії, невідкладної медичної допомоги та у сфері сімейної медицини в умовах стаціонарної, амбулаторної і домашньої медичної допомоги;

– для стоматологів: за напрямками загальної стоматології, в тому числі реставраційної стоматології, дитячої стоматології, пародонтології, ортодонції, щелепно-лицевої хірургії, протезування та в галузі екстреної медицини.

Стажування лікарів також включає в себе поглиблення знань у галузі клінічної трансфузіології, профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики та лікування СНІДу, а в галузі екстреної медицини проходження курсу медичного рятівництва. Передбачається також ознайомлення з основами медичної юриспруденції, біоетики та медичного права.

Розподіл місць і керівників, а також контроль за проходженням післядипломного стажування та виконанням програми здійснює Лікарська палата (*Izba Lekarska*).

Лікарська палата і Палата стоматологів та їх регіональні відділення є організаційними юридичними структурами, що забезпечують самоврядування лікарів. Діяльність цих організацій регулюється статтею 17, пункт 1 Конституції Республіки Польща і Законом про палати лікарів і стоматологів. Головна мета професійних організацій самоврядування полягає в реалізації статутних завдань. Одним з важ-

ливих напрямків діяльності Лікарської палати та її регіональних відділень є забезпечення юридичної підтримки в галузі медичної відповідальності та арбітражу. На підставі Закону про палати лікарів і стоматологів, члени самоврядування лікарів підлягають медичній професійній відповідальності перед медичними судами за медичні дії, що суперечать принципам медичної етики та деонтології, а також за порушення правил з виконання медичної практики.

Післядипломовий стаж є обов'язковим для лікарів всіх спеціальностей і триває 13 місяців. Початок проходження стажу – двічі на рік – 1 березня та 1 вересня. Направлення для проходження стажу видається у воєводській лікарській палаті (Ізбі лікарській). За місяць до початку стажу претендент повинен подати в лікарську палату відповідну заяву, довідку про несудимість, довідку, що в медичній сфері немає проти нього кримінальних справ, довідку про проходження медичної комісії про стан здоров'я. Крім того, особа має вивчити кодекс лікарської етики та скласти присягу лікаря. Після цього лікарська палата видає довідку на право виконання обмеженої лікарської практики на п'ять років. Оскільки стаж починається двічі на рік, а бажуюча особа не встигає до початку цього терміну подати документи в лікарську палату, можна розпочати стаж в інший термін, але для цього потрібно отримати дозвіл у відділі вищої освіти Міністерства охорони здоров'я. Після цього можна їхати на роботу у вибраний у межах воєводства акредитований шпиталь. Як правило, місця для стажистів в акредитованому шпиталі є завжди. Акредитацію видає Міністерство охорони здоров'я з урахуванням кількості пацієнтів в лікарні, кількості проведених операцій, діагностичних процедур, кількості працюючих лікарів. Під керівництвом одного лікаря можуть працювати шість стажистів чи три резиденти. По приїзді до шпиталю стажист ще раз проходить медичний огляд та підписує контракт на проходження стажу протягом 13 місяців (1 місяць відпустки). Посада стажиста офіційно називається молодший асистент. Заяву на проходження післядипломного стажу необхідно скласти до 30 червня, заяву для отримання дозволу на обмежену лікарську діяльність – до половини серпня. Спеціальна комісія визначає кількість місць для проходження стажу на початку вересня кожного року. Рішення комісії вивіщуються на Інтернет-сторінці [www.will.org.pl](http://www.will.org.pl). Заробітна платня стажиста становить близько 1900 злотих на місяць. Під час стажування стажист лікує пацієнтів під наглядом лікаря, який несе відповідальність за результати лікування.

Після закінчення стажу лікар складає тестовий іспит, ЛЕК, *Lekarski Egzamin Koncowy*, який є аналогом українського «Кроку», проводиться двічі на рік (у вересні та лютому) та складається з 200 питань. Дата іспиту сповіщається лікарям попередньо. Екзамен поки що безплатний. Для участі в іспиті потрібно зареєструватись на сторінці воєводського центру медичних іспитів, роздрукувати підтвер-

дження та віднести його у воєводську лікарську палату. Для реєстрації є кінцеві терміни, тому лікар має поспішати. На тій же сторінці є завдання, які були на іспиті в попередні роки, разом з правильними відповідями. На сторінці на наступний день після проведення іспиту викладаються результати іспиту, дещо пізніше – правильні відповіді. Прохідний бал – 56 %. Загальнопольської бази тестів немає. Складений іспит дає право лікарю працювати лікарем самостійно і можливість пройти базову спеціалізацію (*specjalizacja podstawowa*) з однієї з 40 базових спеціальностей. Тривалість спеціалізації становить, як правило, 5 років, окрім спеціалізації з сімейної медицини, тривалість якої – 4 роки. Метою базової спеціалізації є розширення теоретичних і практичних знань спеціаліста щодо діагностики, профілактики та лікування хвороб у певній галузі медицини, на рівні, що дозволяє самостійно надавати лікувальні послуги згідно з найвищими стандартами. Для досягнення цієї мети лікар повинен засвоїти повний діапазон знань та практичних навичок у визначеній спеціальності і в суміжних галузях, зокрема з клінічної фармакології, фармакоекономіки, онкології, паліативної медицини, невідкладної медичної допомоги, профілактичної медицини та громадської охорони здоров'я. Іншою метою є підвищення особистої кваліфікації лікаря, формування етичних зобов'язань та професійної відповідальності, постійний розвиток, удосконалення і поглиблення теоретичних та практичних умінь і впровадження нових розробок у медичну практику. До базових спеціальностей в Польщі відносять 40 спеціальностей, серед них анестезіологія, дитяча хірургія, загальна хірургія, торакальна хірургія, щелепно-лицева хірургія, кардіологія, неврологія, дерматологія і венерологія. До вузьких спеціальностей відносять 28 спеціальностей, серед яких алергологія, пластична хірургія, діабетологія, ендокринологія, спеціалізацію з яких лікар може проходити тільки після завершення базової спеціалізації. Кількість резидентських місць у Польщі не є сталою величиною. Наприклад, в 2000 році їх було 1300, в 2002 – 1389, в 2004 – 700, в 2006 – 2000.

Базова спеціалізація може здійснюватися у двох формах:

- резидентура;
- волонтаріат (поза резидентурою).

Резидентура – це форма проходження спеціалізації за державним замовленням, з виплатою лікарю, який проходить спеціалізацію, зарплати з бюджетного 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. Лікар, який прохо-

дить спеціалізацію у формі резидентури, отримує основну заробітну плату, встановлену Міністерством охорони здоров'я у розмірі не менше 70 % від установленої Кабінетом Міністрів середньомісячної заробітної плати у даній галузі медицини.

Фінансування резидентури здійснюється через міністра охорони здоров'я з коштів державного бюджету. У 2012 році резидентура фінансувалася з коштів Фонду праці. Фінанси для проходження спеціалізації за формою резидентури перераховуються на підставі угоди, укладеної з закладом, що проводить спеціалізацію лікарів, які є працівниками цього закладу. Дана угода передбачає суму і призначення коштів.

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 в іншому лікувально-профілактичному закладі);

- на підставі цивільно-правової угоди про спеціалізовану підготовку, укладеної з іншими медичними закладами (крім того, у якому проводиться спеціалізація);

- паралельно з навчанням в докторантурі (за згодою керівника).

Відбір на спеціалізацію здійснюється на конкурсній основі за показниками офіційної рейтингової шкали згідно з результатом LEK/LDEK, де береться до уваги найкращий результат іспиту. Лікар, який планує розпочати спеціалізацію, може бути допущений до проходження відбору тільки за однією спеціальністю в одному воєводстві. Затверджені воєводською адміністрацією результати зарахування на проходження спеціалізації доступні для огляду 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.

Лікар може проходити підготовку в рамках тільки однієї спеціалізації за певний період. Кожен резидент має визначеного керівника спеціалізації. Керівником спеціалізації може бути висококваліфікований лікар-спеціаліст або працівник медичного університету за напрямком спеціалізації лікаря. Кількість резидентур визначається рішенням Міністерства охорони здоров'я. Правовою підставою для проведення резидентури та питань, які її стосуються, є Постанова уряду від 5 грудня 1996 року про отримання освіти лікаря-

ми та стоматологами № 226, наказ міністра охорони здоров'я від 20 жовтня 2005 року про спеціалізацію лікарів та дантистів № 213/1779. 2 січня 2013 року вийшов новий наказ міністра охорони здоров'я Польщі про проведення спеціалізації лікарів та стоматологів № 26, який регулював деякі не вирішені попередніми наказами питання.

Зазвичай, найбільше резидентських ставок виділяється в пріоритетних спеціальностях, серед яких сімейна медицина, клінічна онкологія, патоморфологія, медична реабілітація, епідеміологія та геріатрія. Хоча при бажанні резидентуру можна не проходити, а працювати родинним лікарем.

Вимогу на навчання певної кількості спеціалістів у воєводстві подає воєвода. В цілому в Польщі щорічно Міністерство охорони здоров'я видає дозволи на проходження близько 2500 резидентур. Наприклад, в 2013 році в Люблінському воєводстві міністерство оплачувало 76 ставок резидентів, з них: 9 – терапевтів, радіологів – 6, ортопедів-травматологів – 5.

Можливість працевлаштування у резидентуру залежить від кількох чинників. Лікар може розпочати резидентуру, якщо дістає право займатись лікарською діяльністю на території Польщі, після успішного складення лікарського післядипломного лікарського іспиту. Не громадяни Польщі мають, крім того, дістати окремий дозвіл міністра охорони здоров'я. Перед початком проходження резидентури лікар має подати заяву до Воєводського центру суспільного здоров'я, на території якого він має намір проходити резидентуру. Заяву приймають в двох термінах – або до 30 квітня, або до 30 листопада кожного року. Процедура прийому включає в себе перевірку попередньо отриманих документів лікаря щодо можливості навчання та проведення конкурсу, який проходить у вигляді кваліфікаційної співбесіди. Дуже важливе значення при проходженні конкурсу відіграють результати складення лікарського післядипломного іспиту.

Найчастіше співбесіда відбувається при отриманні двома лікарями однакової кількості балів під час іспиту. Але навіть якщо лікар отримав нижчу кількість балів і не пройшов вдало кваліфікаційну співбесіду, він все одно ще може отримати дозвіл на проходження резидентури в тому закладі. Для цього він має написати заяву до Міністра охорони здоров'я, ухвалену Воєводським центром суспільного здоров'я, та листа-прохання, підписаного воєводським головним спеціалістом зі спеціальності, по якій планується резидентура.

У Воєводському центрі суспільного здоров'я створюється комісія, яка оголошує про кількість виділених міністерством місць для резидентури, проводить конкурс та оголошує список прийнятих осіб. Воєводський центр дає направлення лікарю для проходження резидентури у вибраному акредитованому шпиталі та складає з лікарем договір про роботу. Такий договір складається з 1 березня або 1 вересня кож-



ного року. Тривалість резидентури залежить від спеціальності, по якій вона відкрита.

Лікар-резидент, який навчається в резидентурі, може змінити шпиталь, у якому її проходить, але не раніше ніж через 1 рік після початку резидентури, за винятком ситуації, коли ліквідується підрозділ, в якому відбувалось таке навчання.

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 в акредитованих закладах, внесених у реєстр Міністерства охорони здоров'я. Список таких закладів відкрито публікується на сайті міністерства. Вимоги до лікувально-профілактичних та освітніх закладів, які мають намір проводити післядипломну підготовку лікарів, прописані у польському законодавстві та включають:

1) наявність оформленого плану навчання для реалізації в зазначений час, в якому визначено:

- а) мету навчання;
- б) предмет і сферу навчання згідно з актуальними медичними знаннями;
- в) форму навчання;
- г) необхідну кваліфікацію учасників;
- д) спосіб верифікації результатів навчання;
- е) спосіб підтвердження участі і закінчення навчання;

2) забезпеченість професорсько-викладацьким складом з необхідним для цієї форми освіти кваліфікаційно-освітнім рівнем;

3) забезпеченість адекватними для виконання програми навчально-практичними базами з урахуванням практичного навчання;

4) мати внутрішню систему оцінки якості освіти, з урахуванням інструментів та методів оцінювання якості освіти;

5) забезпечення надання медичних послуг входять до сфери освіти уповноваженими особами і тими особами, які уповноважені, та відповідної кваліфікації для їх реалізації.

Перевагою резидентури є те, що на час навчання в ній лікар має стаке місце роботи і отримує стаку заробітну платню. Проте часто буває, що лікар-резидент по закінченні резидентури залишається безробітним, оскільки місце для спеціалістів в лікарні, де він проходив резидентуру, немає. У випадку, якщо на певне місце претендують кілька резидентів, приймають того, у якого вищий бал кінцевого лікарського іспиту.

Недоліком існування системи спеціалізації через резидентуру є невелика кількість місць для резидентури. Часом лікар може кілька років чекати на місце в резидентурі. Це при тому, що значна кількість місць у резидентурах залишається незайнятою, оскільки це резидентури з дисциплін, які не користуються попитом. Це епідеміологія, професійні захворювання, сімейна медицина. В середньому щороку близько 120 посад резидентів залишаються вільними.

Ще однією з причин важкості влаштування в резидентуру є обмежена кількість лікарень, які мають акредитацію на проведення резидентури. Часом виникають абсурдні ситуації, коли для виконання якоїсь практичної навички утворюється довжелезна черга, кількість осіб у якій значно перевищує кількість такого виду маніпуляцій, які виконуються щорічно в даному закладі. Також Міністерство охорони здоров'я хоче спростити процедуру проходження акредитації лікарським закладом, зокрема, через скасування дозволу на акредитацію воєводського головного спеціаліста з відповідної спеціальності.

Лікар, який отримав менше балів після складення кінцевого лікарського іспиту, має шукати інше місце для резидентури. Якщо лікар, який навчається в резидентурі, не встигає виконати план резидентури під час навчання, резидентура йому не зараховується, і він має заплатити державі гроші в кількості вартості навчання.

Для контролю якості знань та практичних навичок, набутих лікарем за час спеціалізації, Міністерством охорони здоров'я та департаментами соціальної політики відділу вищих медичних кадрів воєводських адміністрацій двічі на рік проводиться Державний екзамен зі спеціалізації (ДЕС). Лікар може подавати документи на складання ДЕС на ім'я воєводи через керівника спеціалізації після успішного завершення програми спеціалізації. Заява подається у формі електронної реєстрації на сайті ЦЕМ. ДЕС для кожної спеціальності проводиться у формі тестового та усного іспиту, у черговості, встановленій директором ЦЕМ, з охопленням матеріалу пройденої спеціалізації з урахуванням діагностичних і лікувальних процедур, без виконання інвазивних маніпуляцій. Тестові питання або завдання усного іспиту опрацьовує і підбирає ЦЕМ у співпраці з державним консультантом для даної галузі медицини або його представником, що призначається на кожну екзаменаційну сесію. Тестові питання і завдання усної частини розробляються, доповнюються і зберігаються в спосіб, що унеможлиблює доступ до них осіб, які не беруть участь у їх розробці, доповненні і зберіганні, а також тих, що вводять їх у базу ДЕС або виконують нагляд над їх введенням. Тестові завдання не підлягають широкому доступу відповідно до закону від 6 вересня 2001 р. «Про доступ до публічної інформації». ЦЕМ повідомляє лікаря про місце і терміни ДЕС не пізніше ніж за 14 днів до дати проведення. Лікареві надається відпустка тривалістю 6 днів на підготовку до складання ДЕС. На час підготовчої відпустки лікар зберігає право на заробітну плату.

Тестовий іспит, що входить до складу ДЕС, складається із 120 тестових питань з п'ятьма варіантами відповідей, з яких тільки одна правильна. За кожну правильну відповідь лікар отримує 1 бал. У разі відсутності відповіді або зазначення більше ніж однієї відповіді бали не нараховуються. Тестову частину ДЕС зараховують із позитивним результатом у разі

отримання лікарем щонайменше 60 % від максимальної кількості балів. Під час складання ДЕС лікар не може користуватися жодними навчальними посібниками та іншими матеріалами, а також пристроями, що служать для копіювання, передавання і одержання інформації. Порушення цієї заборони дає привід для дискваліфікації особи, що складає іспит, що рівнозначне з отриманням нею негативного результату.

Іспит проходить у присутності щонайменше трьох членів комісії.

При складанні лікарем усного іспиту його керівник спеціалізації може бути призначений як спостерігач.

ДЕС проводиться Державною екзаменаційною комісією (надалі ДЕК). Голову і членів ДЕКу призначає директор ЦЕМ з числа осіб, запропонованих державним консультантом та науковим товариством для даної галузі медицини, а також Головною лікарською палатою. Лікар отримує негативний результат ДЕС, якщо результат є негативний хоч би з однієї його частини. У такому випадку лікар може звернутися з клопотанням до директора ЦЕМ щодо повторного складання ДЕС. Отриманий позитивний результат з однієї з частин ДЕС визнається в наступних екзаменаційних сесіях. У разі заявки на складання ДЕС вчетверте і кожен наступний раз лікар вносить оплату у розмірі не вище ніж 25 % середньої місячної заробітної плати.

Лікареві, який склав ДЕС із позитивним результатом, ЦЕМ видає свідоцтво спеціаліста в строк 30 днів від дня отримання сертифіката з результатами ДЕС. Лікар, який отримав свідоцтво, інформує про це регіональний осередок Лікарської палати, яка вписує інформацію про цей факт до окружного реєстру лікарів.

Третій ступінь післядипломної підготовки лікаря здійснюється винятково за бажанням самого лікаря та/ або за потреби лікувального закладу, в якому він практикує. Метою цього етапу є підготовка спеціаліста з вузькою спеціалізацією. Його тривалість складає 2–3 роки залежно від спеціальності. Кількість та профіль вузьких спеціалістів визначають, в основному, лікувально-профілактичні заклади, яким це необхідно для отримання акредитації, а також залучення коштів від Народного фонду здоров'я.

Зарахування претендентів на вузьку спеціалізацію відбувається двічі на рік аналогічно до процедури зарахування на базову спеціалізацію з деякими особливостями.

Лікар складає заяву на проходження вузької спеціалізації в обраній галузі медицини в електронній або паперовій формі на ім'я воєводи того воєводства, на території якого бажає здійснювати спеціалізовану підготовку, міністра національної оборони, у випадку, якщо лікар перебуває на діючій військовій службі або працевлаштований у лікувальних закладах, підпорядкованих Міністерству національної оборони, або міністра внутрішніх справ, у випадку, якщо лікар перебуває на службі або працює у лікувальних структурах, підпорядкованих Міністерству внутрішніх справ.

Кількість вільних місць для проходження спеціалізації на даний відбір у закладах, включених у реєстр закладів для проведення спеціалізації Міністерства охорони здоров'я, оголошується на сайті Департаменту соціальної політики кожного воєводства за 1 місяць до початку кваліфікаційного відбору.

Вторинна спеціалізація здійснюється лише на основі цивільно-правової угоди з лікувальними закладами, резидентські місця не надаються. Як правило, лікар отримує оплачувану відпустку на весь термін проходження спеціалізації або ж укладає трудову угоду, якщо є працівником лікувально-профілактичного закладу, який має акредитацію на проведення спеціалізації.

Кваліфікаційний процес здійснюється на основі конкурсного відбору, якщо кількість кандидатів для проходження спеціалізації більша, ніж кількість наявних місць.

При зарахуванні на вузьку спеціалізацію при конкурсному відборі претенденту нараховуються бали за такі параметри:

- перерахунок результатів ДЕС – максимально 200 балів;
- наявність ступеня доктора медичних наук – 5 балів;
- не менше трьох років трудового стажу або службового відношення до медицини до початку відбору на повну ставку в закладі, акредитованому за напрямком спеціалізації – 5 балів;
- у разі викладання в медичних навчальних чи інших закладах та праці у сфері медичної науки – 5 балів;
- публікації у наукових журналах, включених до списку, складеного міністром науки для параметричного оцінювання дослідницьких одиниць (0,5 бала за участь в одній публікації) – максимально 5 балів.

Максимально можлива кількість балів – 220.

Після успішного завершення повного курсу вторинної спеціалізації, що засвідчує керівник спеціалізації, лікар зобов'язаний скласти відповідний Державний екзамен зі спеціалізації (методика організації та оцінювання описана у попередньому розділі). Це дає підстави для присвоєння лікарю звання вузького спеціаліста певного напрямку медицини.

І ось нарешті лікар після довгих років проходження спеціалізації отримує звання лікаря-спеціаліста. Чи це означає, що він відразу знайде роботу? Звичайно, ні. Наступні його дії – це самостійний подальший пошук місця праці. Якийсь час лікар може навіть бути безробітним. З даних, представлених Міністерством праці і суспільної політики Польщі, впливає, що в першому півріччі 2013 року в Польщі було 164 безробітних лікарів, в II півріччі – вже 724. Найбільше безробітних в II півріччі було у воєводстві Малопольському – 107, в Дольношльонському воєводстві – 97, в Мазовецькому – 89. Найменше – у воєводстві Свентокжизському – 11 та у воєводстві Опольському – 6 осіб. Причому безробітних стоматологів було значно менше – в I півріччі 31 особа, в II – 68 осіб. Оголошення про запрошення на роботу можна знайти на Інтернет-

сторінках лікарських воєводських палат, також на сторінках приватних фірм, які займаються працевлаштуванням людей. Найчастіше серед інших спеціальностей не вистачає сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів, психіатрів, стоматологів. Працедавці (національні та приватні заклади охорони здоров'я) в таких оголошеннях спокушають претендентів заробітками, хорошими умовами праці, наданням житла, навіть допомогою при переїзді. Стоматологи можуть вибирати між довгостроковим договором про працю та контрактом. Є дуже багато пропозицій для стоматологів, які займаються приватною практикою.

З іншого боку, в газетах з оголошеннями не часто, але попадають оголошення типу: «Шукаю працю в галузі терапії, гінекології, сімейної медицини». Але більшість тих оголошень стосується роботи поза основним місцем роботи, в позаобідній час, під час вихідних днів та літніх відпусток.

Наприклад, Центральна клінічна лікарня у Варшаві помістила на своїй Інтернет-сторінці три оголошення: лікарня потребує лікаря для кабінету медичної статистики, фізіотерапевта та магістра фармації. Якщо на таке оголошення ніхто не зверне уваги, наступним етапом його надрукують у газеті з оголошеннями. При прийомі на роботу велике значення має рівень кваліфікації лікаря.

Великою проблемою для Міністерства охорони здоров'я Польщі є проблема імміграції лікарів та медичних сестер. Після входу Польщі до Євросоюзу в травні 2004 року у воєводські лікарські палати звернулось майже 5 % відсотків працюючих медиків з проханням видати їм документи, які дозволяють їм працювати за кордоном. За даними Міністерства охорони здоров'я, скільки їх виїхало – невідомо. За даними лікарських палат, це понад 203 тисячі осіб. В польському Міністерстві охорони здоров'я вважають що, якщо з регіону виїжджає близько 10 % медичного персоналу, це викликає проблему для пацієнтів. За даними лікарських палат північних та західних районів Польщі, до цієї межі зосталось зовсім небагато. Рекорд припав на лікарську палату в Гожові, де іммігрувало 16 % медиків. В Щецині їх 9,5 %, у Вроцлаві та Ополлі – по 7 %, в Гданську – 6 %. Ось спеціальності, спеціалісти з яких виїжджають найчастіше: анестезіологи, терапевти, хірурги, акушери і гінекологи, ортопеди. В 2013 році було подано 5723 заяви на видачу документів для роботи за кордоном, що становить 4,8 % (загальна кількість лікарів 118 тисяч осіб). В лікарнях та поліклініках в 2013 році було 4000 вільних ставок для лікарів та три з половиною тисячі для медичних сестер. На думку авторів доповіді «Міграція польських лікарів, медичних сестер та акушерок після вступу

Польщі до Євросоюзу», яка була надрукована в 2013 році на Інтернет-сторінці польського Міністерства охорони здоров'я, в Польщі зараз є найгірший (крім Румунії та Болгарії) показник забезпечення населення лікарями та медичними сестрами. Так, медичних сестер у Польщі є удвічі менше (4,9 на тисячу населення), ніж в Німеччині (9,6) чи в Чехії (8,1). Подібна ситуація спостерігається і з лікарями: 2,0 на тисячу населення, в Чехії – 3,5, в Угорщині – 3,3, в Німеччині – 3,4. В рапорті зазначається, що Міністерство охорони здоров'я не знає точної кількості лікарів та медичних сестер, які виїхали на роботу до Унії. Про кількість іммігрантів можна судити тільки за кількістю виданих лікарськими палатами кваліфікаційних свідчень. За даними палат, зараз за кордоном працює 5114 лікарів, 1581 стоматолог та 5912 медичних сестер. За даними Міністерства охорони здоров'я, сьогодні в Польщі бракує 398 анестезіологів, 312 терапевтів, 306 лікарів швидкої допомоги, 230 педіатрів, 206 хірургів, 170 психіатрів, 125 ортопедів, 110 гінекологів. Велика проблема в Польщі є з неонатологами. Польські лікарі виїжджають за кордон, а на їхні місця ніхто не хоче влаштуватися.

Міністерство охорони здоров'я бачить вихід з цієї ситуації в тому, щоб по закінченні спеціалізації лікар обов'язково мусив відпрацювати кілька років у Польщі в закладах державної охорони здоров'я. Зараз опрацьовується такий закон.

Міністерство охорони здоров'я, мотивуючись зростаючим дефіцитом лікарів, шукає можливість прискорення процесу їх навчання. Планується розділення спеціалізації на базовий модуль, який має тривати 2–3 роки, та модуль власне спеціалізації, що триває від 2 до 4 років. То мало би полегшити молодому лікарю здобуття практичних навичок та знань з дисципліни, яку він вивчає, та базових предметів. При цьому загальний час спеціалізації би значно скоротився. Крім того, в базовий модуль увійшли б дисципліни, які досі викладаються під час післядипломного стажу, між ними обов'язковий курс та іспит з медичного рятівництва. Проте ці пропозиції поки що подані у вигляді проекту, в лікарському товаристві до них ставляться з деякими сумнівами.

Ось Інтернет-адреси деяких сайтів, які дають оголошення про пошук лікарів на роботу:

[www.gazetapraca.pl/](http://www.gazetapraca.pl/)  
<https://konsylium24.pl/praca>  
[https : polska.newsweek.p](https://polska.newsweek.pl)  
[www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)

Назви найбільших газет з оголошеннями, які шукають лікарів: Praca, Ofery pracy, Praca, oferty pracy.

#### Список літератури

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Wyrok z dnia 6 wrzesnia 2005 r. I PK 5/05.  
2. <http://wyborcza.pl/1,85849,3772389>.

3. [http://wyborcza.pl/1,76842,11238396,Struktura\\_i\\_metoda](http://wyborcza.pl/1,76842,11238396,Struktura_i_metoda).  
4. <http://wyborcza.pl/1,76842,15719463>.  
5. <http://zielonagora.gazeta.pl/zielonagora/1,35182,14367193>

## РОЛЬ ВІДДІЛУ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ КАДРІВ ДЕПАРТАМЕНТУ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ У ПОЛЬЩІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»

Провідну роль у забезпеченні організації та контролю за післядипломною підготовкою лікарів та стоматологів у Польщі відіграють місцеві адміністрації, що є яскравою ілюстрацією децентралізації влади.

Воєводські адміністрації є структурами виконавчої влади на рівні воєводства (привірюється до обласного рівня в Україні), що складаються із багатьох департаментів.

Серед відділів, що займаються питаннями, пов'язаними з наданням медичних послуг населенню, у Департаменті соціальної політики воєводської адміністрації Нижньої Сілезії є відділ вищих медичних кадрів, відділ громадської охорони здоров'я, відділ медичної статистики та посада головного державного санітарного лікаря.

Основними завданнями відділу вищих медичних кадрів, який має безпосереднє відношення до забезпечення післядипломної підготовки медичних кадрів, є:

1. Ведення справ, пов'язаних із спеціалізацією лікарів та стоматологів.
2. Проведення справ, пов'язаних з отриманням звання спеціаліста фармації, лабораторної діагностики і галузей, дотичних до охорони здоров'я.
3. Організація іспитів Лікарського кінцевого екзамену/Лікарсько-стоматологічного кінцевого екзамену (LEK/LDEK) та проведення Державних екзаменів зі спеціалізації (*Panstwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*, надалі ДЕС).
4. Видача сертифікатів після завершення спеціалізації.

Саме цей відділ забезпечує організацію всього процесу післядипломного навчання:

- збір заяв та паперової документації на проходження спеціалізації та проведення конкурсу/зарахування;
- реєстрація та погодження керівників спеціалізації;
- затвердження індивідуальних планів проходження спеціалізації;
- створення реєстру усіх лікарів, що проходять спеціалізацію в Нижньосілезькому воєводстві;
- контроль за подовженням/скороченням тривалості та місця проходження спеціалізації).

Стосовно іспитів LEK/LDEK даний відділ відіграє значну роль, оскільки забезпечує збір документації від студентів і лікарів, які бажають скласти іспит на певну сесію, подає уточнені списки учасників та

здійснює організаційні заходи на вимогу Центру екзаменів медичних (ЦЕМ).

Іспити LEK/LDEK проводяться двічі на рік у період:

- LEK – з 15 по 28 лютого і з 15 по 30 вересня;
- LDEK – з 1 по 14 лютого і з 1 по 14 вересня.

Заяви на складання LEK/LDEK подають у письмовій формі до 30 червня у разі складання екзамену у період з 1 по 30 вересня та до 30 листопада у разі складання екзамену у період з 1 по 28 лютого. Відділи вищих медичних кадрів, після реєстрації усіх бажаючих, подають уточнені списки в Центр екзаменів медичних (ЦЕМ). Точну дату екзаменів встановлює директор ЦЕМ окремою заявою, після чого інформацію про дату і місце складання іспиту та реєстраційний код електронною поштою повідомляють кандидатам не пізніше ніж за 14 днів до іспиту. Відділи вищих медичних кадрів забезпечують підбір та підготовку місця для проведення іспиту.

Іншим завданням із переліку функцій відділів вищих медичних кадрів департаментів соціальної політики є проведення конкурсного відбору претендентів на проходження спеціалізації, яке здійснюють двічі на рік:

- до 28 лютого при відборі для проходження спеціалізації в період з 1–31 березня;
- до 30 вересня при відборі для проходження спеціалізації в період з 1–31 жовтня.

Працівники цього відділу зобов'язані контролювати і надавати інформацію про загальну кількість місць для проходження спеціалізації і список закладів, що проводять спеціалізацію на теренах Нижньосілезького воєводства, а також висвітлювати дані про кількість вільних місць на даний конкурсний відбір на сайті Нижньосілезької воєводської адміністрації [www.duw.pl](http://www.duw.pl) у розділі Департаменту соціальної політики за 1 місяць до початку проведення конкурсу на спеціалізацію.

Кількість наявних місць, виділених для проходження спеціалізації за формою резидентури, оголошується міністром охорони здоров'я на веб-сайті Міністерства охорони здоров'я [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) за 21 день до початку проведення спеціалізації.

Кількість позарезидентських місць для проходження спеціалізації на даний конкурсний відбір має бути оголошена воєводою Нижньої Сілезії на сайті [www.duw.pl](http://www.duw.pl) в розділі Департаменту соціальної політики після розподілу місць резидентури не пізніше



як за 14 днів до початку проходження спеціалізації. Невикористані місця резидентури, які виділені для проходження спеціалізації в даному воєводстві за певною медичною спеціальністю, воєвода може надати лікарям, які брали участь у конкурсному відборі на це навчальне місце і зайняли найвищі місця в рейтингу з урахуванням всіх спеціальностей, в яких були надані місця під резидентуру. Воєвода Нижньої Сілезії може надавати додаткові навчальні місця не пізніше ніж протягом двох місяців з дати завершення даного відбору на спеціалізацію.

Відділ вищих медичних кадрів департаментів соціальної політики забезпечує збір і реєстрацію необхідних документів для зарахування на проходження спеціалізації.

Лікар, який збирається розпочати спеціалізацію, подає заявку в електронній або паперовій формі.

Подання в електронній формі доступне на сайті <http://wors.cmkp.edu.pl>.

Заява у паперовій формі повинна бути відредагована в програмі Word, роздрукована і підписана лікарем та подається в офіс Департаменту соціальної політики Нижньосілезької воєводської адміністрації не пізніше ніж за 3 дні до закінчення терміну складання заявки в електронній формі.

Необхідно зазначити, що лікар, який планує розпочати спеціалізацію в певний період, може бути допущений до проходження конкурсного відбору тільки за однією спеціальністю медицини в одному воєводстві. Водночас лікар може представити дві анкети для проходження спеціалізації за однією спеціалізацією медицини як на резидентуру, так і на позарезидентські місця. У заяві вказується форма спеціалізації, якій надається перевага.

Додаткова документація, необхідна для зарахування на резидентуру, включає:

- заяву на проходження спеціалізації з вказанням медичного закладу, який вибраний для проходження спеціалізації;
- ксерокопію постійної ліцензії на медичну практику, засвідчену нотаріально;
- ксерокопію сертифіката складання іспиту LEK/LDEK;
- для іноземців, які перебувають в Польщі, але не є громадянами ЄС, потрібно представити ксерокопію документа легального перебування на території держави;
- рекомендовано (не обов'язково): згода від обраного медичного закладу на проходження спеціалізації.

Додаткова документація (на позарезидентську форму проходження спеціалізації), яку необхідно представити лікарю:

- атестат про середню оцінку на спеціалізованому іспиті на отримання I°/II° кваліфікації (до впровадження LEK/LDEK) або Державному екзамені зі спеціалізації (*Panstwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*) при подачі документів на вторинну спеціалізацію;

– згода працедавця у разі проходження спеціалізації за однією з таких форм:

- на підставі угоди про працю, укладеної з закладом, що проводить спеціалізацію;
  - у рамках оплачуваної відпустки, наданої працівнику на весь термін проходження спеціалізації;
  - на підставі угоди про працю, укладеної з іншими медичними установами, ніж та, в якій проводиться спеціалізація;
- згода керівника докторантури;
- довідка з місця роботи з інформацією про графік праці і тривалість укладеної угоди про працю.

Документи, необхідні для бонусних балів для проходження вторинної спеціалізації (позарезидентська форма):

- ксерокопія диплома про здобуття наукового ступеня доктора медичних наук;
- підтвердження про публікації в наукових журналах;
- сертифікат, що підтверджує зайнятість, який повинен включати інформацію про працевлаштування за напрямком спеціалізації, стаж роботи (не менше 3-х років до початку відбіркової процедури, тобто до 28 лютого або 30 вересня), робочий час (повний робочий день);
- інформація про відсутність проходження іншої спеціалізації впродовж останніх трьох років;
- інформація про займану посаду (для викладачів).

Видрукувана і підписана заява надсилається до воєводської адміністрації не пізніше ніж за 3 дні до закінчення подачі заяви в електронній формі. Датою надходження заяви воєводі в паперовій формі вважається та, котра була зареєстрована в поштовому відділенні.

Процедура зарахування на спеціалізацію включає:

- конкурсний відбір, в якому береться до уваги найкращий результат LEK/LDEK (на резидентуру);
- офіційну рейтингову оцінку поданої заяви з додатками на спеціалізацію (на позарезидентські місця).

При конкурсному відборі на спеціалізацію кількість лікарів, що зараховуються, відповідає кількості вільних місць, що виділяються за певним напрямком медицини у воєводстві. Заявників розподіляють у порядку від найвищої оцінки, отриманої у конкурсі.

Затверджені воєводою Нижньої Сілезії результати процедури зарахування повинні бути доступні для огляду WPS Office у вигляді закодованих (системою ID) рейтингових списків за окремими напрямками медицини і на веб-сайті [www.duw.pl](http://www.duw.pl) у розділі Департаменту соціальної політики 31 березня або 31 жовтня.

Лікар може звернутись до комісії, яка проводить конкурсний відбір, для перевірки результатів протягом 20 днів з дати публікації на сайті списку лікарів, які пройшли чи не пройшли відбір, до початку проходження спеціалізації.

Після зарахування відділ вищих медичних кадрів Департаменту соціальної політики контролює початок спеціалізації, що є особливо важливим для резидентських місць:

1. Лікарі, які зараховані для проходження спеціалізації, отримують направлення (у двох примірниках) із зазначеними формою і терміном тривалості до закладу, який має вільні місця спеціалізації.

2. Направлення повинне бути підтвердженом у закладі спеціалізації:

- директором;
- керівником клініки / завідувачем відділу;
- керівником спеціалізації.

3. Після подачі підписаного (один екземпляр) направлення до Департаменту соціальної політики:

– лікар вноситься до реєстру осіб, які проходять спеціалізацію за даною спеціальністю медицини у воєводстві Нижня Сілезія;

– отримує індивідуальний план спеціалізації;

– отримує перелік обов'язкових до виконання навичок і медичних процедур.

Усі зміни під час проходження спеціалізації, а саме зміна закладу спеціалізації, керівника, форми чи тривалості (продовження або скорочення), перенесення спеціалізації до іншого воєводства, відрахування, контролюються відділами вищих медичних кадрів департаментів соціальної політики та вносяться у реєстр осіб, які проходять спеціалізацію.

Зміну закладу спеціалізації також здійснюють відділи вищих медичних кадрів департаментів соціальної політики через індивідуальний запит зацікавленої особи. Лікаря видається направлення (у двох примірниках), яке повинно бути підтверджено в новому лікувально-профілактичному закладі, що здійснюватиме післядипломне навчання. Один екземпляр направлення залишається у воєводській адміністрації, а інший залишається в офісі закладу спеціалізації.

Умовою зміни спеціальності, за якою здійснюється спеціалізація, є наявність вільних місць у даній галузі (в порядку подання запитів).

Рішення про продовження тривалості спеціалізації приймається керівником спеціалізації та погоджується з директором лікувально-профілактичного закладу. У випадку, якщо це резидентське місце, рішення затверджується міністром охорони здоров'я. Підтвердження продовження спеціалізації належить негайно представити у відділ вищих медичних кадрів Департаменту соціальної політики.

Тривалість курсу спеціалізації може бути продовжена у разі:

- хвороби і материнства;
- неоплачуваної відпустки, яка надається роботодавцем, але не довше ніж на три місяці, в період проходження спеціалізації;
- неоплачуваної відпустки не довше ніж на два роки, наданої роботодавцем для проходження стажування за кордоном, згідно з програмою спеціалізації після отримання згоди від керівника спеціалізації;

лізації після отримання згоди від керівника спеціалізації;

– вимушеної перерви, не більше 14 днів, при зміні форми або місця проходження спеціалізації;

– перерви, не більше 12 місяців, у випадку поєднання спеціалізації зі стаціонарним навчанням у докторантурі.

Скорочення тривалості спеціалізації можливе в перший рік спеціалізації. Для цього лікар, що зареєструвався за місцем спеціалізації та має призначеного керівника, може звернутися до міністра охорони здоров'я, через Центр післядипломної медичної освіти, з клопотанням про визнання рівноцінними реалізовані елементи основного стажу або курсів підготовки (якщо період з дати їх завершення до дня початку спеціалізації не більше 5 років). Програми та інформацію про скорочення спеціалізації можна знайти на сайті ЦПМО [www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl).

Перенесення спеціалізації до іншої установи можливе після року проходження спеціалізації.

Завданнями відділу громадської охорони здоров'я Департаменту соціальної політики воєводської адміністрації є:

1. Ведення реєстру юридичних та фізичних осіб, які здійснюють медичну діяльність.

2. Координація та контроль за здійсненням Національної програми охорони здоров'я.

3. Реалізація державної політики в рамках Національної програми з профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом на 2012–2016 рр.

4. Здійснення контролю за відбуванням лікарями та стоматологами післядипломного стажування.

5. Нагляд та координація політики в галузі охорони здоров'я в регіоні, з урахуванням охорони здоров'я матері і дитини.

6. Контроль за суб'єктами, що здійснюють медичну діяльність, у тому числі профілактичну допомогу матері і дитині.

7. Моніторинг та співробітництво в реалізації оперативних цілей Національної програми охорони здоров'я на 2007–2015 роки та інших програм у галузі охорони здоров'я, здійснюваних органами місцевого самоврядування.

8. Призначення і координація діяльності воєводських консультантів та головного санітарного лікаря.

9. Розгляд питань, пов'язаних із призначенням представників воєводи Нижньої Сілезії до наглядових рад лікувально-профілактичних закладів, а також закладів, власником яких є медичні навчальні заклади.

10. Моніторинг ситуації у сфері охорони здоров'я, у тому числі стосовно реструктуризації незалежних закладів громадської охорони здоров'я.

11. Співпраця з Департаментом з нагляду та боротьби щодо контролю прийнятих місцевими радами резолюцій, що стосуються діяльності, пов'язаної із запобіганням алкоголізму та наркоманії.

12. Надання, продовження та анулювання статусу Центру соціальної інтеграції і ведення реєстру центрів соціальної інтеграції.

13. Розробка та оновлення воєводського плану дій у разі епідемії інфекційних захворювань на території воєводства.

14. Співпраця з місцевими органами територіального самоврядування, місцевими профспілками, державними та іншими суб'єктами у сфері охорони здоров'я.

Серед функцій відділу медичної статистики Департаменту соціальної політики визначаються такі:

1. Організація статистичних досліджень у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування у воєводстві Нижня Сілезія відповідно до діючих правових норм.

2. Координація та нагляд за звітністю медичних установ у Нижній Сілезії з точки зору методологічної правильності і своєчасності передачі даних у системі медичної статистики до відповідних суб'єктів на центральному рівні.

3. Підготовка звітів про фінансове становище і структуру фінансових зобов'язань закладів охорони здоров'я та передача даних у Департамент бюджету, фінансів та інвестицій Міністерства охорони здоров'я.

#### Список літератури

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 2013, poz. 26). Розпорядження Міністра здоров'я від 8 січня 2013 р. про спеціалізацію лікарів та лікарів-стоматологів // Урядовий вісник. – 2013.

2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. 2011, Nr 277, poz. 1634 tekst

4. Publikacja i prezentacja tematycznych analizów pro stan zdrowia жителів воєводства Нижньої Сілезії та про експлуатацію окремих елементів інфраструктури охорони здоров'я.

5. Підготовка даних та інформації для суб'єктів, відповідальних за створення політики в галузі охорони здоров'я в регіоні, зокрема в обсязі, необхідному для створення планів і стратегій у галузі охорони здоров'я.

Завданнями діяльності головного державного санітарного лікаря є:

1. Ініціювання та моніторинг угод між суб'єктами, що здійснюють виробництво і утилізацію медичного обладнання та надання прав і контроль за належним використанням природних лікувальних ресурсів.

2. Взаємодія з санітарними комісіями.

3. Взаємодія із зацікавленими сторонами у здійсненні та розвитку інфраструктури санаторно-курортного лікування.

4. Виконання інших завдань, передбачених законом.

Таким чином, роль Департаменту соціальної політики у забезпеченні післядипломної підготовки медичних кадрів є значною і полягає як у контролюючій функції, так і в забезпеченні організаційних заходів на різних етапах післядипломного навчання лікарів.

jednolity). *Постанова від 5 грудня 1996 року «Про професійну діяльність лікарів та лікарів-стоматологів» // Урядовий вісник. – 2011. – № 277.*

3. Офіційний сайт Нижньосілезької воєводської адміністрації [www.duw.pl](http://www.duw.pl)

4. Офіційний сайт Центру екзаменів медичних <http://cmkp.edu.pl>

## ЛІКАРСЬКА ПАЛАТА (ІЗБА ЛЕКАРСЬКА) ЯК ОРГАН ПРОФЕСІЙНОГО САМОВРЯДУВАННЯ МЕДИКІВ У ПОЛЬЩІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

### Засади діяльності професійних асоціацій

Стаття 17 Конституції Республіки Польща передбачає створення професійних асоціацій, які об'єднують людей однієї професії, з метою самоврядування, підготовки спеціалістів, нагляду та контролю за професійною діяльністю, юридичної підтримки та захисту своїх інтересів.

Відповідно, асоціацією лікарів Республіки Польща є Лікарська палата (*Izba Lekarska*) – орган самоврядування з законодавчими повноваженнями, з повною незалежною діяльністю, яка контролюється тільки рамками чинного законодавства відповідно до положень Закону про Лікарські палати від 2 грудня 2009 року (Законодавчий вісник № 219).

### Історія становлення професійного самоврядування лікарів у Польщі

Після здобуття Польщею незалежності у 1918 р. з'явилась ідея створити орган самоврядування лікарів і стоматологів. За основу було взято досвід європейських країн. Створена спілка мала за мету об'єднати наукові товариства, громадські та професійні організації. Основний наголос при цьому ставився на самоврядуванні. Завданням цього органу була взаємодія з урядом, місцевими департаментами та урядовими установами для визначення та втілення програм охорони здоров'я населення в незалежній Польщі. У 1920 р. був виданий закон про створення органу самоврядування лікарів Польщі, яким стала Лікарська палата (*Izba Lekarska*). В 1938 р. до неї приєдналися стоматологи.

У часи Другої світової війни та поствоєнному періоді принципи самоврядування суперечили законам тоталітарних держав. Незважаючи на офіційні заяви, органи самоврядування лікарів не отримали повне схвалення чи підтримку від центральних органів державної влади і воєводських управлінь. Була втілена доктрина підпорядкувати всі професійні групи працівників охорони здоров'я під правлячий інститут профспілки працівників охорони здоров'я. У зв'язку з цим, у 1948 р. органи самоврядування лікарів і стоматологів втратили законодавчу чинність і в 1950 році були ліквідовані.

Лікарські палати були відновлені в 1989 році. Їх діяльність базувалась на традиціях довоєнного часу. Сьогодні вони стали органами самоврядування лікарів та стоматологів, які беруть участь у підготовці спеціалістів, забезпечують нагляд та контроль за професійною діяльністю лікарів, юридичну підтримку та захист інтересів своїх представників.

### Структура і функції органу професійного самоврядування лікарів

Структурно, лікарські палати поділяються на 23 регіональні лікарські палати та Головну лікарську палату. Існує також єдина для всієї Польщі Військова лікарська палата. Керівництво регіональних лікарських палат здійснюється Головною палатою лікарів та стоматологів, яка знаходиться у Варшаві. Польська палата об'єднує як лікарів, так і стоматологів, тоді як в Німеччині та Австрії існують окремі лікарські палати для цих спеціальностей.

Кількість регіональних лікарських палат, територія діяльності, а також розташування офісу визначає Головна медична рада, враховуючи історичні обставини та адміністративний поділ держави. Територіальна діяльність регіональних лікарських палат не завжди збігається з адміністративним поділом Польщі – у 16 воєводствах функціонує 23 лікарські палати.

Кожен лікар Республіки Польща, від резидента до виходу на пенсію, є в обов'язковому порядку членом однієї з регіональних лікарських палат і в своїй діяльності керується її статутом. Члени Головної лікарської палати обираються представниками регіональних лікарських палат.

У більшості країн Європейського союзу членство лікарів у Лікарській палаті обов'язкове. Проте в країнах Прибалтики та Скандинавії членство лікарів складає лише 90 %, а, наприклад в Угорщині – тільки 30 %.

На сьогодні Лікарська палата Польщі об'єднує близько 130 тисяч лікарів та 35 тисяч стоматологів. Найбільша регіональна Варшавська Лікарська палата представляє 30 тисяч лікарів, а, наприклад, Нижньосілезька, з центром у м. Вроцлав, – 12 тисяч лікарів і 3,5 тисячі стоматологів.

Одним з основних завдань професійного самоврядування є представництво та захист професійних інтересів на різних рівнях. Як орган професійної виконавчої влади Лікарська палата Польщі в своїй суспільній та громадській діяльності, насамперед представляє лікарську позицію та діє в інтересах медиків. Вона бере активну участь в обговоренні і впровадженні законопроектів з питань охорони здоров'я (державні органи зобов'язані отримати позитивну оцінку Лікарської палати); інтеграції медичних працівників (зустрічі, екскурсії, спортивні заходи); соціальній допомозі для медичних працівників; співпраці з науковими організаціями та медичними вузами Польщі.



Основними цілями і завданнями регіональних лікарських палат є:

- Надання та позбавлення права займатись лікарською діяльністю.

Надання права професійної діяльності регіональною Лікарською палатою закріплене законом і реалізується після розгляду необхідного пакета документів, що надається лікарем. При цьому враховується громадянство, професійна кваліфікація, репутація, стан здоров'я представленого спеціаліста.

- Нагляд та контроль за професійною діяльністю лікарів.

- Контроль за приватною практикою лікарів.
- Визнання кваліфікації лікарів.

Лікарська палата Польщі автоматично визнає диплом і сертифікати лікаря, якщо вони здобуті в країнах Євросоюзу. Також Лікарська палата відповідальна за видачу кваліфікаційних сертифікатів польських лікарів. При цьому вона має повноваження інформаційного центру і має право надавати інформацію про кваліфікаційну категорію лікаря.

- Ведення обліку лікарів, реєстр осіб, які здійснюють медичну діяльність.

- Реєстр резидентів та волонтерів, які проходять післядипломне навчання.

- Прийняття концепцій післядипломної освіти.
- Оцінка кандидатів на посади лікарів та керівні посади медичних закладів.

- Службові розслідування професійної діяльності лікарів.

- Розгляд умов праці та заробітної плати лікарів.

- Організація юридичного захисту медичних працівників, зокрема захист гідності лікарської професії, інтересів індивідуальних членів та колективів лікарів.

- Видача висновків щодо законопроектів, які стосуються охорони здоров'я та медичної практики.

- Встановлення принципів медичної етики та контроль за їх дотриманням.

- Взаємодія з державними органами, профспілками та іншими організаціями в країні та за кордоном з питань, що стосуються охорони здоров'я та медичної професії.

- Співробітництво з Міністерством охорони здоров'я, науковими товариствами, університетами, інститутами в Польщі і за кордоном.

- Ведення інститутів самопомоги та інших форм матеріальної допомоги лікарям та їх сім'ям.

- Управління активами та господарською діяльністю медичних палат.

### **Роль Лікарської палати в післядипломній освіті**

Згідно зі ст. 56 Лікарського етичного кодексу, кожен лікар протягом всього періоду своєї діяльності зобов'язаний удосконалювати свої теоретичні знання і практичні навички.

Післядипломна освіта в Польщі поділяється на такі етапи:

- **Обов'язкове післядипломне стажування** (згідно з новою реформою передбачається його відміна).

- **Спеціалізація.**

- **Безперервне післядипломне вдосконалення** лікарів.

На першому етапі післядипломного стажування Лікарська палата розподіляє місця стажування серед випускників на основі середнього бала їхньої успішності протягом навчання в медичному університеті, відповідає за акредитацію місць стажування та забезпечення житлом стажистів. Протягом року стажування Лікарська палата координує проходження стажистами програми, організовує тематичні та передекзаменаційні курси, контролює заповнення індивідуальної карти стажиста, яка подається на кінцевий лікарський екзамen (LEK/LDEK).

Стажисти в обов'язковому порядку проходять курси з медичного права, біоетики та організації охорони здоров'я. Курси організовує Лікарська палата за кошти, які виділяються місцевою владою.

В організації спеціалізації беруть участь Міністерство охорони здоров'я, Центр післядипломної медичної освіти Польщі та Центр лікарських екзаменів. При цьому Головна лікарська палата координує діяльність експертів Центру післядипломної медичної освіти в розробці модульних типових програм лікарської спеціалізації та в акредитації навчальних баз. Також представники Головної лікарської палати в обов'язковому порядку входять в екзаменаційні комісії Центру лікарських екзаменів. Комісії з освіти регіональних лікарських палат, на замовлення Центру післядипломної медичної освіти Польщі, організовують обов'язкові передатестаційні курси для резидентів. У майбутньому Лікарська палата планує повністю перебрати на себе організацію та контроль лікарської спеціалізації за прикладом Німеччини та Австрії.

За безперервне післядипломне вдосконалення лікарів відповідають навчальні комісії регіональних і Головної лікарських палат. Вони організовують виїзні тематичні курси із залученням висококваліфікованих викладачів медичних університетів. Курси фінансуються за кошти окружних лікарських палат (50 %) та Головної лікарської палати (50 %). Також курси частково оплачують фармацевтичні компанії і фірмами-виробниками лікарського обладнання.

У навчальних комісіях лікарських палат реєструються акредитаційні пункти безперервного післядипломного вдосконалення лікарів. Один акредитаційний пункт відповідає одній годині навчання. Пункти зараховуються за проходження тематичних курсів, за публікацію наукових статей, за написання дисертацій, читання лекцій тощо. Протягом всього періоду професійної діяльності кожен лікар мусить подавати щорічний звіт набраних пунктів (орієнтовно 200 пунктів протягом 4 років). Контроль безперервної лікарської освіти набуває особливої ваги для кар'єрного зростання лікаря, при зміні його

місця роботи чи обрання його на нову посаду, при акредитації відділення.

Вся інформація про післядипломну освіту лікаря, його спеціалізацію, проходження курсів, наукові здобутки вносяться у відповідну книжку-посвідчення, яку лікар отримує на руки.

Лікарська палата бере участь в реєстрації навчальних баз резидентів. Для цього після подачі у відділ реєстрації Лікарської палати заявки і даних про діяльність відділення чи центру сімейної медицини організовується акредитаційна комісія, яка сертифікує навчальну базу. При цьому, при подачі непідтвердженої інформації, Лікарська палата може відібрати право навчати резидентів у лікувального закладу. Також регіональна та Головна лікарські палати затверджують керівників навчання резидентів. Медична рада Лікарської палати дає рекомендації при виборі головних та окружних спеціалістів із загальних та вузьких спеціальностей, провідних центрів спеціалізації, а також надає юридичні консультації тих правових аспектів, які стосуються післядипломної освіти.

#### **Реєстрація приватної медичної діяльності**

Будь-який лікар для здійснення професійної діяльності, у чому числі приватної, реєструється в Лікарській палаті. При цьому отримання спеціальної ліцензії приватного лікаря не потрібне, дозвіл отримується автоматично при реєстрації. Лікарська палата проводить сертифікацію і контроль приватного лікарського центру (дотримання технічних та санітарних вимог, робота та лікарське навантаження), має право на організацію інспекцій.

Приватна медична діяльність може бути у вигляді індивідуальної лікарської практики (сімейний лікар), індивідуальної спеціалізованої лікарської практики, а також у вигляді групової лікарської практики, яка об'єднує переважно сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів та лікарів інших спеціальностей.

Реєстрацію здійснює Лікарська рада окружної Лікарської палати. Після реєстрації дані передаються в центральний реєстр Головної палати лікарів та стоматологів, де містяться дані про всіх лікарів, які практикують або практикували в Польщі.

При реєстрації з лікаря вираховується 2 % його середньомісячної зарплати у фонд Лікарської палати.

Окружна Лікарська рада має право відмовити в реєстрації лікарської практики, якщо:

- лікарю винесена заборона на практичну діяльність;
- виявлені факти фальсифікації;
- виявлені грубі порушення умов праці;
- виявлені недотримання рекомендацій за підсумками ревізії;
- лікарська практика не відповідає умовам підприємницької діяльності, професійним та санітарним умовам, умовам страхування.

Окружна Медична рада уповноважена контролювати лікарську діяльність відповідно до закону.

Контроль здійснюється особами, уповноваженими реєструючим органом для виконання перевірок.

#### **Структурні підрозділи та департаменти окружної Лікарської палати Польщі**

- Правління
- Лікарська рада
- Ревізійна комісія
- Речник комісії професійної лікарської відповідальності
- Виборча комісія
- Проблемні комісії:
  - o Комісія з етики
  - o Фінансова комісія
  - o Законодавча комісія
  - o Комісія молодих лікарів
  - o Комісія реєстрації лікарів та післядипломної освіти
  - o Соціальна комісія
  - o Спортивна комісія
  - o Відділ міжнародної співпраці
- Стоматологічна комісія
- Комісія з біоетики
- Комісія з навчання
- Комісія з захисту прав лікарів
- Комісія здоров'я лікарів та стоматологів
- Реєстр лікарських практик
- Реєстр лікарів
- Лікарська каса взаємодопомоги
- Видавництво

#### **Членство в Лікарській палаті**

Кожен лікар перед початком професійної діяльності в обов'язковому порядку реєструється і вноситься до списку членів тієї регіональної Лікарської палати, на території якої він планує здійснювати свою діяльність. При цьому лікарі зобов'язані дотримуватись принципів медичної етики, положень урядових установ, пов'язаних з лікарською діяльністю, а також рішень лікарських палат.

Після реєстрації лікарі сплачують у Лікарську палату членські внески у сумі 40 злотих щомісяця.

У своїй діяльності не тільки лікарі мають певні зобов'язання перед Лікарською палатою, але і Лікарська палата, у свою чергу, має зобов'язання перед лікарями. Органи самоврядування мають захищати інтереси лікарів і при необхідності надавати юридичну допомогу у випадках, пов'язаних із професійною діяльністю. Лікарські палати мають створювати всі умови для професійного зростання та вдосконалення лікарів, а також сприяти умовам їх праці. Також при необхідності лікарі можуть просити підтримки фондів соціальної допомоги і самопомоги лікарських палат.

Виключення із списку членів регіональної Лікарської палати відбувається за умови:

- 1) зміні місця професійної діяльності з реєстрацією у іншій регіональній Лікарській палаті;
- 2) подання заяви лікарем про припинення лікарської діяльності (за винятком випадку, коли

проти лікаря відкрита юридична справа щодо професійної відповідальності);

3) втраті права займатися лікарською діяльністю:

- втрата польського громадянства або громадянства держави-члена Європейського Союзу;
- вихід на пенсію;
- позбавлення права займатися лікарською діяльністю;
- смерть лікаря.

### **Правління лікарських палат**

Кожен лікар має право обирати і бути обраними до адміністрації лікарських палат, а також отримувати інформацію про діяльність правління лікарських палат. Склад правління регіональних лікарських палат вибирається шляхом виборів. Обрання членів правління до всіх лікарських палат проводяться таємним голосуванням з необмеженою кількістю кандидатів. Вибори відбуваються раз на 4 роки. В правління Лікарської палати входять як лікарі, так і стоматологи, їх кількість пропорційна кількості членів Лікарської палати. Така ж пропорція зберігається при виборі делегатів з'їзду лікарів та стоматологів.

Термін повноважень правління лікарських палат триває чотири роки. При цьому на посаді голови, віце-президента, секретаря, казначея лікарської ради, голови лікарського суду, голова комітету з аудиту не можна перебувати більше ніж 2 каденції підряд.

Щоб претендувати на посаду голови, його заступника та члена лікарського суду необхідно мати професійний стаж не менше 10 років.

Члени медичного суду, ревізійної комісії, секретар та правління не можуть бути членами інших лікарських палат та обіймати інші керівні посади, за винятком Державного з'їзду лікарів і окружних з'їздів лікарів. Рішення місцевих органів самоврядування та виборчих комісій приймаються більшістю голосів, при наявності не менше половини членів органу або виборчої комісії.

Мандат члена правління Лікарської палати втрачає законну силу разом з початком засідання новообраного правління наступної каденції або в разі виходу зі списку членів окружної Лікарської палати, відкликання через виборче зібрання або в разі рішення медичного суду.

Оскаржити ухвалу Лікарської палати може тільки міністр охорони здоров'я при умові, якщо вона суперечить законодавству держави. Міністр охорони здоров'я може звернутися до ради самоврядування обласного чи державного рівня для прийняття ухвали щодо медичного самоврядування. Права міністра охорони здоров'я стосуються також міністра оборони щодо Військової Лікарської палати.

Організаційно-адміністративне, фінансове і юридичне обслуговування правління окружної Лікарської палати забезпечує офіс окружної Лікарської палати.

**Органами самоврядування Лікарської палати є:**

- 1) окружний з'їзд лікарів
- 2) окружна Лікарська рада
- 3) окружна ревізійна комісія
- 4) окружний медичний суд
- 5) окружна комісія професійної відповідальності.

### **З'їзд лікарів**

Окружна Лікарська рада скликає щороку окружний з'їзд лікарів. У окружному з'їзді лікарів беруть участь делегати, а також з дорадчим голосом члени правління окружної Лікарської палати, які не є делегатами.

Делегати вибираються у виборчих районах, створених окружною Лікарською радою окремо для лікарів і для стоматологів. У об'єднаних випадках за пропозицією лікарів і стоматологів окружна Лікарська рада може утворити спільний виборчий район для лікарів і стоматологів.

Число делегатів окружного з'їзду встановлюється окружною Лікарською радою.

До обов'язків делегата належить участь в окружному з'їзді лікарів, щоб взяти участь в діяльності окружної Лікарської палати, а також підтримання контактів з лікарями виборчого району.

Іноді за пропозицією окружної чи Головної Лікарської Ради, окружної ревізійної комісії або за власною ініціативою, якщо за це проголосувало щонайменше 1/3 членів окружної Лікарської палати, скликається надзвичайний окружний з'їзд лікарів.

Надзвичайний окружний з'їзд лікарів має бути скликаний впродовж 2 місяців від дня пропозиції у справі його скликання і засідає виключно над справами, для яких був скликаний.

Окружний з'їзд лікарів приймає ухвали в справах, охоплених сферою дії палати; ухвалює бюджет палати; вибирає з числа делегатів на з'їзд голову і членів окружної Лікарської ради, окружного речника професійної відповідальності, членів окружної ревізійної комісії, членів окружної виборчої комісії, а також делегатів на Державний з'їзд лікарів; розглядає і затверджує річний і каденційний звіт окружних органів самоврядування. Окружний з'їзд лікарів також вибирає членів суду і заступника окружного речника з числа делегатів чи рекомендованих лікарів.

### **Окружна Лікарська рада**

Окружна Лікарська рада керує діяльністю окружної Лікарської палати в періоді між окружними з'їздами лікарів, зокрема:

- стежить за належним і сумлінним виконанням професії лікаря членами окружної Лікарської палати;
- поширює принципи медичної етики, а також дбає про їх дотримання;
- репрезентує і захищає індивідуальні інтереси і колективні справи членів палати;

- складає окружному з'їзду лікарів річні й каденційні звіти з діяльності і виконання бюджету;
- збирає членські внески і веде їх облік;
- виконує ухвали окружного з'їзду лікарів;
- установлює число членів президії;
- веде поточні справи палати;
- виконує завдання, доручені через головну Лікарську Раду;
- веде окружний реєстр лікарів і стоматологів;
- веде окружний реєстр індивідуальних медичних практик, індивідуальних спеціалізованих медичних практик, також групових медичних практик;
- веде реєстр суб'єктів післядипломного навчання лікарів і дантистів;
- видає бюлетень окружної Лікарської палати;
- веде архів документації окружної Лікарської палати.

До складу окружної Лікарської ради входять голова окружної Лікарської ради та її члени, обрані окружним з'їздом лікарів. Президію окружної Лікарської ради становлять голова і обрані радою з числа її членів віце-голови, секретар, скарбник і члени президії. Щонайменше один з віце-голів є стоматологом. Президія окружної Лікарської ради діє від імені ради в справах, визначених ухвалою ради.

Окружна Лікарська рада може в порядку ухвали уповноважити президію до прийняття ухвал в справах лікарів, до яких на підставі закону застосовується положення про адміністративне розслідування, що належить до адміністративних рішень.

Голова окружної Лікарської ради зокрема, керує роботою ради і президії ради та головує на засіданні і в президії ради.

Голові окружної ревізійної комісії, главі окружного медичного суду, окружному речникові надається право на участь в засіданнях окружної Лікарської ради та її президії з дорадчим голосом.

Якщо окружна Лікарська рада вважає, що існує обґрунтована підозра недостатньої професійної підготовки лікаря, вона уповноважена призначити комісію з участі лікарів відповідної кваліфікації, які повинні дати своє заключення про підготовку медичного працівника. Окружна Лікарська рада на підставі рішення комісії може зажадати від лікаря пройти додаткову підготовку. У разі необґрунтованої відсутності лікаря перед комісією або ухилення від участі в добровільній підготовці, окружна Лікарська рада приймає резолюцію про призупинення практичної діяльності лікаря або обмеження у виконанні певних медичних процедур до завершення навчання. При цьому окружна Лікарська рада встановлює режим, місце і програму навчання. Вартість навчання і підготовки буде нести лікар.

Якщо окружна Лікарська рада вважає, що існує обґрунтована підозра в обмеженні або неспроможності лікарської діяльності за станом здоров'я, що перешкоджає здійсненню медичної професії, вона призначає експертну комісію з відповідних облас-

тях медицини. Комісія виносить рішення про неможливість лікаря продовжувати лікарську діяльність або обмеження певних видів лікарської діяльності.

Окружна Лікарська рада на підставі рішення комісії може прийняти рішення про призупинення дозволу на практичну діяльність протягом усього терміну непрацездатності або обмежити певні види лікарської діяльності протягом всього терміну непрацездатності.

### **Окружна ревізійна комісія**

Окружна ревізійна комісія контролює фінансову і господарську діяльність палати і звітується окружному з'їзду лікарів щодо виконання бюджету і на цій підставі складає пропозицію у справі надання звіту правління окружній раді.

Окружна ревізійна комісія вибирає з числа членів комісії головуючого і заступників голови. Щонайменше один із заступників є стоматологом.

### **Окружний медичний суд**

Медичний етичний кодекс приймається Державним з'їздом лікарів та стоматологів. Його дотримання є обов'язковим для всіх лікарів, а порушення є підставою до дисциплінарного розгляду та прийняття дисциплінарних стягнень.

Основна роль окружного медичного суду – це розгляд справи з сфери професійної відповідальності лікарів. Розгляд справ відбувається на публічних слуханнях.

Питання, які підлягають на розгляд окружного лікарського суду:

- порушення лікарської таємниці;
- явне порушення громадського порядку;
- образа гідності і честі лікаря;
- порушення приватних інтересів лікаря.

Медичний суд може ухвалювати такі покарання:

- 1) зауваження;
- 2) догана;
- 3) штраф;
- 4) заборона виконання керівних функцій у відділах охорони здоров'я на період від року до п'яти років;
- 5) обмеження сфери діяльності у виконанні професії лікаря на період від шести місяців до двох років;
- 6) призупинення права виконання професії на період від року до п'яти років;
- 7) позбавлення права на практику лікаря.

Оскаржити рішення окружного медичного суду може Головний медичний суд.

Виконує перевірку і веде розслідування в справах професійної відповідальності лікарів, що є членами цієї Лікарської палати, а також виконує функцію обвинувача перед медичними судами окружний речник комісії професійної відповідальності. Крім цього, він обслуговує адміністративну, фінансову та правову діяльність правління та офісу Лікарської палати.



### **Головна Лікарська палата**

Організаційно-адміністративне, фінансове і юридичне обслуговування Головної Лікарської палати забезпечує офіс Головної Лікарської палати.

Органами самоврядування Головної Лікарської палати є:

- 1) Державний з'їзд лікарів;
- 2) Головна медична рада;
- 3) Головна ревізійна комісія;
- 4) Головний медичний суд;
- 5) Головний речник професійної відповідальності.

Член Головної Лікарської палати зберігає права і обов'язки члена окружної Лікарської палати, до якої відноситься.

### **Державний з'їзд лікарів**

Державний з'їзд лікарів скликає Головна медична рада кожні 4 роки. У Державному з'їзді лікарів беруть участь делегати, обрані окружними з'їздами лікарів, а також з дорадчим голосом – члени органів Головної лікарської палати, які не є делегатами. Число делегатів з окремих окружних медичних палат установлює Головна медична рада на підставі розпорядку виборів.

Головна медична рада може скликати також надзвичайний Державний з'їзд лікарів за власною ініціативою чи за пропозицією Головної ревізійної комісії, а також за пропозицією щонайменше 1/3 окружних медичних рад.

Надзвичайний з'їзд лікарів має бути скликаний на найближчий можливий термін, однак не пізніше ніж впродовж 3 місяців від дня пропозиції про скликання з'їзду, і засідає виключно над справами, для яких був скликаний.

Державний з'їзд лікарів установлює принципи медичної етики; ухвалює програму діяльності самоврядування лікарів; призначає з числа делегатів або з числа лікарів членів Головного медичного суду з числа делегатів або з числа лікарів, Головного речника професійної відповідальності, заступників Головного речника професійної відповідальності. Державний з'їзд лікарів установлює також принципи поділу членського внеску.

### **Головна медична рада**

Головна медична рада представляє Раді міністрів щорічно інформацію про діяльність самоврядування лікарів. Головна медична рада керує діяльністю Головної Лікарської палати в періоді між державними з'їздами лікарів, зокрема:

- 1) здійснює опіку над належним і сумлінним виконанням професії лікаря членами органів самоврядування лікарів;
- 2) поширює принципи медичної етики, також дбає про їх дотримання;
- 3) репрезентує і захищає професійні справи членів самоврядування лікарів;
- 5) виконує ухвали Державного з'їзду лікарів;
- 6) наглядає за правильною реалізацією завдань органів самоврядування лікарів;

7) допомагає, координує діяльність окружних медичних рад;

8) репрезентує професію лікаря відносно до органів публічної адміністрації, а також інших організацій;

9) визначає спосіб прийняття ухвал через правління медичних палат;

10) ухвалює принципи фінансової політики самоврядування лікарів;

11) визначає розмір членського внеску;

12) розглядає відкликання ухвал окружних лікарських рад;

13) аналізує, висловлює думку і пропонує напрямки розвитку охорони здоров'я;

14) ухвалює бюджет Головної Лікарської палати також розглядає звіти з його виконання;

15) веде Центральний реєстр лікарів і лікарів-стоматологів Республіки Польща;

16) веде реєстр покараних лікарів і лікарів-стоматологів Республіки Польща;

17) видає бюлетень Головної Лікарської палати;

18) видає Медичну газету;

19) представляє звіти з діяльності Державному з'їзду лікарів.

Головна медична рада скасовує ухвали окружних медичних рад, які суперечать законодавству або ухвалям і розпорядженням, виданими на підставі закону.

### **Головна ревізійна комісія**

Головна ревізійна комісія контролює фінансову і господарську діяльність Головної Лікарської палати, контролює виконання бюджету Головної Лікарської палати, а також виконує нагляд за діяльністю окружних ревізійних комісій.

### **Головний медичний суд**

Головний медичний суд розглядає справи в сфері професійної відповідальності лікарів, а також скарги у випадках, передбачених в законі.

Оскаржити рішення Головного медичного суду може тільки Верховний СУД Польщі.

Розслідування в справах професійної відповідальності лікарів, розгляд скарг у випадках, передбачених в законі, а також функцію обвинувача перед медичними судами веде головний речник комісії професійної відповідальності. Поряд з цим він виконує нагляд за діяльністю окружних речників професійної відповідальності.

### **Майно і фінанси**

Доходи лікарських палат складають фінансові ресурси, а також рухоме і нерухоме майно.

Доходи лікарських палат складають:

1) членські внески;

2) записи, дарчі і дотації;

3) доходи від господарської діяльності;

Доходами Лікарської палати управляє відповідна Лікарська рада.

Основним джерелом доходів Лікарської палати є сплата членських внесків лікарями. Як правило, сума сягає 40 злотих на місяць. Також лікарські палати отримують кошти з бюджету держави (з міністерства охорони здоров'я) на покриття адміністративної діяльності, пов'язаної з юридичними питаннями, також на діяльність, виконання якої на підставі особливих положень було передане медичним палатам.

Господарська діяльність Лікарської палати полягає в здачі в оренду приміщення для конференцій, проведення семінарських занять, та інших навчально-методичних заходів. Лікарська палата тісно співпрацює з фармацевтичними компаніями та фірмами, які постачають медичне обладнання.

#### **Список літератури**

1. <http://www.dilnet.wroc.pl/>
2. <http://www.nil.org.pl/>
3. <http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/o-samorzdzie-lekarskim>
4. <http://legeföreningen.no/efma-who/members/national-medical-associations-representing-both->

#### **Видавництво та інформація**

Вся діяльність та структура Лікарської палати представлені на офіційних WEB-сайтах. Контакти здійснюються через електронну пошту або офіційну сторінку в соціальних мережах (Facebook). Оголошення та загальна інформація видається через електронний громадський інформаційний бюлетень.

Кожна Лікарська палата видає свою газету (наприклад, газета "Medium" Лікарської палати Нижньої Сілезії), яка виходить з періодичністю 9 разів на рік, в якій піднімаються актуальні питання лікарського самоврядування та друкується офіційна інформація.

[member-organisations-and-observers/naczelna-izba-lekarska-rzeczypospolitej-polskiej-polish-chamber-of-physicians-and-dentists-/](http://www.dilnet.wroc.pl/)

5. <http://www.erodental.org/ddc/ddid527>

6. [http://www.ehfg.org/fileadmin/ehfg/Website/Archiv/2008/Powerpoints/F1\\_II/08\\_F1\\_II\\_Radziwill.pdf](http://www.ehfg.org/fileadmin/ehfg/Website/Archiv/2008/Powerpoints/F1_II/08_F1_II_Radziwill.pdf)

## РОЛЬ ІЗБИ ЛЕКАРСЬКОЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ ЛІКАРІВ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

**Лікарська палата (Ізба Лікарська)** – це професійна асоціація лікарів з законодавчими повноваженнями, повною незалежною діяльністю, яка контролюється тільки чинним законодавством. Головна мета діяльності – самоврядування, підготовка спеціалістів, нагляд та контроль за професійною діяльністю, юридична підтримка та захист інтересів лікарів.

Серед основних цілей і завдань Лікарської палати – ведення обліку лікарів, реєстр осіб, які здійснюють медичну діяльність у галузі медичної практики; реєстр резидентів та волонтерів, які проходять післядипломне навчання; прийняття концепцій та організація післядипломної освіти.

Згідно з кодексом лікарської етики, ст. 56 п. 1, обов'язком кожного лікаря є постійне доповнення і вдосконалення своїх знань та професійних вмінь, а також передання їх своїм співробітникам. Післядипломна освіта в Польщі – це рік післядипломного стажування, спеціалізація, а також безперервна освіта впродовж життя.

### Післядипломне навчання

На першому етапі – післядипломного стажування – Лікарська палата розподіляє місця стажування серед випускників на основі середнього бала їх успішності впродовж навчання в медичному університеті, відповідає за акредитацію місць стажування та забезпечення житлом стажистів.

Протягом року стажування Лікарська палата координує засвоєння стажистами програми, організовує тематичні та передекзаменаційні курси, контролює заповнення індивідуальної карти стажиста, яка подається на кінцевий лікарський іспит.

Період післядипломного стажування лікаря не може бути менший 12 місяців. Період післядипломного стажування дантиста – 12 місяців.

Лікар, що проходить післядипломне стажування, має обмежене право на виконання професійних обов'язків лікаря або дантиста під наглядом лікаря-спеціаліста, який має звання спеціаліста у визначеній галузі медицини або дантиста, які виконують професійні обов'язки щонайменше 5 років, званого далі «опікуном».

Лікар проходить стажування виключно у місці направлення, а також в ситуації, коли веде дослідні роботи в галузі медичних наук під керівництвом компетентного спеціаліста лікаря.

### Стажист зобов'язаний:

1) предметно і суб'єктно досліджувати пацієнта і надавати лікарські поради після консультації з опікуном;

2) надавати після консультації з опікуном, лікарські рекомендації;

3) видавати після консультації з опікуном направлення на лабораторні дослідження й інші діагностичні обстеження, за винятком досліджень, які вимагають діагностичних і лікувальних методів, пов'язаних з підвищеним ризиком для пацієнта;

4) самостійно застосовувати, за дорученням опікуна, діагностичні і лікувальні методи, практичне оволодіння якими підтвержене опікуном;

5) виконувати спільно з опікуном хірургічні процедури і спільно застосовувати лікувальні і діагностичні методи, які входять в програму стажування;

6) вести під наглядом опікуна медичні картки пацієнтів та іншу медичну документацію;

7) надавати інформацію про стан здоров'я пацієнта після обговорення з опікуном змісту цієї інформації;

8) давати доручення медсестрам;

9) в невідкладних станах негайно давати або доручати пацієнтові ліки, а якщо це є сильно- або дуже сильнодіючі ліки – після консультації, за можливості, з одним з лікарів.

Лікар, який проходить стажування не може виписувати рецепти на власну думку і встановлений діагноз.

Окружна лікарська палата призначає місця стажування (післядипломного стажування) згідно з середньою оцінкою за навчання і адресою проживання на території, охопленій діяльністю даної палати.

Лікар, дантист проходить післядипломне стажування на підставі трудового договору, складеного на визначений час, з метою професійної підготовки, яка охоплює реалізацію програми післядипломного стажування.

Організація, фінансування і забезпечення умов проходження післядипломного стажування випускників, які є польськими громадянами і планують працювати на території Польської Республіки й постійно проживають на території воєводства, а також осіб, які є громадянами іншої держави Європейського союзу і планують стажуватися на території цього воєводства, є завданням маршала воєводства зі сфери урядової адміністрації.

Міністр охорони здоров'я, заслухавши думку головної лікарської Ради, визначає в порядку розпорядження:

1) тематичні програми і час перебігу післядипломного стажування лікаря;

2) спосіб проходження і ведення документації післядипломного стажування;

3) порядок визнання рівноважного післядипломного стажування, пройденого за кордоном, повністю або частково;

4) запити і умови, яким повинні відповідати лікувальні установи та індивідуальні лікарські й індивідуальні спеціалізовані лікарські практики, в яких відбувається післядипломне стажування, а також спосіб оцінки реалізації програми стажування цими суб'єктами;

5) розмір заробітної плати лікаря-стажиста і дантиста-стажиста та принцип фінансування і організації післядипломного стажування.

Маршал воєводства за домовленістю з відповідною окружною лікарською радою, ухвалює список суб'єктів кваліфікованих лікарів, призначених для ведення післядипломних стажувань.

Окружна лікарська рада, в порядку ухвали, за домовленістю з маршалом воєводства, направляє для проходження стажування у сфері своєї діяльності лікарів, дантистів, яким визнала обмежене право виконання професії і яких вписала до списку членів палати.

Міністр оборони, дізнавшись позицію військової лікарської ради, установлює список підпорядкованих собі лікувальних суб'єктів, призначених для проходження післядипломного стажування лікарів, дантистів, задіяних у професійній військовій службі, а також забезпечує фінансові ресурси для проходження цього стажування. Лікар, дантист, проходить післядипломне стажування на посаді лікаря-стажиста або дантиста-стажиста, на яку призначений відповідним військовим органом за домовленістю з військовою лікарською радою.

У обґрунтованих випадках міністр охорони здоров'я може визнати післядипломне стажування за кордоном як рівноцінне з післядипломним стажуванням, пройденим в країні.

Післядипломне стажування в державі Європейського союзу лікаря, який є громадянином Польської Республіки або іншої держави Європейського союзу, міністр охорони здоров'я визнає як рівноцінне повністю або частково рівноцінне з післядипломним стажуванням, пройденим у Польській Республіці.

Окружна лікарська палата координує, за дорученням Маршалковського уряду (виконкому), стажування і обов'язкові курси, ведучи індивідуальні стажувальні карти лікарів.

Окружна палата організує обов'язкові курси з біоетики, медичного права і лікарського діагностування. Ця діяльність фінансується Маршалковським урядом.

### **Проходження спеціалізації**

Лікарську спеціалізацію організують Міністерство охорони здоров'я, центр післядипломної освіти Польщі та Центр лікарських іспитів. При цьому Головна лікарська палата координує діяльність експертів центру післядипломної освіти Польщі в роз-

робці двомодульних програм лікарської спеціалізації та в акредитації центрів проходження спеціалізації.

Також представники Головної лікарської палати в обов'язковому порядку входять в екзаменаційні комісії Центру лікарських іспитів. Комісії з освіти окружних регіональних лікарських палат на замовлення Центру післядипломної освіти Польщі організують обов'язкові передатестаційні курси для інтернів.

При проходженні спеціалізації кількість лікарів, які зараховуються, відповідає кількості вільних місць стажування, що виділяються за певним напрямком медицини у воєводстві в порядку від найвищої оцінки, отриманої у конкурсі.

Затверджені воєводою регіону результати процедури зарахування повинні бути доступні для огляду на сайті Департаменту соціальної політики (WPS Office) у вигляді закодованих рейтингових списків за окремими напрямками медицини і на веб-сайті [www.duw.pl](http://www.duw.pl) у відповідному розділі 31 березня або 31 жовтня.

Лікар може звернутись до комісії, яка проводить іспити, для перевірки результатів протягом 20 днів з дати публікації на сайті списку лікарів, які пройшли чи не пройшли відбір, до початку проходження спеціалізації.

Спеціалізація є одноступеневою, і лікар в один і той самий час може проходити лише одну спеціалізацію.

Спеціалізацію можуть проводити організаційні установи, що увійшли до списку установ, визначених Міністерством охорони здоров'я як таких, що можуть виконувати таку діяльність.

Визначене стажування можуть здійснювати відділи, що вписані до списку міністерства, або інші організаційні установи чи фізичні особи, які отримали список, в якому вони є суб'єктами, які можуть виконувати дану діяльність.

#### **Порядок проведення спеціалізації:**

- резидентура;
- трудовий договір;
- оплачувана творча відпустка;
- розширення програми денного навчання в докторантурі;
- відрядження;
- цивільно-юридична угода про проходження спеціалізації.

#### **Початок спеціалізації**

1. Лікарі, які зараховані для проходження спеціалізації, отримують направлення (у двох примірниках) із зазначеними формою і терміном її тривалості до закладу, який має вільні місця спеціалізації.

2. Направлення повинне бути підтверджене в закладі спеціалізації:

- директором;
- керівником клініки / завідувачем відділу;
- керівником спеціалізації.

3. Після подачі підписаного (один екземпляр) направлення до Департаменту соціальної політики:



- лікар вноситься до реєстру осіб, які проходять спеціалізацію за даною спеціальністю медицини;
- отримує індивідуальний план спеціалізації;
- отримує перелік обов'язкових до виконання навичок і медичних процедур.

*Лікар складає заяву на проходження підготовки в обраній галузі медицини відповідно до:*

- 1) території воєводства, де проходить підготовка;
  - 2) міністра оборони або визначеного ним відділу – в разі лікарів, що є військовослужбовцями або військовозобов'язаними і служать або працюють в лікувальних установах, підпорядкованих міністру оборони;
  - 3) міністра внутрішніх справ – в разі лікарів, які служать або працюють в лікувальних установах, підпорядкованих міністру внутрішніх справ.
- Заява включає:*
- 1) ім'я (імена) і прізвище лікаря;
  - 2) дівоче прізвище (для жінок);
  - 3) місце і дату народження;
  - 4) стать;
  - 5) ідентифікаційний номер, а в разі його відсутності – документ, що посвідчує особу: назву і номер документа, країну видання;
  - 6) громадянство (громадянства);
  - 7) адресу місця проживання;
  - 8) документ, на підставі якого іноземець, що не є громадянином Європейського союзу, перебуває в Польщі;
  - 9) реєстраційний номер лікаря в окружній лікарській палаті;
  - 10) серійний номер, дату і місце видачі документа «Право виконання професії лікаря» або «Право виконання професії дантиста»;
  - 11) наявні звання спеціаліста і рік їх отримання, а також порядок проходження спеціалізованої підготовки;
  - 12) незакінчені спец. підготовки;
  - 13) результат кінцевого лікарського іспиту (LEK і LDEK);
  - 14) наявний науковий ступінь;
  - 15) число публікацій і їх список;
  - 16) період працевлаштування на час проходження стажування;
  - 17) порядок проходження підготовки.

### **Керівник спеціалізації**

Керівником спеціалізації може бути лікар-фахівець в галузі медицини, який є спеціалістом за напрямком спеціалізації лікаря, працює в акредитованому закладі, призначається керівником даного закладу.

Керівник спеціалізації або лікар-спеціаліст може бути керівником спеціалізації не більше трьох лікарів-стажистів.

Керівник спеціалізації може одночасно додатково керувати не більше ніж двома лікарями, які проходять вторинну спеціалізацію.

### **Проходження спеціалізації:**

- лікар проходить спеціалізацію на основі індивідуального плану спеціалізації, складеного керівником його спеціалізації;
- типові програми спеціалізації розміщені на сайті медичного центру післядипломної освіти, Варшава (СМКР) [www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl);
- спеціалізація може бути реалізована тільки в установах, включених до списку Міністерства охорони здоров'я, перелік яких можна знайти на сайті [www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl);
- перелік навчальних курсів, включених в програму спеціалізації, можна знайти на сайті [www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl).

### **Зміни в перебігу спеціалізації:**

- зміна закладу спеціалізації;
- зміна керівника спеціалізації;
- зміна форми спеціалізації;
- зміна терміну спеціалізації;
- розширення спеціалізації;
- скорочення спеціалізації;
- перенесення спеціалізації до іншого воєводства;
- відрахування зі спеціалізації.

### **Зміна закладу спеціалізації:**

- зміну закладу спеціалізації здійснює Департамент соціальної політики (DUW WPS) через індивідуальний запит зацікавленої особи;
- лікарю видається направлення (у двох примірниках), які повинні бути підтверджені в новій навчальній галузі;
- один екземпляр направлення залишається в Департаменті соціальної політики, а інший залишається в офісі навчального підрозділу;
- у той же час, необхідно доповнити друковану карту новими даними і додати її до навчальної карти;
- умовою зміни навчальної галузі є наявність вільних місць в даній галузі (в порядку подання запитів).

### **Зміна керівника спеціалізації:**

- зміну керівника спеціалізації виконує керівник навчальної галузі за індивідуальним запитом зацікавленої особи;
- необхідним є виконання друку змін і пересилання його другої частини до Департаменту соціальної політики, а перша частина кріпиться до карти підготовки фахівців.

### **Зміна режиму спеціалізації:**

- зміну режиму спеціалізації виконує Департамент соціальної політики за індивідуальним запитом зацікавленої особи;
- лікарю видається направлення (в 2-х екземплярах), які повинні бути підтверджені в новій навчальній галузі;
- один екземпляр направлення потрібно повернути до Департаменту соціальної політики, інший залишається в документації навчального закладу;

– в карті навчальної спеціалізації в Департаменті соціальної політики вносять помітку про здійснену зміну.

#### **Зміна тривалості спеціалізації:**

– лікар проходить спеціалізацію протягом періоду, який дорівнює часу роботи лікаря, що працює в закладі охорони здоров'я, і становить 7 годин 35 хвилин;

– тривалість курсу спеціалізації може бути продовжена або скорочена у наступних випадках.

#### **Подовження спеціалізації:**

– рішення про подовження терміну навчання приймається керівником спеціалізації, директором навчальної галузі;

– у разі резидентури – міністром охорони здоров'я;

– підтвердження подовження спеціалізації належить негайно представити в Департамент соціальної політики.

#### **Тривалість спеціалізації подовжується:**

– у разі хвороби і материнства – ст. 2 Закону від 25 червня 1999 року Про грошові вигоди від соціального страхування (Законодавчий вісник 2010, № 77, ст. 512 і № 225, поз. 1463);

– у випадку, зазначеному в ст. 92, 176–179, 185, 187 і 188 Трудового кодексу;

– за рахунок неоплачуваної відпустки, яка надається роботодавцем, але не довше ніж на три місяці в період проходження спеціалізації;

– за рахунок неоплачуваних відпусток не більш ніж на два роки, наданих роботодавцем для проходження стажування за кордоном, згідно з програмою спеціалізації після отримання згоди від керівника спеціалізації;

– у випадку перерви не більше 14 днів у результаті процедури, яка здійснюється для зміни режиму або місця проходження спеціалізації;

– у випадку перерви не більше 12 місяців у результаті виконання спеціалізації на стаціонарному навчанні в докторантурі.

#### **Додаткове подовження:**

– надається на період декретних відпусток роботодавцем на основі конкретних правил, вказаних в окремих законах;

– у відповідних випадках згоду на додаткове подовження терміну підготовки фахівця може дати:

– в резидентському режимі – міністр охорони здоров'я,

– в позарезидентському режимі – воєвода.

#### **Скорочення спеціалізації**

Лікар, який проходить спеціалізацію, після затвердження керівником спеціалізації, може в перший її рік звернутися до міністра охорони здоров'я через Центр післядипломної освіти з клопотанням про

визнання рівноцінними реалізовані елементи основного стажу, керівного стажу або курсів підготовки (якщо період з дати завершення до дня початку спеціалізації не більше 5 років).

Програми та інформацію про скорочення спеціалізації включено в [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl).

Перенесення спеціалізації до іншої установи можливе після року проходження спеціалізації.

#### **Виключення із проходження спеціалізації відбувається у разі:**

– відсторонень від медичної практики;

– обмежень, зазначених в професійній медичній діяльності;

– відмови лікаря від спеціалізованого навчання протягом трьох місяців з дати, зазначеної в якості дати початку спеціалізації;

– припинення лікарської спеціалізації;

– переривання спеціалізованої підготовки лікаря на прохання керівника спеціалізації після отримання висновку регіонального консультанта;

– закінчення відведеного терміну, за який лікар мав завершити спеціалізацію.

#### **Лікар може отримати звання спеціаліста визначеної галузі медицини:**

1) після проходження спеціалізованої підготовки;

2) після складання Спеціалізованого державного іспиту (далі «ПЕСО»);

3) після визнання рівноцінного звання спеціаліста, отриманого за кордоном.

#### **Спеціалізована підготовка у визначеній галузі медицини є модульною підготовкою і складається з:**

1) основного модуля, що відповідає основній сфері теоретичних знань і практичних вмінь з даної галузі медицини або спільного для споріднених галузей медицини;

2) спеціалізованого модуля, що відповідає профілю спеціалізації, в якому лікар може продовжувати спеціалізовану підготовку після закінчення визначеного основного модуля;

3) цілісного модуля, відповідного для даної спеціалізації.

Лікар, який проходить підготовку з зарахування основного модуля, може змінити галузь медицини, в якій хоче продовжувати підготовку, за умови зарахування її до проходження у рамках кваліфікації.

Лікар, який володіє науковим ступенем доктора і відповідним професійним і науковим доробком в сфері спеціалізованого модуля і має рівень спеціаліста або спеціалізацію II ступеня в галузі, що відповідає основному модулю, може клопотатися про направлення його до проходження цього спеціалізованого модуля без відповідної кваліфікації, за пропозицією державного консультанта в даній галузі медицини.

Особа, яка проходить спеціалізацію, зобов'язана негайно повідомляти про будь-які зміни в даних до реєстру Департаменту соціальної політики.

## **Безперервне післядипломне вдосконалення лікарів**

Безперервним навчанням лікарів займаються лікарські палати: Головна і Окружні (OIL). Навчальна палата для лікарів і стоматологів, в співробітництві із стоматологічною комісією, організовує тематичні курси, підготовки і майстер-класи для лікарів і лікарів-дантистів.

Це безкоштовні курси для членів палати, які організовують якомога ближче до місця проживання (у представництвах), їх проводять висококваліфіковані викладачі з Медичного університету.

Це навчання фінансоване з ресурсів, призначених в річному кошторисі Комісії З'їздом Делегатів, а частина профінансована додатково за спеціальною процедурою Головною палатою (50 %).

Частина курсів, особливо стоматологічних, фінансується фармацевтичними фірмами або виробниками медичної апаратури.

Професійне вдосконалення лікаря включає професійну активність у рамках самоосвіти або в організованих формах післядипломного навчання у спосіб проходження спеціалізаційної підготовки, званої далі «спеціалізацією», набуття професійних вмінь у вузких галузях медицини або надання визначених оздоровчих послуг, зване далі «вмінням», а також вдосконалення в інших формах навчання.

Вдосконалення професійного лікаря відбувається завдяки постійній професійній активності.

Лікар підтверджує професійну активність через отримання відповідного числа освітніх пунктів, підрахованих у встановлених розрахункових періодах.

### **Лікар виконує обов'язок професійного вдосконалення шляхом:**

- 1) реалізації програми спеціалізації або вміння;
- 2) участі у медичному курсі, не охопленому програмою спеціалізації;
- 3) проходження клінічної практики в державному або зарубіжному спеціалізованому осередку;
- 4) участі в державних або зарубіжних конгресах, конференціях або наукових симпозиумах;
- 5) участі в засіданні відділу товариства, що діє як «спеціалізоване лікарське наукове товариство», зване далі «науковим товариством», або як «колегія спеціалістів»;
- 6) участі у внутрішній підготовці, яку організовує заклад оздоровчого догляду, в якому лікар надає оздоровчі послуги;
- 7) лекцій або виступів в усній або презентаційній формі на конгресах, конференціях або наукових симпозиумах;
- 8) участі в тестовій освітній програмі, акредитованій науковим товариством або колегією спеціалістів;
- 9) отримання ступеня або наукового звання;
- 10) написання і публікації фахових медичних праць, статей у фахових журналах або освітніх мультимедійних програмах, що рецензуються;

11) написання і публікації книжки, статті або мультимедійної програми науково-популярного характеру;

12) перекладу і публікації фахової медичної літератури, статей або інших наукових робіт;

13) керування спеціалізацією лікарів або надбанням лікарями умінь;

14) ведення підготовки лікарів-стажистів;

15) індивідуальної підписки на фаховий медичний журнал, що індексується філадельфійським Інститутом Наукової Інформації або IndexCopernicus;

16) належності до наукового товариства або колегії спеціалістів.

### **Облік професійного вдосконалення лікаря**

1. Лікар, виконуючи обов'язок професійного вдосконалення, веде індивідуальний облік перебігу професійного вдосконалення у формі «Обліку професійного вдосконалення».

2. Бланк документа «Облік професійного вдосконалення» лікар отримує безкоштовно від окружної лікарської палати, членом якої є.

3. Лікар представляє окружній лікарській раді до ознайомлення Облік професійного вдосконалення разом з документами, які підтверджують проходження визначених форм професійного вдосконалення перед закінченням відповідного періоду.

4. Виконання обов'язку професійного вдосконалення лікаря окружна лікарська рада підтверджує виконанням запису в окружному реєстрі лікарів і в документі «Право виконання професії лікаря» або «Право виконання професії дантиста», в частині «Доповнюючі записи».

5. Підтвердження, виконують на підставі представленою лікарем «Обліку професійного вдосконалення» і документації, яка підтверджує проходження визначених форм професійного вдосконалення.

6. Число освітніх пунктів, які відповідають окремим формам професійного вдосконалення, визначається у відповідному додатку.

### **Виконання лікарем обов'язку професійного вдосконалення**

1. Виконання лікарем обов'язку професійного вдосконалення розраховується в період, що охоплює 48 місяців.

2. Вважають, що лікар виконав обов'язок професійного вдосконалення, якщо в розрахунковому періоді отримує щонайменше 200 освітніх пунктів.

3. Отримані освітні пункти понад це число не переносяться на наступний розрахунковий період.

### **Спосіб встановлення числа освітніх пунктів:**

1) за реалізацію програми спеціалізації або вміння – пункти нараховують виключно за мінімальний період даної спеціалізації або вміння, визначені в її програмі;

2) за публікацію наукового реферату, виголошеного на державному або зарубіжному конгресі, конференції або науковому симпозиумі, не нараховують пункти, які надаються за виголошення реферату;

3) за публікацію докторської або кандидатської дисертації пункти не нараховують;

4) за лекцію того ж змісту, незважаючи на багатократну демонстрацію, пункти нараховують тільки раз.

Лікар, який виконує обов'язок професійного вдосконалення у рамках програми, прийнятої науковим товариством або колегією спеціалістів, після схвалення його Головною лікарською радою, може попросити окружну лікарську палату, членом якої є, про вписування до окружного реєстру лікарів пунктів, отриманих в розрахунковому періоді, згідно з додатком номера 3 до розпорядження, на підставі довідки, виданої цим товариством або колегією.

Лікар не виконав обов'язку професійного вдосконалення, якщо в період 48 місяців не отримав пунктів.

Отримане в розрахунковому періоді число пунктів, менше ніж визначені, не зараховується до наступного розрахункового періоду.

Невиконання обов'язку професійного вдосконалення занотовується в окружному реєстрі лікарів.

Якщо в розрахунковому періоді лікар стає членом іншої окружної лікарської палати, окружна лікарська рада цієї палати враховує отримані до того пункти.

Найвні в лікаря документи обліку професійного вдосконалення, видані перед днем виходу розпорядження, зберігають силу.

#### Список літератури

1. K. Radziwill: Rola izb lekarskich w podyplomowym doskonaleniu zawodowym lekarzy. «Przegląd Urologiczny» 2005 (4).

2. U. Jeruszka, Przemiany w sferze pracy we współczesnym świecie w kontekście potrzeby edukacji permanentnej, [w:] R. Gerlach (red.), Edukacja i praca: konteksty – wyzwania – antynomie, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2008.

3. T. Klosinska, Ustawiczne dokształcanie. Nauczyciele wczesnej edukacji wobec nabywania nowych kompetencji zawodowych, [w:] T. Mnich, A. Budniak, G. Paprotna (red.), Wokół problemów kształcenia podyplomowego nauczycieli, Gornoslaska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda, Myslowice 2008.

4. A. Sobanska-Nolka, Kształcenie dorosłych na studiach podyplomowych, [w:] Z. Wolk (red.), Szkolnictwo wyższe w systemie kształcenia ustawicznego, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogorskiego, Zielona Góra 2009.

5. M. Zdaniewicz, Studia podyplomowe jako element kształcenia ustawicznego, [w:] Z. Wolk (red.), Szkolnictwo

Oświatni punkty, otrzymane przed dniem wylazdu rozporządzenia, odnoszą do pierwszego rozrachunkowego okresu.

Rozporządzenia staje czynnym przez 14 dni przed ogłoszenia.

Kontrola bezprerwnej lekarskiej oświaty nabuwa osobliwej wagi dla kar'ernego wzrostu lekarza przy zmianie jego miejsca pracy czy obrannia jego na nową posadę, przy akredytacji oddzielenia.

Wszystka informacja przed dyplomową oświatą lekarza, jego specjalizację, przechodzenia kursów, naukowe zdobytke przenosi się do odpowiedniej księжки-poswiedczenia, którą lekarz otrzymuje na ręki.

Lekarska palata bierze udział w reestracji nawczalnych baz rezidentów. Dla tego, przed podaniem do oddzielu reestracji Lekarskiej palaty zawiązki i danych przed działalność oddzielenia czy centrum rodzinnej medycyny, organizuje się akredytacyjna komisja, która certyfikuje nawczalną bazę. Przy tym, przed podaniem niepідтвердженої інформації, Lekarska palata może відібрати у лікувального закладу право навчати резидентів. Також Окружна та Головна лікарські palaty затверджують керівників навчання резидентів. Медична рада лікарської palaty дає рекомендації przed вибором головних та окружних спеціалістів із загальних та вузьких спеціальностей, провідних центрів спеціалізації, а також надає юридичні консультації з правових аспектів, які стосуються післядипломної oświaty.

wyższe w systemie kształcenia ustawicznego, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogorskiego, Zielona Góra, 2009.

6. J. Zielinski, Uwarunkowania i zalozenia przemian edukacyjnych w XXI wieku, [w:] K. Szczepanska-Woszczyna, Z. Decko-Pikiewicz (red.), Edukacja wobec rynku pracy i integracji europejskiej, Wyższa Szkoła Biznesu, Dabrowa Gornicza 2007.

7. J. Kujawska, A. Szuwarzynski, Studia podyplomowe w swietle zalecen Europejskich Ram Kwalifikacji, «e-mentor» 2009, nr 5, <http://www.e-mentor.edu.pl/>.

8. M. Skarbek: Samorząd lekarski jest instytucją demokratyczną - wywiad z K. Radziwillem. «Przegląd Urologiczny» 2005 (2).

9. P. Gajewski: Program Towarzystwa Internistów Polskich dotyczacy Ciaglego Doskonalenia Lekarzy w Chorobach Wewnetrznych – korzyści i bariery. «Przegląd Urologiczny» 2005 (4).

10. E. Ziolkowska: System punktów edukacyjnych – informacje ogolne. «Przegląd Urologiczny» 2005 (5).



## РЕЄСТРАЦІЙНА СИСТЕМА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ЛІЦЕНЗУВАННЮ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Діяльність у сфері охорони здоров'я являє собою сукупність заходів, що здійснюються підприємствами, установами та організаціями, призначені для надання будь-якого виду послуг, спрямованих на зміцнення, відновлення та підтримання здоров'я на індивідуальному чи колективному рівні, в тому числі на основі міжсекторальної взаємодії. Заклади та установи охорони здоров'я, медичні та інші професійні працівники, які працюють у цих закладах та установах чи на індивідуальній основі, та органи управління охороною здоров'я, що забезпечують безпосереднє державне управління, регулювання та міжсекторальну взаємодію, є невід'ємною та основною частиною діяльності у сфері охорони здоров'я. Основними складовими діяльності у сфері охорони здоров'я є надання медико-санітарної допомоги населенню, здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду та державного контролю за якістю лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Відповідно до Програми економічних реформ України на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх громадян до медичних послуг належної якості. Відповідно до положення про Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України, затвердженого Указом Президента України від 03.04.2011р. № 467/2011, головним органом у системі центральних органів виконавчої влади у формуванні та забезпеченні реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, а отже, і в забезпеченні належної якості медичної допомоги, є МОЗ України.

Механізмів впливу на рівень якості медичних послуг у міністерства є декілька. Це ліцензування господарської діяльності з медичної практики та контроль за виконанням ліцензійних умов, акредитація закладів охорони здоров'я, система стандартів у сфері охорони здоров'я та здійснення контролю якості медичних послуг.

Ліцензування й акредитація – два найважливіші важелі в управлінні якістю надання медико-санітарної допомоги. Саме завдяки їм вдається утримувати державний контроль над ефективністю діяльності системи охорони здоров'я в Україні, а відповідно, і вносити корективи в плани роботи та розвитку даної сфери. У майбутньому в умовах формування нової системи страхової медицини бюджетні кошти на

охорону здоров'я надаватимуть лише акредитованим та ліцензованим Міністерством охорони здоров'я України медичним закладам.

Відповідно до ст. 9 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 01.06.2000 р. № 1775-III, медична практика підлягає ліцензуванню.

Ліцензування (від лат. Licentia – право, свобода) – отримання дозволу (ліцензії), засіб здійснення державного контролю з боку органів влади за дотриманням суб'єктами певного виду діяльності вимог законодавства, які висувають до медичної і фармацевтичної практик.

Суб'єкта, який отримав ліцензію на здійснення такої діяльності, називають ліцензіатом. Він зобов'язаний проводити свою діяльність відповідно до встановлених для цього виду діяльності ліцензійних умов (це встановлений спільним наказом МОЗ України та Державного комітету України з питань регуляторної політики і підприємництва з урахуванням вимог законів). За провадження медичної практики без отримання ліцензії чинним законодавством передбачено адміністративну, кримінальну та цивільно-правову відповідальності.

Отже, що ж вкладають в поняття «медична практика» – діяльність, пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюють особи, які мають спеціальну освіту. Тому ліцензія на провадження медичної практики – документ державного зразка, що засвідчує право ліцензіата на провадження медичної практики за умови виконання ним кваліфікаційних, організаційних та інших спеціальних вимог, установлених ліцензійними умовами.

Згідно з наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 49, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України за № 171/18909 [1], дія ліцензійних умов поширюється на всіх суб'єктів господарювання, які зареєстровані в установленому порядку, незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності й провадять господарську діяльність з медичної практики.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я [2], медична допомога надається згідно з медичними показаннями професійно підготовленими медичними працівниками, які перебува-

ють у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

За умови формування соціально орієнтованого суспільства і диспозитивності цивільно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я триває лібералізація приватно-правового сектора. Ця тенденція нормативно забезпечена положеннями ст. 49 Конституції України [3], яка закріплює право громадянина на безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я і водночас гарантує розвиток лікувальних закладів усіх форм власності.

Ознайомившись із переліком нормативно-правових документів, регламентують діяльність у сфері охорони здоров'я, варто прослідкувати і оцінити можливості медичного працівника дотримуватись усіх вимог і пройти всі етапи випробувань для отримання можливості займатися приватною медичною практикою.

Для початку господарської діяльності потрібно вибрати організаційно-правову форму надання медичних послуг і провадження медичної практики. Суб'єктом господарювання є зареєстрована в установленому законодавством порядку юридична особа незалежно від її організаційно-правової форми та форми власності, яка провадить господарську діяльність, крім органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також фізична особа — підприємець, а також інвестор, у тому числі іноземний, що є стороною угоди про розподіл продукції відповідно до Закону України «Про угоди про розподіл продукції», його підрядник, субпідрядник, постачальник та інший контрагент, що виконує роботи, передбачені угодою про розподіл продукції, на основі договорів з інвестором.

Господарська діяльність визначається як будь-яка діяльність, у тому числі підприємницька, юридичних осіб, а також фізичних осіб — підприємців, пов'язана з виробництвом (виготовленням) продукції, торгівлею, наданням послуг, виконанням робіт.

Медична допомога — це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами — підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільноправових відносинах.

За видами медична допомога поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну та медичну реабілітації.

Медичне обслуговування — це діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб — підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, в сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою.

Тобто перед суб'єктом стає вибір: або зареєструвати юридичну особу та створити при ній заклад охорони здоров'я, або зареєструватися як фізична особа — підприємець. На цей вибір в контексті ліцензійних умов [1], а також податкового законодавства, впливатиме ряд чинників, зокрема, чи планується найм лікарів, якщо так, то яких і скільки; який обсяг медичної допомоги планується; чи відповідає головний лікар закладу кваліфікаційним вимогам тощо.

Медичною і фармацевтичною діяльностями можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної та фармацевтичної діяльності, встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Відповідальність за дотримання зазначених кваліфікаційних вимог несуть керівники закладу охорони здоров'я і ті органи, яким надано право видавати ліцензію на провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я.

До загальнодозволених видів медичної практики суб'єктів підприємництва не відносяться:

- лікування онкологічних хворих;
- лікування пацієнтів із інфекційними захворюваннями, в т.ч. венеричними та заразними шкірними, СНІДом;
- лікування хворих на наркоманію;
- лікування психічнохворих, які потребують невідкладної госпіталізації;
- догляд та лікування ускладнень вагітності;
- хірургічні втручання, в т.ч. аборти, крім хірургічних втручань на шкірі та підшкірній клітковині;
- проведення попередніх при прийнятті на роботу і періодичних медичних оглядів працівників, які підлягають обов'язковим медичним оглядам.

Суб'єкт господарювання, який створився і має намір провадити господарську діяльність з медичної практики особисто або через уповноважений ним орган чи особу, звертається до Ліцензійної комісії МОЗ України із заявою встановленого зразка про видачу ліцензії. У заяві про видачу ліцензії повинні міститися такі дані:

1. Відомості про суб'єкта господарювання — заявника:

- а) найменування, місцезнаходження, банківські реквізити, ідентифікаційний код — для юридичної особи;

б) прізвище, ім'я, по батькові, паспортні дані (серія, номер паспорта, ким і коли виданий, місце проживання), ідентифікаційний номер фізичної особи – платника податків та інших обов'язкових платежів – для фізичної особи;

2. Вид господарської діяльності – медична практика (повністю або частково). У разі наявності у заявника філій, інших відокремлених підрозділів, які провадитимуть господарську діяльність на підставі отриманої ліцензії, у заяві зазначається їх місце знаходження.

Перелік документів визначено Постановою КМУ від 4 липня 2001 р. № 756 «Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності» [4]. Відповідно до неї, та з урахуванням нових ліцензійних умов до Ліцензійної комісії МОЗ України необхідно подати:

1. Засвідчену в установленому порядку копію висновку державної санітарно-епідеміологічної експертизи, виданого за місцем провадження діяльності, про відповідність наявних приміщень вимогам санітарних норм і правил щодо здійснення медичної практики.

Обов'язковим є документ, який встановлює право на володіння та користування нежитловим приміщенням, або документи, що підтверджують право власності на дане нежиле приміщення.

Для суб'єктів господарювання, що провадять медичну практику, встановлюються певні загальні вимоги та спеціальні щодо:

а) приміщень, в яких провадиться медична практика – вимоги ДБН (державні будівельні норми) є обов'язковими для юридичних та фізичних осіб-суб'єктів інвестиційної діяльності на території України незалежно від їх відомчого підпорядкування і форм власності. ДБН В.2.2-10-2001 поширюються на проектування нових і реконструкцію існуючих будинків та споруд усіх типів закладів охорони здоров'я незалежно від їх відомчого підпорядкування і форм власності, а також приміщень медичного призначення, вбудованих чи таких, що входять до складу інших типів будинків.

Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи про відповідність наявних приміщень вимогам санітарних норм і правил щодо здійснення медичної практики.

в) обладнання, за допомогою якого провадиться медична практика: наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру» [5].

2. Відомості про стан матеріально-технічної бази, необхідної для провадження відповідного виду господарської діяльності. Як зрозуміло з назви – це все те, що необхідно для провадження відповідного виду господарської діяльності, включає в себе відомості про наявності у підприємства матеріально-

технічної бази, а саме: наявність і характеристика приміщень, назви кабінетів та графіки роботи лікарів, перелік обладнання, інформація про інженерно-технічні характеристики приміщення (вентиляція, опалення і т.д.). «Підприємство» також має вказати свої реквізити, лікарські спеціальності й спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, за яким планом здійснюватиме свою діяльність, найменування установи охорони здоров'я, згідно з Переліком закладів охорони здоров'я [6], затвердженого наказом МОЗ від 28.10.2002 № 385, відомості про вивіску і структуру.

Згідно з чинним законодавством, всі суб'єкти підприємницької діяльності зобов'язані забезпечити наявність на видному і доступному місці куточка споживача. Як правило, медичні заклади ставляться до необхідності оформити куточок споживача як до ще однієї формальності, яку потрібно просто дотримуватися, і даремно. Правильно й інформативно оформлений куточок допоможе не тільки справити позитивне враження на пацієнта, а й продемонструвати Ваше знання вимог законодавства перевіряючим.

Згідно з вимогами п. 2.2 ліцензійних умов [1], ведення господарської діяльності з медичної практики ліцензіат зобов'язаний опублікувати за місцем провадження діяльності достовірну інформацію в доступному для споживача місці:

- вивіску з найменуванням суб'єкта господарювання відповідно до свідоцтва про державну реєстрацію;
- фотокопії ліцензії та копію виписки з ЄДРПОУ;
- акредитаційний сертифікат (у випадку роботи більше двох років);
- свідоцтво про атестацію лабораторії закладу, в разі її наявності;
- режим роботи ліцензіата;
- відомості про адміністрацію (ГПП керівника, його заступників) та лікарів ліцензіата (ГПП, посади, категорії);
- книгу відгуків і пропозицій.

Крім цього, в куточку споживача необхідно розмістити Закон «Про захист прав споживачів» [7], контактну інформацію органів захисту прав споживачів, прейскурант, інформацію про знижки та дисконтні програми, матеріали й обладнання, яке використовується при наданні медичних послуг.

Весь медичний персонал, починаючи з лікаря, який безпосередньо провадить медичну діяльність, повинен зберігати лікарську таємницю, зберігати та надавати інформацію про пацієнта в установленому законодавством порядку, одержувати добровільну згоду пацієнта на виконання діагностики, лікування та на проведення операції та знеболювання, вести обліково-звітні статистичні форми у сфері охорони здоров'я відповідно до заявлених спеціальностей.

3. Відомості про наявність нормативно-правових документів, у тому числі нормативних документів з

питань стандартизації, необхідних для провадження відповідного виду господарської діяльності.

Персонал, який провадить медичну практику, повинен бути ознайомлений з наступними нормативними-правовими документами і дотримуватись:

– Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист прав споживачів», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», «Про лікарські засоби», «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», «Про психіатричну допомогу», «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», «Про донорство крові та її компонентів», «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності», «Про ратифікацію Конвенції про передачу осіб, які страждають від психічних розладів, для проведення примусового лікування», «Про оздоровлення та відпочинок дітей», «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», Господарського кодексу України;

– Наказу МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників»;

– Наказу МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я»;

– Наказу МОЗ України від 19.12.1997 р. № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів»;

– Наказу МОЗ України від 23.11.2007 р. № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою».

Забезпечити перевірку засобів вимірювальної техніки, що використовуються в медичній практиці та підлягають метрологічній перевірці дотримуватись умов для миття й знезараження рук, санітарних норм і правил щодо вивезення та знищення побутового сміття та медичних відходів.

4. Відомості про наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівнів та стажу роботи за спеціальністю, необхідних для провадження відповідного виду господарської діяльності.

Відповідно до ст. 74 основ [2], медичною практикою можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, які встановлені довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників. Відповідність спеціальним освітнім та кваліфікаційним вимогам може підтверджуватися:

1) дипломом про вищу медичну освіту державного зразка;

2) сертифікатом лікаря-спеціаліста встановленого зразка, виданим вищим медичним навчальним закладом, закладами післядипломної освіти III–IV рівнів акредитації відповідно;

3) посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії з лікарських спеціальностей;

4) посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії зі спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою;

5) свідоцтвом про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою встановленого зразка, виданим вищими медичними навчальними закладами (зкладами післядипломної освіти) I–III рівнів акредитації.

Лікарі, які працюють менше трьох років за конкретною лікарською спеціальністю, не можуть займатися медичною практикою з цієї спеціальності й допускаються до неї лише після проходження стажування.

Відомості про стаж роботи лікарів за спеціальністю, відповідно до записів у трудовій книжці, вказуються тільки за останні 5 років.

Фізична особа – підприємець, яка має намір займатися медичною практикою, зобов'язана затвердити:

– номенклатуру справ з медичної та фармацевтичної документації;

– правила та інструкції виконання маніпуляцій та процедур;

– інструкцію щодо правил миття й знезараження рук;

– перелік та вартість послуг, які відповідно до законодавства надаються пацієнтам.

Найбільший акцент має бути саме на наданні медичної допомоги. Тобто суб'єкт, який має намір отримати ліцензію, повинен задекларувати, який саме вид медичної допомоги надаватиме, так як це передбачено законодавством. Він має одразу вказати, які методи використовуватиме у своїй практиці: профілактики, діагностики тощо.

У медичній практиці суб'єкти господарювання можуть застосовувати лише методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарські засоби, які дозволені до застосування МОЗ України.

Наступний крок – це реєстрація заяви про видачу ліцензії на медичну практику в МОЗ України. Реєстрація проводиться в Центрі адміністративних послуг МОЗ України «Єдине вікно» особисто або уповноваженою особою, надсилання документів поштою не дозволяється.

Протягом десяти робочих днів з моменту реєстрації ліцензійної справи Ліцензійною комісією МОЗ України приймається рішення про видачу ліцензії (про залишення заяви без розгляду у випадку, якщо в поданих документах містяться помилки, невідпо-



відності, неточності тощо; або про відмову у видачі ліцензії у випадку, якщо заявник визнаний таким, що не відповідає ліцензійним умовам або виявленні недостовірні дані). Про результати розгляду заявник повідомляється особисто листом на адресу його місцезнаходження.

За результатами розгляду заяви про видачу ліцензії та документів, що додаються до неї Ліцензійною комісією МОЗ України, можуть бути прийняті наступні рішення про:

1. Видачу ліцензії на здійснення медичної практики.
2. Залишення заяви без розгляду, якщо:
  - заява подана (підписана) особою, яка не має на це повноважень;
  - документи, оформлені з порушенням встановлених вимог.
3. Про відмову у видачі ліцензії на здійснення медичної практики, якщо є:
  - недостовірність даних у документах, поданих заявником, для отримання ліцензії;
  - невідповідність заявника згідно з поданими документами ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики.

Якщо заява розглянута, та за результатами розгляду прийнято рішення про видачу ліцензії, про що отримують відповідне повідомлення від МОЗ України, далі необхідно сплатити до місцевого бюджету плату за видачу ліцензії. Код бюджетної класифікації доходів за цим платежем: 22011800 «Плата за ліцензії та сертифікати, що сплачується ліцензіатами за місцем здійснення діяльності». Сума плати за видачу ліцензії дорівнює мінімальній заробітній платі на дату прийняття рішення про видачу ліцензії (грудень 2013 р. – червень 2014 р.: 1218,00 грн; липень – вересень 2014 р.: 1250,00 грн; жовтень – грудень 2014 р.: 1301,00 грн), за видачу копії ліцензії – 17,00 грн, за переоформлення або видачу дубліката ліцензії – 85,00 грн.

Протягом трьох робочих днів з дати отримання підтвердження внесення плати за видачу ліцензії вона має бути надрукована та передана до Єдиного вікна.

На сьогодні ліцензія на медичну практику є безстроковою.

Вивчаючи досвід Республіки Польща щодо надання права на медичну діяльність та реєстрацію медичної діяльності законодавчо, описано порядок і можливість здійснення такої практики.

Отже, реєстр суб'єктів, які хочуть займатися медичною діяльністю, як приватний суб'єкт, складає органу, що веде реєстр, пропозицію про запис до реєстру суб'єктів, які виконують медичну діяльність, а саме:

- 1) ім'я і прізвище або назву фірми;
- 2) адресу місця перебування або місця проживання;
- 3) адресу місця надання медичних послуг;
- 4) організаційно-юридичну форму;

5) вид медичної діяльності й сферу медичних послуг;

6) визначення підприємства і список його одиниць або організаційних відділів, діяльність яких пов'язана з наданням медичних послуг;

7) номер запису до Державного судового реєстру або обліку господарської діяльності;

8) номер REGON;

9) номер податкової (NIP) ідентифікації;

10) дані суб'єкта діяльності, в разі медичного суб'єкта, що не є підприємцем.

Разом із пропозицією заявник складає заяву такого змісту:

«Я заявляю, що дані, які містяться в пропозиції про запис до реєстру суб'єктів, які виконують медичну діяльність, повні й правдиві, відомі мені, і я виконую умови ведення медичної діяльності у зазначеній сфері, що відповідає пропозиції відповідно до Закону [8]. Документом, що підтверджує дотримання умов, є видана в порядку адміністративного рішення, резолюція відповідного органа Державної санітарної інспекції.

Медичну діяльність можна розпочати тільки після отримання запису в реєстрі.

Органом, що веде реєстр, є:

1) відповідне воєводство, де є місце перебування або проживання суб'єкта, який здійснює медичну діяльність;

2) окружна медична рада для місця виконання професійної практики лікаря – відносно цих спеціальностей;

3) окружна рада медсестер і акушерок відповідно до місця виконання професійної практики медсестер.

Орган, що веде реєстр, зобов'язаний зробити запис у реєстрі, а також видати довідку про цей запис в термін 30 днів від дня надання пропозиції про запис у реєстрі разом із заявою. Для медичного суб'єкта довідка про запис має бути видана органом, що веде реєстр медичних суб'єктів, надаючи відомчі ідентифікаційні коди згідно зі сферою медичних послуг. Особливістю є те, якщо відповідний орган не зробить запису в термін, а від дня подання заяви в цей орган сплило 40 днів, заявник може розпочати діяльність по попередньому повідомленню, посилаючись на орган, який не зробив запису. Не стосується це випадку, коли орган викликав цього заявника до доповнення заяви про запис не пізніше ніж 7 днів від дня його отримання.

Запис у реєстрі є платний, що складає 2 % від місячної заробітної плати в секторі підприємства без виплати премій за минулий рік, який оголошується головою Головної статистичної установи в Щоденнику Республіки Польща «Польський Монітор». Зміна запису в реєстрі підлягає оплаті близько 50 % зазначеної попередньої оплати.

Надзвичайно актуально, що реєстр ведеться в телеінформацій системі. Відповідальним суб'єктом за функціонування системи телеінформаційного реє-

стру є відповідний суб'єкт, підлеглий Міністерству охорони здоров'я у сфері інформаційних систем в охороні здоров'я. Спосіб ведення реєстру і функціонування телеінформаційної системи визначають положення про систему інформації в охороні здоров'я.

У разі реєстрації суб'єкта, що здійснює медичну діяльність, до реєстру вписується номер реєстрової книги, а також дані, що стосуються:

1. Ознак лікувального суб'єкта:
  - а) фірму або ім'я і прізвище;
  - б) адресу суб'єкта;
  - в) номер запису в реєстрі підприємців або обліку господарської діяльності;
  - г) номер REGON;
  - д) номер податкової (NIP) ідентифікації;
2. Адреси місця надання медичних послуг;
3. Організаційно-юридичної форми;
4. Виду лікувальної діяльності, сфери медичних послуг;
5. Даних, що стосуються організаційної структури підприємства, в тому числі список його відділень або організаційних відділів, діяльність яких пов'язана з наданням медичних послуг;
6. Дати запису в реєстрі;
7. Дати отримання довідки про запис у реєстрі і його номер;
8. Дати зміни запису в реєстрі;
9. Дати і номери рішення про викреслення з реєстру;
10. Даних акредитації або сертифікації;
11. Дати і результатів проведення контролю.

Орган, що веде реєстр, відкриває доступ у системі інформаційного забезпечення в охороні здоров'я, дані, що охоплюють запис реєстру. Суб'єкт, що виконує медичну діяльність, вписаний до реєстру, зобов'язаний повідомляти органу, який веде реєстр, про зміни даних, зазначених у реєстрі в термін 14 днів від дня настання цих змін. У разі відсутності інформації про зміни даних у визначений реєстром термін, орган, що веде реєстр, може в порядку адміністративного рішення накласти на суб'єкта штраф у розмірі десятиразової мінімальної заробітної плати. Рішення підлягає негайному виконанню. Штраф сплачується в термін 14 днів від дня отримання адміністративного рішення.

Орган, що веде реєстр, призначений контролювати суб'єкти, які виконують медичну діяльність у сфері надання медичних послуг з положеннями закону і положеннями, виданими на її підставі. Особи, що виконують контрольну діяльність за визначеними повноваженнями, мають право:

- 1) вимагати інформацію і документацію;
- 2) оцінку реалізації завдань, визначених в організаційному розпорядку або статуті, у межах доступності та якості надання медичних послуг;
- 3) безпосередньо брати участь під час надання медичних послуг;
- 4) ознайомитись із веденням медичної документації;

5) вимагати усних і письмових пояснень.

Орган, що веде реєстр, може доручити проведення контролю воєводським консультантам, підлеглим організаційним суб'єктам або ліцензованим організаціям.

Після проведення контрольної діяльності складається протокол, який включає:

- 1) ім'я і прізвище, адресу місця проживання або фірму, адресу місця перебування;
- 2) адресу місця надання медичних послуг;
- 3) дату початку і закінчення контрольної діяльності;
- 4) імена і прізвища осіб, які виконують контрольну діяльність;
- 5) опис фактичного стану ведення медичної діяльності;
- 6) констатування помилок;
- 7) пропозиції осіб, виконують контрольну діяльність;
- 8) дату і місце складання протоколу;
- 9) інформацію про суть застережень, інформацію про відмову підписання протоколу і про причину цієї відмови.

Протокол підписують особи, які виконують контрольну діяльність, і керівник суб'єкта, що виконує лікувальну діяльність. Якщо після складання протоколу, або перед його підписанням керівник суб'єкта, який виконує медичну діяльність, заявить мотивовані застереження щодо фактів, констатованих в процесі контролю і описаних в протоколі, особи, що проводять контрольну діяльність, зобов'язані дослідити ці факти і доповнити протокол.

Протокол контролю складається в двох примірниках, один з яких залишається суб'єкту, що виконує медичну діяльність. Суб'єкт у термін 7 днів від дня отримання протоколу має право на внесення застережень щодо способу проведення контрольної діяльності та положень, викладених в протоколі.

Орган, що веде реєстр, відмовляє заявнику в записі у реєстрі в разі, коли:

- 1) видано провочинну заборону суб'єктові виконувати медичну діяльність, зазначену в реєстрі;
- 2) заявник не виконує умов;
- 3) оформлення заяви про фактичну неможливість здійснювати таку діяльність;
- 4) невиконання рекомендацій, які виникли в процесі контролю;
- 5) складання пропозиції про викреслення з реєстру;
- 6) якщо утворений суб'єкт в термін 3 місяці від дня запису в реєстрі не розпочав медичну діяльність;
- 7) видалення лікаря зі списку членів окружної медичної спілки з причин, визначених в ст. 7 пункту 5 Закону від 2 грудня 2009 р. «Про медичні спілки (Dz. U. Nr 219, poz. 1708).

Отже, порівнявши вітчизняний досвід ліцензування медичної діяльності та особливості реєстрації цієї діяльності в Польщі, приходимо до висновку, що є багато спільного, але водночас і є деякі розбіжності.

Починаючи з 2010 р., завдяки дерегуляції підприємницької діяльності процес отримання ліцензії для суб'єктів господарювання значно спрощено. Введено декларативний принцип подачі заяв на отримання ліцензії на медичну практику. Тобто суб'єкт господарювання подає відомості про те, що в нього є для провадження медичної практики: яка матеріальна база, якими методами він має володіти, які нормативні документи має знати, яка в нього кваліфікація.

Після введення в дію удосконалених ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, що набули чинності з січня 2013 р., домоглися того, що на сьогодні лікар, зареєстрований як фізична особа – підприємець, маючи ліцензію МОЗ України на медичну практику, дійсно може найняти до 10 осіб за трудовим договором, але якщо це лікарі, то вони мають бути тільки відповідної спеціальності, на яку видана ліцензія, і лише за умови, якщо лікар, який отримав ліцензію, має вищу кваліфікаційну категорію, тобто може відповідним чином організувати роботу інших і контролювати діяльність свого колективу.

В Україні, як і в більшості інших розвинених країнах, зростає популярність приватних закладів, що надають медичну допомогу. Кількість лікарів, які отримали ліцензію на приватну практику, збільшилася на 30 % за останні 5 років. Спостерігається стійка тенденція до збільшення кількості таких закладів не лише в Києві, а також у регіонах України.

В умовах реформування системи охорони здоров'я та перспективи запровадження обов'язкового медичного соціального страхування актуальність питань якості медичної допомоги значно підвищилась в організаційному, клінічному, правовому та економічному аспектах. Відносини між пацієнтами і системою охорони здоров'я перейшли у сферу цивільно-правового регулювання.

#### Список літератури

1. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики : наказ МОЗ України від 02.02.2011 за № 49.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України.

3. Конситуція України від 28.06.1996 р.

4. Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності : постанова КМУ від 4 липня 2001 р. № 756

Ліцензування медичної діяльності при наданні медичних послуг ще потребує багато змін і спрощень, стандартизацій. Але при цьому якість медичної допомоги повинна відповідати потребам пацієнтів, його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технологій.

Практично у всіх економічно розвинених країнах основне місце в організації лікарської діяльності традиційно посідають національні медичні самоврядні організації (товариства, асоціації, лікарські палати, ізби, комори, колегіуми лікарів тощо), які несуть правову, фінансову і моральну відповідальності перед державою і суспільством за якість медичної допомоги, професійну підготовку медичних фахівців, дотримання норм медичної етики та розв'язують інші питання охорони здоров'я.

Тому в Україні перш за все має зростати роль лікарського товариства та самоврядування, адже без створення суспільних інститутів управління охороною здоров'я з метою підвищення громадської відповідальності у розв'язанні нагальних потреб медицини, досягти цілей, поставлених реформою охорони здоров'я, досить складно. На часі прийняття Закону України «Про лікарське самоврядування» від 23.12.2008 р. № 3539, який вже роками знаходиться у стінах Верховної Ради України, і згідно з положеннями якого основними завданнями національних лікарських організацій є формування в лікарському співтоваристві й суспільстві в цілому таких цивільно-правових відносин, відповідно до яких лікар несе персональну юридичну і фінансову відповідальності за результати своєї діяльності перед національною медичною організацією, а національна медична організація – за результати діяльності лікаря перед пацієнтами і державою. Такі відносини приводять до нового якісного рівня захисту прав пацієнтів та лікарів, який на сьогодні в Україні практично відсутній.

5. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру : наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739.

6. Перелік закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ від 28.10.2002 № 385».

7. Про захист прав споживачів : Закон України від 12.05.1991р.

8. Закон про лікувальну діяльність від 15 квітня 2011 (Республіка Польща).

## СИСТЕМА НАПРАЦЮВАННЯ ЛІКАРЯМИ «ПУНКТИВ» У БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

### 1. Австрія

Після того, як лікар загальної практики чи лікар-спеціаліст отримує відповідний сертифікат від Австрійської лікарської палати, що дає дозвіл на проведення медичної практики, немає необхідності повторного складання екзаменів, тестувань тощо, оскільки в Австрії не існує градації лікарів за категоріями, як в Україні. Винятком є ситуації, коли дисциплінарна комісія Австрійської лікарської палати позбавила лікаря загальної практики ліцензії. У такому випадку вказується причина позбавлення права на медичну практику і критерії, необхідні для її усунення. Хоча треба відмітити, що згадані ситуації трапляються вкрай рідко.

Підтвердженням фахової придатності є звітування перед Австрійською лікарською палатою про набирання так званих залікових балів або «пунктів»: орієнтовно 50 балів протягом року. У різних закладах федеральних земель звітування відбувається 1 раз на 3 роки (150 балів), або у 5 років (250 балів відповідно). Звіт про набирання балів подається в електронній формі за допомогою спеціальних таблиць через мережу «Інтернет».

На відміну від деяких інших країн Євросоюзу, де набір необхідної кількості «пунктів» враховується здебільшого для кар'єрного росту і претендування на зайняття керівних посад, в Австрії цей процес є обов'язковим для усіх практичних лікарів.

1 бал орієнтовно відповідає 45 хв заняття з підвищення фахової підготовки. Не менше 200 балів із 250 повинні бути за спеціальністю лікаря або за суміжними спеціальностями. З них не менше 85 повинні набрати за рахунок міждисциплінарних заходів (науково-практичні конференції, щотижневі лікарняні чи патологоанатомічні конференції). Останні дають 1–2 бали (залежно від тривалості), науково-практичні – 3–4 бали. Якщо виступають з доповіддю на конференції, бали подвоюються. Ранкові клінічні обговорення у відділенні (на кшталт українських «п'ятихвилинок»), години перепрацювання у лікарні, а також монодисциплінарні конференції (тобто такі, які проводяться в межах одного відділення або навіть цілої лікарні, якщо на них присутні лише лікарі однієї спеціальності) не зараховуються.

У третьому тисячолітті стрімкий розвиток глобальних інформаційних мереж значною мірою сприяє загальному прогресу суспільства. Сьогодні – це один із найбільш швидких, зручних, доступних та економічно виправданих способів отримання майже будь-якої інформації в усьому світі.

Успішна практична діяльність сучасного європейського лікаря значною мірою залежить не тільки від рівня його професійної освіти, але і від володіння передовими інформаційними технологіями. Темпи розвитку медичної науки стимулюють рухатися в ногу з часом, прикладаючи максимум зусиль для досягнення високого рівня професіоналізму, досконалого володіння сучасними методиками лікування.

Останніми десятиріччями перспективним напрямком розвитку системи підвищення професійної кваліфікації лікарів розвинених країн світу є дистанційна (у тому числі в on-line-режимі) форма навчання, завдяки якій підвищення професійної кваліфікації можливе без припинення робочого процесу, тобто є максимально доступним для кожного спеціаліста.

Останнім часом все більше лікарів набирає залікові бали за рахунок електронного навчання (e-learning) за умов наявності тестового електронного контролю знань після проходження кожного розділу. Існує обмеження – не більше 10 балів протягом одного календарного дня (за умов проходження тестового електронного контролю знань з першої спроби), або до 6 балів (якщо було більше однієї спроби складання тестів). Прості арифметичні підрахунки показують, що набирання достатнього числа балів не складає жодної проблеми навіть для пересічного лікаря Австрії.

Проте важливим є той факт, що набір більшої за мінімально необхідну кількість балів не приносить лікарю в Австрії преференцій щодо оплати праці, чи кар'єрного росту. Число залікових балів або «пунктів» також не залежить від форми власності та типу закладу, в якому працює лікар (університетська чи муніципальна лікарня, приватний медичний заклад). Немає також пільг і винятків щодо набору таких балів залежно від місця медичної практики (сільська амбулаторія чи столична університетська лікарня), а також рівня зайнятості лікаря (повна чи часткова зайнятість).

Але є додаткові мотиви для набору більшої кількості балів:

- «перепустка» до престижних лікарень;
- необхідна умова для зайняття у лікарських товариствах певних виборних посад;
- одна із переваг для отримання грантів (невід'ємної складової доходів не лише вчених, а й більшості лікарів у країнах Євросоюзу).

З метою уніфікації форми і змісту підготовки лікарів загальної практики, у тому числі процесу набирання післядипломних залікових балів або



«пунктів» і можливості їх набирання в інших країнах Євросоюзу чи Північної Америки, понад 10 років тому Австрія увійшла до складу організації EURACT (Європейська академія викладачів загальної практики–сімейної медицини). Постійними членами цієї організації є представники більше 30 країн Європи.

Можливість дистанційного набору пунктів (балів) у рамках нової системи післядипломної освіти спрямована на індивідуалізацію навчання, використання сучасних методик та технологій активного навчання, перспективних технічних засобів навчання, насамперед передових інноваційних технологій. Сьогодні у навчальному процесі забезпечується ефективніша робота викладача і практичного лікаря-фахівця, завдяки доступності до інформаційних ресурсів якомога більшої кількості населення, у тому числі людей з фізичними обмеженнями, представити навчальний матеріал у структурованому, зручному та своєчасному для засвоєння вигляді, а також здійснювати ефективний контроль засвоєння знань.

Важливо, що при цьому практичний лікар може сам вибирати не тільки заклад післядипломної освіти, але і країну, де він буде дистанційно проходити певний курс у рамках безперервної післядипломної освіти за допомогою спеціально розроблених освітньо-контролюючих програм.

Це можуть бути:

- спеціальні сайти закладів додипломної чи післядипломної освіти, сайти медичних асоціацій і товариств;
- освітні курси на медичних сайтах у on-line-режимі (текстові файли, презентації, лекції тощо);
- тести, складені на основі матеріалів освітнього курсу (незалежно від форми подання).

Результати тестування враховуються таким чином: за умови набору не менше 70 % вірних відповідей – лікар вважається таким, що засвоїв освітній курс і може отримати відповідний сертифікат, у якому вказується кількість залікових балів (у деяких випадках ще й навчальних годин), що відведені на вивчення матеріалу. Сертифікати фіксуються та накопичуються лікарем для подальшого підрахунку загальної кількості балів протягом звітного періоду.

Залучення дистанційних можливостей для набору залікових пунктів (балів) і проходження певних фрагментів післядипломної освіти дає певні переваги:

- Великий вибір освітніх програм та курсів на принципах доказової медицини з відображенням сучасного стану науки і практики.
- Оперативне оволодіння сучасними стандартами діагностики та лікування, у тому числі ознайомлення з матеріалами провідних медичних форумів.
- Універсальний ефективний засіб контролю якості засвоєння матеріалу. Наявність важелів заохочення лікарів до безперервної самоосвіти та можливість її поєднання із лікарською діяльністю.
- Залучення недержавних коштів до фінансування освітньої діяльності взагалі, та окремих осві-

трян особисто (гранти фармацевтичних компаній для створення конкретних курсів, програм тощо).

- Скорочення державних та особистих витрат.
- Єдині стандарти створення освітніх курсів.
- Незалежні механізми контролю якості післядипломної освіти.

Переваги, які притаманні дистанційному способу самоконтролю щодо набору залікових пунктів:

- Гнучкість: лікарі, що одержують післядипломні знання дистанційно, в основному не відвідують регулярних занять, а навчаються у зручний для себе час та в зручному місці.

- Паралельність: навчання здійснюється одночасно з професійною діяльністю (або з навчанням за іншим напрямом), тобто без відриву від виробництва або іншого виду діяльності.

- Велика аудиторія: одночасне звернення до багатьох джерел навчальної інформації великої кількості слухачів, спілкування за допомогою телекомунікаційного зв'язку курсантів між собою та з викладачами.

- Економічність: ефективне використання навчальних площ та технічних засобів, концентроване й уніфіковане представлення інформації, використання і розвиток комп'ютерного моделювання повинні призвести до зниження витрат на підготовку фахівців.

- Технологічність: використання в навчальному процесі нових досягнень інформаційних технологій, які сприяють входженню людини у Світовий інформаційний простір.

- Соціальна рівність: рівні можливості одержання освіти незалежно від місця проживання, стану здоров'я і соціального статусу.

- Інтернаціональність: можливість одержати освіту в навчальних закладах іноземних держав, не виїжджаючи зі своєї країни та надавати освітні послуги іноземним громадянам і співвітчизникам, що проживають за кордоном.

- Нова роль викладача: розширення та оновлення ролі викладача, що робить його наставником-консультантом, який повинен координувати пізнавальний процес, постійно удосконалювати ті курси, які він викладає, підвищувати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень та інновацій.

- Позитивний вплив на віртуального учня: підвищення творчого та інтелектуального потенціалу людини, що одержує дистанційну освіту, за рахунок самоорганізації, прагнення до знань, використання сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій, вміння самостійно приймати відповідальні рішення.

- Якість: якість дистанційної освіти та контролю не поступається якості очної форми навчання, оскільки для підготовки дидактичних засобів залучається найкращий професорсько-викладацький склад і використовуються найсучасніші навчально-методичні матеріали; передбачається введення спеціа-

лізованого контролю якості дистанційної освіти на відповідність її освітнім стандартам.

## 2. Польща

На підставі розпорядження міністра охорони здоров'я Республіки Польща від 6 жовтня 2004 р. щодо способів виконання обов'язку професійного вдосконалення лікарів і лікарів-дантистів можна встановити певні особливості системи напрацювання лікарями «пунктів» у безперервному професійному розвитку в Польщі порівняно з Австрією.

У розпорядженні міністра акцентується, що професійне вдосконалення лікаря професійно активне у рамках самоосвіти або в організованих формах післядипломного навчання у спосіб проходження «спеціалізаційної підготовки», так званої спеціалізації, набуття професійних вмінь у сфері вузьких галузей медицини, тобто «вмінням», а також удосконалення в інших формах навчання. Виконання обов'язку вдосконалення професійного лікаря полягає у постійній професійній активності. Важливо, що лікар підтверджує професійну активність через отримання відповідного числа освітніх пунктів, підрахованих у встановлених розрахункових періодах, тривалість яких, як правило, складає 5 років.

Лікар виконує обов'язок професійного вдосконалення таким чином:

- 1) проходить програми спеціалізації;
- 2) бере участь у медичному курсі, не охопленому програмою спеціалізації;
- 3) проходить клінічну практику в державному або зарубіжному спеціалізованому медичному центрі;
- 4) бере участь у державному або зарубіжному конгресі, конференції або науковому симпозиумі;
- 5) бере участь у засіданні відділу товариства, діючого як «спеціалізоване лікарське наукове товариство», так зване наукове товариство, що є як «асоціація спеціалістів»;
- 6) бере участь у внутрішній підготовці, що організовує заклад оздоровчого догляду, в якому лікар надає оздоровчі послуги;
- 7) виступає на лекції і доносить в усній або презентаційній формі на конгресі, конференції або науковому симпозиумі;
- 8) бере участь у тестовій освітній програмі, акредитованій науковим товариством або асоціацією спеціалістів;
- 9) отримує вчений ступінь або наукове звання;
- 10) бере участь у написанні й публікаціях фахової медичної книжки, статті у фаховому журналі або освітній мультимедійній програмі, що рецензується;
- 11) бере участь у написанні й публікаціях книжки, статті або мультимедійної програми науково-популярного характеру;
- 12) перекладає і публікує фахові медичні книжки, статті або іншу наукову роботу;
- 13) керує спеціалізацією лікарів або надбанням лікарями фахових умінь;
- 14) готує лікарів-стажистів;

15) здійснює індивідуальну підписку фахового медичного журналу, що індексується філадельфійським Інститутом наукової інформації або Index Copernicus;

16) належить до наукового товариства або асоціації спеціалістів.

Лікар, який виконує обов'язок професійного вдосконалення, веде індивідуальний облік отримання «пунктів» у процесі професійного вдосконалення, у формі Обліку професійного вдосконалення, який він отримує безкоштовно від Округної лікарської палати, членом якої є. Один раз протягом звітного періоду (як правило, звіт відбувається кожних 48 місяців) лікар представляє Округній лікарській раді на ознайомлення Облік професійного вдосконалення разом із документами, що є підтвердженням відбуття визначених форм професійного вдосконалення перед закінченням розрахункового періоду.

Округна лікарська рада підтверджує виконання обов'язку професійного вдосконалення лікаря відповідним записом в Округному реєстрі лікарів і в документі «Право виконання професії лікаря» або «Право виконання професії дантиста», в частині «доповнюючі записи». Окремо підраховується число освітніх «пунктів», що відповідають певним формам професійного вдосконалення і визначені спеціальним додатком до розпорядження міністра.

Установлюється, що лікар виконує обов'язок професійного вдосконалення, якщо в розрахунковому періоді отримує щонайменше 200 освітніх «пунктів». При цьому отримані освітні «пункти» понад необхідний мінімум не переносяться на подальший розрахунковий період.

Прийняті також певні обмеження щодо нарахування кількості освітніх «пунктів» :

- 1) за реалізацію програми спеціалізації або вміння – «пункти» отримують виключно за мінімальний період даної спеціалізації або вміння, визначені в її програмі;
- 2) за публікацію наукового реферату, виголошеному на державному або закордонному конгресі, конференції або науковому симпозиумі, – не дораховують «пунктів», які надаються за виголошування реферату;
- 3) за публікацію тексту докторської або кандидатської дисертації – не дораховують окремих «пунктів»;
- 4) за лекцію того ж змісту, незважаючи на багаторазову демонстрацію, «пункти» отримують тільки один раз.

Лікар не виконав обов'язку професійного вдосконалення, якщо протягом звітного періоду не отримав мінімального числа «пунктів», визначених у спеціальних додатках. Характерно, що невиконання обов'язку професійного вдосконалення теж занотовується в Округному реєстрі лікарів.

Цікавою особливістю є те, що кожна спеціальність має певну невелику різницю щодо набору необхідного числа «пунктів», що вкрай необхідне з урахуванням їх особливостей і необхідності практичних навичок.

Останнім часом для стимуляції видання і перекладання новітньої світової медичної літератури польською мовою були також додані «пункти» за цю діяльність:

- авторство або редагування наукової книги (монографія, атлас) за фахом – 25 «пунктів»;
- глава у книгах, монографіях, атласах за фахом – 15 «пунктів».
- переклад підручника чи монографії польською мовою:

- а) у повному обсязі – 25 «пунктів»;
- б) для кожної глави – 8 «пунктів».

Ще один важливий момент, який обов'язково враховується при підведенні підсумку щодо набраних балів – участь у наукових товариствах чи асоціаціях фахівців, за це нараховують по 10 балів за кожен календарний рік. Окремо зараховують таке ж число «пунктів» за участь у наукових спеціалізованих вчених радах.

Дуже суттєво оцінюється проходження підспеціалізації за однією з суміжних спеціальностей. У такому випадку здобувач отримує відразу 25 залікових «пунктів».

Від 1 до 10 балів нараховується за оволодіння принципово новою складною практичною навичкою протягом звітного періоду, особливо під час стажування в іншому лікувальному закладі чи за кордоном, за умови запровадження її у своєму лікувальному закладі.

На нашу думку, таким чином змінюючи кількість «пунктів» за певний вид медичної діяльності, можна централізованим способом «м'яко» регулювати певні галузі медичної діяльності. В останні роки ввели додаткові залікові «пункти» за науково-популярні чи гуманітарні публікації (від 1 до 10) та іншу еквівалентну активність (актуальність такої роботи та її суспільну вагомість і еквівалент оцінки в «пунктах»), тому комісія оцінює кожен випадок індивідуально.

Таблиця 1

**Отримання первинної акредитації – необхідний мінімум 200 балів (для отримання акредитації терміном до 5-ти років)**

1. Участь у конгресі-з'їзді (сесія за фахом)	35	
2. Участь у щорічній конференції (сесія за фахом)	15	
3. Участь у секційних засіданнях товариства	35	
4. Участь в інших конференціях, схвалених SEPTK	15	
5. Участь у курсах SEPTK один день / два дні / семінари	25/50/40	
6. Представлення у моноавторстві оригінальної роботи у розділах 1–4 вище	+10	
7. Участь лектора у розділах 1–5 вище	Подвоєння кількості балів	
8. Участь як лектора / члена Наукового комітету за фахом на іноземних конгресах / курсах	100	
9. Презентація оригінального дослідження на міжнародних з'їздах з основного списку за фахом (ESC, AHA, ACC)	50 (*)	
10. Презентація оригінального дослідження на інших суміжних міжнародних конгресах: EURPECHO, AEPIC, WCC, ASE	25 (*)	
11. Публікація оригінальних статей за фахом у національних рецензованих журналах	25 (*)	Оглядова стаття 15, опис клінічного випадку 10
12. Публікація оригінальних статей за фахом у закордонних журналах	70 + IF* 20 (*)	Оглядова стаття 80 %, опис клінічного випадку 50 %
13. Публікація оригінальних матеріалів за фахом у закордонних журналах	10 (*)	Інші, ніж оригінальні дослідження 5

Примітка. (\*) – кількість пунктів ділиться між співавторами, але перший автор отримує не менше 40 % від усіх пунктів.

Таблиця 2

**Продовження акредитації – необхідний мінімум 300 балів (для отримання акредитації терміном до 5-ти років)**

Номер	Рік отримання	Назва	Кількість «пунктів»	Підпис
		Практикум / індивідуальна підготовка на робочому місці	40	
		Семінари / індивідуальне навчання на робочому місці	40	
		Загальні курси	50	
		Загальні курси	50	
		Спеціалізовані курси	25	
		Спеціалізовані курси	25	
		Всього		

Загальна кількість очок:

Здобув/здобула кількість «пунктів», які вимагаються (200 «пунктів» для первинної акредитації або 300 «пунктів» для продовження акредитації)?

ТАК  НІ

Таким чином, лікар заповнює відповідні таблиці, вносячи свої показники і підраховуючи сумарну кількість набраних за звітний період, при цьому обов'язково докладає підтверджувальні документи.

### Підсумковий аналіз

У процесі навчання дорослі люди, які навчаються разом, опиняються у творчому, пізнавальному і активному оточеннях: «Навчання і пов'язані з ним оновлення та зміни в наших знаннях, цінностях, діях, стосунках і соціальних проявах – це спосіб реалізації нашої людської природи».

Упровадження терміну «безперервне навчання» (навчання, що триває протягом усього життя) пов'язане з формуванням Ради з питань безперервного професійного навчання. Рада видала резюме, в якому один з «батьків» концепції безперервної освіти британець Боб Фрайер стверджує: «... потрібно сформулювати нову культуру навчання – навчання, що триває протягом усього життя. Дуже важливо допомогти всім здобути навички, які відповідають вимогам і потребам XXI століття». Це твердження, безперечно, може бути застосоване не тільки щодо країн Євро-союзу і України, але в цілому, до всіх країн світу.

Застосовуючи індивідуальний підхід, який базується на доказовій основі, лікарі використовують принцип безперервного навчання. Вважається, що принципи безперервного навчання задіяні, коли:

- програми підвищення професійної кваліфікації ґрунтуються на вже засвоєних знаннях та навичках;
- ідеї обговорюються між різними спеціалістами системи охорони здоров'я;
- здобутки, що лежать у межах однієї спеціальності та поза нею, використовуються для поліпшення практики;
- осмислення та оцінка втілюються на практиці і сприяють особистому і професійному розвитку.

Аудит і зовнішнє рецензування разом із плануванням особистого розвитку – інструменти, використовуючи які, думаючи лікарі надають якісну допомогу своїм пацієнтам і створюють творче середовище, що сприяє навчанню всіх членів медичної команди. Безперервне навчання повинно і може поліпшувати якість медичної допомоги та активізувати професійне зростання кожного фахівця.

- Як результат цього процесу очікується, що лікарі повинні стати новаторами в їх роботі;
- гнучкими щодо змінюваних вимог клінічної практики;
- винахідливими;
- здатними до поширення знань та принципів належної практики за допомогою зовнішньої оцінки та аудиту;

- здатними адаптуватися до постійно змінюваних потреб системи охорони здоров'я та очікувань пацієнтів;

- здатними реалізувати творчий підхід до роботи;
- впевненими в собі та своїй діяльності завдяки знанням менеджера і чудовим діловим якостям;
- відповідальними та підзвітними в своїй діяльності аудиторним та професійним органам.

Сприйняття і впровадження ідей безперервного навчання дозволяє зосередитися на вищенаведених завданнях, прокладає шлях до їх розв'язання, дозволяє клініцисту підтримувати свою практику відповідно до нових стандартів і принципів доказової медицини. При цьому система набору залікових «пунктів» (балів) дає можливість державним і недержавним (медичні асоціації) органам ефективно контролювати цей процес. При цьому, з одного боку, запроваджуються стандартизовані вимоги щодо процесу післядипломної підготовки медичних фахівців і контролюється відповідність засвоюваних даних засадам доказової медицини, міжнародним і національним стандартам у кожній медичній галузі. З іншого боку – за кожним фахівцем залишається індивідуальний підхід до того, який саме об'єм знань і в якому напрямку йому першочергово необхідно глибше засвоїти чи наново опанувати, які фахові конференції відвідати, у якому науковому напрямку працювати.

Підводячи підсумки, можна підтвердити, що і в Австрії, і у Польщі основними принципами процесу набору залікових «пунктів» (балів) у ході безперервної медичної освіти справді є задекларований цими країнами «гуманістичний характер і демократизація післядипломної медичної освіти, інтеграція формальних і неформальних освітніх структур традиційного і нового типу, гнучкість навчальних планів і програм, альтернативність підходів до організації навчального процесу, незалежність і самоспрямованість навчання, зв'язок навчання з життям, професійною і соціальною активністю індивіда».

На відміну від Австрії, у Польщі:

- значно чіткіше виписана і деталізована система набору залікових освітніх «пунктів» у процесі безперервного медичного розвитку;
- значно жорсткіше контролюється процес документального їх підтвердження, що на нашу думку, пов'язане з пострадянською ментальністю як самих лікарів, так і контролюючих інстанцій (потенційна схильність до маніпуляцій чи шахрування з одного боку, і підозра інших у цьому – з іншого боку);
- менше можливостей для дистанційного (інтернет-опосередкованого) набору пунктів;
- у Польщі дещо тяжчий процес набору мінімально необхідного числа «пунктів». У той же час, за твердженням більшості опитаних австрійських лікарів, залікові «пункти» набирають вони практично «автоматично», у процесі повсякденної лікарської діяльності й відвідування конгресів, необхідних для підтримки належного фахового рівня.



Захисники ідеї дистанційного набору залікових «пунктів» вважають, що вибір навчатись на робочому місці або поза його межами – це вільний вибір кожного лікаря. Та дискусія між прихильниками «навчання у класі з очним набором пунктів» і «навчання на робочому місці з дистанційним набором пунктів» породжує чимало нових запитань. Чи відповідальні ми за якість нашого навчання і здобутих навичок? Чи потрібно нам проходити навчання в системі безперервної медичної освіти або безперервного професійного розвитку чи просто для оцінки нашого професіоналізму і відповідної акредитації та реакредитації?

Безперервне навчання визнає робоче місце як найбільш стимулювальне навчальне оточення, у якому кожен може навчатись як сам, так і в колективі. У багатьох клініках і амбулаторних практиках наголошується, що навчання – ключова стратегія для подальшого розвитку й оновлення як усієї організації, так і кожного члена колективу.

Лікарі та інші спеціалісти, які працюють в системі охорони здоров'я, можуть сприймати безперервне навчання та ідею постійного оновлення як додаткове навантаження. Водночас, організації, які заохочують одержання нових знань, стають динамічнішими і прогресивнішими. Професії постійно змінюють-

ся, тому професіонали повинні бути готовими до цих змін, до нових ролей та нових вимог, щорічної появи нових діагностичних, лікувальних і профілактичних технологій у сфері охорони здоров'я.

При цьому зараз, не виходячи з дому чи за межі лікарського кабінету, можна практично миттєво зайти на сайти більшості західних медичних закладів післядипломної освіти, зареєструватися і, вибравши курс за фахом і за інтересом, пройти курс on-line навчання і тестування. Як результат – фахівець одразу ж отримує на свою електронну адресу сертифікат з підписом (печаткою), який підтверджує успішне проходження даного курсу, кількість спроб тестування, відсоток правильних відповідей, число залікових «пунктів» (балів) і залікових годин.

Як приклад, додаємо різні типи післядипломних сертифікатів, здобутих on-line в одному з найпрестижніших світових підрозділів післядипломної медичної освіти при клініці Майо (додаток 1, 2 і 3). Необхідно звернути освіту на те, що у США і Канаді (на відміну від європейських країн) акцент у сертифікатах робиться не на кількості балів, а на кількості залікових годин, хоча між цими показниками є чіткий кореляційний зв'язок за відповідними таблицями перерахунків, специфічних для різних медичних спеціальностей і асоціацій.

#### Список літератури

1. Zasady Akredytacji Sekcji Echokardiografii PTK w Echokardiografii Pediatrycznej. – <http://www.echo.ptkardio.pl/pliki>.

2. Hoffman Piotr, Szwed Hanna. Zasady systemu akredytacji pracowni echokardiograficznych i lekarzy opracowane przez Zarzad Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (SEPTK). - [http://www.ptkardio.pl/Zasady\\_akredytacji\\_Pracowni](http://www.ptkardio.pl/Zasady_akredytacji_Pracowni).

3. Polskie Centrum Akredytacji. – <http://www.eu-go.gov.pl/pl/opisy-procedur/procedura/330/6336/>

4. Spiegel Wolfgang, Haoula Diana. Allocation of Training Posts to Applicants for Postgraduate Medical Education in Austria: Survey and

Analysis // *ACADEMIC MEDICINE*, V. 79, N. 7, P. 703-710.

5. Austrian Medical Training Regulations. Federal Law 152, issued by the Federal Ministry of Health.

6. Basak Okay, Yaphe John, Spiegel Wolfgang. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: An overview // *European Journal of General Practice*. 2009; 15: 4\_10.

7. Rowe Alan, Garcia-Barbero Mila. Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region. Publications of WHO Regional Office for Europe/EUR /05/ 5051794c.

8. Akademie der Arzte. Spezialdiplome. <http://www.arztakademie.at/>

## ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ОДНОРІЧНОГО ЛІКАРСЬКОГО СТАЖУВАННЯ І РОБОТА ЛІКАРІВ-СТАЖИСТІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»

Першим етапом післядипломної підготовки лікарів/стоматологів у Польщі є проходження обов'язкового післядипломного стажування (*Staz rodypłomowy lekarzy i lekarzy dentystow*). Воно є важливою частиною післядипломної лікарської/лікарсько-стоматологічної освіти і залишається актуальним на даний момент. Проте активно ведуться дискусії та консультації щодо його зміни чи навіть відміни.

Діючим документом, який регламентує організацію та проведення післядипломного стажування, є Розпорядження міністра охорони здоров'я від 26 вересня 2012 р. у справі післядипломного стажування лікаря і лікаря-дантиста, що визначає рамкові програми і час післядипломного стажування лікаря і дантиста, а також спосіб відбуття і документування післядипломного стажування та порядок визнання післядипломного стажування, пройденого за кордоном. Також у ньому чітко вказані вимоги та умови, яким повинні відповідати лікувальні заклади, а також індивідуальні лікарські практики, в яких проходять післядипломні стажування, а також спосіб оцінювання проходження програми стажування цими суб'єктами та принцип фінансування і організації післядипломного стажування.

Метою проходження даного етапу післядипломної освіти є поглиблення та розширення набутих у вищому навчальному закладі професійних знань і вмінь, опанування навиками професійної практичної діяльності лікаря, необхідними для самостійної роботи.

Післядипломне стажування включає поглиблення теоретичних знань і практичних навиків з надання медичної допомоги за напрямками:

1) лікарі – внутрішні хвороби, педіатрія, в тому числі неонатологія, загальна хірургія, в тому числі травматична хірургія, акушерство і гінекологія, психіатрія, анестезіологія і інтенсивна терапія, невідкладна медицина і сімейна медицина в умовах стаціонарного, амбулаторного і домашнього медичного догляду;

2) лікарі-дантисти – стоматологія, з врахуванням консервативної та дитячої стоматології, періодонтологія, ортодонтія, стоматологічна хірургія, стоматологічне протезування і невідкладна (швидка) допомога.

Слід зауважити, що стажування лікарів також включає поглиблення знань в галузі клінічної трансфузіології, профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики та лікування СНІДу, а в галузі екстреної медицини проходження курсу медичного рятувництва. Передба-

чається також ознайомлення з основами медичної юриспруденції, біоетики та медичного права.

Стажування базується на таких принципах:

– навчання відбувається у вибраних медичних закладах, які відповідають певним критеріям і внесені до реєстру воєводства;

– лікарі-стажисти здійснюють практику на основі угоди про працю, що ставить їх на один рівень з лікарями, що працюють на повну ставку у вищезазначених закладах охорони здоров'я; за трудовими угодами стажисти фінансуються з державного бюджету через воєводські адміністрації;

– для проходження практики лікарі-стажисти отримують обмежене право на виконання лікарської діяльності тривалістю, в основному, на 13 міс. (до складання LEK/LDEK), але не довше 5 років.

Стажування лікаря триває 13 місяців і розпочинається щорічно 1 жовтня або 1 березня, проте в індивідуальних випадках час проходження стажування може бути змінений.

Скеровуючи лікаря/дантиста на проходження стажування, окружна лікарська рада враховує черговість лікарів/дантистів, які мають постійне місце проживання на території її діяльності і закінчили навчання з найвищою середньою оцінкою, а також бере до уваги максимальне число лікарів, що можуть одночасно проходити стажування. Окружна лікарська рада видає лікареві/дантисту Листок післядипломного стажування лікаря/дантиста та анкету «Оцінка післядипломного стажування лікаря-стажиста/дантиста-стажиста».

Суб'єкти, призначені до ведення стажування, виконують такі умови:

1) надають медичні послуги, що дозволяють реалізацію щонайменше програми одного часткового стажу лікаря/дантиста;

2) працевлаштовують лікарів/дантистів на підставі трудового договору або цивільно-правового договору, якщо вони володіють професійними кваліфікаціями, що відповідає виду теоретичних і практичних занять, визначених у рамковій програмі;

3) володіють діагностично-терапевтичним навиком, що дозволяє реалізацію типової програми;

4) забезпечують визначеному числу лікарів, що проходять стажування, реалізацію істотного змісту типової програми у затвердженій спосіб та строки;

5) надають цілодобові медичні послуги відповідно до програми відповідних часткових стажувань та забезпечують належні приміщення для проведення теоретичних занять.

Лікар/дантист, що призначений керувати індивідуальним лікарським стажуванням на базі приватної практики, повинен мати щонайменше 5-літній професійний стаж або спеціалізацію у відповідній галузі медицини, а також володіти приміщеннями, апаратурою і медичним устаткуванням, що дозволяє реалізацію типової програми.

Трудовий договір може бути складений виключно з суб'єктом, призначеним до ведення стажування, який повинен проводити лікувально-діагностичну роботу у сфері, яка дозволяє реалізацію типової програми стажування лікаря/дантиста.

Лікар/дантист, що проходить стажування, отримує заробітну місячну плату в розмірі 2007 злотих.

Керівництво стажуванням здійснюють практичні лікарі. У межах лікувально-профілактичного закладу координаторів стажування призначає керівник даного закладу з числа співробітників з кваліфікацією «лікар-спеціаліст». Координатор наглядає за практикою не більше 10 осіб. Якщо число стажистів менше ніж 5, функцію координатора виконує опікун, який наглядає за частковим стажуванням 1-2 стажистів у галузі внутрішніх хвороб або консервативної стоматології.

Важливо зауважити, що координатор планує і контролює стажування, а також вирішує проблеми, пов'язані з підготовкою стажистів, зокрема:

1) установлює індивідуальний графік реалізації стажування на підставі типової програми;

2) ознайомлює стажистів перед початком стажування з рамковою програмою і індивідуальним графіком стажування, способом його документування в листку стажування, а також обов'язками і повноваженнями стажиста;

3) направляє стажистів на проходження часткового стажування або частини часткового стажування;

4) проводить періодичні оцінки проходження стажування з участю ординаторів або інших лікарів-керівників відділів та керівників інших лікувальних суб'єктів, опікунів стажистів;

5) характеризує стажистів щодо їхніх здібностей, вмінь, ставлення до пацієнтів і співпрацівників, дисциплінованості, організаційних здібностей і вміння роботи в колективі тощо;

6) організовує і проводить щонайменше раз на 2 тижні семінари, що стосуються реалізації програми окремих часткових стажувань.

Координатор формує узагальнену думку і зарекомендує стажування, роблячи відповідний запис у листку стажування.

Суб'єкт, призначений до ведення стажування, укладає з координатором договір, згідно з яким координатор отримує з фінансових ресурсів через маршала воєводства заробітну місячну плату в розмірі 117 злотих – в разі нагляду за одним стажистом, і додатково в розмірі 70 злотих – за нагляд за стажуванням кожного наступного стажиста.

Як вже згадувалось, стажист може підпорядковуватися опікуну, який у лікарні виконує такі завдання:

1) знайомить стажиста з організацією лікарні;

2) перевіряє впродовж першого місяця відбуття часткового стажування, вміння стажиста у сфері вивчення станів раптової загрози здоров'ю або життю;

3) веде спільно із стажистом від 3 до 5 пацієнтів, консультує і схвалює пропоновані стажистом діагностичні дискусії і їх інтерпретацію, розпізнання хвороби, спосіб лікування в лікарні (застосування ліків, процедур, догляду), реабілітації і амбулаторного лікування;

4) безпосередньо наглядає за виконанням стажистом діагностичних і лікувальних процедур, техніку яких повинен опанувати на високому рівні, що дозволяє самостійне їх виконання;

5) виконує спільно із стажистом операційні процедури й методи діагностики та лікування, що можуть мати підвищений ризик для пацієнта;

6) безпосередньо бере участь у наданні стажистом медичної допомоги в екстрених випадках;

7) наглядає за веденням стажистом історії хвороби пацієнта та іншої медичної документації;

8) консультує запропоновані стажистом епікризи, зокрема ті, що складаються при посмертному огляді пацієнта;

9) знайомить стажиста з положеннями лікарського винесення діагнозу;

10) консультує підготовані стажистом описи випадків, наглядні роботи й інші розробки;

11) установлює графік медичних чергувань стажиста і підтверджує їх реалізацію;

12) переводить перевірку теоретичних знань і набутих стажистом практичних вмінь, визначених програмою;

13) передає координаторові думки щодо стажиста.

Серед основних обов'язків стажиста є вести листок стажування і анкету, а також познайомитися з обов'язками і повноваженнями, що впливають із закону, і положеннями, які регулюють проходження стажу і типову програму. Лікар/дантист проходить стажування в час, що відповідає робочому часу наставника.

У рамках проходження стажування стажист має медичні чергування (не менше 1 чергування на тиждень протягом 10 годин і 5 хвилин), які додатково оплачуються. Можливі такі чергування: як додатковий член чергового колективу – у відділеннях консервативних спеціальностей, процедурних, у прийомній, у лікарняному відділі швидкої або як додатковий член комплексу рятувальної медичної служби, або ж під наглядом лікаря або лікарів на чергуванні, або які мають право для самостійного виконання професії.

Часткове стажування закінчується складанням колоквиуму з галузі теоретичних знань і вмінь у строк, передбачений графіком. Колоквиум переводить ординатор або інший лікар, керуючий відділом лікарні або керівник. У разі індивідуальної програ-

ми – лікар, визначений окружною лікарською радою. Позитивний результат колоквиуму є підставою зарахування стажування і виконання відповідного запису в листку стажу. При отриманні негативного результату колоквиуму перевіряюча особа вказує неопановані навички і термін повторного складання. В разі отримання негативного результату двічі опікун інформує координатора, який направляє стажиста на проходження додаткової перепідготовки, а після її закінчення визначає новий термін колоквиуму і занотовує цей факт у листку стажу. Перепідготовку стажист відбуває незалежно від реалізації типової програми.

Слід зауважити, що стажування з клінічної трансфузіології, профілактик заражень ВІЛ, діагностики і лікування СНІДу, лікарського діагнозу, біоетики, медичного права і рятувальної медичної служби закінчується складанням тесту. При отриманні двічі негативного результату координатор визначає знову термін наступного тесту або колоквиуму з даного фаху і нотує цей факт у листку стажу.

Після реалізації типової програми і складання колоквиумів і тестів стажист отримує зарахування післядипломного стажування. Відповідна окружна лікарська рада підтверджує зарахування стажу, на основі поданої анкети оцінює стажування і передає цю оцінку і зведені результати анкет маршалові воєводства, воєводі й міністрові охорони здоров'я.

За окремою процедурою можна здійснити визнання післядипломного стажування, проведеного за кордоном, якщо воно відповідає за тривалістю та сумісно у формальних і істотних елементах з рамковою програмою.

Маршал воєводства визначає щорічно, за домовленістю з відповідною окружною лікарською радою, кількість місць для стажистів, які можуть наступного року пройти стажування, про що інформують міністра охорони здоров'я до 31 березня.

Фінансові ресурси, що забезпечують проходження стажування особам, які постійно проживають на території воєводства, забезпечує маршал воєводства.

Фіксована виплата устанавлюється в розмірі 281 злотих, від кожного працевлаштованого стажиста, з чого 70 злотих призначається на покриття адміністративних видатків. Кошти всіх підготовок не можуть перевищити квоти 1361 злотих на одного стажиста. Особа, яка проводить підготовку, отримує заробітну плату в розмірі 116 злотих за кожні 60 хвилин підготовки. Фінансові ресурси, що забезпечують проходження стажування, в разі їх невикористання, невідкладно підлягають поверненню до відповідного маршала воєводства.

Лікар/дантист, який розпочав післядипломне стажування на підставі діючих положень, відбуває його згідно з діючими положеннями.

У рамках проведення реформи вищої медичної освіти в Польщі, починаючи з 2017 року, вирішено ліквідувати даний етап післядипломного навчання

з перенесенням його на 6 курс навчання в університеті (за типом субінтернатури). Проте триває широка дискусія з цього приводу, висвітлюючи як позитивні зміни, так і недоліки цієї частини реформи.

Чи не основними причинами, що спонукали до відміни післядипломного стажування як окремого етапу підготовки, є потреба оптимізувати фінансовий потік та скоротити час підготовки спеціалістів-медиків. Ця реформа, зокрема, дає можливість посилити матеріальну базу практичної підготовки студентів 6 року навчання. Втім, заощадження, мабуть, будуть у сумі невеликі, бо ресурси, заощаджені на заробітних платах лікарів, потрібно передати медичним ВНЗ, щоб вони могли добре приготуватися до змін програм навчання.

Оцінюючи міжнародний досвід загалом, слід відмітити, що не у всіх країнах є подібне стажування. Тому, можливо, наявність даного етапу в Польщі розцінили як дещо застарілу форму післядипломної підготовки, вирішивши її замінити. Однак з іншого боку, багато польських колег вважає, що післядипломне стажування не є зайвим, а є етапом освіти, який дозволяє молодому лікареві набути практичних вмінь, таких необхідних у виконанні його професії, набути практичного досвіду роботи в лікувально-профілактичному закладі.

Попри те, що стажисти можуть скаржитись, що в основному сидять і описують хворих, то слід зауважити, що значною мірою в цьому полягає робота кожного лікаря. І все ж, незважаючи на те, що в університеті студенти вчилися описувати хворих, у багатьох випадках правильне оформлення медичної документації стає нелегким завданням для початківців. Потрібно враховувати і те, що медицина стає щораз більше бюрократичною, а введення страхової оплати медичних послуг вимагає ретельного заповнення історій хвороб пацієнтів.

Комісія медичної освіти Головної лікарської палати мала спеціальне засідання у справі ліквідації річного стажування, на якому було обговорено як можна було б замінити це стажування. Були думки, що його частину можна «докинути» в навчальну програму, реалізуючи практичні елементи з використанням фантомів, так як це є, наприклад, у Сполучених Штатах. Але це вимагає великих коштів. Окрім того, існує певне часове обмеження для написання нових навчальних програм для медичних ВНЗ.

Був також задум перенести елементи стажування до програми спеціалізації (інтернатури). Але це складно запровадити у ситуації, коли розглядається можливість скоротити час спеціалізації через введення модульної системи, яка передбачає, що лікар, замість здобування цільової спеціалізації протягом 8 років, зробить це за 5 років. Навіть при збереженні стажування можуть бути проблеми з написанням нових модульних навчальних програм.

Також була думка про те, що робити з особами, які в цьому академічному році закінчать навчання і не мали б стажування. Частина з них відразу роз-



почне спеціалізацію, наприклад з дерматології, офтальмології, епідеміології і тощо, а потім їм може не вистачати практичних вмінь у різних невідкладних ситуаціях. Недостатнє оволодіння навиків у сфері рятувальної медичної служби (невідкладної допомоги) може бути небезпечним. Усі ці проблеми були підняті в дискусії і мають неоднозначне відображення в медичному середовищі.

Думки молодих лікарів у цьому питанні розділилися. Одним задум ліквідації стажування подобається, іншим – ні. Слід зауважити, що протягом останніх років молоді лікарі нарікали на Кінцевий лікарський іспит, на утруднений доступ до спеціалізації і т. д. Проте багато їх негативних очікувань не здійснилося, багато правильних постулатів реалізовано.

На даний момент Міністерство охорони здоров'я Польщі оголосило останній набір на післядипломне стажування лікарів з 1 листопада 2017 року, стоматологів – з 1 листопада 2016 року (дані з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я Польщі [http://](http://www.mz.gov.pl/)

#### Список літератури

1. Art. 15 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634, z pozn. zm.)

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 wrzesnia 2012 r. w sprawie stazu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2012 r. poz. 1082, z pozn. zm.)

[www.mz.gov.pl/](http://www.mz.gov.pl/)). Студенти, що на теперішній момент є на 1 і 2 курсах, навчаються за новими програмами за схемою 5+1, що передбачають традиційне теоретичне навчання протягом 5 років, а на 6-му році вони працюватимуть практично у лікарнях під наглядом викладачів (за типом субінтернатури). Також протягом 6 курсу студенти будуть зобов'язані скласти LEK/LDEK.

Перед медичними ВНЗ стоїть непросте завдання – підготуватися до практичноорієнтованої підготовки студентів на 6 курсі. Зокрема, передбачається виникнення проблем із наявністю вільних місць на клінічних базах університетів, адже на теперішній момент стажисти працюють на базі великої кількості лікарень різного рівня. Також університетам, можливо, необхідно збільшити штат викладачів, щоб дотриматись співвідношення стажист : інструктор як 3:1. Планується також покращення матеріально-технічної бази, щоб була можливість для студентів формувати більше практичних навичок на фантомах.

3. <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-i-ksztalcenie/lekarze-i-lekarze-dentysci/ksztalcenie-podyplomowe/staz-podyplomowy-lekarzy-i-lekarzy-dentystow>

4. [http://www.izba-lekarska.org.pl/56-stazu\\_podyplomowego](http://www.izba-lekarska.org.pl/56-stazu_podyplomowego)

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПОЛЬЩІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

«Сімейний лікар знає не тільки всі проблеми зі здоров'ям цілих родин, але вміє вчасно діагностувати і соціальні проблеми, які з'являються в сім'ї»  
(3 матеріалів XIII Kongresu Medycyny Rodzinnej w Polsce, 2013)

**Вступ.** *Сімейна медицина* – це галузь медицини, що надає медичну допомогу всім членам сім'ї, які перебувають під наглядом сімейного лікаря, забезпечує їх комплексним медичним обслуговуванням. Це найбільш доступна форма медичної допомоги населенню. Сімейна медицина є однією з найбільш ефективних стратегій підвищення результативності системи охорони здоров'я в цілому, а також справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних асигнувань в галузі медицини. Вона направлена на вирішення проблем збереження і зміцнення здоров'я всього населення. Такий підхід підтримала Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), яка в головному стратегічному документі «Здоров'я для всіх у XXI столітті» визначила розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) на принципах сімейної медицини одним із головних завдань для європейських країн.

Початком сімейної медицини в Польщі вважають дату 23 червня 1992 року, коли була заснована Колегія сімейних лікарів у Польщі.

Сімейна медицина в Польщі народилася з прагнення лікарів до самостійної, незалежної професійної діяльності, а також з бажання пацієнтів мати лікаря-порадника, на котрого вони можуть розраховувати не тільки у виняткових ситуаціях зі здоров'ям, але і в щоденних проблемах; лікаря, який забезпечує постійну, безперервну, інтегровану медичну допомогу громаді чи сім'ї, для якого однаковими пацієнтами є як окрема людина, так і спільнота людей.

**Особливості практичної діяльності сімейного лікаря в Польщі.** До сімейного лікаря може прийти кожний зі своїми проблемами здоров'я, скаргами та питаннями, тому що він займається кожною особою і всіма медичними та медико-профілактичними питаннями, які можуть виникнути у пацієнтів. Наприклад, сімейний лікар часто бачить пацієнтів з нехарактерними симптомами, які можуть приховувати різні, часом незрозумілі, недуги. На відміну від лікарів вузьких спеціальностей, які займаються скерованими до них хворими з тими чи іншими захворюваннями і які зосереджуються на дослідженні окремої системи організму, діяльність сімейного лікаря (СЛ) має цілісний підхід до підопічного, тому що враховується взаємозв'язок між різними орга-

нами та системами людського організму як єдиного цілого. Працюючи на першій лінії контакту пацієнта зі системою охорони здоров'я, СЛ займається всіма проблемами, які можуть зустрічатися як часто, так і рідко, бути як гострими, так і хронічними захворюваннями, а часом навіть цілком не медичними питаннями.

Вже більш як піввіку тому в країнах, де існувала сімейна медицина (СМ), було відзначено, що добре підготовлений СЛ, маючи відповідні можливості, в змозі задовільнити понад 90 % медичних потреб своїх підопічних. Спираючись на швидкий розвиток медичних технологій, які використовує СМ, вона надає медичні послуги як дорослому населенню, людям похилого віку, так і дітям.

Досвідчений СЛ знає як лікувати гострі та хронічні, часті нескладні та рідкі тяжкі захворювання. Застосовує різноманітні методи діагностики (починаючи від пильного спостереження) та лікування (використовуючи при цьому наукові досягнення фармакотерапії, що засновані на підтверджених даних, а також малі хірургічні втручання). СЛ приймає своє рішення щодо хворого не тільки на основі клінічного та додаткового обстеження, але й на основі знань епідеміології даної місцевості, яку оцінює і пов'язує з індивідуальною ситуацією пацієнта. При неможливості встановити конкретний діагноз, СЛ виставляє синдромальний діагноз, виключно гострі та загрозливі стани, рекомендує пильне спостереження, при цьому інструктує пацієнта, як діяти в тих чи інших ситуаціях розвитку захворювання. СЛ проводить оцінку очікуваних побічних дій при медичних та профілактичних втручаннях, беручи до уваги переваги та недоліки, намагається запобігти ятрогенним пошкодженням при проведенні лікування, надаючи хворому пораду, засновану на сучасних медичних знаннях та індивідуальних особливостях підопічного.

Згідно з даними XIII Конгресу сімейної медицини в Польщі (2013), саме збільшення кількості СЛ, а не лікарів інших спеціальностей, позитивно впливає на зменшення смертності в певній громаді (спільноті).

СЛ забезпечує медичну допомогу кожній людині незалежно від віку, культурного, етнічного та со-

ціального статусу. Пацієнти старше 65 років, зазвичай, мають 2 чи більше хронічних недуг. Медичну допомогу таким людям СЛ часто надає у співпраці з лікарями інших спеціальностей. В такому випадку СЛ координує діагностичні та терапевтичні процедури для того, щоб уникнути ситуації, в якій лікування однієї хвороби чи застосування багатьох ліків впливає на інше захворювання.

СЛ здатний забезпечувати комплексну медичну допомогу. Надаючи медичну допомогу пацієнту, СЛ обов'язково повинен брати до уваги такі його особистісні характеристики, як вік, стать, свідомість та погляди, також враховувати оточення, в якому живе підопічний, суспільний і соціальний стан, зокрема фізичний і психологічний. Такий комплексний підхід у кращому випадку забезпечує ефективність наданої медичної допомоги в СМ.

Згідно з висновком Колегії сімейних лікарів, саме з кабінетів первинної медичної допомоги часто надходять перші сигнали до установ соціальної допомоги про бідність, бездомність, самотність, недоїдання, безпорадність та соціальну ізоляцію людей.

Лікар СМ, який завжди орієнтований на пацієнта, повинен допомагати порадою своєму підопічному при виборі варіантів медичних послуг, які найкраще підходять хворому, а також сприяти ефективному використанню засобів медичної допомоги і/або попередженню ятрогенної дії медикаментів при наданні допомоги.

СЛ також долучається до проблем відносин в місці проживання пацієнтів чи до змін, які там відбуваються (повні та неповні сім'ї, відносини між поколіннями, самотні люди). Роль СЛ в такій ситуації не завжди зрозуміла, але завжди очікувана та бажана. Пацієнти можуть звертатися до СЛ також з питаннями, які пов'язані з їх роботою. Стан здоров'я великою мірою залежить від умов соціально-економічного оточення, в якому людина народилася, виросла, живе та працює. СЛ звертає увагу на фактори, які можуть шкодити здоров'ю, а співпрацюючи з місцевим самоврядуванням, державними установами, релігійними та громадськими організаціями, має змогу проводити профілактичну діяльність так, щоб рівень допомоги відповідав рівню потреб людини.

Пацієнти, особливо люди похилого віку, з хронічними захворюваннями, тяжкохворі потребують індивідуальної довготривалої безперервної медичної допомоги. Тривалий зв'язок лікаря та пацієнта дозволяє надавати повною мірою необхідний для пацієнта догляд при складних проблемах чи при паліативній допомозі.

При цьому важливу роль відіграє колектив первинної медичної допомоги, особлива роль в якому відводиться медсестрі та акушерці сімейної медицини. Послідовний, монолітний підхід всіх членів колективу до надання медичної допомоги більшою мірою задовольняє потреби пацієнта та покращує ефективність допомоги, зокрема зменшується кількість додаткових обстежень, скорочується

кількість візитів до підопічного, зменшується кількість госпіталізацій.

#### **Моделі сімейної медицини в Польщі:**

Згідно з кадровим складом колективу сімейного лікаря, розрізняють такі моделі сімейної медицини в Польщі:

- сімейний лікар, який працює самостійно;
- сімейний лікар, котрий працює з сімейною медичною сестрою;
- сімейний лікар, який працює з колективом медичного персоналу (педіатр, медична сестра, акушерка, реєстратор, менеджер практики, секретарка, інформатик).

У 2002 році Європейський відділ світової організації сімейних лікарів (WONCA Europe), повноправним членом якої з 1996 року є Колегія сімейних лікарів в Польщі, аналізуючи роботу СЛ, визначив 6 ключових завдань, які повинен виконувати кожен сімейний лікар в Європі та 3 спеціальні умови, що забезпечують їх реалізацію в умовах повсякденної практики.

#### **Ключові завдання сімейного лікаря в Польщі**

1. Здійснення первинної медичної допомоги: СЛ здатен самостійно приймати рішення і вживати необхідні заходи відповідно до спектра проблем зі здоров'ям хворого; координувати діяльність інших членів колективу СЛ та лікарів-спеціалістів, оптимально використовувати засоби системи охорони здоров'я, надавати підопічним відповідні медичні та медико-профілактичні послуги, а також консультувати пацієнтів з питань профілактики та охорони здоров'я.

2. Надання допомоги, спрямованої на пацієнта: СЛ здатен критично і реально оцінювати медичні проблеми пацієнта в контексті його очікувань, тривог, цінностей, переконань, індивідуальних особливостей, а також здатність створювати довготривалі партнерські відносини з пацієнтом, що ведуть до співпраці заради здоров'я останнього.

3. Вирішення специфічних нестандартних проблем: СЛ здатен самостійно оцінювати епідеміологічну та медико-санітарну ситуації в даній місцевості, уміє складати та реалізовувати діагностично-терапевтичний план щодо конкретного пацієнта, правильно підбирати медичні процедури для кожного хворого, беручи до уваги оцінку ризику виникнення побічних реакцій, а також вміє раціонально використовувати свій робочий час, долаючи в собі невпевненість при прийнятті того чи іншого рішення.

4. Комплексний підхід до пацієнта: СЛ здатен приймати рішення щодо різних проблем зі здоров'ям підопічних, однаково як до гострих, так і до хронічних захворювань, зміцнювати здоров'я пацієнтів за допомогою пропаганди здорового способу життя та профілактику захворювань, а також вміє координувати в єдине ціле дії у сфері лікування, реабілітації і/або паліативної допомоги хворим.

5. Орієнтація сімейного лікаря на місцеву громаду (спільноту): СЛ здатен визначати пріоритетні медико-санітарні, оздоровчі потреби місцевої громади

та вмiє їх реалiзувати в умовах обмежених ресурсiв фiнансування i наявних соцiальних обставин, а також при цьому використовувати принципи адмiнiстративних дiй спiвпрацi з iншими установами.

6. Цiлiсний пiдхiд до пацiєнта: вiдповiдно до даного завдання СЛ повинен використовувати знання бiо-психо-соцiальної моделi медичної практики i вмiння приймати конкретнi рiшення щодо надання медичної допомоги з дотриманням принципiв в дуцi розумiння i толерантностi системи цiнностей, переконань i очiкувань пацiєнта.

#### **Умови для реалiзацiї завдань сiмейного лiкаря:**

1. Професiйний контекст (професiйнi данi сiмейного лiкаря).

2. Особистiсть (особисте ставлення сiмейного лiкаря до своїх обов'язкiв).

3. Науковi данi – основа практики сiмейного лiкаря.

**Професiйний контекст** – це перш за все знання системи умов функцiонування практики сiмейного лiкаря. Особливе значення має визначення функцiї сiмейного лiкаря в системi охорони здоров'я разом з її юридичними регулюваннями (правовими законами), органiзацiйними та фiнансовими вiдносинами. Цi вiдносини принципово впливають на можливiсть СЛ повною мiрою використовувати засоби системи охорони здоров'я для максимального надання медичної допомоги та забезпечення безпеки пацiєнту, при цьому ефективно i рацiонально використовуючи фiнансовi ресурси. Наступним надзвичайно важливим моментом є знання СЛ особливостей, пов'язаних з саме практичною дiяльнiстю, її органiзацiєю, колективом, фiнансовими ресурсами та мiсцевою спiльнотою.

Знайомство та вмiння ефективно спiвпрацювати зi структурами спецiалiзованої, стацiонарної та швидкої (невiдкладної) допомоги, ортопедичного i фармацевтичного забезпечення, соцiальної допомоги мають важливе значення в практицi СЛ. Також необхідно мати знання про громаду даної мiсцевостi з присутнiми їй iманентними рисами як соцiальними, культурними, релiгiйними, так i економiчними.

**Особисте ставлення СЛ до своїх обов'язкiв** – перш за все залежить вiд системи принципiв i морально-етичних норм, якi сповiдує конкретна людина.

Усвiдомлення власних морально-етичних принципiв i можливостей та обмеження, якi з них випливають, становить базу, необхідну для побудови вiдповiдних вiдносин з пацiєнтами та членами колективу. Це ставить роботу, яку виконує СЛ, в контекст зрозумiлих людських цiнностей, а також дозволяє попередити професiйне вигорання та утримувати високi професiйнi стандарти на довготривалу перспективу. Духовнi цiнностi дозволяють узгоджувати роботу СЛ з такими сферами життя, як сiм'я, хобi, полiтична, соцiальна чи iнша дiяльнiсть.

**Науковi докази** – настiльки це можливо, повиннi лежати в основi всiх прийнятих рiшень СЛ. Однак в багатьох випадках їх недостатнiсть повинна бути

замiнена найкращим власним досвiдом чи досвiдом колег. Вiдповiдний баланс мiж досвiдом та науковими доказами є надзвичайно важливою навичкою СЛ. Здатнiсть критично аналізувати публiкацiї та проводити пошук потрібної медичної iнформацiї – необхідна для кожного сiмейного лiкаря. Належне вмiння систематизувати джерела, вiд достовiрних даних через мета-аналiз до результатiв оригiнальних дослiджень, становить основу ефективного використання медичної iнформацiї в процесi прийняття рiшення як щодо окремого пацiєнта, так i для довготривалого покращення якостi медичної допомоги пацiєнтам.

Сiмейна медицина – це важлива ланка первинної медичної допомоги (POZ), яка дозволяє в рацiональний спiсiб розпоряджатися фiнансовими ресурсами, що видiленi на охорону здоров'я, обмежуючи перш за все витрати на спецiалiзованi дорогiше процедури. В Польцi, як в майже в усiх краiнах Центрально-Схiдної Європи, пiсля полiтичних змiн з кiнця восьмидесятих рокiв минулого столiття прийнято рiшення про заміну радянської моделi охорони здоров'я М. О. Семашко на сучасну первинну медичну допомогу з ключовою роллю в нiй СЛ. Цей важкий процес в Польцi поки що тiльки на пiвдорозi, та сiмейна медицина є i залишається необхідною для стабiлiзацiї охорони здоров'я в Польцi на даний час та в майбутньому (матерiали XIII Конгресу сiмейної медицини в Польцi, 2013).

#### **Послуги, якi надає сiмейний лiкар в межах польської системи Народного Фонду Здоров'я:**

##### **1. Надання безплатних медичних послуг.**

СЛ в польській системi загального медичного страхування (Народного Фонду Здоров'я – НФЗ) має право надавати медичнi послуги безплатно, якi внесенi до так званого списку гарантованих послуг первинної медичної допомоги. Зокрема, до списку гарантованих медичних послуг вiдносять дiї лiкаря, пов'язанi з:

- обстеженням та консультацiєю пацiєнта;
- дiагностикою та лiкуванням;
- направленням на спецiалiзоване, стацiонарне, санаторно-курортне лiкування, довготривалий догляд (в будинки соцiальної допомоги);
- охороною здоров'я дiтей та молодi;
- рiшенням та висновком про стан здоров'я пацiєнта;
- обов'язковою профiлактичною вакцинацiєю;
- доглядом за iнвалiдами;
- пропагандою здоров'я та профiлактикою хвороб;
- з професiйними дiями сiмейної медсестри;
- з професiйними дiями сiмейної акушерки.

Цi послуги надаються вiдповiдно до **Закону вiд 27 серпня 2004 року** про медичнi послуги, що фiнансуються за рахунок державних коштів (**Законодавчий вiсник № 210**, з внесеними змiнами, ст. 2135), де вказано, що пацiєнт має право на безкоштовнi послуги в галузi первинної медичної допомоги в ме-



жах загального медичного страхування. ПМД як частина системи охорони здоров'я забезпечує здоровим та хворим людям медичні послуги за місцем проживання чи навчання і виховання, в амбулаторних умовах або при необхідності вдома.

У межах послуг НФЗ за плату лікареві можна надавати тільки деякі послуги, не внесені в список гарантованих послуг. СЛ в межах НФЗ самостійно діагностує і лікує хвороби, які, згідно з сучасними медичними знаннями, можна діагностувати за допомогою лікарського обстеження і додаткових обстежень, що є в переліку гарантованих обстежень ПМД.

У надзвичайних ситуаціях та при раптових і гострих захворюваннях, а також в тих випадках, коли вимагає того тяжкий стан підопічного – консультація СЛ повинна бути надана в день звернення, при хронічних захворюваннях – в термін, узгоджений з пацієнтом. Реєстрація пацієнтів може відбуватися як особисто, так і телефоном чи через третю особу, на визначену годину.

Пацієнт може два рази на рік змінювати СЛ, якщо він вибирає лікаря втретє за рік, то в такому випадку зобов'язаний внести плату на рахунок НФЗ в розмірі 80 злотих та подати номер рахунку.

## **2. Послуги, які часто надає сімейний лікар платно і не гарантовані в межах первинної медичної допомоги:**

а) довідка про санітарно-епідеміологічне оточення (раніше, проводився запис в книжці здоров'я);

б) довідка про стан здоров'я для вирішення питання про пенсію;

в) висновок дітям та молоді в галузі спорту, які не мають рішення про належність до категорії професійних занять;

г) довідка для вступу до вищих навчальних закладів;

д) довідка про можливість проходження тестів для придатності роботи в поліції.

## **3. Надання медичних послуг відповідно до довідки лікаря спеціалізованої амбулаторної допомоги (САД)**

Довідка від лікаря з САД не є необхідною для лікування пацієнта, а особливо надання ліків, які підлягають відшкодуванню з НФЗ, якщо СЛ в стані розпізнати і правильно задокументувати діагноз хвороби.

Довідка від лікаря САД є необхідною для лікування пацієнта та відшкодування ліків, якщо хворобу не можна діагностувати в умов ПМД відповідно до доступних медичних знань.

## **4. Спрямування (скерування) пацієнта до лікаря-спеціаліста чи до стаціонару:**

СЛ направляє пацієнта до лікаря САД чи до лікарні тоді, коли:

1) вичерпані терапевтичні і/або діагностичні можливості доступні в ПМД;

2) клінічний стан пацієнта вимагає лікування в умовах стаціонару. Видане направлення в лікарню або в консультацію САД дійсне до тих пір, поки на-

явна причина в пацієнта існує. Твердження про те, що направлення дійсне тільки в даному календарному році не відповідає дійсності. Після консультації в САД чи в лікарні кожне наступне направлення до іншого спеціаліста САД чи стаціонару, що пов'язане з первинним скеруванням СЛ ПМД, видається тоді через лікаря САД.

СЛ направляє пацієнта до лікаря САД чи до лікарні, при цьому додає до направлення результати обстежень, що підтверджують попередній діагноз або таку додаткову інформацію про пацієнта, як перелік отриманих ліків, епікриз історії хвороби, перелік хронічних захворювань тощо.

Направлення на будь-яке додаткове обстеження при потребі консультації САД чи лікарні видає лікар, якому воно необхідне для лікування.

Сімейний лікар бере також участь у реалізації програм у галузі охорони здоров'я, що фінансуються НФЗ.

## **Графік роботи сімейного лікаря**

Надання медичних послуг СЛ проводить в період основної роботи, тобто з 8.00 до 18.00 год від понеділка до п'ятниці, окрім суботи, неділі та святкових днів, встановлених законом, в приміщенні проведення прийому та через візити додому, забезпечуючи безперервність надання послуг.

В офісі (приміщенні) СЛ проводяться всі необхідні діагностично-медичні процедури та втручання, які виникають в процесі лікування. Від понеділка до п'ятниці з 18.00 до 8.00 год наступного дня, а також у вихідні та святкові дні, СЛ надає медичну допомогу у вигляді нічної та святкової амбулаторної допомоги чи в формі нічної та святкової виїзної медичної допомоги лікарської. Надавати нічну та святкову амбулаторну або виїзну медичну допомогу можуть тільки ті СЛ, які мають укладені угоди на реалізацію цих медичних послуг з НФЗ. Інформацію про можливість здійснення таких послуг СЛ повинен надати своєму підопічному.

За медичними показаннями, для надання медичних послуг в офісі СЛ на основі ст. 41 **Закону від 27 серпня 2004 року** «Про надання медичних послуг, що фінансуються за рахунок державних коштів», пацієнту надається санітарний транспорт від понеділка до п'ятниці в робочі години (8.00-18.00 год), окрім вихідних та святкових днів. Ці випадки регулюються наказом міністра охорони здоров'я від 17 грудня 2004 року, згідно з переліком груп захворювань, ступеня інвалідності, в інших випадках перевезення санітарним транспортом здійснюються за часткові кошти або за повну плату пацієнта.

У практиці СЛ повинні бути виділені дні і години для прийому здорових дітей та час для проведення щеплень – один день на тиждень після 15 год.

Практика (кабінет чи амбулаторія) СЛ повинна знаходитися недалеко від місця проживання підопічних, бути доступною для пацієнтів в плані фінансових витрат та скерувань. Підопічний сімейного лікаря завжди повинен мати інформацію про місце,

об'єм та принципи отримання медичної допомоги при невідкладних станах та іншій потребі в неробочий час. Безперервне надання медичної допомоги сприяє виникненню поваги між сімейним лікарем та пацієнтом, що покращує ефективність діяльності лікаря.

#### **Акредитація сімейного лікаря**

Починаючи з листопада 2008 року, згідно з **Законом про акредитацію** в охороні здоров'я, практика медичних закладів і СЛ підлягає акредитації один раз на 3 роки. Проводить акредитування так званий Центр Акредитації, а керує ним Акредитаційна Рада, до складу якої входить представник Колегії сімейних лікарів у Польщі. Метою акредитування є постійне стимулювання практик ПМД, в тому числі і СЛ, до досягнення оптимального рівня визначеного стандартами акредитації. Їх кількість становить 123 пункти, які згруповані в 7 груп: 1) права пацієнта; 2) покращення якості; 3) безпека пацієнта; 4) колектив працівників; 5) медична документація; 6) організація установи (кабінету); 7) інфраструктура. Рішення Акредитаційної Ради приймається на основі виконання вимог стандартів. При отриманні щонайменше 75 % позитивних оцінок від можливих надається акредитація на 3 роки, якщо результат становить менше 75 %, то це слугує для відмови в акредитації. При проведенні акредитації медичний заклад чи СЛ за 14 днів до її початку отримує повідомлення від Акредитаційної Ради. Після підтвердження акредитації медичний заклад чи СЛ отримує сертифікат акредитації, підписаний міністром охорони здоров'я.

#### **Вибір пацієнтом сімейного лікаря**

Згідно з реформою охорони здоров'я в Польщі, кожний застрахований пацієнт вибирає собі певного СЛ. Якщо пацієнт не вибрав СЛ самостійно, його автоматично приписують до практичного СЛ в даній місцевості. Таким чином, СЛ і пацієнт пов'язані на довгі роки. Три чверті зареєстрованих пацієнтів з'являються до обраного сімейного лікаря принаймні один раз на рік. Це дозволяє СЛ краще, ніж будь-якому іншому лікарю, проводити профілактику захворювань як у окремих пацієнтів, так і на рівні громади. Знаючи соціально-економічне становище своїх пацієнтів, забезпечуючи їм первинну медичну допомогу, СЛ має можливість впливати на стан їх здоров'я, на перебіг, прогноз та ефективність лікування хронічних захворювань.

Студент або учень має право вибору СЛ за місцем навчання (на 9 місяців у році – від жовтня до червня (для студентів), на 10 місяців – від вересня до червня (для), а за місцем постійного проживання – відповідно на 3 та 2 місяці в році. Цей принцип стосується і студента чи учня, який перебуває разом з батьками за місцем навчання. Студент чи учень повинен скласти декларацію про вибір СЛ в двох примірниках. За місцем навчання до даної декларації додається ще один екземпляр декларації про вибір СЛ з місця постійного проживання

для ідентифікації воєводського відділу НФЗ за місцем постійного проживання.

Пацієнти СЛ в Польщі мають право і можливість за допомогою системи Безпеки первинної охорони здоров'я анонімно на сайті (<http://blnsk.umed.lodz.pl/bop/index.php>) обмінюватися інформацією про інциденти, які мали місце під час відвідин СЛ. Зокрема, про інциденти, що пов'язані з адміністративною, клінічною роботою, з веденням медичної документації, з медичним обладнанням, лабораторними обстеженнями, призначенням ліків, інтерпретацією результатів досліджень, направленням до лікаря-спеціаліста чи до стаціонару, зі спілкуванням з пацієнтом.

#### **Особливості фінансування сімейного лікаря в Польщі**

СЛ надає медичну допомогу пацієнтам, які задекларовані на так званому «Активному списку», який нараховує не більше як 2750 підопічних, хоча в окремих випадках, за згодою Народного Фонду Здоров'я, деклараційний список може бути збільшений. За кожного задекларованого в «Активному списку» СЛ отримує з НФЗ так звану **ставку капітаційну** (податкову або податок) – 8 злотих щомісяця. Капітація – новий метод фінансування медичних послуг ПМД, наданих СЛ, вона полягає в переказі сталої суми (квоти) за кожного підопічного з НФЗ, що отримує фіксований пакет медичних послуг.

#### **Капітаційна ставка може модифікуватися у випадку надання медичних послуг:**

- а) дітям,
- б) літнім людям,
- в) жителям будинків соціальної допомоги,
- г) хворим на цукровий діабет,
- д) з серцево-судинними недугами.

#### **Коефіцієнт капітаційної ставки залежно від віку підопічних:**

- від 0 – 6 років – коефіцієнт 2,0  
7 – 19 років – коефіцієнт 1.2  
20 – 65 років – ставка 1,0 (базова ставка)  
65 років і старше – в розмірі 2,0.

При наданні послуг пацієнтам з цукровим діабетом та серцево-судинними хворобами коефіцієнт становить 3,0, при умові, що хворі не перебувають під наглядом у спеціалізованій клініці.

Окрім цього, на підвищення капітаційної ставки впливає кваліфікація СЛ, густина населення даної місцевості (віддаленість від приміщення СЛ). Зокрема, коефіцієнт капітаційної ставки становить 2,5, якщо СЛ обслуговує будинки перестарілих, соціальні чи реабілітаційні центри, за умови, що не застосовується коефіцієнт 3,0 для пацієнтів з цукровим діабетом та серцево-судинними захворюваннями.

Враховуючи всі доповнення та зміни капітаційної ставки всіх пацієнтів, СЛ може отримувати з НФЗ 139 злотих щорічно на одного підопічного.

#### **Видатки сімейного лікаря**

За рахунок отриманої заробітної плати сімейний лікар повинен покрити такі видатки:

- витрати на утримання приміщення та здійснення медичної діяльності;
- винагорода найнятих співробітників;
- витрати на проведені діагностичні обстеження (діагностичні тести);
- власна винагорода (зарплата).

Для покращення доступності та якості СМ в Польщі на основі власного досвіду фінансування медичних послуг та досвіду інших країн, згідно з рішенням Колегії сімейних лікарів (з матеріалів XIII Kongresu Medycyny Rodzinnej), на даний час потребують вирішення такі питання:

1. Збільшення витрат фінансування ПМД для надання медичних послуг до 20 % від усього бюджету охорони здоров'я у всіх воєводствах.

2. Збільшення частки фінансування медичних послуг, що надаються в СМ, за рахунок:

- а) розширення профілактичних програм;
- б) впровадження освітніх програм для зміцнення здоров'я та лікування хронічних захворювань;
- в) преміювання за досягнуті відповідні показники лікування деяких хвороб, наприклад нормалізація артеріального тиску при гіпертонічній хворобі;
- г) окрема оплата медичних процедур, які раніше фінансувалися в спеціалізованій амбулаторній допомозі, наприклад оперативні втручання малої хірургії.

3. Разом зі збільшенням фінансування необхідно докладати зусиль для зменшення кількості пацієнтів у списку одного СЛ до 1800 осіб.

4. Організаційні проблеми, вирішення яких необхідне для оптимальної роботи СЛ:

- а) організація приміщення з поділом на громадську, медичну та адміністративні частини;
- б) забезпечення адекватним обладнанням до потреб та послуг, що надаються СЛ;
- в) кваліфіковане діагностичне обслуговування;
- г) обмеження архітектурних та географічних перешкод доступу до приміщення СЛ;
- д) організація та графік роботи СЛ відповідно до потреб пацієнтів;
- е) ефективне накопичення, застосування і обмін медичною інформацією в межах охорони здоров'я;
- є) внутрішня програма оцінки якості послуг та їх покращення;
- ж) безперервне навчання сімейних лікарів – професіоналів ПМД.

### **Спеціалізація сімейного лікаря (навчання лікаря сімейної медицини)**

Спеціалізація з сімейної медицини триває чотири роки для лікарів, які закінчили післядипломний стаж (1 рік) та не мають спеціалізації, а для лікарів, які мають спеціалізацію (внутрішні хвороби, педіатрія, загальна медицина, хірургія, акушерство та гінекологія), – 3 роки. Половина навчання проходить в закладах лікарень та амбулаторій спеціалізованої допомоги. Диплом спеціаліста з сімейної медицини в Польщі визнається в Європейському Союзі і дає право працювати в первинній ланці їх охорони здо-

ров'я (Primary Care) як сімейний лікар (General Practitioner).

Навчання СЛ розпочинається у студентів медичного факультету ще на 6 курсі. На сімейну медицину відводиться 105 навчальних годин, з яких 10 годин лекцій, 25 годин – семінарських занять, 70 годин – практичних занять. Практичні заняття включають 25 годин роботи з фантомами, 10 годин роботи в будинках дитини, дошкільних закладах, 35 годин – практики сімейного лікаря. На закінчення навчання студенти складають тестовий іспит та екзамен практичних навичок на фантомах.

Основною метою навчання сімейної медицини є підготовка досвідченого сімейного лікаря, який може надавати основну, безперервну, комплексну медичну допомогу однаково як окремим особам, сім'ям, так і місцевій громаді.

Під час спеціалізації лікар повинен освоїти весь перелік медичних питань і оволодіти необхідними практичними навичками, які відображені в програмі спеціалізації з сімейної медицини.

Окрім того, ціллю спеціалізації є вдосконалення особистості лікаря, освоєння етичних основ, а також формування відповідальності до безперервної самоосвіти, розширення і поглиблення теоретичних знань та практичних навичок, впровадження нових наукових досягнень в медичну практику, обмін своїм професійним досвідом через публікації та участь в медичних конференціях.

### **Види проходження спеціалізації:**

**1. Резидентура.** Час проходження спеціалізації 4 роки оплачується Міністерством здоров'я для лікарів з післядипломним стажем;

**2. Поза резидентурою.** Включає цивільно-правовий договір про проходження спеціалізації (як правило, без збереження заробітної плати), трудову угоду, навчальну відпустку. Докторантура як форма проходження спеціалізації використовується рідко, найчастіше в поєднанні з резидентурою.

Місця для проходження спеціалізації СЛ. Консультант воєводства повідомляє потребу місць консультанту краю, який доносить цю потребу міністрові здоров'я. Міністр здоров'я визначає місця навчання для даного воєводства. Лікар зараховується на вільні місця на спеціалізацію згідно з рейтинговою шкалою.

**Місце проходження спеціалізації.** Організації первинної медико-профілактичної допомоги (практики СЛ, але в більшості випадків клініки, в яких працюють сімейні лікарі й надають послуги в сфері ПМД), акредитовані Центром післядипломної медичної освіти. Кандидат, вибираючи місце спеціалізації, повинен отримати згоду керівника спеціалізації та керівника даної установи.

Проходячи спеціалізацію з СМ, лікар-стажист може отримати такі спеціалізації, як бальнеологія та фізіотерапевтична медицина, епідеміологія, геріатрія, паліативна медицина, спортивна медицина, клінічна трансфузіологія, соціальна медицина.

### **Спеціалізація сімейного лікаря, який має післядипломний стаж, складається з трьох етапів**

**I етап спеціалізації:** початковий етап – введення в сімейну медицину. Початковий період навчання включає введення в сімейну медицину, триває протягом 2 місяців (8 тижнів) і проходить як практика сімейного лікаря. Мета цього кроку – ознайомлення з характером роботи сімейного лікаря та специфікою роботи в первинній охороні здоров'я. Особливо важливим є правильне введення лікаря-стажиста до практики, в тому числі:

- знайомство лікаря, що проходить спеціалізацію, з викладачем-керівником (погодження планів роботи);
- знайомство з персоналом закладу;
- ознайомлення з центрами, установами, які співпрацюють з даним закладом;
- ознайомлення з організацією практики сімейного лікаря;
- ознайомлення з документацією, звітністю, диспансеризацією, картотекою, вакцинацією, особливостями здоров'я дітей і т. д.

Освіта повинна здійснюватися відповідно до принципу «один викладач – один лікар-стажист», при цьому на даному етапі лікарю не обов'язково проводити самостійну лікарську практику. Основна мета цього етапу полягає у визначенні сімейним лікарем власних освітніх потреб.

Під час навчання на початковому етапі введення до сімейної медицини лікар-стажист:

- знайомиться зі специфікою роботи первинної медичної допомоги,
- знайомиться з обов'язками окремих членів колективу сімейного лікаря,
- знайомиться з медичною документацією, що використовується в сімейній медицині,
- вивчає принципи співпраці з іншими структурами системи охорони здоров'я,
- готується до наступних етапів навчання спеціалізації в сфері сімейної медицини.

**II етап спеціалізації:** навчання в спеціалізованих лікарнях та консультаціях (поліклініках).

Метою навчання в відділах спеціалізованих лікарень та амбулаторій є знайомство з їх специфікою, з доступними спеціалізованими методами діагностики та лікування, придатних в подальшій самостійній роботі СЛ.

Під час цього етапу підготовки лікар проходить спеціалізоване стажування і бере участь у факультативному навчанні.

Стажування за напрямками спеціальностей:

1. Стажування у відділі внутрішньої медицини і в поліклініці (консультації) терапевтичній – 6 місяців (24 тижні), у тому числі один місяць (4 тижні) у кардіології та 1 місяць (4 тижні) пульмонології.
2. Стажування у відділі дитячих хвороб та спеціалізованій консультації для дітей – 6 місяців (24 тижні).

3. Стажування у відділі акушерства та гінекології і спеціалізованій консультації – 3 місяці (12 тижнів).

4. Стажування у відділі й амбулаторії (поліклініці) хірургії – 1 місяць (4 тижні).

5. Стажування у відділі і консультації психіатрії – 1 місяць (4 тижні).

6. Стажування у відділі і консультації дерматології – 3 тижні.

7. Стажування у ЛОР-відділі й консультації – 3 тижні.

8. Стажування у відділі й консультації неврології – 3 тижні.

9. Стажування у відділі й консультації офтальмології – 3 тижні.

10. Стажування у відділі й консультації інфекційних захворювань – 3 тижні.

11. Стажування у клініці фізіотерапії – 1 тиждень.

На завершення циклів стажування внутрішніх хвороб та педіатрії виділяється по 2 дні, а у випадку загальної хірургії та гінекології – один день, визначені для практичних, семінарських занять чи оцінювання пройденого курсу стажування.

Після закінчення циклу спеціалізації лікар-стажист повинен продемонструвати вміння конкретних практичних навичок, перелічених у програмі спеціалізації.

Кількість маніпуляцій та процедур, які під час спеціалізації повинен виконати лікар-стажист, встановлює керівник спеціалізації.

#### **Стажування факультативне спеціалізоване**

Частина навчання в спеціалізованих лікарнях та консультаціях проводиться в рамках факультативного стажування, вибраних та погоджених спільно з лікарем-стажистом, керівником спеціалізації та центром навчання. Факультативне навчання повинно проходити в консультаціях чи відділах: геріатричних, а також в інших місцях, наприклад центр допомоги при дорожньо-транспортних пригодах, хоспіс, центр надзвичайних станів, центр соціальної допомоги та ін.

Ціллю навчання в цих установах є знайомство зі специфікою їх функціонування, набуття практичних навичок та вивчення принципів співпраці з первинною медичною допомогою. Загальна тривалість факультативного стажування 1 місяць (4 тижні).

При проходженні стажування лікар-стажист виконує обов'язки молодшого асистента у сфері його діяльності, працюючи під наглядом лікаря, який керує циклом даного стажування, є ординатором відділу або лікарем, призначеним для лікаря-стажиста.

#### **Зарахування циклу стажування проводить керівник у вигляді двох форм:**

а) колоквиум із теоретичних знань, визначених програмою стажування;

б) перевірка практичних навичок – підтвердження того, що лікар самостійно виконав завдання і/або процедури, перераховані в програмі, чи брав участь (асистував) в їх виконанні.



**III етап спеціалізації** в практиці сімейного лікаря Відділ підготовки сімейних лікарів направляє лікаря-стажиста до одного із співпрацюючих практичних центрів сімейної медицини (кабінету сімейного лікаря).

Практичний стаж під керівництвом сімейного лікаря триває для лікарів без спеціалізації 24 місяці (96 тижнів).

Мета цього етапу навчання – це підготовка до самостійної роботи і знайомство із завданнями сімейного лікаря.

Навчання відбувається за принципом «один лікар викладач – 1 лікар учень». Під час стажування лікар-стажист працює 7 годин щоденно в робочі дні й має 5 чергувань (на півроку) в практиці (нічний догляд) або в місцевому відділі надзвичайних ситуацій (швидкої допомоги) після узгодження з лікарем, що навчає, і з центром навчання. Кожен день лікар-стажист приймає пацієнтів і виконує виклики додому, користуючись необхідною допомогою лікаря, що навчає.

Навчання в практиці сімейного лікаря повинно включати :

=> Ознайомлення із функціями сімейного лікаря в умовах гіпотези ризику;

=> Епідеміологію найбільш поширених проблем зі здоров'ям в Польщі, особливо в екстрених випадках;

=> Застосування поширених діагностичних процедур та їх виконання;

=> Проблеми, що стосуються зміцнення здоров'я, профілактики та скринінгових обстежень в практиці СЛ.

Існують такі етапи вдосконалення навички (вміння) надання лікарської консультації:

а) пасивна участь лікаря-стажиста в консультаціях,

б) прийом пацієнтів під особистим наглядом лікаря-керівника або телефоном, і в тому числі вдосконалення навички написання рецептів, принципів відбору для діагностичних обстежень,

в) самостійний прийом пацієнтів, який повинен відбуватися поступово і ґрунтуватися на:

- участі у скринінгах, наприклад виявлення гіпертензії, діабету та ін;

- проведенні патронажу дітей;

- прийомі пацієнтів з гострими захворюваннями (наприклад грип, запалення у горлі);

- самостійний прийом всіх груп пацієнтів.

Під час проходження практики в кабінеті СЛ лікар-стажист повинен навчитися консультивати пацієнтів телефоном, проводити консультації пацієнтів спочатку в присутності лікаря-керівника, а надалі самостійно.

Принаймні один раз на тиждень лікар-стажист і лікар-вчитель обговорюють поточні справи, пов'язані з обговоренням прийнятих пацієнтів і навчанням або з подальшим плануванням проходження спеціалізації в межах програми сімейної медицини.

Відносини лікар-учень – лікар-вчитель в Польщі охоплюють наступні елементи:

1) обговорення поглядів, думок,

2) підготовка доповідей,

3) демонстрація маніпуляцій (процедур),

4) обговорення окремих тем,

5) обговорення випадків з практики,

6) демонстрація сценки за підготовленим сценарієм (без / або з використанням відео).

Після завершення навчання лікар-стажист і його керівник представляють незалежний підсумковий звіт в центр навчання, який є підставою для заліку діяльності лікаря-стажиста в практиці сімейного лікаря та визнання цієї практики в наступному році навчання.

Впродовж всього циклу спеціалізації лікар-стажист зобов'язаний отримати зарахування:

- колоквіум (залік) в сфері знань теоретичних та зарахування практичних навичок (його проводить лікар, що керує даним циклом стажування);

- іспит з переліку теоретичних питань та практичних навичок, передбачених програмою окремих курсів, проводить центр навчання.

**Впродовж 4-річної спеціалізації сімейної медицини лікар зобов'язаний:**

- підготувати щонайменше 1 програму покращення якості роботи в практиці сімейного лікаря;

- підготувати навчальні матеріали і провести заняття під час теоретичного навчання для групи лікарів-стажистів (жителів) або підготувати і провести подібні заняття для «зовнішніх» слухачів, наприклад учнів ліцеїв; підготувати оглядову статтю або співавторство в науковій праці (оригінальній, винахідницькій чи оглядовій).

Вищевказані завдання оцінює координатор Центру навчання сімейних лікарів чи уповноважена ним особа. З інших курсів навчання обов'язковим є приготування оглядової статті, яку оцінює координатор Центру навчання сімейних лікарів, після відгуку керівника спеціалізації, який дає дозвіл до оцінювання.

**Форми та методи навчання**

**А – спеціалізовані курси**

Примітка: лікарю-стажисту зараховуються тільки ті курси, які отримали позитивний відгук регіонального консультанта і були внесені у реєстр спеціалізаційних курсів програми спеціалізації та рекомендовані СМКР і подаються кожного року на сайті СМКР (центр медичного післядипломного навчання) : [www.cmkr.edu.pl](http://www.cmkr.edu.pl).

**В – форми самовдосконалення:**

1) опрацювання рекомендованої літератури зі спеціалізації сімейної медицини;

2) законодавчі акти.

Актуальний (поточний) закон та розпорядження міністра охорони здоров'я про професію лікаря.

**С – виконання лікарських чергувань**

У відділенні цілодобової допомоги (в період проходження циклу стажування у відділах лікарні) лікар-

стажист зобов'язаний відчергувати 3 чергування в місяць. Місце чергування та їх тривалість лікар-стажист погоджує з керівником спеціалізації за попереднім узгодженням з центром навчання.

У період проходження навчання з практики сімейної медицини лікар-стажист повинен мати 5 чергувань за півроку в практиці нічна допомога або в місцевому відділі невідкладної допомоги, після погодження з лікарем-керівником та центром навчання.

#### **Державний іспит спеціалізації**

Навчання спеціалізаційне в сімейній медицині закінчується державним екзаменом спеціалізаційним, що складається з теоретичної та практичної частин. Екзамен відбувається в такій послідовності:

- екзамен тестовий (набір тестових завдань з декількома варіантами, що виносяться в перелік обов'язкових питань програми спеціалізації);
- екзамен практичний (лікар виконує процедури, вибрані комісією з обов'язкового переліку практичних навичок);
- екзамен усний (усні запитання з переліку обов'язкових питань, перерахованих у програмі спеціалізації, підготовлених заздалегідь комісією і вибраних кандидатом під час екзамену).

**Після завершення спеціалізації сімейний лікар має право на:**

- 1) проведення незалежної медичної практики, укладання контракту на надання медико-санітарних послуг, самостійне (незалежне) виконання послуг у сфері діагностики, лікування, профілактики, пропаганди та реабілітації, надання оцінки та висновку про стан здоров'я, придатність до праці працівників, зайнятих на виробництві без впливу шкідливих факторів;
- 2) навчання в галузі сімейної медицини;
- 3) організація та контроль праці середнього медичного персоналу;
- 4) виконання керівних функцій у сфері охорони здоров'я (державних і приватних), в органах державного управління і місцевого самоврядування та підрозділах, їм підлеглих;
- 5) проведення експертизи в галузі охорони здоров'я;
- 6) спрямовування та координування роботи колективу первинної медико-санітарної допомоги;
- 7) ініціювання дій місцевого самоврядування в сфері охорони здоров'я;
- 8) нагляд та участь у підготовці середнього медичного персоналу;
- 9) проходження окремих спеціалізацій;
- 10) проведення наукових досліджень та розвиток науки.

**Риси особистості, які повинен вдосконалити СЛ під час проходження спеціалізації:**

- вміння керуватися в своїй діяльності загальними принципами для блага пацієнта;
- прийняти та поважати соціально прийнятну систему моральних і духовних цінностей;
- здатність приймати рішення і відповідальність за власні вчинки і підлеглих співробітників;

- вміння правильно організувати власну роботу і співробітників;

- вміння створювати хороші відносини з пацієнтом та його родиною, особливо належний комунікативний зв'язок і спосіб інформування про лікарські дії.

**Висновок.** Сімейний лікар має бути різнобічно підготовлений не тільки з питань терапії, педіатрії, але й неврології, офтальмології, хірургії, психіатрії та інших розділів медицини. Він має добре орієнтуватись у сфері медичної психології, законодавстві про охорону здоров'я, соціальний захист сім'ї. Адже здоров'я людини – поняття комплексне й багатогранне; це не лише фізичне здоров'я, але й психічне, і соціальне. Сімейний лікар кваліфікаційно стоїть значно вище, ніж інші спеціалісти.

Також можна відмітити позитивні та негативні сторони сімейної медицини. Позитивними сторонами сімейної медицини в Польщі є:

- широкий доступ послуг ПМД;
- виділені ресурси на ПМД з бюджету громадського платника;
- тривале щотижневе функціонування структур СМ в ПМД;
- високий відсоток виконаних обов'язкових щеплень;
- комп'ютеризація структур (для адміністративних цілей);
- добре стандартне обладнання;
- сильна організація професійних сімейних лікарів.

Негативні сторони:

- нестача актуальних стратегічних документів, що висвітлюють розвиток ПМД;
- недостатність структур міністерства здоров'я, присвячених ПМД;
- різноманітні організаційні рішення;
- різноманітні компетенції (спеціальності) лікаря ПМД;
- нестача та затримки у підготовці сімейних лікарів;
- обмеження компетенції сімейного лікаря в ПМД через неоднозначну правову регуляцію;
- відсутність стимулів до розширення сфери послуг в межах ПМД;
- обмежений доступ до додаткових обстежень;
- недостатність впливу та заохочень для активного використання інших відділів системи охорони здоров'я;
- відсутність стимулів для систематичної оцінки та покращення якості послуг;
- широкий доступ до спеціалізаційних послуг без направлення (скерування);
- низька якість медичної документації (в основному паперова);
- недостатність регулювання, що дозволяє консультації телефоном та електронною поштою;
- неефективна система обміну медичною інформацією.

### Список літератури

1. Матеріали XIII Kongresu Medycyny Rodzinnej w Polsce, 2013 – С.52.
2. Матеріали сайту Вроцлавського медичного університету <http://www.am.wroc.pl/en/>.
3. Матеріали сайту Центру післядипломної підготовки медичних кадрів в Польщі <http://www.cmkr.edu.pl/>.
4. Матеріали сайту МОЗ Польщі <http://www.mz.gov.pl/>.
5. Cezary Włodarczyk W. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. – Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne «Vesalius», Krakow. – 1998. –s.326.
6. Korzeniowski P. Gabinet Prywatny //Podstawowa Opieka Zdrowotna w procesie reform polskiego systemu opieki zdrowotnej, cz.1. – nr 10. – 2006. – S. 61-65.

Пленарне засідання № 2  
**ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В  
УКРАЇНІ**

---

С. В. Нечаїв

**ВПРОВАДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ –  
ВИКЛИК ЧАСУ**

*Міністерство охорони здоров'я України*

Зараз після Євромайдану час нарешті повернути-ся обличчям до європейського досвіду функціонуван-ня органів державної влади взагалі й органів управ-ління охороною здоров'я зокрема. У більшості євро-пейських і не лише європейських країн важливу роль у цьому процесі відіграє лікарське самоврядування.

Всеукраїнське Лікарське Товариство, як єдина загальнолікарська організація в Україні, протягом ба-гатьох років широко обговорює необхідність впро-вадження лікарського самоврядування.

Законопроект про лікарське самоврядування уперше було представлено медичній громаді **2 квітня 2005 року** та видруковано в науково-прак-тичному часописі «Українські Медичні Вісті» (т. 6, № 1–2 (64–65)) для публічного обговорення **21–22 квітня 2005 року** на VIII Всеукраїнському з'їзді ВУЛТ у Івано-Франківську.

Пізніше законопроект «Про лікарське самоврядуван-ня» обговорювався на парламентських слуханнях «Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шля-хи їх розв'язання» **6 липня 2005 року** під назвою «**Міжсекторальна програма невідкладних заходів з реформування системи охорони здоров'я Ук-раїни** у рекомендаціях парламентських слухань».

Пізніше **22 листопада 2005 року** законопроект «Про лікарське самоврядування» також обговорю-вався на Всеукраїнській конференції ВУЛТ у Києві.

**17 березня 2006 року** проект Закону України «Про лікарське самоврядування» було зареєстро-вано за № 9250 у Верховній Раді України.

Удосконалену версію законопроекту «Про лікарське самоврядування» **19 травня 2006 року** оприлюднила великим накладом медична газета «Ваше здоров'я» у своєму 18 номері.

**25 липня 2006 року** тодішній міністр охорони здоров'я України Ю. В. Поляченко у своєму листі за № 323 на адресу голови Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України Т. Д. Бахтєєвої підтримав законопроект «Про лікарське самовряду-вання», який заініціювало Всеукраїнське Лікарське То-вариство, зазначивши: «На виконання Указу Прези-дента України від 6 грудня 2005 року № 1694/2005 «Про

невідкладні заходи щодо реформування системи охо-рони здоров'я населення», в розвиток європейського напрямку розвитку України, керуючись Мадридською декларацією, прийнятою 39-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, беручи до уваги досвід провідних країн світу, країн-членів Європейського Союзу, де уже при-йняті відповідні закони, якими запроваджено систему лікарського самоврядування та окреслено основні організаційні засади професійної діяльності лікарів, ініціативною робочою групою Всеукраїнського Лікарського Товариства підготовлено проект Закону України «Про лікарське самоврядування», який зареє-стровано у Верховній Раді України 17 березня 2006 року за № 9250. Проект опубліковано у газеті «Ваше здоров'я». Громадське обговорення його проведено на засіданні Громадської ради при МОЗ України, VIII з'їзді Всеукраїнського Лікарського Товариства, під час Всеукраїнської конференції медичних працівників 22.11.2005 року. Проект Закону України «Про лікарське самоврядування» знайшов повну підтримку серед лікарської громади. Висловлені в ході обговорення зауваження та пропозиції проаналізовано та врахо-вано в остаточній редакції. Прийняття Закону стане реальним показником процесу становлення грома-дянського суспільства, демократизації політичної і соціальної систем держави, сприятиме адаптації си-стеми охорони здоров'я до ринкової моделі еконо-міки та утворенню системи громадської охорони здо-ров'я в Україні. Надання лікарському самоврядуван-ню законодавчого підґрунтя буде важливим фактором для ефективного врахування потреб суспільства в галузі охорони здоров'я та підняття престижу лікарсь-кої професії. Враховуючи наведене, просимо роз-глянути проект Закону України Про лікарське само-врядування» та підтримати його.

Згодом **28–30 серпня 2006 року** на XI Конгресі Світової Федерації Українських Лікарських Товариств у **Полтаві** законопроект «Про лікарське самовря-дування» знову обговорювався, отримавши схва-лення, що знайшло відображення у відповідних документах конгресу.

Доопрацьований членами Всеукраїнського Лікарського Товариства проект Закону України «Про



лікарське самоврядування» **7 вересня 2006 року** з подачі голови Комітету із питань охорони здоров'я Верховної Ради України Т. Д. Бахтеєвої, пройшов перереєстрацію у Верховній Раді України за № 2053.

Розгляд у Верховній Раді проекту Закону «Про лікарське самоврядування» декілька разів переносився, доки зовсім не загубився в непрозорих коридорах тодішньої влади.

Законопроект України «Про лікарське самоврядування» обговорювався також **14–15 квітня 2007 року** під час роботи Першого всеукраїнського конгресу з медичного права і соціальної політики, який було проведено Українською медико-правовою Асоціацією, Всеукраїнським Лікарським Товариством, Академією адвокатури України за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Постійної комісії Київської міської ради з питань охорони здоров'я і соціальної політики, Національної ради з питань охорони здоров'я при Президенті України, Інституту держави і права ім. В. М. Корецького Національної академії наук України, Національної академії державного управління при Президенті України та низки інших організацій.

Пізніше проект Закону «Про лікарське самоврядування» та зволікання з його прийняттям Верховною Радою України обговорювали на IX Всеукраїнському з'їзді ВУЛТ **10–12 травня 2007 року у Вінниці**. Доки тривали дискусії, Президент України Віктор Ющенко розпустив Верховну Раду України і Закон «Про лікарське самоврядування» тоді так і не був прийнятий. Законопроект Всеукраїнського Лікарського Товариства тоді розділив сумну долю самої Верховної Ради.

Під час цих подій у **вересні 2007 року** Україну з офіційним візитом відвідали представники Німецького Лікарського Товариства (нім. Bundesärztekammer/анг. German Medical Association) та Фінського Лікарського Товариства (фін. Suomen Laakariliitto/анг. Finnish Medical Association) з метою обміну досвідом у царині лікарського самоврядування. Вони зустрілися з правлінням Всеукраїнського Лікарського Товариства, провели зустрічі в Міністерстві охорони здоров'я України та в Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я.

Після позачергових виборів до Верховної Ради делегація Всеукраїнського Лікарського Товариства в особі президента ВУЛТ Олега Мусія та голови правління ВУЛТ Станіслава Нечаєва **25–27 листопада 2007 року** на запрошення Фінського Лікарського Товариства ознайомилась у Гельсінкі з досвідом функціонування лікарського самоврядування Нордійського Союзу (Фінляндії та інших країн Північної Європи).

**11 січня 2008 року** на громадських слуханнях в МОЗ обговорювався також проект Закону України «Про лікарське самоврядування», який підготувало Всеукраїнське Лікарське Товариство.

Доопрацьовану редакцію законопроекту «Про лікарське самоврядування» **12 січня 2008 року** обговорили і схвалили члени Української медико-правової асоціації.

Протягом громадського обговорення проекту Програми діяльності Кабінету Міністрів України **15 січня 2008 року** в Українському домі за участю тодішнього Прем'єр-Міністра України знову згадувався проект Закону України «Про лікарське самоврядування», підготований Всеукраїнським Лікарським Товариством, але достукатись до розуміння тогочасним вищим керівництвом держави цієї важливої для українських лікарів проблеми тоді так і не вдалось.

На спеціальних засіданнях Дорадчої ради Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я за участі провідних експертів з медичного і юридичного середовищ **21–22 січня 2008 року** законопроект «Про лікарське самоврядування» неодноразово детально розглядався та удосконалювався.

На засіданні Громадської Ради при Міністерстві охорони здоров'я України **5 лютого 2008 року**, в присутності тодішнього міністра МОЗ Василя Михайловича Князевича вкотре піднімалося питання проекту Закону України «Про лікарське самоврядування».

**2–6 березня 2008 року** офіційна делегація Всеукраїнського Лікарського Товариства в особі президента ВУЛТ Олега Мусія, голови правління ВУЛТ Станіслава Нечаєва та представників регіональних організацій Всеукраїнського Лікарського Товариства: Андрія Базилевича з Українського Лікарського Товариства у Львові та Миколи Тищука з Одеської крайової організації ВУЛТ на запрошення Німецького Лікарського Товариства вивчала у Німеччині досвід функціонування лікарського самоврядування як на загальнонімецькому рівні, так і на прикладі Лікарського Товариства міста Берлін.

Пізніше Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ) у **квітні 2008 року** в Тель-Авіві (Ізраїль) було прийнято в ряди Європейського форуму лікарських товариств (ЕФЛТ/ВООЗ) – European Forum of Medical Associations (EFMA/WHO), під час роботи якого обговорювались також питання лікарського самоврядування.

На 59-й Світовій Лікарській Асамблеї (Зібранні) в Сеулі (Південна Корея) у **жовтні 2008 року** – щорічному зборі найпрестижнішої у світі організації лікарів – **Світового Лікарського Товариства (World Medical Association – WMA)**, заснованого ще в 1947 році з метою об'єднання та захисту прав лікарів і пацієнтів, наша держава в особі єдиної загальноукраїнської організації лікарів – Всеукраїнського Лікарського Товариства, вперше за всю історію лікарського руху в Україні, одноголосно отримала повноправне (87!) членство в цій найпотужнішій та найавторитетнішій світовій лікарській організації.

Необхідність функціонування в розвиненій країні лікарського самоврядування є наріжним каменем для Світового Лікарського Товариства (WMA), що закарбовано Мадридською декларацією про професійну автономію і самоврядування лікарів, прийнятою WMA

ще у 1987 році, де передбачено, що незалежно від особливостей національної системи охорони здоров'я будь-якої країни, лише самі лікарі мають регулювати стосунки всередині своєї професійної корпорації та вирішувати питання здійснення своєї безпосередньої лікарської діяльності, що є абсолютною умовою високої якості медичної допомоги.

Про нагальну потребу впровадження справжнього лікарського самоврядування, як передумову успішного проведення реформи охорони здоров'я в Україні, говорилось у всіх виступах на прес-конференції для вітчизняних і міжнародних журналістів в агентстві УНІАН у Києві **4 листопада 2008 року**, присвяченій такій важливій події як вступ Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) до Світового Лікарського Товариства (WMA), у якій взяли участь також президент ВУЛТу Олег Мусій, голова правління Всеукраїнського Лікарського Товариства Станіслав Нечаїв та народний депутат України Володимир Карпук.

Як запоруку якісної реформи вітчизняної медицини та з метою адаптації українського законодавства в галузі охорони здоров'я до передових європейських та світових надбань, керуючись деклараціями **Світового Лікарського Зібрання** (анг. **World Medical Assembly**): Каліфорнійського (1986) стосовно незалежності й професійної свободи лікаря, Мадридського (1987) щодо необхідності самоврядування лікарської професії (професійної незалежності лікаря) та Сеульського (2008) про лікарське самоврядування, Всеукраїнське Лікарське Товариство спільно з Національною радою з питань охорони здоров'я та народними депутатами України **23 грудня 2008 року** втретє з'їніціювали розгляд у Верховній Раді України законопроект «Про лікарське самоврядування», який був зареєстрований за № 3539. Ініціатори законопроект – народні депутати VI скликання В. Г. Карпук, Є. Д. Добряк, Л. С. Григорович. Авторський колектив: В. Г. Карпук, Є. Д. Добряк, О. С. Мусій, В. В. Глуховський, С. В. Нечаїв, М. М. Тищук, А. Я. Базилевич, Д. В. Карамішев, І. Я. Сенюта, О. П. Перетяка. Останній етап проходження законопроект не включено до порядку денного від **7 вересня 2010 року**.

**20 листопада 2013 року** Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я спільно з громадською організацією «Всеукраїнське Лікарське Товариство» (ВУЛТ) провів засідання «круглого столу» на тему: «Лікарське самоврядування: міжнародний досвід та перспектива впровадження в Україні». На ньому Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Т. Д. Бахтєєва запевнила усіх присутніх, що за проект Закону України «Про лікарське самоврядування» проголосують у Верховній Раді України навесні.

Проте із-за відомих політичних причин такий важливий для успішного реформування системи охорони здоров'я в Україні Закон «Про лікарське самоврядування» тоді в Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я так і не розглядався.

Лише навесні після Євромайдану і призначення міністром охорони здоров'я України президента Всеукраїнського Лікарського Товариства Олега Мусія у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я терміново згадали про лікарське самоврядування і **12 березня 2014 року** Рішенням № 04-26/4-25 утворили Робочу групу з підготовки проекту Закону України, спрямованого на впровадження в Україні лікарського самоврядування у складі 29 осіб (А. Я. Базилевич, О. А. Беденко-Звадридчук, С. В. Богатова, О. М. Вахненко, А. М. Вієвський, О. П. Волосовець, В. В. Глуховський, А. П. Гук, О. М. Дергачов, З. М. Дергачова, В. Є. Дріянська, А. О. Іванців, М. М. Іонов, Д. Т. Карабаєв, А. О. Кисельов, Н. О. Лісневська, С. В. Лилик, Л. Ф. Матюха, В. Л. Михайленко, К. О. Надутий, С. В. Нечаїв, В. В. Погорілий, І. Я. Сенюта, О. Скорик, М. М. Тищук, М. М. Угрин, В. М. Ширяєв, З. С. Черненко) під головуванням народного депутата України Романа Романовича Ілика.

**25 квітня 2014 року** делегація Всеукраїнського Лікарського Товариства у складі членів Правління ВУЛТ Андрія Базилевича, Андрія Іванцева, Акіма Літвача та Миколи Тищука відвідала Польщу з метою ознайомлення з функціонуванням лікарського самоврядування.

**28 травня 2014 року** в приміщенні Верховної Ради України за адресою вул. Грушевського, 18/2, к. 12 відбулося засідання Робочої групи з підготовки проекту Закону України, спрямованого на впровадження в Україні лікарського самоврядування. Законопроект в цілому було схвалено, а для внесення уточнень і доповнень було створено Редакційну колегію у складі: О. А. Беденко-Звадридчук, М. М. Іонова, А. О. Кисельова, В. В. Короленка, Н. О. Лісневської, С. В. Нечаєва та З. С. Черненко. Після доопрацювання законопроект «Про лікарське самоврядування» був направлений в Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Першому заступникові голови Комітету народному депутатові України Романові Романовичеві Ілику.

**3 9 до 13 червня 2014 року** делегація Всеукраїнського Лікарського Товариства у складі голови Правління ВУЛТ Станіслава Владиславовича Нечаєва та члена Правління ВУЛТ Олександра Петровича Волосовця разом з колегами із МОЗ та ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» у Вроцлаві та Варшаві детально вивчала медичну освіту та систему охорони здоров'я Польщі взагалі та лікарське самоврядування зокрема на прикладі функціонування Нижньошльонської Ізби Лікарської (Лікарського Товариства Нижньої Сілезії).

Сподіватимемось, що депутати не забалакають такий потрібний українським лікарям Закон «Про лікарське самоврядування», який їх звільнить із кріпацтва, спираючись на добре вивчений авторами законопроект досвід Німеччини, Польщі та Фінляндії. Адже після перемоги Євромайдану ми знову почали рухатись у Європу, а там кріпацтво вже давно скасовано, як дуже відсталий неефективний метод управління.

## Список літератури

1. Карпук В. Чи потрібне нам лікарське самоврядування? / Голос України / В. Карпук, О. Мусій. – 2006. – № 227.
2. Лещенко В. Вплив Британської медичної асоціації на управління національною системою охорони здоров'я: досвід для України / В. Лещенко // Держава та регіони. – 2007. – № 4. – С. 130–133.
3. Лосіцька Т. І. Лікарське самоврядування – міжнародний досвід та шляхи реалізації в Україні / Т. І. Лосіцька, В. В. Таран // XII Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, (25–28 вересня 2008 р., Івано-Франківськ). – Івано-Франківськ–Київ–Чикаго : СФУЛТ, 2008. – 608 с.
4. Мусій О. Лікарське самоврядування в Україні: доцільність і перспективи / О. Мусій // XI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, 28–30 серпня 2006р., Полтава : збірн. матеріали. – Полтава–Київ–Чикаго : СФУЛТ, 2006. – С. 14–16.
5. Мусій О. Лікарське самоврядування: міжнародний досвід / О. Мусій // Науково-практичний часопис Всеукраїнського Лікарського Товариства «Українські медичні вісті». – Том 7. – Число 1-2(66-67), січень-червень 2007. IX з'їзд ВУЛТ (м. Вінниця, 10-12 травня 2007 року) : тези доповідей. Ювілейний випуск. — Київ, 2007. – 432 с.
6. Мусій О. Лікарському самоврядуванню в Україні бути! / О. Мусій // Ваше здоров'я. – 2005. – № 32.
7. Мусій О. Необхідність законодавчого забезпечення лікарського самоврядування / О. Мусій // Перший Всеукраїнський конгрес з медичного права і соціальної політики, 14–15 квітня 2007 р. – Київ, 2007. – С. 31–32.
8. Мусій О. Низку управлінських функцій могла б виконувати лікарська громада. Що стримує утвердження лікарського самоврядування / О. Мусій // Ваше здоров'я. – 2007. – № 19.
9. Мусій О. Обов'язкове членство в організаціях професійного самоврядування – рішення судових органів / О. Мусій : матеріали XIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (30 вересня – 03 жовтня 2010 р., місто Львів). – Львів–Київ–Чикаго : СФУЛТ, 2010. – 768 с.
10. Мусій О. Регулювання обов'язкового членства в організаціях лікарського самоврядування – досвід європейських країн / О. Мусій : матеріали XIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (30 вересня – 03 жовтня 2010 р., місто Львів). – Львів–Київ–Чикаго : СФУЛТ, 2010 – 768 с.
11. Мусій О. Роль лікарського самоврядування у вирішенні етичних та правових питань медичної практики / О. Мусій // Третій Національний конгрес з біоетики з міжнародною участю (8–11 жовтня 2007 р. Київ). – Київ, 2007. – С. 54.
12. Мусій О. Чи потрібне Україні лікарське самоврядування? / О. Мусій // Vivat Academia. – 2011. – № 7(31).
13. Мусій О. Чому гальмує лікарське самоврядування / О. Мусій // Урядовий кур'єр. – 2013. – № 107(4993).
14. Мусій О. Шлях до лікарського самоврядування та медичні громадські об'єднання в Україні / О. Мусій : XII Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (25–28 вересня 2008 р., Івано-Франківськ) : тези доповідей. – Івано-Франківськ – Київ–Чикаго : СФУЛТ, 2008. – 608 с.
15. Надюк З. О. Реструктуризація державного управління у сфері охорони здоров'я України / З. О. Надюк: матеріали XIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (30 вересня – 03 жовтня 2010 р., місто Львів). – Львів–Київ–Чикаго : СФУЛТ, 2010 – 768 с.
16. Нечаїв С. / Прес-служба ВУЛТ : Німецький досвід лікарського самоврядування – для України / С. Нечаїв // Ваше здоров'я. – Київ. – 11 квітня 2008. – № 14(941) – С. 3.
17. Нечаїв С. Лікарське самоврядування та законодавчий процес в Україні. / С. Нечаїв // Перший Всеукраїнський конгрес з медичного права і соціальної політики (14–15 квітня 2007 р.). – Київ, 2007. – С. 33–34.
18. Нечаїв С. Німецький досвід лікарського самоврядування / С. Нечаїв // Народна газета. – Київ, 20.03 – 26.03.2008. – № 11(809) – С. 4.
19. Нечаїв С. Проблеми лікарського самоврядування в Україні в контексті реформування вітчизняної охорони здоров'я / С. Нечаїв // Науково-практичний часопис Всеукраїнського Лікарського Товариства «Українські Медичні Вісті» (січень – грудень 2009). – Том 8. – Число 1–4 (68–71). Ювілейний X з'їзд ВУЛТ (м. Євпаторія, 24–27 вересня 2009 року) : матеріали. — Київ, 2009. – 400 с.
20. Нечаїв С. Проблеми теорії і практики державного управління і місцевого самоврядування / С. Нечаїв : матеріали щорічної науково-практичної конференції професорсько-викладацького складу та слухачів Української Академії державного управління при Президентові України. – К. : Видавництво УАДУ, 1996 – 236 с.
21. Нечаїв С. Становлення лікарського самоврядування в Україні / С. Нечаїв // XII Конгрес СФУЛТ 25–28 вересня 2008 : тези доповідей. – Івано-Франківськ–Київ–Чикаго. – 2008. – 608 с.
22. Нечаїв С. Тернистий шлях лікарського самоврядування в Україні / С. Нечаїв // Науково-практичний часопис Всеукраїнського Лікарського Товариства «Українські Медичні Вісті». – Том 7. – Число 1–2 (66–67), січень-червень 2007. IX з'їзд ВУЛТ (м. Вінниця, 10–12 травня 2007 року); тези доповідей. Ювілейний випуск. — Київ, 2007. – 432 с.
23. Нечаїв С. Ходіння по муках українського лікарського самоврядування / С. Нечаїв : тези науково-практичної конференції 19 жовтня 2007 року. – Херсон, 2007. – 160 с.
24. Нечаїв С. Лікарське самоврядування як важлива умова реформування охорони здоров'я в сучасній Україні / С. Нечаїв // Науково-практичний часопис Всеукраїнського Лікарського Товариства «Українські Медичні Вісті» (січень – грудень 2011). – Том 9. – Число 1–4 (72–75). XI з'їзд ВУЛТ (м. Харків, 28–30 вересня 2011 року) : матеріали. — Київ, 2011. – 400 с.
25. Нечаїв С. Справжнє лікарське самоврядування як запорука і передумова успішного реформування охорони здоров'я в Україні / С. Нечаїв: матеріали XIV Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (4–6 жовтня 2012 р., м. Донецьк). – Донецьк–Київ–Чикаго : СФУЛТ, 2012 – 464 с.
26. Перетяка О. Лікарське самоврядування: що це таке? / О. Перетяка // Ваше здоров'я. – 2005. – № 42.
27. Черкес С. О. До питання вдосконалення лікарського самоврядування – Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) / С. О. Черкес, В. В. Кушнір // Науково-практичний часопис Всеукраїнського Лікарського Товариства «Українські Медичні Вісті». – Том 7. – Число 1–2 (66–67), січень–червень 2007. IX з'їзд ВУЛТ (м. Вінниця, 10–12 травня 2007 року); тези доповідей. Ювілейний випуск. — Київ, 2007. – 432 с.
28. Musii Oleg, Nechaiv Stanislav. The Ukrainian Medical Association after entering to the WMA. / WMA, World Medical Journal, Vol. 56, No.5, October 2010, P. 206.
29. Musii Oleg, Nechaiv Stanislav. The Ukrainian Medical Association is going to Europe. / WMA, World Medical Journal, Vol.54, No.1, March 2008, P. 18–19.



## ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПЕРЕВАГИ РОБОТИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЯК ПІДПРИЄМЦЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Розроблена МОЗ України «Концепція охорони здоров'я України» передбачає суттєві зміни. Проблеми назріли давно. Необхідно значно покращити якість первинної медико-санітарної допомоги як жителям села, так і містянам, а також екстреної медичної допомоги. Підвищення якості вторинного рівня амбулаторної медичної допомоги може бути вирішене через створення консультативно-діагностичних центрів, що також сприятиме наближенню медичної допомоги до кожної людини. Стационарна вторинна медична допомога пов'язана з необхідністю оптимізації ліжкового фонду. Ця частина реформи викликає найбільше непорозуміння серед медичної громадськості. Очевидно, що реформа повинна вирішувати два основних завдання:

- покращити надання медичної допомоги людям;
- створити умови медичним працівникам для більш ефективної роботи із забезпечення медичної допомоги, що включає в себе як матеріальне оснащення лікувально-профілактичних закладів, так і покращення побутових умов і зарплати медичних працівників.

На нашу думку, найважливішим питанням є етапність реформування галузі. Безумовно, оптимізація лікарняних ліжок для надання вторинної медичної допомоги необхідна. Розпорошеність цих ліжок у районах, а в невеликих містах – у кількох міських лікарнях, зумовлює не лише недостатнє оснащення необхідним обладнанням, але й неодмінно призводить до низької кваліфікації медичних кадрів. Сьогодні в Україні на одного хірурга припадає близько 45–50 операцій на рік. Очевидно, що хірург, який проводить менше 200 операцій на рік, не може мати достатньої практичної підготовки. Аналогічна ситуація і з іншими спеціальностями, як хірургічного, так і терапевтичного профілю. Окрім того, в районних лікарнях виникає ряд організаційних проблем, пов'язаних з забезпеченням цілодобового чергування фахівців для діагностики та лікування ургентних хворих. Тому виникла ідея оточувати лікарень, у яких можна сконцентрувати в них вторинну стаціонарну медичну допомогу. Сьогодні це єдиний можливий варіант, що заслуговує на те, щоб шукати шляхи його реалізації. Безперечним є і те, що створення оточувати лікарень є ефективнішим у поєднанні з територіальною реформою. Однак хотіли б застерегти, що поспішна (без належної підготовки) реалізація ідеї оточувати лікарень і перерозподіл до них вторинного рівня стаціонарної екстреної медичної допо-

моги хворим, які потребують інтенсивного лікування, із залишенням в районних лікарнях планової медичної допомоги, може призвести до непередбачуваних негативних наслідків. Щоб їх уникнути, необхідно створити добре організовану та достатньо забезпечену мережу закладів центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), добре організовану мережу закладів екстреної медичної допомоги з достатнім забезпеченням санітарним транспортом, оснащеним необхідним обладнанням та системою GPS, а також приведення доріг у відповідність до цивілізованих норм. Важливе значення мають організація та оснащення сучасним рентгенологічним (включно комп'ютерну томографію), ультразвуковим, ендоскопічним, лабораторним та іншим обладнанням консультативно-діагностичних центрів, які повинні бути у кожному районному центрі.

На перший план виступає забезпечення організації ефективної діяльності центрів та закладів первинної медико-санітарної допомоги, їх достатнє матеріальне забезпечення, оснащення телекомунікаційним зв'язком з можливістю проведення аудіо-, відеоконсультацій через систему Skype, передачі інформації (ЕКГ, рентгенограм, комп'ютерних, магнітно-резонансних томограм, результатів УЗД, аналізів крові та інших) через канали телекомунікаційного зв'язку, створення системи самозапису і запису пацієнтів до лікаря та на обстеження через Інтернет, створення бази даних пацієнтів та електронного документообігу. Заклади первинної медико-санітарної допомоги повинні бути розміщені в кожному мікрорайоні міста та в кожному селі.

Перші кроки реформування медицини показали, що адміністративне (наслідком) впровадження реформ викликає спротив як у медичної громадськості, так і в населення та пацієнтів. Очевидно, що потрібно шукати нові форми впровадження цих, на нашу думку, абсолютно доцільних реформ, окреслених Концепцією охорони здоров'я України. Світова практика показує, що найкращим регулятором є економічні важелі. В Україні це може бути якнайшвидше впровадження страхової медицини. Аргументи про неготовність нашого суспільства до впровадження страхової медицини через недостатнє фінансове забезпечення більшості громадян – безпідставні. Вже сьогодні, при виникненні критичних ситуацій пацієнти, поступаючи в стаціонар, змушені витратити значні кошти на забезпечення свого лікування.



Вивчаючи досвід впровадження страхової медицини в Грузії ми звернули увагу на достатньо позитивне сприйняття її громадянами. Слід зауважити, що впровадження страхової медицини відбувалось на фоні практично повної руйнації охорони здоров'я в країні. Однак держава застрахувала за державні кошти всіх громадян на забезпечення гарантованого мінімуму надання медичної допомоги при гострій терапевтичній та хірургічній патологіях. У разі виникнення таких ситуацій у громадянин Грузії, потрапляючи на стаціонарне лікування, забезпечений усім необхідним і не витрачає власних коштів. Якщо у пацієнта виникає бажання провести планове обстеження чи лікування, то для цього необхідно придбати додаткове страхування за власні кошти або кошти роботодавця. У такому випадку економічні важелі страхової медицини найбільш доцільні в інтересах як пацієнтів, так і медиків, регулюють питання роботи первинної ланки сімейного лікаря, а також надання вторинної та третинної медичної допомоги.

Одним з найважливіших питань є кадрове забезпечення первинної ланки охорони здоров'я, особливо в сільській місцевості, де кожен фельдшерсько-акушерський або медичний пункти повинні увійти до складу лікарської дільниці (дільниця лікаря загальної практики, сімейного лікаря). Якщо ми будемо вважати, що створивши необхідні умови для праці та проживання лікаря у віддаленому селі і давши йому добру зарплату ми мотивуємо лікарів до праці в таких селах, – то це є ілюзія. Лікар, маючи сім'ю, хоче щоб його діти ходили в хорошу середню школу, відвідували музичну школу, різні спортивні секції та інше. Тому потрібно шукати ефективніші шляхи мотивації лікарів до роботи в первинній ланці охорони здоров'я і ця проблема є актуальною як в селі, так і у місті. Одним із можливих варіантів може бути наступний – лікар, що має дільницю в сільській місцевості з двох-трьох сіл, яка нараховує близько 1500–2000 осіб, може проживати в районному центрі, в одному з «кущових» сіл або в селищі міського типу та доїжджати щодня на свою дільницю для прийому пацієнтів і надання невідкладної медичної допомоги. Доїзд в радіусі 15–20 км не створить особливих проблем при умові достатнього забезпечення лікаря необхідними ресурсами. На постійній основі в цих селах в медичних офісах (фельдшерсько-акушерські, медичні пункти) можуть перебувати його помічники – фельдшери чи медсестри, підготовлені з місцевих жителів. Заклади первинної медико-санітарної допомоги мають бути в кожному населеному пункті. У селі, де є 300 і менше жителів, повинен бути медичний пункт. У більших селах – фельдшерсько-акушерські пункти, які об'єднуються в лікарські амбулаторії.

Сільські заклади первинної медико-санітарної допомоги повинні бути не лише добре відремонтовані, з комфортабельним житлом для працівників, які працюють на постійній основі, центральним опа-

ленням, холодною та гарячою водою, забезпечені необхідними санітарно-побутовими умовами, Інтернетом, телефонним і телекомунікаційним зв'язком, а й оснащені необхідним обладнанням, інструментами, медикаментами для надання медичної допомоги. У такому закладі має бути стоматологічна установка, де буде працювати лікар-стоматолог, який за графіком приїжджатиме з райцентру. Саме таких 5 закладів ми створили коштами Тернопільського державного медичного університету у віддалених селах Тернопільської області, які ефективно працюють уже близько трьох років.

Пропонуємо також схему оплати праці медичних працівників, які працюють в закладах центрів первинної медико-санітарної допомоги села та міста. Ця схема не передбачає додаткового фінансування та впливає з існуючого в Україні, і в Тернопільській області зокрема, фінансування медицини з розрахунку на одного жителя. На сьогодні після перерозподілу частини фінансів на забезпечення діяльності медичних закладів третинного рівня в місті Тернополі, для забезпечення надання медичної допомоги на первинному, вторинному рівнях та екстреної медичної допомоги залишається 570 гривень на одного жителя. Близько цієї суми припадає і на одного жителя сільської місцевості. Якщо виходити з того, що, згідно з існуючими директивами МОЗ України, на первинну медико-санітарну допомогу виділяється понад 30 % від цієї суми, ми отримуємо 168 – 171 грн на одного жителя для надання первинної медико-санітарної допомоги. У рамках існуючих реалій доцільно відійти від нормативу 1200 жителів на одну сільську дільницю. Як і у місті, одну дільницю в селі доцільно розраховувати на 1500 (нерідко на 2000) жителів. При цьому загальна сума виділених коштів на одну як міську, так і сільську дільницю з кількістю 1500 жителів складе 256,5 тис. гривень, які можна розподілити за схемою, поданою в таблиці 1. Для цього лікар (сімейний лікар, лікар загальної практики) повинен виступати як підприємець – фізична особа та мати ліцензію на право здійснення медичної практики.

Існуюча правова база дозволяє реалізацію такої діяльності. Окрім того, наказом МОЗ України №131 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи», в затвердженому додатку «Примірне положення про центр медичної (медико-санітарної) допомоги» п. 2.2.3 і в додатку «Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» п. 4.8, передбачено цивільно-правові відносини центру первинної медико-санітарної допомоги та лікаря загальної практики – сімейної медицини, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець.

Лікар укладає цивільно-правову угоду з центром первинної медико-санітарної допомоги для надання відповідної медичної допомоги на певній дільниці і працює за другою групою згідно з податковим кодексом. Він сплачує єдиний податок – 20 % від мінімальної заробітної плати; в пенсійний фонд сплачує 34,7 % за себе від мінімальної заробітної плати, а за кожного найманого працівника – 37 % від зарплати останнього (відповідно до ризику – 36 %). Окрім того, 3,6 % від зарплати кожного працівника перераховується в пенсійний фонд і 15 % як податок на доходи фізичних осіб.

Доцільно, щоб в угоді з лікарем–підприємцем було передбачено затвердження річних кошторисів центром первинної медико-санітарної допомоги. Це дасть можливість уникнути неправомірного використання коштів, а за необхідності – вносити корективи щодо оптимізації їх розподілу.

За поданими актами виконаних робіт, які одночасно є звітами про об'єм виконаної роботи, центри помісячно перераховують підприємцю кошти, а він використовує їх за схемою, поданою в таблиці 1. Система саморегулюється – сума коштів, які надходять на дільниці, збільшується зі зростанням кількості жителів на дільниці. Прикладом може бути лікарська дільниця в с. Ілавче, Тернопільської області (табл. 2). Роботу лікаря контролюють відповідні працівники первинної медико-санітарної допомоги. При відхи-

леннях підприємця від об'єму та якості надання медичної допомоги пацієнтам на дільниці, регламентованих угодою, згідно з цією ж угодою повинна бути передбачена можливість її розриву з підприємцем за ініціативи центру в односторонньому порядку.

Дільничні (сімейні) лікарі, лікарі загальної практики, які працюють як підприємці на основі цивільно-правових угод з центрами первинної медико-санітарної допомоги в умовах лікарських амбулаторій, можуть кооперуватися з метою заміни один одного на період відпустки або при відсутності на роботі з інших причин, а також з метою використання більшого досвіду свого колеги за тим чи іншим напрямком медичної діяльності. Така кооперація є звичайним методом в роботі європейських і американських сімейних лікарів (рис. 1). Кооперування лікарів може бути корисним і в плані зменшення чисельності молодшого медичного персоналу й доведення її до оптимальної.

На нашу думку, важливо відійти від жорсткої регламентації штатного розпису та нормативів на одного лікаря – дві медсестри. Доцільно користуватися реальними потребами, що дасть можливість не тільки зекономити кошти, а й уникнути організаційних недоліків, пов'язаних з наказом № 33. Правова основа організації роботи в рамках цивільно-правових угод між лікарем–підприємцем і центром первинної медико-санітарної допомоги допускає таку можливість.

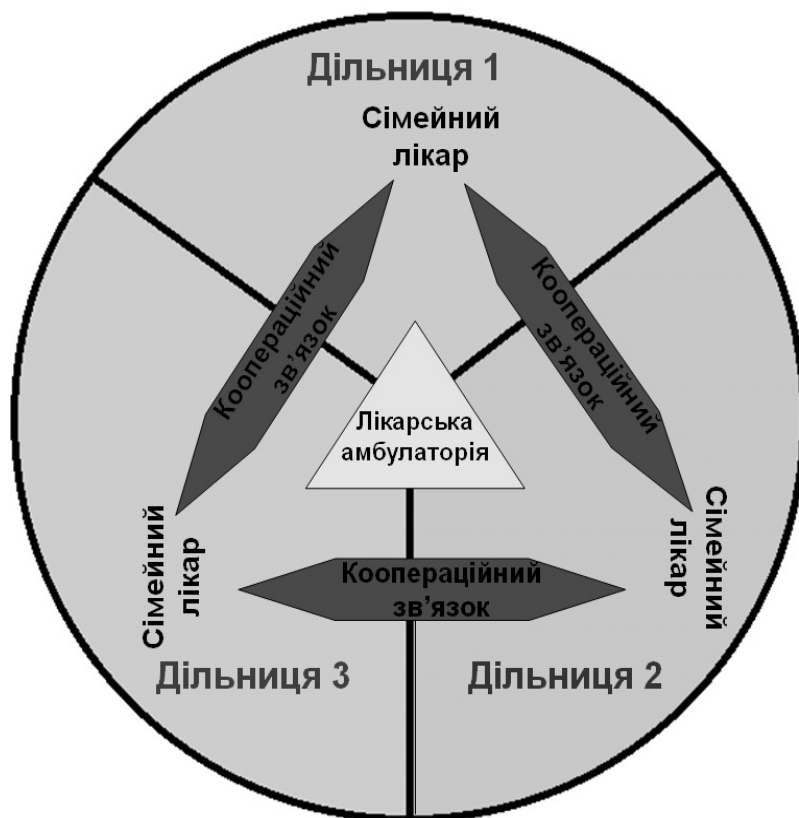


Рис. 1. Схема коопераційних зв'язків лікарів, що знаходяться в цивільно-правових відносинах з центром первинної медико-санітарної допомоги в умовах лікарської амбулаторії.

## Розрахунки витрат на дільницю (в тис. грн)

	Кількість працівників		Сума видатків за місяць								Сума видатків з податками та відрахуваннями в ПФ за місяць		Сума видатків з податками та відрахуваннями в ПФ за рік	
	місто	село	заробітна плата	медикаменти	бензин		ком-послуги		оренда офісу *)		місто	село	місто	село
					місто	село	місто	село	місто	село				
Лікар	1	1	5,0	1,0	-	1,8	1,0	1,0	2,7	1,35	11,98	12,29	143,76	147,48
Медсестра	2	2	2,0	-	-	-	-	-	-	-	5,48	5,48	65,76	65,76
Санітарка	1	1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	1,51	1,51	18,08	18,08
Всього (тис. грн)											18,97	19,28	227,6	231,32

**Примітки.** Податки та відрахування в Пенсійний фонд:

– єдиний податок (20 % від мінімальної заробітної плати); відрахування в Пенсійний фонд (за підприємця 34,7 % від мінімальної зарплати, за кожного працівника 37 % від зарплати працівника, 3,6 % від зарплати працівника);

\*) 54 грн/кв.м – оренда державного майна для міста та 27 грн/кв.м – для села з урахуванням площі 50 кв.м. Оренда офісу при відповідному рішенні органу місцевого самоврядування може складати 1 грн. за рік.

## Розрахунки витрат на дільницю с. Ілавче Тербовлянського району Тернопільської області

Розрахунки витрат на дільницю													
Кількість жителів – 2300 чел.													
Сума на 1 жителя – 168 грн													
Загальна сума коштів на амбулаторію: 168x2300=386 400 грн													
Відрахування на офіс: 9,42%=36400 грн													
Сума, яка залишається в амбулаторії, – 350 000 грн													
	к-сть працівників	посад. оклад	зароб. плата	нарахування 34,7% лікар 35,2% всі прац.	податки	придб. медикам.	витрати на оренду приміщення	комунальні послуги	витрати на пальне	витрати на автомобіль	непередбачені витрати	на офіс	потреба коштів ВСЬОГО
					230 грн на місяць		1 грн. на рік		126 л на місяць 4,2 л на день			9,42 % від всієї суми 36400 грн.	
Сім. лікар	1	7877,33	7877,33	2733,43									
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Санітарка	0,5	1278	639	224,93									
Водій	0,5	1394	697	245,34									
Двірник	0,25	1147	286,75	100,94									
МІСЯЦЬ	5,25		15113,1	5280,42	230	1099,58		3441,67	1385,42	437,42			
РІК			181357	63365,01	2760	13195	1	41300	16625	5249	26148,03		350000,00

**Примітка.** Кошти, виділені на медикаменти, повинні бути використані повністю – це підтверджується чеками на їх придбання і відповідними записами в амбулаторних картах. Кошти, виділені на комунальні послуги, обслуговування автомобіля, пальне, зарплату для технічного персоналу, лікар–підприємець при економії може використати на власний розсуд, у тому числі на доповнення своєї зарплати та інших працівників.

Таблиця 3

Штати офісу центру первинної медико-санітарної допомоги згідно з наказом МОЗ № 129 від 23.02.2012

№		Кількість ставок	Зарплата	Зарплата з нарахуваннями
1	Головний лікар	1	1921	2618,323
2	Заступник головного лікаря	1	1825	2487,475
3	Завідувач господарством	1	1302	1774,626
4	Головна медична сестра	1	1445	1969,535
5	Головний бухгалтер	1	1729	2356,627
6	Зав. інформаційно-аналітичним кабінетом	1	1802	2456,126
7	Статистик медичний	1	1683	2293,929
8	Інженер-програміст	1	1445	1969,535
9	Бухгалтер з обліку основних засобів	1	1445	1969,535
10	Бухгалтер з обліку медикаментів, господарських матеріалів	1	1445	1969,535
11	Спеціаліст з фінансового обліку (бухгалтер)	1	1445	1969,535
12	Економіст	1	1445	1969,535
13	Спеціаліст з розрахунків з працівниками (бухгалтер)	1	1445	1969,535
14	Інспектор відділу кадрів	1	1445	1969,535
15	Юрисконсульти	0,5	1445	984,7675
16	Секретар	1	1119	1525,197
17	Сестра-господарка	1	1119	1525,197
18	Водій	1	1129	1538,827
19	Технік об'єднаних служб з обслуговування і поточного ремонту інженерних комунікацій	1	1223	1666,949
20	Прибиральниця – одна на 250 м кв.	1	1203	1639,689
21	Двірник	1	1094	1491,122
22	Інженер з охорони праці	1	1445	1969,535
23	Електрик	1	1123	1530,649
24	Столяр	1	1129	1538,827
	<b>Всього за місяць</b>		<b>33851</b>	<b>45154,15</b>
	<b>Всього за рік</b>			<b>541849,7</b>

Таблиця 4

Запропонований штат офісу центру первинної медико-санітарної допомоги

№		Кількість ставок	Зарплата	Зарплата з нарахуваннями
1	Головний лікар	1	1921	2618,323
2	Заступник головного лікаря	1	1825	2487,475
3	Завідувач господарством	1	1302	1774,626
4	Головний бухгалтер	1	1729	2356,627
5	Інспектор	3	1445	5908,605
6	Зав. інформаційно-аналітичним кабінетом	1	1802	2456,126
7	Статистик медичний	1	1683	2293,929
8	Інженер-програміст	1	1445	1969,535
9	Бухгалтер	1	1445	1969,535
10	Економіст	1	1445	1969,535
11	Юрисконсульти	0,5	1445	984,7675
12	Водій	1	1129	1538,827
13	Технік об'єднаних служб з обслуговування і поточного ремонту інженерних комунікацій	1	1223	1666,949
14	Прибиральниця – одна на 250 м кв.	1	1203	1639,689
	<b>Всього за місяць</b>			<b>31634,55</b>
	<b>Всього за рік</b>			<b>379614,6</b>



Як видно з даних таблиці 1, при такій схемі лікар буде отримувати 5 тис. грн, медсестра – 2 тис. грн, санітарка – 1,1 тис. грн. Окрім того, лікар для надання медичної допомоги буде отримувати 1 тис. грн. (на місяць) для закупівлі медикаментів і кошти на бензин у селі – 5 л на день.

Згідно з даними таблиці 2, при кількості населення на дільниці 2300, лікар буде отримувати зарплату близько 8 тис. грн.

Офіс центру первинної медико-санітарної допомоги з штатом (24 працівники), затвердженням МОЗ

України № 129 від 23.02.2012 р., відповідно в умовах міського району на 50 дільниць буде отримувати 28,9 тис. грн.  $\times 50 = 1$  млн 445 тис. грн., при видатках на заробітну плату з нарахуваннями – 541,8 тис. грн (або 379,6 тис. грн згідно з запропонованим нами штатом) (табл. 5), а в селі з центром первинної медико-санітарної допомоги на 40 лікарських дільниць відповідно 25,18 тис. грн  $\times 40 = 1007,2$  тис. грн, при видатках на заробітну плату – 379,6 тис. грн, згідно з запропонованим нами штатом (табл. 6).

Таблиця 5

**Офіс центру первинної медико-санітарної допомоги в умовах міста (50 дільниць)**

Забезпечення первинної допомоги на одного жителя (30 %)	Розрахункове фінансування на 1500 жителів дільниці	Сума видатків на одну дільницю на рік (з податками)	Кошти однієї дільниці на утримання офісу	Фінансове забезпечення офісу на рік	Заробітна плата офісу з нарахуванням
171 грн	171 грн $\times$ 1500 = 256,5 тис. грн	227,6 тис. грн	256,5 тис. грн – 227,6 тис. грн = 28,9 тис. грн	28,9 тис. грн $\times$ 50 = 1 млн 445 тис. грн	541,8 тис. грн (штатний розпис згідно з наказом 129) або 379,6 тис. грн (згідно з табл. 3)

Таблиця 6

**Офіс центру первинної медико-санітарної допомоги в умовах сільського району на 60 тис. жителів (40 дільниць)**

Забезпечення первинної допомоги на одного жителя (30 %)	Розрахункове фінансування на 1500 жителів дільниці	Сума видатків на одну дільницю на рік (з податками)	Кошти однієї дільниці на утримання офісу	Фінансове забезпечення офісу на рік	Заробітна плата офісу з нарахуванням
171 грн	171 грн $\times$ 1500 = 256,5 тис. грн	231,32 тис. грн	256,5 тис. грн – 231,32 тис. грн = 25,18 тис. грн	25,18 тис. грн $\times$ 40 = 1007,2 тис. грн	379,6 тис. грн

За іншим варіантом при використанні штатних посад у закладах первинної медичної допомоги лікарень, які знаходяться в штаті ЦПМСД, можливим є нарахування їм надбавок до зарплати за критеріями, що перевищують нормативну кількість жителів на дільниці або об'єм виконаної роботи.

Вважаємо, що при запропонованій схемі організації медичної допомоги на лікарських дільницях штат офісу центру первинної медико-санітарної допомоги, враховуючи, що підприємець бере на себе

ряд організаційних функцій, можна скоротити до 16 осіб (табл. 4).

Очевидно, що при такій схемі немає потреби в 5 бухгалтерах, головній медсестрі та деяких інших посадах, передбачених наказом № 129 від 23.02.2012 р. (табл. 3).

Можна вважати, що при здійсненні цих заходів з'являється мотивація до роботи в первинній ланці охорони здоров'я лікарів та іншого медичного персоналу. Ці заходи також будуть сприяти і переходу до страхової медицини.

**Список літератури**

1. Ковальчук Л. Я. Проблеми кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я та можливі шляхи їх вирішення // Л. Я. Ковальчук // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. -№2.– С. 30-36.
2. Концепція реформування охорони здоров'я Тернопільської області (п'ята редакція) / за ред. Л. Я. Ковальчука, М. М. Буртняка, А. Г. Шульга. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. – 63 с.
3. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611 -VI [Електронний ресурс]. – Ре-

- жим доступу :<http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги : наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 129 [Електронний ресурс]. – Режим доступу :<http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві": Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу :<http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Ageing and health : The European Health Report, 2002 / WHO, Eur.-Ser. № 97. – P. 61-64.

## ПЕРСПЕКТИВИ І ПРОБЛЕМИ ВВЕДЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

*Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України», м. Київ, Україна*

Народження системи охорони здоров'я Бісмарка стало відправною точкою розвитку страхової медицини у світі. У 1883 році в Німеччині було прийнято перший у світі закон про медичне страхування. З того часу ідея канцлера Бісмарка зазнала значних модифікацій. Оскільки кожна країна вибудовувала власну модель медичного страхування – залежно від історичного шляху, певних традицій, демографічної та економічної ситуацій. Та й у межах однієї країни прийнята модель з часом змінювалася – так, як «підказували» соціально-економічні обставини.

За даними ВООЗ, державні витрати за рахунок медичного страхування були домінуючими серед країн-членів Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) і в країнах з перехідною економікою, а також окремих західних країнах Тихого океану і Північної Африки. Приватне медичне страхування відіграло ключову роль у багатьох країнах Латинської Америки і США.

У Європі фонди медичного страхування відповідають за 70 % загальних витрат на охорону здоров'я, при цьому забезпечуючи покриття послуг майже для 100 % населення. Це стосується також і систем обов'язкового приватного медичного страхування в Нідерландах і Швейцарії.

За даними національних рахунків охорони здоров'я ВООЗ, фінансування охорони здоров'я на глобальному рівні характеризується таким чином:

- державні бюджети фінансують 33 % глобальних витрат на охорону здоров'я;
- фонди соціального медичного страхування охоплюють 25 % глобальних витрат на охорону здоров'я;
- на фонди приватного медичного страхування припадає 20 % глобальних витрат на охорону здоров'я;
- витрати з власної кишені та інші приватні витрати відповідають за 22 % глобальних витрат на охорону здоров'я.

В країнах ЄС існують різні механізми збору коштів для фінансування охорони здоров'я, в тому числі державні (податки і внески соціального страхування) і приватні (приватне медичне страхування, ощадні рахунки медичного страхування (ОРМС), а також прямі платежі населення у формі оплати послуг, що не входять в базовий набір, часткової оплати послуг, що входять в базовий набір, неофіційні платежі). Є характерним, що з початку 1990-х рр. зафіксовано «поштовх», особливо в «нових» країнах ЄС (Болгарії, Литві, Польщі і Румунії), від фінансування через податки в сторону соціального страхування як основного механізму збору коштів (табл. 1).

**Перевагою** фінансування на **основі оподаткування** є те, що воно «об'єднує» ризики для 100 % населення, оскільки повністю перерозподіляє їх між групами з високими та низькими доходами, а також залишає потенціал для ефективного адміністрування та контролю витрат, оперативність та пропорційність фінансування медичних закладів усіх ланок надання медичної допомоги, можливість концентрації коштів для вирішення найбільш актуальних завдань та дій в екстремальних ситуаціях. Серед **недоліків** – ризик нестабільного фінансування та недофінансування через перерозподіл з огляду на інші державні пріоритети, а також брак конкуренції між постачальниками послуг та не завжди ефективна система державного контролю, відсутність стимулів до ефективної роботи медичного персоналу з метою підвищення якості медичного обслуговування.

Так само **соціальне страхування** має свої «плюси» (стабільні надходження, значна підтримка з боку населення, доступ до широкого пакета послуг, можливість залучення соціальних партнерів, перерозподіл «ризиків» серед учасників із високими і середніми доходами). Однак є й «мінуси» – малозабезпечені громадяни можуть не отримати доступу до послуг, якщо їх не субсидує держава; страхові внески можуть знижувати конкурентоспроможність організацій і призводити до безробіття; можливі складнощі в управлінні, звітності. До того ж такий вид страхування може значно нарощувати витрати, якщо не запровадити ефективні механізми закупівель медичних послуг. Та і схеми громадських фондів можуть бути фінансово нестійкими, якщо їх не підтримувати державними субсидіями.

Багато «нових» країн ЄС відійшли від фінансування за рахунок оподаткування і впровадили цільові відрахування на медичне страхування із заробітної плати (наприклад, Угорщина у 1990 році, Естонія у 1992-му, Чеська Республіка у 1993-му, Болгарія, Польща, Румунія у 1999-му). Цьому сприяла низка як політичних, так і економічних причин.

Результати цих реформ неоднозначні. На думку окремих дослідників, внески на соціальне страхування не доповнили коштів на охорону здоров'я від оподаткування, а, скоріше, замінили їх.

Крім того, виникли труднощі щодо отримання достатніх коштів для системи охорони здоров'я у зв'язку зі зростанням рівня безробіття, неформальної економіки та самостійної зайнятості, а також внаслідок старіння населення і пов'язаного з цим зростання збільшення частки непрацюючих.

Порівняльна таблиця основних методів фінансування охорони здоров'я (адаптовано з Джерела<sup>1</sup>)

Фінансування на основі оподаткування		Соціальне страхування (в т. ч. громадські страхові фонди та мікростраховування)		Приватне медичне страхування	
Переваги	Недоліки	Переваги	Недоліки	Переваги	Недоліки
Об'єднання ризиків для 100 % населення. Повною мірою здійснює перерозподіл між особами з високим та низьким ризиком, високими та низькими доходами серед населення. Залишає потенціал для адміністративної ефективності та контролю витрат	Ризик нестабільного фінансування та недофінансування через перерозподіл на інші пріоритети державного фінансування. Може бути неефективним через брак конкуренції між постачальниками послуг та не завжди ефективною системою державного контролю	Стабільні надходження. Часто має суттєву підтримку від населення. Доступ до широкого пакета послуг. Залучає соціальних партнерів. Виконує перерозподіл між особами з високим та низьким ризиком, високими та низькими доходами серед учасників	Малозабезпечені можуть не мати доступу до послуг, якщо не субсидуються державою. Страхові внески можуть знижувати конкурентоспроможність і призводити до безробіття. Складність управління. Самоуправління та звітність можуть становити проблему. Може призвести до значного зростання витрат, якщо не запровадити ефективні механізми закупівель медичних послуг. Схеми громадських фондів можуть бути фінансово нестійкими, якщо не підтримуються державними субсидіями	Має перевагу перед прямими платежами з власної кишені. Підвищує фінансову захищеність для тих, хто здатен платити. Сприяє підвищенню якості та економічності ефективності медичних послуг	Високі витрати на адміністрування. Неефективний у плані зниження фінансового тягаря на державне фінансування охорони здоров'я. Сприяє нерівності без субсидій по внесках або регулювання страхового пакета та його ціни. Потребує адміністративної та фінансової інфраструктури й організаційної спроможності

Однак ці проблеми можна вирішити – наприклад, оподатковуючи не тільки заробітки, а й інші доходи, підвищивши продуктивність державного сектора, створюючи соціально-економічні передумови для колективного фінансування.

Також не можна говорити про «провал», аналізуючи лише одну з функцій системи фінансування охорони здоров'я (маю на увазі функцію збору коштів), оскільки це не враховує інших сфер діяльності всієї системи. Тому відповідь на це запитання лежить у площині комплексної оцінки системи фінансування в розрізі її функцій, які передбачають, крім збору коштів, ще і їх об'єднання, закупівлю послуг і їх надання.

В цілому країни ЄС можна розділити на три чітко виражені групи. Найбільша група складається із країн, де охорона здоров'я фінансується головним чином із внесків соціального страхування (**Австрія, Бельгія, Угорщина, Німеччина, Литва, Люксембург, Нідерланди, Польща, Румунія, Словаччина, Словенія, Франція, Республіка Чехія і Естонія**). В другу групу входять країни, де система охорони здоров'я фінансується в основному із податків (**Данія, Ірландія, Іспанія, Італія, Мальта, Португалія, Фінляндія, Норвегія, Швеція, Великобританія**)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Anne Drouin Methods of financing health care. A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage. International Social Security Association, 2008. This document is available on <http://www.issa.int/Resources>

<sup>2</sup> Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. – Четвертая публикация серии, издаваемой Европейской обсерваторией по системам здравоохранения (ЕОСЗ). – 2011. – 18 с.

В третю групу входять країни, які все ще значною мірою використовують прямі платежі населення (**Болгарія, Греція, Кіпр і Латвія**).

Збір внесків соціального страхування здійснюється або **централізовано** (центральними агенціями/фондом) (Бельгія, Болгарія, Латвія, Нідерланди, Польща, Румунія, Франція, Естонія), або **власне фондами медичного страхування** (Австрія, Німеччина, Греція, Литва, Словаччина, Словенія, Чеська Республіка). Наприклад, в Австрії, Німеччині, Греції, Словаччині, Чеській Республіці існують механізми, які спрямовані на вирівнювання доходів чи ризиків між різними фондами, при цьому частка доходів, яка перерозподіляється, коливається від 60 % у Чехії до 100 % в Австрії і Німеччині.

Розмір внесків встановлюється централізовано (виняток Німеччина, Греція), зазвичай у вигляді фіксованої частини доходів для всіх категорій населення, хоча в окремих країнах існують винятки, коли для певних категорій населення встановлюються нижчі рівні внесків<sup>3</sup>.

Міжнародний досвід свідчить, що надання фондам медичного страхування права самостійно встановлювати розмір внесків може негативно впливати на рівність доступу до фінансування, особливо, якщо це пов'язано з певним видом діяльності (приклад Німеччини до 1996 року, Греції). Наявність верхньої межі внесків (що є характерним для більшості

країн ЄС) також може негативно впливати на рівність у фінансування. Окремі приклади величини внеску, граничної межі, співвідношення величини внесків наведені в таблиці 2.

Також важливим є аналіз збору коштів та їх об'єднання (табл. 3).

Щодо українських реалій у частині запровадження обов'язкового державного медичного страхування, то цей процес в Україні занадто затягнувся, і вже не перший рік намагаються його впровадити. Його запровадження потребує чіткого визначення правових, організаційних та фінансових засад. Ефективне забезпечення прав громадян на охорону здоров'я є першочерговим соціальним пріоритетом. Конче важливо, аби особа, котра стає учасником такої системи, почувалася захищеною.

Якщо розглядати чинну законодавчу базу, то Конституцією від 28.06.1996 року № 254к/96-ВР (редакція від 02.03.2014 року) визначено право кожного громадянина України на охорону здоров'я, медичну допомогу та **медичне страхування** (стаття 49).

З прийняттям Постанови Верховної Ради України від 21.12.1993 року № 3758-XII «Про проект Концепції соціального забезпечення населення України» схвалено Концепцію соціального забезпечення населення України, де було визначено, що «Соціальне страхування є джерелом матеріального забезпечення громадян у разі безробіття, захворюван-

Таблиця 2

Величина внесків на медичне страхування в окремих країнах ЄС<sup>4</sup>

Країна	Величина внеску	Гранична межа	Співвідношення величини внесків (роботодавець/найманий працівник – Р/НП)
Австрія	Різна – в основному 7,5 %	Так	Приблизно 50/50
Бельгія	Р/НП: 37,8 %; зниження величини внеску для державних службовців (ДС) (7,3 %) і самостійно зайнятих (СЗ) (19,6 %)	Р/НП, ДС – немає, СЗ – так	65,5/34,5; ДС – 52/48
Франція	13,5 % (для осіб з низьким рівнем доходів розмір знижено); загальний соціальний внесок – 5,25 % (3,95 % з допомог і пенсій)	Ні	94/6
Польща	9 %	Ні	0/100
Естонія	13 %	Ні	100/0
Литва	3 % (Р) і 30 % (НП, СЗ) податку доходу на фізичних осіб спрямовується на охорону здоров'я; фермер (Ф) – 3,5 % і 1,5 % від мінімального заробітку, інші – 10 % середньої заробітної плати	Ні	100/0
Латвія	Частина податку доходу на фізичних осіб спрямовується на охорону здоров'я	Ні	100/0
Болгарія	6 %	Ні	70/30

Примітка. Р – роботодавець; НП – найманий працівник; Ф – фермери; СЗ – самозайняті; ДС – добровільне страхування.

<sup>3</sup> Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон, Ж. Фигераса, Дж. Кутцина; Европейская обсерватория по системам здравоохранения. – Бакинхем : Издательство OpenUniversity Press, 2002. – 463 с.

<sup>4</sup> Sarah Thomson. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения / Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos; Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – 2010. – С. 39.



Характеристика збору коштів, їх об'єднання в окремих країнах ЄС<sup>5</sup>

Країна	Структура ринку	Об'єднання (кількість)	Покупці послуг (кількість)	Схеми вирівнювання ризиків
Австрія	Чисельні не конкуруючі між собою фонди займаються збором коштів, їх об'єднанням і закупівлею послуг	Фонди (21)	Фонди (21)	100 % коштів фонду розподіляється з урахуванням суми на одного застрахованого, витрат на утриманців і пенсіонерів, коефіцієнтів коригування для великих міст, місцезнаходження фонду
Бельгія	Централізований збір коштів. Закупівлею займаються конкуруючі фонди. Вільний вибір фонду (за виключенням працюючих на залізниці)	Загальнонаціональний фонд (1)	Фонди (7)	30 % бюджету фонду розподіляється згідно з подушовою формулою з урахуванням страхового статусу (пенсіонери, вдівці і вдови, інваліди), віку, статі, складу сім'ї, рівня безробіття, рівня смертності, ступеня урбанізації і статусу непрацездатності
Франція	Централізований збір і об'єднання коштів. Закупівлею послуг займаються не конкуруючі між собою фонди, які побудовані за професійним принципом	Загальнонаціональний фонд (1)	Схеми медичного страхування (3)	Кошти перерозподіляються за схемами медичного страхування на основі подушової формули з урахуванням віку і статі. Схема медичного страхування покриває 85% населення
Польща	Централізований збір і об'єднання коштів. Закупівлею послуг займається Єдиний фонд	Загальнонаціональний фонд (1)	Загальнонаціональний фонд (1)	Ні
Естонія	Централізований збір і об'єднання коштів. Закупівлею послуг займаються не конкуруючі між собою територіальні фонди	Загальнонаціональний фонд (1)	Регіональні фонди (4)	Податкова служба переводить кошти Загальнонаціональному фонду, який розподіляє їх до регіональних фондів за формулою з урахуванням віку
Литва	Єдиний фонд займається збором і об'єднанням коштів, а також закупівлею послуг	Загальнонаціональний фонд (1)	Регіональні фонди (5)	Загальнонаціональний фонд переводить кошти регіональним фондам

ня, нещасного випадку, а також у старості. Відповідно до цього запроваджуються такі самостійні види соціального страхування: страхування на випадок безробіття; медичне страхування; страхування від нещасного випадку на виробництві; пенсійне страхування».

Концепцією чітко окреслено основні принципи, на яких має будуватися система соціального страхування в Україні, насамперед принципах обов'язковості, солідарності, рівноправності усіх застрахованих осіб стосовно зобов'язань щодо фінансування витрат і одержуваних у результаті цього прав і гарантій, державної гарантованості виплат по соціальному страхуванню. Також передбачалася ав-

тономність управління діяльністю фондів соціального страхування на принципах соціального партнерства і самоврядування під контролем держави.

Як тоді передбачалося, Фонд медичного страхування мав створюватися за рахунок страхових внесків підприємств та громадян, а також благодійних внесків громадян і підприємств, кредитів банків, інших кредиторів та інших джерел, формування яких не заборонено законодавством України.

За рахунок коштів фонду передбачалося фінансувати медичну допомогу; лікування в медичних закладах; допомогу: у разі тимчасової непрацездатності у зв'язку з хворобою, по догляду за хворою дитиною, по вагітності і пологах, при народженні

<sup>5</sup> Там же, с. 40–44.

дитини, по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку; санаторно-курортне лікування та відпочинок; допомогу на поховання (крім поховання пенсіонерів); медичну допомогу і лікування незастрахованих осіб у випадках, передбачених законодавством<sup>6</sup>. Тобто медичне страхування мало охоплювати покриття набагато ширшого кола як власне медичних, так і соціальних витрат.

У 1998 році Основами законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14.01.1998 року № 16/98-ВР (редакція від 11.08.2013 року) визначено, що залежно від страхового випадку є наступні види загальнообов'язкового державного соціального страхування: пенсійне страхування; страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням; **медичне страхування**; страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності; страхування на випадок безробіття. Відповідно було прийнято 4 закони, якими врегульовано вищевказані види загальнообов'язкового державного соціального страхування, **за виключенням медичного**. Тобто частину соціальних витрат на покриття різних допомог було віднесено до компетенцій Фонду соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням.

Крім того, Законом України від 07.03.1996 року № 85/96-ВР (редакція від 11.08.2013 року) «Про страхування» визначено **види добровільного та обов'язкового медичного страхування**. Положеннями цього закону започатковано правові передумови для розвитку ринку добровільного медичного страхування, **медичне страхування** внесено до переліку видів обов'язкового цивільно-правового страхування.

Відправною «крапкою» протистояння двох концепцій обов'язкового медичного страхування стало саме прийняття Основ законодавства про соціальне страхування від 14.01.1998 року № 16/98-ВР, положеннями яких підтверджено необхідність створення системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування як форми забезпечення конституційного права громадян на безоплатну медичну допомогу, медичне страхування<sup>7, 8</sup>.

Також було регламентовано, що до медичного страхування віднесено покриття витрат на діагностику та амбулаторне лікування; стаціонарне лікування; надання готових лікарських засобів та медичних виробів; профілактичні та освітні заходи; забез-

печення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання (стаття 25 п. 2). Обсяг послуг, що надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, мав визначатися базовою та територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджуються в порядку, встановленому законодавством.

Було визначено, що до страхових випадків, з настанням яких надаються матеріальне забезпечення та соціальні послуги, належать: тимчасова непрацездатність; вагітність і пологи; інвалідність; хвороба; досягнення пенсійного віку; смерть годувальника; безробіття; соціальні послуги та інші матеріальні витрати, пов'язані з певними обставинами; нещасний випадок на виробництві; професійне захворювання (ст. 26).

Крім того, було врегульовано, що страхові фонди є органами, які здійснюють керівництво та управління окремими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування, провадять акумуляцію страхових внесків, контроль за використанням коштів, забезпечують фінансування виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та здійснюють інші функції згідно з затвердженими статутами. Усі застраховані громадяни є членами відповідних страхових фондів залежно від виду соціального страхування. Страхові фонди є **некомерційними самоврядними організаціями** і виконують функцію страховика. Кошти цільових страхових фондів не включаються до складу Державного бюджету України.

З прийняттям Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 08.07.2010 року № 2464-VI взяття на облік страхувальників, забезпечення збору та обліку страхових коштів, контроль за повнотою та своєчасністю їх сплати, ведення Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування, у т. ч. персоніфікованого обліку відомостей про застрахованих осіб, здійснюють органи доходів і зборів та Пенсійний фонд України в межах компетенції.

Єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування (ЄВ) – це консолідований страховий внесок на пенсійне страхування, страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням, **медичне страхування**, страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності,

<sup>6</sup> Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні. Матеріали Проекту Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (посібник 2) / А. Драгомiрiстяну, А. Малагардiс, В. Рудий, М. Мучник. – К., 2005. – С. 29–34.

<sup>7</sup> Правова основа для запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Матеріали Проекту Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні». – К., 2005. – 12 с.

<sup>8</sup> Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні. Матеріали Проекту Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (посібник 2). – К., 2005. – С. 29–34.

страхування на випадок безробіття, який в обов'язковому порядку сплачується страхувальниками з метою забезпечення реалізації прав застрахованих осіб на отримання страхових виплат (послуг) за соціальним страхуванням (стаття 21 Основ законодавства про соціальне страхування).

На сьогодні питання адміністрування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування передані до сфери компетенції органів доходів і зборів (Закон України від 11.08.2013 року № 406-VII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з проведенням адміністративної реформи»). До компетенції Пенсійного фонду України належать здійснення контролю за додержанням законодавства про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування, правильністю нарахування, обчислення, повнотою і своєчасністю сплати страхових внесків та інших платежів, за достовірністю поданих відомостей про осіб, що підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, призначення (перерахунок) та виплата пенсій.

Законодавчо визначено, що розмір єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування та пропорції його розподілу за видами загальнообов'язкового державного соціального страхування встановлюються Верховною Радою України.

Тобто в рамках чинного законодавства при запровадженні медичного страхування можна говорити тільки про зміну пропорцій у розподілі ЄВ, оскільки запровадження окремого додаткового збору на загальнообов'язкове державне медичне страхування може призвести до збільшення навантаження на фонд оплати праці. (Довідково: *розмір єдиного внеску для кожної категорії платників залежить від класу професійного ризику та встановлюється у межах від 36,76 до 49,7 % для бюджетних установ – 36,3 % визначеної бази нарахування, що сплачується підприємствами, установами, організаціями незалежно від форми власності, які використовують працю фізичних осіб на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством у відсотках від суми нарахованої заробітної плати*).

Крім того, упродовж останніх років актуальними є питання дефіциту бюджету Пенсійного фонду України (ПФУ), зокрема порушення принципу економічної залежності видатків на споживання від отриманих доходів і ВВП, дисбаланс розвитку пенсій-

ної системи в рамках його дохідної і видаткової частин, залежність його бюджету від дотацій із державного бюджету<sup>9,10</sup>. Також значну роль відіграє і старіння нації, що призводить до скорочення частки працюючого населення та, відповідно, зростання навантаження на ПФУ. Тому питання збалансованості бюджету Пенсійного фонду України залишається досить актуальним, і питання перерозподілу ЄВ із врахуванням запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування потребує зважених дій і кроків.

Можливо, необхідно говорити не лише про запровадження системи медичного страхування, а і про проведення системного реформування всіх органів соціального страхування та уніфікації законодавства у цій сфері за умови його запровадження.

На сьогодні у Верховній Раді України зареєстровано два законопроекти про загальнообов'язкове державне медичне страхування (від 21.03.2013 року № 2597, ініціатор законопроекту народний депутат України Я. М. Сухий, від 06.02.2014 року № 2597-1, ініціатори законопроекту народні депутати України В. В. Дудка, Т. Д. Бахтеєва, А. Ф. Шипко, А. І. Кіссе, С. С. Фабрикант, О. М. Біловол). Ними передбачається створення системи загальнообов'язкового медичного страхування як окремого виду загальнообов'язкового державного соціального страхування. Обидва законопроекти є альтернативними і пройшли опрацювання у відповідних комітетах Верховної Ради України.

На думку експертів головного науково-експертного управління Верховної Ради України, концептуальна вразливість запропонованого підходу до побудови системи медичного страхування, яка запропонована вищевказаними законопроектами, стає особливо помітною в умовах недостатності фінансових ресурсів у державі. Створення п'ятого фонду соціального страхування (сьогодні вже діють Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття, Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та Пенсійний фонд України) об'єктивно може призвести до значного збільшення витрат на організаційні заходи<sup>11</sup> та дублювання ряду функцій по страхуванню здоров'я, які покладені зараз на Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, зокрема по медичній реабілітації,

<sup>9</sup> Тимошенко М. В. Проблеми наповнення Пенсійного фонду України в контексті стійкості державних фінансів / М. В. Тимошенко, Ю. В. Рогожа // Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». – 2013. – № 11. [Електронний документ]. – <http://www.economy.nayka.com.ua/?n=3&y=2014>. – Назва з екрана.

<sup>10</sup> ПРЕС-РЕЛІЗ: У Пенсійному фонді України підбито підсумки роботи у 2013 році та визначено завдання на 2014 рік [Електронний документ]. – [http://www.pfu.gov.ua/pfu/control/uk/publish/article?art\\_id=214266&cat\\_id=38981](http://www.pfu.gov.ua/pfu/control/uk/publish/article?art_id=214266&cat_id=38981). – Назва з екрана.

<sup>11</sup> За розрахунками Інституту праці і зайнятості населення, чисельність працівників Фонду, які виконуватимуть тільки функції по плануванню, укладанню договорів, обліку щодо надання медичних послуг, орієнтовно має становити 4,7 тис. осіб. Крім того, така ж чисельність необхідна для виконання функцій фінансування, бухгалтерського обліку, кадрового, юридичного, організаційного та обслуговуючого забезпечення. Тобто орієнтовно чисельність Фонду може становити 9 тис. осіб. Для розміщення такої кількості працівників необхідна робоча площа у розмірі більше 70 тис. квадратних метрів, яку потрібно вишукати. Крім того, значні кошти будуть необхідні для навчання працівників основам медичного страхування.

відновленню здоров'я застрахованих осіб і членів їх сімей, дітей, у т. ч. профілактичні заходи<sup>12</sup>.

Також останнім часом серед широкого кола як фахівців, так і населення існує ілюзія, що прийняття відповідного законодавчого акта і запровадження системи медичного страхування стане «панацеєю» при проведенні реформ національної системи охорони здоров'я, що дозволить відразу змінити всю систему фінансування та надання медичної допомоги населенню.

Як свідчить досвід країн із соціально орієнтованою ринковою економікою, навіть при страховій моделі фінансування, держава та органи місцевого самоврядування фінансують з бюджетів не менше половини видатків на охорону здоров'я.

Крім того, досвід переходу від суто бюджетного до страхового фінансування медицини свідчить, що він супроводжується численними негативними наслідками, насамперед, зростанням загальних видатків та порушенням системи фінансування закладів охорони здоров'я при відсутності реального покращання якості медичних послуг з одночасним збереженням неформальних видів оплати за їх надання<sup>13</sup>, що може стати досить критичним у кризовій економічній ситуації, яка на сьогодні склалася в державі.

Низка досліджень, які були проведені для вивчення впливу соціального страхування в країнах з низькими та нижче середнього рівня доходами у країнах Африки та Азії (2012 р.)<sup>14</sup> на основі рандомізованих контрольованих, квазіекспериментальних і неекспериментальних досліджень, показали, що медичне страхування – це лише інструмент, спосіб покриття витрат на медичне обслуговування. Соціальне медичне страхування здатне поліпшити використання послуг охорони здоров'я та фінансовий захист населення (через скорочення витрат). Сприятливий вплив соціального страхування на якість медичного обслуговування та соціальну інтеграцію, на забезпечення можливостей для розвитку суспільства з високими індивідуальними видатками на медичну допомогу не є доказовим.

Також МОЗ України розроблено черговий законопроект, який винесено на публічне обговорення

громадськості. Його положеннями передбачається, що страховиком за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням буде Фонд медичного страхування України – некомерційна самоврядна організація, управління якою здійснюється на паритетній основі представниками застрахованих осіб, роботодавців та органів влади.

Планується відтермінування його запровадження до 2016–2018 рр. Після проведення серйозної підготовчої роботи, зокрема затвердження медичних стандартів та клінічних протоколів, оптимізації мережі закладів вторинної медичної допомоги, організаційного та законодавчого розмежування первинної, вторинної та третинної допомоги, реорганізації закладів охорони здоров'я у некомерційні комунальні підприємства, розмежування функцій платника та надавачів медичних послуг, запровадження державних закупівель медичних послуг.

Законопроект орієнтовано на єдину систему збору та обліку єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування в частині страхових внесків на медичне страхування, які мають сплачуватись роботодавцями, що забезпечить оптимізацію планових витрат на їх адміністрування.

Відповідно до фінансово-економічного обґрунтування (в умовах 2014 р.) потреба у коштах на фінансування окремих закладів охорони здоров'я, видів медичної допомоги, державних цільових програм, за якими бюджетне фінансування має бути збережено згідно з положеннями законопроекту, складає **38 682,4** млн грн.

Загальна потреба у бюджетних коштах з урахуванням сплати страхових внесків за працюючих у бюджетній сфері та непрацюючих категорій громадян складає – **76 418,2** млн грн (з них 38682,4 млн грн кошти для збереження бюджетного фінансування, 37 735,8 млн грн – внески з державного та місцевих бюджетів за непрацююче населення і працівників бюджетної сфери). Решту коштів (21,5 млрд грн) пропонується отримати шляхом запровадження цільових страхових внесків на медичне страхування (табл. 4).

Таблиця 4

Надходження коштів до галузі охорони здоров'я

(тис. грн)

Витрати на охорону здоров'я – всього в т. ч.	97 880 638,1
1. Бюджетні кошти	45 555 092,4
1.1. Бюджетне фінансування закладів охорони здоров'я, цільових програм	7 819 322,8
1.2. Страхові внески за працюючих у бюджетній сфері	5 233 465,1
1.3. Страхові внески за непрацюючих громадян	32 502 304,4
2. Страхові внески	21 462 440,5
2.1. Страхові внески самостійно зайнятих	5 098 918,0
2.2. Страхові внески роботодавців за працюючих у позабюджетній сфері	16 363 522,6

<sup>12</sup> Висновок головного науково-експертного управління Верховної Ради України на проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (реєстр. № 2597 від 21.03.2013 р.) [Електронний документ]. – [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=46242](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=46242). – Назва з екрана.

<sup>13</sup> Дані досліджень Світового Банку.

<sup>14</sup> The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review / Ernst Spaan, Judith Mathijssen, Noor Tromp [et al.] // Bull World Health Organ. – 2012. – № 90. – P. 685–692.



Розподіл коштів на охорону здоров'я за умови запровадження системи медичного страхування за джерелами надходження так: за рахунок бюджетного фінансування 38,7 млрд грн, що становить 39,5 % від загальної потреби галузі, за рахунок страхових внесків – 59,8 млрд грн (60,5 % від загальної потреби галузі).

В розрахунку на одного застрахованого громадянина річний розмір страхового внеску у середньому складатиме 1308,37 грн. По відношенню до прогнозного фонду оплати праці розрахунковий розмір страхового внеску становить близько 5,0 %.

Як уже зазначалося вище, запровадження цільового страхового внеску на медичне страхування для роботодавців без збільшення навантаження на фонд

оплати праці можливе за рахунок перерозподілу частки внесків роботодавців та найманих працівників за іншими видами соціального страхування, зокрема пенсійного.

В цілому, запровадження обов'язкового медичного страхування є набагато складнішим завданням, ніж запровадження інших, уже діючих в Україні видів соціального страхування. Адже воно пов'язане не просто із забезпеченням грошових виплат, як скажімо, страхування на випадок безробіття чи у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, а із забезпеченням надання відповідних медичних послуг у натуральному вигляді, з фактичною закупівлею цих послуг у відповідних надавачів (закладів охорони здоров'я) та наданням якісних послуг застрахованому населенню.

### Список літератури

1. Anne Drouin Methods of financing health care. A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage. International Social Security Association, 2008. This document is available on <http://www.issa.int/Resources>

2. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. — Четвертая публикация серии, издаваемой Европейской обсерваторией по системам здравоохранения (ЕОСЗ). — 2011. — 18 с.

3. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон, Ж. Фигераса, Дж. Кутцина // Европейская обсерватория по системам здравоохранения. — Бакингом : издательство OpenUniversity Press, 2002. — 463 с.

4. Sarah Thomson Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения / Sarah Thomson Thomas Foubister, Elias Mossialos; Всемирная организация здравоохранения, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. — 2010. — С. 39.

5. Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні Матеріали Проекту Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (посібник 2) / А. Драгомірістану, А. Малагардіс, В. Рудий, М. Мучник. — К., 2005. — С. 29–34.

6. Правова основа для запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Матеріали Проекту Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні». — К., 2005. — 12 с.

7. Тимошенко М. В. Проблеми наповнення Пенсійного фонду України в контексті стійкості державних фінансів / М. В. Тимошенко Ю. В. Рогожа // Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». — 2013 — № 11. [Електронний документ]. — <http://www.economy.nayka.com.ua/?n=3&y=2014>. — Назва з екрана.

8. ПРЕС-РЕЛІЗ: У Пенсійному фонді України підбито підсумки роботи у 2013 році та визначено завдання на 2014 рік [Електронний документ]. — : [http://www.pfu.gov.ua/pfu/control/uk/publish/article?art\\_id=214266&cat\\_id=38981](http://www.pfu.gov.ua/pfu/control/uk/publish/article?art_id=214266&cat_id=38981). — Назва з екрана.

9. Висновок головного науково-експертного управління Верховної Ради України на проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (реєстр. № 2597 від 21.03.2013 р.) [Електронний документ]. — [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=46242](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=46242). — Назва з екрана.

10. The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review / Ernst Spaan, Judith Mathijssen, Noor Tromp [et al.] // Bull World Health Organ. — 2012. — № 90. — P. 685–692.

## ВИКОРИСТАННЯ ДЕРЖАВНОГО ПІДСУМКОВОГО ЕКЗАМЕНУ ДЛЯ ВИБОРУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І МІСЦЯ РОБОТИ В УКРАЇНІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Післядипломна освіта потребує системних змін згідно із сучасними світовими й європейськими рекомендаціями та традиціями. При цьому освітні реформи потребують координації з директивами Євросоюзу та Всесвітньої федерації медичної освіти.

Важливою проблемою організації післядипломної освіти є розробка чітких критеріїв вибору спеціальності. Тому розробка незалежної та об'єктивної системи визначення рівня компетентності майбутнього лікаря із використанням новітніх інформаційних та освітніх технологій набуває сьогодні особливого значення.

В освітню практику активно впроваджуються методики комп'ютерного оцінювання знань і вмінь, розробляються інструментальні засоби комп'ютерних систем тестування. Низку досліджень присвячено моделі оцінювання з використанням запитань із багатьма варіантами відповідей (ЗБВ), що охоплюють широку сферу контенту. Такі питання містять основу, вступ та список опцій (варіантів відповідей). ЗБВ можна зорганізувати у великій кількості протягом короткого періоду часу і проградувати комп'ютером. Це робить організацію іспиту для великої кількості екзаменованих прозорою і стандартизованою. При використанні ЗБВ вдається домогтися достатньо високого рівня надійності та об'єктивності. Доведено, що надійність іспиту на основі ЗБВ, який триває 4 години, становить більше 0,9, що перевищує вимоги до надійного іспиту. Відтворюваність іспиту з використанням ЗБВ у кількості 90 складає 0,88. Найчастіше використовують формати, які пропонують студенту вибрати найкращу відповідь із списку можливих. Однак розробляються і новіші формати, які дозволяють краще оцінити процеси діагностичного мислення.

Недоліками ЗБВ є те, що тестові завдання хорошої якості, особливо з опціями «правильно/неправильно», розробити достатньо складно. Слід вказати й на схильність системи з використанням ЗБВ до технічних помилок. Складно розробляти ЗБВ, які охоплюють широкий контент, зокрема з етичної та моральної проблематики, оскільки виникають труднощі з формуванням адекватних запитань.

При плануванні іспиту на основі ЗБВ можна прогнозувати покращення валідності при використанні контенту з клінічних ситуацій та переліку конкретних цілей навчання. При цьому забезпечуватиметься оцінювання вищого порядку знань. Рецензування ЗБВ перед використанням на іспитах буде ефективним і для забезпечення зворотного зв'язку з

автором тесту. При цьому аналіз за допомогою індексів складності гарантуватиме якість тесту, а уникнення формату варіантів відповідей «правильно/неправильно» зменшуватиме негативний вплив «заучування напам'ять». Зазначений тип тестових запитань широко використовується в європейських університетах.

Для України цінним є досвід Польщі щодо використання ЗБВ у системі засобів контролю рівня компетентності лікарів. Активно розвивається методологія проведення лікарського кінцевого іспиту (LEK) та кінцевого іспиту для лікарів-стоматологів (LDEK) у Центрі медичних іспитів (м. Лодзь). Зазначений іспит проводиться в процесі післядипломного стажування лікаря та необхідний для отримання повного права на професійну лікарську діяльність.

Кінцевий іспит має характер тесту однократного вибору, який складається з 200 тестових завдань закритого типу з багатьма варіантами відповідей (п'ять можливих відповідей, де одна правильна). Використовується бланкове тестування із наступною автоматизованою обробкою результатів. Система оцінок має характер 0-1, тобто за кожну позитивно дану відповідь кандидат отримує 1 пункт; за погану – 0 пунктів. Відповідно, максимально можна отримати 200 пунктів, які згідно з шкалою переводяться у відсотки. Відсоток складання LEK (мінімальний для складання – 56 %) є визначальним при виборі спеціальності. Тест включає питання з таких напрямків переддипломного навчання: внутрішніх хвороб (39 завдань), педіатрії (29 завдань), хірургії (27 завдань), акушерства і гінекології (26 завдань), невідкладної допомоги та інтенсивної терапії (20 завдань), сімейної медицини (20 завдань), психіатрії (14 завдань), біоетики і медичного права (10 завдань), діагностування (7 завдань) та здоров'я людини (8 завдань).

Принципи створення інформаційної системи проведення LEK та спеціалізаційного іспиту (PES), алгоритму статистичної обробки результатів тестування, програмного та технічного забезпечення Центру медичних іспитів можуть бути використані для удосконалення системи оцінювання знань та вмінь у національній медичній освіті.

На нашу думку, доцільним є проведення рейтингового вибору спеціальності в Україні на основі результатів медичних ліцензійних іспитів «Крок». При цьому в зазначеній інформаційній системі також використовуються ЗБВ. В умовах тестових завдань часто зустрічається опис клінічних ситуацій у

вигляді ситуаційних задач, що особливо важливо для оцінювання знань з клінічних дисциплін. Структура змісту іспиту складається із трьох осей: рівні організації організму, медичні профілі та характеристики тестових завдань (фундаментальні, клінічно-орієнтовані). Методологічною основою технології медичних ліцензійних іспитів «Крок-1» та «Крок-2» є державні стандарти вищої освіти України, вимоги до яких визначені Постановою Кабінету Міністрів України від 7 серпня 1998 р. № 1247 «Про розроблення державних стандартів вищої освіти», які узгоджені з міжнародними стандартами ISO і EC та Standards for Educational and Psychological Testing. Технологія медичних ліцензійних іспитів та одержані результати також проходять професійну експертизу в провідних атестаційних центрах світу: Національній раді медичних екзаменаторів (NBME, США), Центрі медичної освіти (CME, Англія), а також в Інституті змісту і методів навчання МО України, Інституті педагогіки та психології професійної освіти АПН України.

Іспит «Крок-1» оцінює вміння використовувати знання та розуміння ключових понять фундаментальних біомедичних наук, приділяючи основну увагу принципам та механізмам, які лежать в основі здоров'я, хвороби та моделей лікування. Іспит проводиться у формі бланкового тестування, до складу якого входять завдання з усіх фундаментальних дисциплін: нормальної анатомії, гістології, біології, біологічної хімії, нормальної фізіології, мікробіології, патологічної фізіології, патологічної морфології, фармакології.

Встановлення відповідності рівня професійної компетентності випускника мінімально необхідному рівню згідно з вимогами державних стандартів вищої освіти є метою ліцензійного інтегрованого іспиту

#### Список літератури

1. Centrum Egzaminow Medycznych w Lodzi / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.cem.edu.pl>
2. ROZPORZADZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Koncowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Koncowego / [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: <http://www.cem.edu.pl>
3. ROZPORZADZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystow/ [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документа: <http://www.cem.edu.pl>

«Крок-2». Професійна компетентність визначається як уміння застосовувати знання і розуміння фундаментальних біомедичних наук та основних медичних дисциплін для забезпечення допомоги хворому під наглядом більш досвідченого лікаря. До складу бланкового тестування входять завдання з терапевтичного, хірургічного, педіатричного, гігієнічного та акушерсько-гінекологічного профілів.

Бланки відповідей МЛІ автоматизовано обробляються в ЦТ за допомогою спеціалізованої інформаційної системи (IC). Центр також проводить контрольну перевірку бланків усіх студентів, результати яких нижчі від критерію «склав/не склав», доводячи таким чином помилку сканування для даних студентів до 0 %. Після тестування ВНЗ протягом 7 днів отримують результат кожного студента у вигляді відсотка правильних відповідей за тест у цілому, субтести за профілями (терапевтичний, хірургічний, педіатричний, акушерство та гінекологія і гігієнічний), а також з основних розділів структури змісту іспиту (загальні питання, захворювання серцево-судинної системи, захворювання дихальної системи, розлади системи травлення, жіноча репродуктивна система, патологія опорно-рухового апарату, інфекційні та паразитарні захворювання). Загальний результат із тесту є найважливішим показником для студента, оскільки від нього залежить, склав студент ліцензійний іспит чи ні. Студенти, які успішно склали МЛІ, набравши 55,5 % правильних відповідей, отримують сертифікат, в якому відображено його загальний результат із тесту та основних субтестів.

На нашу думку, саме результати складання МЛІ «Крок-2» повинні стати визначальним чинником вибору місця роботи та напрямку спеціалізації, а також форми фінансування підготовки спеціалістів на післядипломному рівні.

4. Epstein R. M. Assessment in Medical Education / R. M. Epstein // The New England Journal of Medicine. – 2007. – № 1. – P. 356–387.
5. The quality of in-house medical school examination / R. F. Jozefowicz, B. M. Koeppen, S. Case [et al.] // Acad. Med. – 2002. – Vol. 77, № 2. – P. 156–161.
6. Schuwirth L. W. Different written assessment methods : what can be said about their strengths and weaknesses? / L. W. Schuwirth, C. P. van der Vleuten // Med. Educ. – 2004. – № 38. – P. 974–983.

## ПЕРСПЕКТИВИ ПЕРЕХОДУ ВІД ІНТЕРНАТУРИ ДО РЕЗИДЕНТУРИ З БАЗОВИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ В УКРАЇНІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Актуальність реформування післядипломної медичної освіти в Україні зумовлена входженням в Європейський освітній простір, необхідністю забезпечення конкурентоспроможності молодих спеціалістів на світовому ринку праці та визнанням сертифікатів спеціаліста. Певні стратегічні напрямки реформування післядипломної освіти в Україні повинні починатися з моменту отримання лікарем диплома «спеціаліста». Зазвичай випускники після закінчення навчання в медичних університетах вступають в інтернатуру, яка в Україні триває 2-3 роки залежно від спеціальності. Враховуючи досвід провідних європейських держав, можливо, варто запровадити в Україні мінімальний 3-річний термін інтернатури, що змогло б наблизити перехід до резидентури за світовими стандартами.

Держави Європейського Союзу реалізували реформування післядипломної підготовки різними шляхами, зокрема в Польщі на етапі між закінченням вузу та резидентурою всі лікарі проходили стажування, що тривало майже 1 рік (11 місяців), після чого мали можливість вступити до резидентури. З 2013 року реформа післядипломної освіти у Польщі має на меті до 2017 року повністю відмовитися від однорічного стажування. Передбачається провести зміни також на додипломному етапі, скоротивши термін загальнолікарської підготовки до 5 років (для стоматологів до 4 років).

Забезпечити фінансове підґрунтя хоча б 3-річної інтернатури в Україні (або перейти до резидентури) можливе збільшення її тривалості шляхом зменшення кількості базових спеціальностей. А останні визначити за потребою держави у спеціалістах певного профілю.

У перехідний період реформи в Україні збільшення тривалості інтернатури (резидентури) суттєво обмежить кількість місць, що створить певні жорсткі умови конкурсу та вступу. Це дозволить провести відбір майбутніх кадрів для закладів практичної охорони здоров'я з найкращою теоретичною базою знань. Прийом на навчання в інтернатуру (резидентуру) слід запровадити на конкурсній основі для всіх випускників шляхом екзаменування. Складання іспиту необхідно ввести незалежно від попередньої форми здобуття вищої освіти (за кошти бюджету чи на підставі контракту). Враховуючи великий досвід Центру тестування при МОЗ України, доцільно останнім розробити та реалізувати систему кваліфікаційного тестового іспиту для випускників медичних університетів. Можливо, одним із перспективних

шляхів для реалізації цього завдання є використання, узагальнення та оптимізація результатів державного іспиту «Крок-2».

Лише рейтинг претендента, визначений за результатами кваліфікаційного іспиту, повинен бути підставою для конкурсного відбору на місце в інтернатуру (резидентуру). Це дозволить позбутись суб'єктивізму при зарахуванні майбутніх резидентів і зробить систему оцінювання незалежною та прозорою. При цьому ще раз слід акцентувати увагу, що зарахування на післядипломну підготовку проводиться для всіх лікарів незалежно від форми (бюджетна або контрактна) навчання в медичному вузі за єдиним критерієм – рейтингом, визначеним державним Центром тестування. Даний підхід буде суттєвим мотиваційним стимулом для старанного навчання в університеті – +контрактникам з метою отримання місця в інтернатурі на безоплатній основі (за рахунок бюджетних коштів). З іншого боку, така система зарахування поставить в однакові умови процес вибору майбутньої спеціальності незалежно від форми навчання в університеті.

Щодо прохідного бала в інтернатуру чи резидентуру можуть бути різні підходи, як це спостерігається в Європейських державах. Так, зокрема, у сусідній Польщі він складає 55 % правильних відповідей із запропонованого переліку запитань (200 завдань), а в Грузії – 75 % (або 151 правильна відповідь із 200). За досвідом Польщі, цікавим аспектом в переліку запитань є те, що передбачена лише одна правильна відповідь на відміну від нашої практики, де в загальноприйнятій контролюючій системі «Еlex» передбачено від однієї до декількох правильних відповідей.

Отже, для проведення кваліфікаційного тесту в Україні Міністерство охорони здоров'я може використовувати ресурси вже наявного Державного Тестового Центру. Такий Центр буде мати єдину електронну базу даних усіх випускників вищих медичних закладів України. Кількість набраних балів в ході даного іспиту буде визначати наступні шанси для вступу на навчання в інтернатуру. Сумація балів повинна визначатися комп'ютерними програмами, що робить іспит ще більш «прозорим» та незалежним, уникаючи суб'єктивізму оцінювання. Після проведення екзаменування кожному випускнику повинен видаватися сертифікат або свідоцтво про складання кваліфікаційного іспиту, котрий матиме юридичну силу упродовж певного визначеного періоду. У свідоцтво заносяться результати тестового



контролю з кількістю отриманих балів (або відсотків). Випускник з негативним результатом або низьким прохідним балом складання даного іспиту матиме можливість його перескладання через 1 рік або, можливо, двічі на рік. І кількість таких спроб можна обмежити певним лімітним числом. Отримані бали чи відсотки, котрі вказані у сертифікаті, визначають шанси на отримання місця в резидентурі.

Однією з найслабших ланок сьогодення у проходженні інтернатури є заочні бази стажування. Реформа повинна передбачити докорінні зміни у виборі клінічних баз для підготовки майбутніх фахівців. За прикладом Грузії повинна реалізуватися система акредитації баз підготовки спеціалістів. Для акредитації баз слід враховувати показники діяльності клінічної бази: кількість візитів (наприклад, у Грузії для резидентів терапевтичного профілю не менше 1000–1300 амбулаторних візитів на рік на одного резидента, для стоматологів – 300–400 візитів); потужність ліжкового фонду та оборот ліжка (наприклад, не менше 100 ліжко-днів на рік); кількість ліжок на одного резидента терапевтичного, хірургічного, педіатричного профілю (не менше 3-4 на одного резидента); кількість маніпуляцій на одного резидента (як правило, не менше 120); кількість оперативних втручань (90 операцій на одного резидента на рік); кількість пологів (65 на одного резидента на рік); кількість гінекологічних операцій (30 на одного резидента на рік); для лікарів-лаборантів – 800 лабораторних досліджень на одного резидента, а сама лабораторія в цілому повинна виконувати не менше 10 тисяч досліджень протягом року. Такий об'єм виконаних лікарських маніпуляцій дозволить самостійно оволодіти практичними навичками та вміннями та дасть можливість набутти необхідних компетенцій.

Ще одним дуже важливим моментом, на якому слід акцентувати увагу в еру сучасної комп'ютеризації, – матеріально-технічне забезпечення баз стажування. В це поняття входить перш за все загальна площа установи – клінічної бази, котра повинна бути визначена певним статутом Міністерства охорони здоров'я. Також важливим компонентом акредитації, про який не можна забувати, є кількість квадратних метрів на одного резидента, котра не повинна бути менше 2,5 м<sup>2</sup> площі робочого приміщення (кабінету), що створює для резидента певні сприятливі умови праці. Також необхідно робити акцент на наявність приміщень для проведення web-конференцій, on-line семінарів та консиліумів, вебінарів, наявність бібліотеки, котра оснащена сучасними інформаційними ресурсами. Необхідним компонентом місця резидентури є, зокрема, кількість комп'ютерів, безпосередньо призначених для користування резидентів. У сучасних умовах така необхідність зумовлена великою кількістю вебінарів, що проходять в on-line режимі із залученням провідних спеціалістів всього світу з різних спеціальностей. Такі сприятливі умови дозволять майбутньо-

му резидентів самостійно працювати на місці бази стажування. А також освоєння найсучасніших наукових новинок дасть змогу для їх безпосереднього застосування в практику під керівництвом локального керівника резидентури.

Наступним досить важливим кроком реорганізації післядипломної освіти є оптимізація інтелектуального ресурсу клінічної бази. Він передбачає наявність відповідних локальних керівників інтернатури (резидентури) та керівників програми спеціалізації, котрі мають як стаж за спеціальністю, так і педагогічні навички.

Запровадження резидентури в Україні повинно базуватися на типовому навчальному плані. Програму післядипломної підготовки лікаря за окремими фахами можна адаптувати до встановлених європейських зразків та імплементувати у нашу післядипломну медичну освіту. Це відкриє шлях мобільності інтернів (резидентів), можливість проходити певні модулі в найкращих з певного фаху клініках.

На сьогодні інтернатура, котра складається з очної та заочної частини, вимагає певної реструктуризації цих циклів. Згідно з сучасними навчальними програмами Європи та США розроблені спеціальні настанови, які б визначили 50 % і більше відведеного часу навчання в інтернатурі (резидентурі) у закладах практичної охорони здоров'я, а решта терміну – в університетських клініках. Впродовж визначеного терміну академічної підготовки лікар-інтерн повинен мати змогу для складання модулів згідно з програмою. Крім того, дана реформа повинна передбачити таку можливість інтерна (резидента) вибору місця проходження та складання модулів залежно від наявності клінічної бази за даної вузької дисципліни. Це сприятиме ротаційному способу складання модулів у різних акредитованих клінічних базах, а надалі до самостійної підготовки лікаря-інтерна (резидента) до практичної роботи в закладах охорони здоров'я після завершення спеціалізації. Кафедри післядипломної освіти повинні, з одного боку, виконувати функції в організації проходження модулів за профілем, а з іншого боку, викладачі повинні складати основний штат в профільних клініках, виконуючи обов'язки як лікаря відділення, так і локального керівника резидентури. Локальні керівники інтернатури (резидентури), які курують лікарів-інтернів, повинні бути спеціалістами даного фаху вищої категорії, з науковими ступенями з даної галузі. Тільки ті куратори інтернатури, котрі мають сертифікати педагогічного скерування, можуть бути залучені в навчальний процес резидентів.

В цілому схема вступу до інтернатури (резидентури) може виглядати наступним чином. МОЗ України на своєму сайті подає квоти з усіх спеціальностей. Кількість квот може коливатися із року в рік залежно від потреб держави за даними спеціальностями. Майбутній лікар-інтерн (резидент) реєструється на обрану ним спеціальність в режимі on-line. На

конкурсній основі за більшим рейтингом балів, що відображені у Сертифікаті (Свідоцтві) тестового екзамину, комп'ютерна програма проводить відбір претендентів, які зареєструвались на обрану спеціальність. Таким чином, кожен кандидат в інтернатуру може самостійно оцінити свої шанси на вступ, оцінюючи свій бальний рейтинг та своїх конкурентів на дане місце резидентури.

Виконання програми з резидентури з певного модуля слід покласти на локального керівника, або як на даний час називають керівника бази стажування, котрий здійснює безпосередньо керівництво інтернатурою в даній клініці в резидентів. Базові модулі за основними спеціальностями складають на першому році інтернатури, а спеціалізовані – у наступних роках (на другому та третьому відповідно). Проте відмінність від теперішнього стану полягає в тому, що локальний керівник є спеціалістом даної спеціальності і відповідає за 3–6 інтернів (резидентів) залежно від спеціальності. Таким чином, на базі стажування, котра відповідає певним вимогам акредитації, може бути від одного до декількох локальних керівників, залежно від рівня лікувального закладу (клініки). Кандидатури локальних керівників затверджує ректор вищого медичного закладу своїм наказом. Але підбір кандидатів проводиться і подається керівником резидентури з певної спеціальності. Певні модулі із вузької дисципліни лікарі-інтерни можуть складати в різних локальних керівників не за місцем проходження їх резидентури в міру проходження черги, тобто додаткового часу, відведеного для прийому таких модулів. Такий різнобічний підхід оцінювання модулів створить умови найбільш об'єктивного оцінювання лікарів-інтернів незалежно від місця розташування провайдера інтернатури. Локальні керівники підпорядковуються керівнику програми резидентури. Завідувач резидентури контролює виконання модулів згідно з програмою, графік руху резидента по клінічних базах, перевіряє щоденник інтерна та підписує його 1 раз на рік. Така практика в нашій післядипломній медичній освіті вже прижилася, що дозволяє детальніше проаналізувати виконання інтерном програми навчального процесу. Доцільно робити акцент на практичну частину виконання лікарських маніпуляцій. Для отримання після завершення навчання висококваліфікованого спеціаліста слід проводити щорічний тестовий проміжний контроль, що дав би змогу відрасувати інтернів, котрі не здатні досягнути програму резидентури. Також контроль варто здійснювати силами внутрішнього (представниками вузу) та зовнішнього (представниками міністерства) моніторингу присутності резидентів на клінічних базах відповідно до графіку. Це дало б змогу ретельно оцінювати майбутні кадрові ресурси закладів охорони здоров'я.

Певних встановлених навчальним процесом традицій варто було б дотримуватися і надалі. Зокрема, проведення проміжного іспиту після кожного року

інтернатури (резидентури) дозволить виділити певні слабкі ланки опанування навчального процесу та посилити його вивчення до завершення інтернатури.

Облікування роботи резидента проводиться єдиним документом – уніфікованим щоденником. Ведення щоденника є традиційною формою роботи резидента у більшості держав Європи та Скандинавії. Такий щоденник вже запроваджений і в Україні. В щоденнику розписано графік проходження модулів, його завіряє підписом керівник програми, а також у щоденнику відображається об'єм виконаної роботи і засвоєння практичних навичок із кожного модуля. На кожен модуль передбачена певна кількість пацієнтів для курації (у щоденнику відображено номер історії хвороби, діагноз та план діагностичних і лікувальних заходів); засвоєння практичних навичок (визначена конкретна кількість виконань кожної навички). Для оптимізації навчального процесу резидента клінічні модулі повинні бути адаптовані до його власного досвіду, що закріпить теорію практики.

На завершальному етапі інтернатури (резидентури) всі лікарі-інтерни повинні скласти екзамени на здобуття категорії лікаря-спеціаліста. Атестаційна комісія під час підсумкового екзамину оцінює три складові частини іспиту – комп'ютерний тестовий контроль, котрий охоплює 200 запитань, практичні навички біля ліжка хворого чи в діагностичних лабораторіях та теоретична частина. Такий підхід екзамнування вже існує в нашій медичній післядипломній освіті, що дає змогу правильно оцінити та допустити лікаря до наступного етапу. Враховуючи досвід провідних європейських держав, варто запровадити єдиний заключний сертифікаційний екзамени.

Слід передбачити можливість проходження спеціалізації для лікарів, котрі закінчили вищий навчальний заклад, але не склали успішно іспиту при вступі в інтернатуру (резидентуру). Останні можуть без відриву від основної роботи проходити окремі модулі за умови, якщо місце в клініці для їх проходження не зайняте резидентом. Такий шлях проходження спеціалізації буде тривалішим в часовому вимірі від інтернатури (резидентури), оскільки помічнику лікаря доводиться очікувати звільнення місця в клініці для проходження кожного модуля, передбаченого навчальною програмою. Тому, наприклад, якщо резидентура з певного фаху триває 3 роки, то термін спеціалізації поза резидентурою може тривати навіть до 6-ти років. За досвідом європейських держав підготовку лікарів слід покласти на університетські заклади.

Враховуючи європейські традиції підготовки лікаря до самостійної роботи, а також визнання дипломів в єдиному Європейському просторі, необхідно усі навчальні програми максимально наблизити до європейських програм та імплементувати деякі аспекти навчального плану в нашій державі для конкурентоспроможності наших спеціалістів на світовому медичному ринку праці.

## Список літератури

1. Ковальчук Л. Я. Реорганізація післядипломної освіти – важливий аспект наступного розвитку охорони здоров'я в Україні // «Досягнення і перспективи впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України», присвяченої 160-річчю з дня народження І.Я.Горбачевського (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матер. Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 15-16 травн. 2014 р.) : у 2 ч. / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я.Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2014. – Ч. 1. – С. 20-29.
2. 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: матер. навч.-наук. конф. 7-8 листопада 2013 р., Харків / під ред. О.М.Хвисюка, М.І.Хвисюка, В.Г.Марченко. – Харків: Оберіг, 2013. – С. 46.
3. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20140618\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140618_0.html)
4. ПОЛОЖЕННЯ про післядипломну медичну (фармацевтичну) освіту (Проект проблемної науково-дослідної лабораторії з питань ПДО лікарів (провізорів) НМАПО ім. П.Л.Шупика, 10.2013) (*Замість Положення, введеного наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.07.1993 N 166*).
5. Наказ № 295/н Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту Грузії від 3 листопада 2006 року «Умови проведення єдиного післядипломного кваліфікаційного екзамену і правила зарахування в резидентуру» (*переклад з грузинської*).
6. Наказ № 135/н Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту Грузії від 8 квітня 2009 р. «Умови участі і акредитації медичних закладів у проведенні і реалізації резидентських програм (професійна підготовка), а також порядок оцінки і критерії акредитації» (*переклад з грузинської*).
7. Наказ № 92/н Міністерства праці, охорони здоров'я і соціального захисту Грузії від 14 квітня 2003 р. «Умови допуску молодших лікарів на сертифікаційний екзамен» (*переклад з грузинської*).
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry // Dz.U. – 2011, Nr 277, poz. 1634.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Koncowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Koncowego // Dz. U. – 2012, poz. 903).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów // Dz. U. – 2013, poz. 26.

А. В. Бойчук

## ТРАНСФОРМАЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ОРДИНАТУРИ В РЕЗИДЕНТУРУ З ВУЗЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Україна чітко визначила орієнтир на входження в освітянський простір Європи, здійснює модернізацію освітньої діяльності в контексті європейських вимог.

Об'єднання Європи супроводжується формуванням спільного освітнього і наукового простору, формуванням Зони Європейської вищої освіти в масштабах усього континенту, розробкою єдиних критеріїв і стандартів освіти. Інтеграційний процес у науці й освіті включає формування співдружності провідних європейських університетів під егідою документа, названого Великою хартією документів, та об'єднання національних систем освіти і науки в європейський простір за єдиними вимогами, критеріями і стандартами.

Вивчення зусиль наукової та освітянської громадськості і урядів країн Європи з метою істотного підвищення конкурентоспроможності європейської системи науки і освіти у світовому вимірі дозволить інтегруватись вітчизняній освіті і науці у європейський простір в умовах глобалізації.

Водночас участь системи вищої освіти України в даних перетвореннях має бути спрямована лише на її розвиток і набуття нових якісних ознак, а не на втрату кращих традицій, зниження національних стандартів її якості. Цей процес не має призводити до надмірної перебудови вітчизняної системи освіти. Навпаки, її стан треба глибоко осмислити, порівнявши з європейськими критеріями і стандартами, та визначити можливості її вдосконалення на новому етапі. При цьому еволюцію системи освіти не слід відокремлювати від інших сфер суспільства. Вона має розвиватися у гармонічному взаємозв'язку з усіма сферами суспільства – економічною, соціальною, культурною, політичною.

Відповідно до Сорбоннської декларації, що була підписана 25 травня 1998 року міністрами із Франції, Італії, Великобританії та Північної Ірландії, Німеччини, система освіти складається з трьох рівнів – за схемою 3-5-8 (бакалавр-магістр-доктор). На рівні післядипломної освіти можна вибирати між навчанням на здобуття ступеня (магістр) або звання доктора наук з можливістю переходу з одного на інший.

Якщо говорити про першочергові зміни в системі післядипломної освіти (ПДО), то, насамперед, доцільно провести реорганізацію структури ПДО в Україні 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 ПДО.

Звичайно, на шляху реформування можна очікувати низки проблем і ризиків. Зокрема, законодавчими є конфлікт між запитами особистості, потребами ринку і вимогами суспільства та 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.

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.

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.

Дискусії з приводу спеціалізації із вузьких спеціальностей у медичній практиці зводяться до того,



як максимально виключити можливість коруптивних схем розподілу майбутніх лікарів за спеціальностями і максимально залишити все, що напрацьоване в Україні за роки незалежності.

Є потреба у визначенні, результат якого саме іспиту «Крок 2» чи «Крок 3» стане визначальним прохідним балом для подальшого навчання за бажаною спеціальністю. Логічно було б за основу взяти «Крок 3», але тоді розподіл за вузькою спеціальністю зміщується на 1 рік післядипломної освіти. Тоді можна розглядати варіант субординатури на 6 курсі з розподілом на базові спеціальності: загальна практика (сімейна медицина), хірургія і акушерство та гінекологія. Тоді «Крок 2» має зміститись на 5 рік навчання, а «Крок 3» – на 6 рік навчання. Можливо, краще додавати бали за «Крок 2» та «Крок 3» для більшої об'єктивності. Високий прохідний бал з «Кроку 2» та «Кроку 3» є дозволом для вступу у клінічну ординатуру (резидентуру) за однією із 34 вузьких спеціальностей, визначені місця яких розподілені міністерством по вузах України. Усі інші лікарі для того, щоб отримати ліцензію на власну лікарську практику, мають вступити в інтернатуру за спеціальністю «Загальна практика та сімейна медицина».

Головною відмінністю резидентури від клінічної ординатури у теперішньому вигляді є відсутність інтернатури за цією спеціальністю і по завершенні навчання лікарю надається право отримати свідоцтво про вузьку спеціалізацію лікаря-спеціаліста. І основною відмінністю стане те, що вступ в клінічну ординатуру стане залежний тільки від рівня знань за результатами іспитів «Крок 2» та «Крок 3».

Існує ще одна пропозиція. По завершенні навчання іспит проводити в центрі післядипломного тестування за усіма вузькими спеціальностями.

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

Аналізуючи післядипломне навчання в Австрії, можна зауважити кілька мінусів: це одне з найдовших за тривалістю навчань у Європі та світі. Система складається з 6 років навчання в університеті, 3 років загальної інтернатури та 6 років спеціалізації за одним з існуючих в Австрії 45 медичних фахів. А для здобуття вузької спеціальності (кардіохірург чи ендокринолог) – ще додатково 3 роки після цього. Таким чином, з урахуванням тривалості навчання в медичному університеті лікар вузької спеціальності повинен загалом провчитися 18 років. Позитивним моментом австрійської системи є відсутність надлишкових спеціалістів з вузьких спеціальностей і повне забезпечення лікарями сімейної медицини. Адже на кожен з наступних етапів бажаних пройти спеціалізацію значно більше, ніж доступних місць.

Із деяких спеціальностей конкурс серед претендентів сягає більше 10 чол. на 1 місце. Таким чином, формується достатньо довгий список очікування, в якому можна перебувати ще декілька років.

Іншим мінусом австрійської системи післядипломної освіти є відсутність стандартизованих рекомендацій щодо вибору претендентів на 6-річну спеціалізацію. Вибір кандидатів проводить керівник відділення чи медичний керівник лікувального закладу здебільшого на основі особистих критеріїв або уподобань. Але можливість змінити спеціальність і працювати за улюбленою галуззю медицини є тою головною перевагою австрійської системи, що є рушійною силою в стимуляції отримання знань у післядипломний період навчання.

Цікавою є система післядипломного навчання у Німеччині. Післядипломна освіта підпорядкована Палаті лікарів. Щось подібне до Асоціації лікарських товариств, яка у Німеччині склалась історично і є 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.

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

Отже, подібним до України є те, що в Німеччині лікар загальної практики є повноправним лікарем-спеціалістом, і він має право самостійної роботи як в амбулаторних умовах, так і в стаціонарних відділеннях і надавати спеціалізовану медичну допомогу. Але основною відмінністю є тривалість навчання – вона більша (на 2–3 роки) тривалості навчання та інтернатури в Україні та Австрії. Місця вакансій для післядипломного навчання подаються завчасно в Палату лікарів та друкують оголошення в медичній газеті про кількість вакантних місць лікарів-асистентів на базі відділень. Для отримання посади претендент спочатку проходить співбесіду з шеф-лікарем, і після отримання позитивного рішення подається заява в Палату лікарів.

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.

Перелік клінік, що можуть приймати на післядипломне навчання, вказується і сертифікується Палатою лікарів федеральної землі Німеччини.

Шеф-лікарі підписують матрикулярну книжку про успішне чи неуспішне завершення циклу, дають характеристику претенденту і проставляють допуск до екзамену в Палаті лікарів своєї землі. 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.

Подальше післядипломне навчання здійснюється у вигляді накопичення балів за участь у конференціях, з'їздах та навчаннях різного роду, які фіксуються в особистій електронній картці, яка видається лікарю після отримання сертифіката спеціаліста і використовується для звітування перед Палатою лікарів Федеральної землі щорічно. Ця електронна звітність є дуже цікавою в плані застосування її в Україні.

Аналізуючи післядипломну підготовку майбутніх лікарів *Словаччини*, ми бачимо переваги у більш короткому курсі навчання. 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 є основна дворічна спеціалізація (загальна медична спеціалізація, наприклад: загальна хірургія, педіатрія, внутрішні хвороби, загальна практика тощо) в різних клініках, патронуваніх університетом. Другим етапом є навчання зі спеціальності на клінічній базі (всього – 63 фахи) – стажування під контролем зовнішнього керівника – куратора. Спеціалізація із загальної практики, триває 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.

В *Словаччині* 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.

Щось на зразок клінічної ординатури чи аспірантури в Україні. Так як і по закінченні аспірантури, в Словаччині у кінці стажування лікарі захищають випускні 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. Очевидно, цей титул прирівнюється в Україні до звання кандидата медичних наук.

Подальше безперервне навчання лікарів координується і контролюється Словацькою медичною палатою (SLS), що вимагає від лікарів отримання 250 балів протягом 5 років за проходження коротких курсів навчання, відвідування конференцій та з'їздів. Отже, й у цій країні є спільний виборний орган, що сертифікує і підтверджує кваліфікацію лікарів на післядипломному рівні. Головною відмінністю в Україні є те, що ця функція належить окремим кваліфікаційним комісіям, створеним у кожній області.

Стрункою є система післядипломної освіти у Чехії. Першим 2-річним етапом післядипломної освіти у Чехії після закінчення університету є проходження 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 спеціалізованих 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.

Цікавим є підхід до атестації. У Чехії не створювали окремий орган, а використали існуючий інститут післядипломної освіти. 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.

Непростою є система освіти у Канаді. Усі бажаючі стати лікарем повинні спочатку здобути ступінь бакалавра (4 роки), і тільки після отримання такого ступеня можна подавати документи в одну з медичних шкіл країни, які перебувають у складі класичних університетів. При цьому конкурс при вступі в медичні школи величезний. Навчання в медичній школі триває ще 4 роки. По закінченні навчання в університеті починається післядипломне навчання – резидентура.

Цікаво, що всі місця, які відкривають у резидентурі, відповідають кількості випускників і вони дос-

тупні для ознайомлення на державному сайті, де видно скільки місць, з якої спеціальності, в якому університеті відкрито для проходження резидентури.

Кожний із бажаючих подає свої документи на те чи інше місце і проходить співбесіду із комісією університету, де відкрито резидентуру на ту спеціальність, яку він бажає. Студент може подати одну заявку, а може подати декілька на різні спеціальності в різні університети. 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. В комп'ютерну систему вносять тих, хто був обраний для проходження резидентури.

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.

Для України цінним може бути комп'ютерний он-лайн сервер з місцями в резидентуру, що дозволить вносити кожному претенденту свої дані з «Кроку 2» та «Кроку 3» та інші, обумовлені та обговорені всіма вузами, особисті бали студентів. До прикладу – додаткові бали за перемогу в міжуніверситетських олімпіадах з вибраних предметів та інше.

Досвід організації післядипломного навчання у Польщі є цінним для України тому, що в цій країні відбувається перехід від «пострадянської» системи охорони здоров'я до конкурентної з елементами приватної практики. Після вступу до Євросоюзу у Польщі було реформовано багато аспектів післядипломної підготовки лікарів і адаптовано їх до європейських стандартів, що відповідають потребам практичної охорони здоров'я.

Післядипломна підготовка лікарів у Польщі починається відразу після закінчення ними університету та отримання диплома першим етапом тривалістю 1 рік. Це обов'язкове післядипломне стажування. Розподіл місць і керівників, а також контроль за проходженням післядипломного стажування та виконанням програми здійснює Лікарська палата (Izba Lekarska). Лікар-стажист отримує зарплату від Міністерства охорони здоров'я, працює у клініках під керівництвом практикуючих лікарів і по завершенні навчання складає Державний лікарський кінцевий екзамен (LEK/LDEK), без чого випускник не може працювати лікарем. Випускник отримує сертифікат, який дає право здійснювати медичну практику.

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 (CEM), 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 іспит подібний до іспиту «Крок 3» в Україні.

Цікавим є те, що кінцевий іспит можна скласти декілька разів для покращення особистого результату, адже цей результат є дуже важливим, оскільки надалі він враховується при відборі на первинну і вторинну спеціалізацію.

Далі спеціалізація у Польщі поділяється на первинну і вторинну.

Первинна (базова) спеціалізація (specjalizacja podstawowa) складається із 40 основних медичних спеціальностей, після якої лікар стає спеціалістом певного напрямку, наприклад: загальна хірургія, педіатрія, внутрішні хвороби, сімейна медицина, кардіологія, неврологія тощо.

До вторинної спеціалізації належать 28 вузьких спеціальностей, які лікар може отримати тільки після завершення базової спеціалізації. Тривалість вторинної спеціалізації становить, як правило, 5 років.

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 ще 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].

Цікавим є призначення балів у Польщі. 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 в одній публікації (максимально 5 балів). Максимальна кількість додаткових бонусних балів становить 20.

Процедура відбору для проходження спеціалізації за певними спеціальностями проводиться у відділі вищих медичних кадрів Департаменту соціальної політики воєводських адміністрацій двічі на рік. 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.

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 також публікується на сайті воєводської адміністрації. Цікаво, що спеціалізація може здійснюватися паралельно з навчанням у докторантурі (за згодою керівника).

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.

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 в інших лікувально-профілактичних закладах Польщі.

Надалі безперервне професійне удосконалення контролюється Лікарською палатою (Izba Lekarska) Польщі – на основі звіту лікаря-спеціаліста про проходження 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) й 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 однорічного післядипломного стажування, а також дворівневої системи спеціалізації. Власне, найбільше дискусій при реформуванні післядипломної освіти викликає 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 однорічного післядипломного стажування і складення екзамену [7].

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

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.

Однією із головних відмінностей при цьому було б бажано, щоб була можливість проходити стажування у спеціалізованих відділеннях (відповідно до програми) у різних лікувально-профілактичних зак-



ладах як у межах міста (області), так і в межах України.

Особливо важливо відкрите он-лайн тестування та відбір кандидатів на навчання у резидентурі.

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

Ми знаходимося на початку значних змін в освітій умови праці, коли треба всебічно розвивати різнопланові курси підвищення кваліфікації, тому що навчання протягом усього життя дуже важливе сьогодні. Ми зобов'язані дати нашим студентам і нашому суспільству таку систему вищої освіти,

### Список літератури

1. 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.

2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2011, Nr 277, poz. 1634 tekstjednolity). Постанова від 5 грудня 1996 року «Про професійну діяльність лікарів та лікарів-стоматологів» // Урядовий вісник. – 2011. – № 277.

3. 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.

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2013, poz. 26) – aktualne. Розпорядження Міністра здоров'я від 8 січня 2013 р. про спеціалізацію лікарів та лікарів-стоматологів // Ур. вісник. – 2013.

ти, щоб вони мали найкращі можливості шукати і знаходити свою особисту сферу для застосування вмінь.

Європейський простір вищої освіти відкриває величезні перспективи. Поважаючи нашу різноманітність, ми разом з тим маємо докласти зусиль для знищення кордонів і розвитку структури викладання та навчання, яка сприяла б збільшенню мобільності і тісній співпраці.

Міжнародне визнання та великий потенціал наших систем викликають велике зовнішнє та внутрішнє зацікавлення. Здається, виникає система, у якій два основні цикли (до- та післядипломна освіта) будуть міжнародно еквівалентними.

5. 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.

6. 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).

7. 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.

## ЗНАЧЕННЯ ВВЕДЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ЯК ШЛЯХ ДО ПОДОЛАННЯ КОРУПЦІЇ І ПОКРАЩЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Поступове впровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу, утвердження здорового способу життя є першоосновою забезпечення в установленому порядку програми реформування системи охорони здоров'я. Натомість, низький рівень бюджетного фінансування медичних закладів в Україні, відсутність законодавчої бази щодо додаткових джерел фінансування медичної галузі провокують недостатність як оновлення технічного обладнання, так і забезпечення хворих медикаментами. Це, у свою чергу, формує в пацієнтів негативне ставлення до якості надання медичної допомоги населенню та є підґрунтям для корупційних правопорушень у сфері медичної діяльності.

Реформування ж медичної галузі, зміни до чинного Закону України «Про засади запобігання та протидії корупції в Україні» свідчать про актуальність доцільності вивчення досвіду європейських країн, зокрема Республіки Польща у контексті введення страхової медицини в Україні як одного зі способів протидії корупції.

Досліджуючи проблематику становлення страхової медицини як одного зі способів протидії корупції, необхідно розглянути розуміння поняття корупції за міжнародними нормативно-правовими актами. Першу спробу визначення правової природи корупційного діяння в міжнародних нормах здійснено у Практичних заходах боротьби з корупцією, пропонувані Економічною та Соціальною Радами Секретаріату ООН. Відповідно до Резолюції ООН з означеного питання, корупційне діяння слід розглядати як одержання хабара тією чи іншою особою, а також крадіжки, розкрадання або присвоєння державної власності з метою приватного використання, зловживання посадовим становищем з метою одержання неправомірної винагороди або окремих переваг. Іншими словами, це будь-яке заплановане, передбачуване, необхідне або успішне отримання пільг у результаті необґрунтованого використання офіційного статусу та конфлікт інтересів – протиріччя між службовими обов'язками та особистими інтересами [1].

Ст. 4. Закону України «Про засади запобігання та протидії корупції в Україні» до суб'єктів відповідальності за корупційні правопорушення відносить категорію посадових осіб юридичних осіб публічного права [2]. Юридична практика тлумачення цього

поняття вказує на те, що посадовими особами слід вважати осіб, які обіймають посади, пов'язані з виконанням організаційно-розпорядчих та консультативно-дорадчих функцій [3]. Разом з тим, наведене тлумачення є вузькоспеціалізованим, оскільки стосується державних службовців. Однак, відповідно до Постанови Верховного Суду України від 26 квітня 2002 р. № 5, визначено, що на посадових осіб юридичної особи публічного права поширюється й виконання адміністративно-господарських обов'язків. Тобто обов'язків з управління або розпорядження державним, колективним чи приватним майном [4]. Наведене дає підстави для висновку про те, що медичні спеціалісти є суб'єктами відповідальності за корупційні правопорушення, якщо вони працюють у державних чи комунальних закладах охорони здоров'я та відповідають хоча б одній із зазначених ознак, а саме:

- 1) мають в підпорядкуванні хоча б одну особу;
- 2) здійснюють функції з розпорядження чи адміністрування діяльності (включаючи й консультативно-дорадчі).

Для прикладу, до таких категорій посадових осіб можливо віднести головного лікаря та його заступників, завідувача відділення та ін., які працюють у комунальних лікувально-профілактичних закладах.

Значний внесок у дослідження проблематики боротьби з корупцією у зарубіжних країнах, в тому числі з метою впровадження страхової медицини у галузі охорони здоров'я здійснили, такі вчені, як О. Бусол, І. Гайка, М. Погорецький, Б. Романюк, О. Санчес, І. Бочарников, Г. Клеменчич, О. Крук, Р. Мауро, Я. Стусек, І. Чубенко та інші [5].

Вивчення позитивного досвіду Республіки Польща у боротьбі з корупцією в їх галузі охорони здоров'я зумовлене спільними рисами України та Польщі як Європейської країни з культурних, територіальних, ментальних ознак.

Феномен корупції у Республіці Польща, сектор охорони здоров'я відносив до найбільш корумпованих сфер суспільного життя. З цих причин, у 1999 р. в Польщі шляхом усунення корумпованих діянь з галузі медицини вбачалося саме впровадження обов'язкового страхування. Підґрунтям страхової медицини була децентралізація фінансування сфери охорони здоров'я завдяки створенню Національного та територіальних фондів, наділених управлінськими повноваженнями з питань визначен-

ня напрямів асигнувань та розподілі наявних коштів у медичній діяльності (принцип реінбурсації). Хоча й здійснена реформа й надала адміністраціям регіональних фондів доволі значні повноваження, проте негативним фактом її проведення була відсутність дієвого механізму нагляду за їх діяльністю. Як результат, кошти з цих фондів, що декларативно повинні були надходити на обслуговування пацієнтів, фактично не використовувалися у зв'язку зі встановленими обмеженнями з боку керівництва фондів. Таким чином, керівники цих фондів вирішували, скільки операцій і діагностичних процедур повинно бути проведено у тій чи іншій клініці, та сплачували тільки за їх кількість, яка була обговорена заздалегідь. Саме тому, така система себе реалізовувала лише у невеликих містечках. В інших містах, після закінчення місячних лімітів, пацієнти повинні були чекати, разом з тим, як лікарі нічого не робили, а медичне обладнання простоювало. Як результат, це стало звичним явищем, виник великий попит на деякі медичні послуги, а багато нових лікарень ввели систему неофіційних платежів, яка широко розповсюдилася [6].

На основі порівняльного аналізу нормативно-правової бази Республіки Польща та України у сфері регулювання охорони здоров'я спробуємо, на прикладі корупційних схем, встановити значення страхової медицини в Україні для підвищення надання медичної допомоги населенню та обґрунтувати доцільність впровадження страхової медицини саме як способу подолання корупції.

У Республіці Польща, як і в Україні, найбільш поширеними є корупційні діяння у двох напрямках: 1) між пацієнтами та медичними закладами; 2) між медичними працівниками та представниками фармацевтичного ринку.

1. Корупційні діяння між пацієнтами та медичними закладами.

У 90-х роках ХХ століття в Республіці Польща було сформовано «фонд розвитку лікарень». Пацієнти піддавалися тиску з метою примусити їх здійснювати грошові внески у лікарні, незважаючи на безкоштовну державну медицину. Об'єднання лікарень зазвичай управляють приватними клініками. Як правило, використовується майно та обладнання лікарень, хоча співробітники приватної клініки фактично є лікарями державної лікарні. Ті пацієнти, які не хочуть стояти у черзі, можуть бути прийняті в тому ж місці й тим же самим лікарем, але за окрему оплату.

Оплата і друга робота в приватній клініці є законними, ці доходи оподатковуються. Проте після проведення аудиту в декількох лікарняних об'єднаннях Верховна аудиторська палата Польщі заявила, що більшість із них працює не прозоро.

Наведене дає підстави у контексті теми дослідження сформулювати наступні висновки.

«Закон про лікувальну діяльність» № 11/654 від 15 квітня 2011 р. Республіки Польща містить поло-

ження про те, що особам надається право на безкоштовне користування послугами лікувальних суб'єктів, що не є підприємцями в розумінні положень про лікувальну діяльність [7].

Система медичного страхування в Польщі базується на засадах рівності доступу громадян та соціальної солідарності, забезпечення застрахованій особі вільного доступу до медичної допомоги, а також її права вибирати лікаря та заклад охорони здоров'я.

Національний фонд здоров'я акумулює кошти держбюджету, місцевих муніципальних бюджетів і страхові внески громадян. Підтвердженням соціальної захищеності громадян з боку держави є диференційований підхід до сплати страхових внесків. У структурі бюджету Національного фонду здоров'я (NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia) 1/3 становлять внески працюючих громадян (9 % від заробітної плати), 2/3 – державні кошти. Так, наприклад, щомісячні внески на медичне страхування у I кварталі 2014 р. становитимуть щонайменше 86 євро (це пов'язано з тим, що розрахунок величини внесків здійснювався, виходячи з рівня середньої заробітної плати в промисловості (з урахуванням податків) у IV кварталі 2013 р., яка становила, за даними Центрального статистичного управління Польщі, 956 євро).

Також можна відзначити, що починаючи з 2000 р., розмір внесків на медичне страхування змінювався: з 7,5 до 7,75 %, далі до 8,0 % у 2003 р. і з 2007 р. і на сьогодні його розмір становить 9,0 %.

Медичне страхування є обов'язковим для працівників сільського господарства. Однак вартість медичного страхового поліса для фермерів істотно знижена – вони сплачують один внесок раз на три місяці. Решту за них доплачує держава.

Внески із зарплат застрахованих осіб у Республіці Польща утримує державна інституція Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), яка також утримує податки до пенсійного фонду й усі інші соціальні внески. Донедавна страховий збір передавався в Національний фонд охорони здоров'я, а застрахована особа щомісяця отримувала на руки спеціальну форму ZUS RMUA, яка надавала право на отримання медичної допомоги у поліклініці або в лікарні.

Із 1 січня 2013 р. у Республіці Польща впроваджено систему eWUS, яка забезпечує доступ медичних закладів до баз даних NFZ. Тому під час візиту до лікаря застрахованому пацієнту не обов'язково мати при собі документ ZUS RMUA, достатньо пред'явити документ, який засвідчує його особу, назвати свій код PESEL (державний ідентифікаційний номер особи, яка легально перебуває на території країни понад 3 місяці, в їх числі й громадяни країни, і резиденти, й іноземці). Ідентифікатор платника податків (його аналог в Україні – Реєстраційний номер облікової картки платника податків) у Республіці Польща теж існує, але він використовується тільки юридичними особами.

Для осіб, зайнятих у бізнесі, самостійно зайнятих, працюючих за трудовими угодами, медичне страхування у Республіці Польща є добровільним. Тим, хто не купує медичну страховку, в разі потреби доведеться самостійно платити за все, у тому числі й за невідкладну медицину. Якщо захворіє дитина до 18 років, у якої страховки немає, а батьки/опікуни неспроможні оплатити лікування, тоді за законом такій дитині нададуть медичну допомогу безкоштовно [8].

У ст. 49 Конституції України передбачено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [9].

Аналіз норм чинного законодавства Республіки Польща та України дає підстави стверджувати про наявність у цих державах принципу надання особам безоплатної медичної допомоги та права на медичне страхування. Разом з тим, страхова медицина в Україні не має належного правового регулювання, а у Республіці Польща з 1999 р. впроваджено перші засади страхової медицини.

Першоосною впровадження медичного страхування слід вважати охорону здоров'я населення та забезпечення належного рівня життя. Адже основними причинами звернення пацієнтів у медичні заклади є не превентивні заходи, а саме звернення за медичною допомогою в критичних випадках – гостре захворювання та невідкладна допомога. Перш за все дана поведінка пояснюється ставленням пацієнта до свого здоров'я. В Україні, за статистичними даними, у 2013 р. питання здоров'я ігнорують 20 % громадян, звертають увагу на здоров'я – 35 %, турбуються про здоров'я – 30 %, інвестують у здоров'я – 15 %. З цих причин існує нагальна потреба стимулювати проведення профілактичних заходів. Слід враховувати, що лікування для пацієнтів характерне своєю дороговизною, оскільки зумовлене не своєчасним зверненням до медичного працівника.

Іншим, на наш погляд, вагомим чинником незадоволеності населення рівнем медичних послуг є низька поінформованість, що змушує громадян України сьогодні платити кошти за медичні послуги навіть у державних та комунальних установах.

Іншим «поштовхом» до впровадження обов'язкового державного медичного страхування є фактична відсутність безкоштовного медичного обслуговування.

Попри те, що Основний закон України гарантує громадянам отримання безкоштовної медичної до-

помоги, на практиці виявляється, що часто ця гарантія має декларативний характер.

Більшість особистих фінансових витрат громадян у закладах охорони здоров'я України сьогодні перебуває у площині тіньової економіки, є неофіційною, а отже, не супроводжується гарантіями якості наданих послуг та належної відповідальності за порушення прав пацієнтів. Перевага страхової медицини полягає в її прогнозуванні: кожен громадянин вкладає невеликі суми коштів у медичну страховку для того, щоб бути впевненим, що у випадку хвороби всі або більшість медичних витрат будуть сплачені.

У контексті теми дослідження варто звернути увагу на те, що в Республіці Польща Національний Фонд визначає обсяги фінансування системи охорони здоров'я та ліміти для медичних установ, а також управляє внесками громадян, планує та укладає договори з постачальниками послуг охорони здоров'я. Лікарі загальної практики укладають контракти з Фондом, у яких вказується розмір подушної оплати за обслуговування пацієнтів. Медичні установи також укладають договори з NFZ із надання певного обсягу послуг населенню. Тому кожен застрахований громадянин повинен зареєструватися в обраному ним медичному закладі. Особи, які через скрутне фінансове становище не можуть забезпечити собі доступ до обов'язкового медичного страхування, повинні надати відповідні документи, після чого отримуватимуть необхідні медичні послуги за рахунок держави. Право на безкоштовне медичне обслуговування мають усі діти віком до 18 років (у разі навчання – до 26 років), жінки під час вагітності та після пологів протягом певного періоду, інваліди, ветерани війни та інші пільгові категорії населення.

На початку року Фонд визначає обсяг фінансування для системи охорони здоров'я та ліміти для медичних закладів. Водночас, держава зберегла домінуючу роль в управлінні медичним страхуванням – Міністерство охорони здоров'я Польщі регулює діяльність Фонду, приймає всі рішення щодо фінансів і послуг, адже у структурі витрат на охорону здоров'я країни кошти NFZ становлять 85 %. Зокрема, у 2012 р. витрати Фонду становили 59 458 млн злотих. У структурі видатків Фонду 49,5 % займали витрати на стаціонарне лікування поляків, 12,7 % – надання первинної медичної допомоги, 11,5 % – реімбурсацію ліків.

Хоча страхування NFZ охоплює приблизно 98 % населення, приватні платежі як частка від загальних витрат на охорону здоров'я в Польщі вищі, ніж у більшості інших країн-членів ЄС (за даними 2011 р.). Також для Польщі великою проблемою залишається тривалий період очікування спеціалізованої медичної допомоги та багатократна реєстрація («бронювання») консультацій фахівців.

Свого часу Польща мала проблему і з медичними кадрами. Ще 10–15 років тому польські лікарі активно шукали роботу за кордоном. Зараз ситуа-



ція врівноважилась. Середня зарплата медсестри в польських лікувальних закладах 715 євро. Лікар після закінчення навчання (молодий фахівець) у середньому отримує 2000 євро, а його колега з досвідом – 3000–4000 євро [8].

Медичне страхування дає можливість контролювати свій бюджет, тому що завдяки йому більше, ніж вартість страховки, на медицину за рік не витратиш. Варто констатувати, що більшість населення України усвідомлює об'єктивну необхідність введення страхової медицини і підтримує цей захід реформування системи охорони здоров'я. Однак, зважаючи на фінансово-економічну кризу в Україні, вагомого значення у проблематиці впровадження страхової медицини набуває залежність між рівнем доходів населення, а отже, його платоспроможністю, та рівнем готовності до запровадження страхової медицини.

Пілотним проектом на підготовчому етапі до обов'язкового медичного страхування в Республіці Польща та Україні слід вважати фонд «Лікарняна каса», умовами функціонування якого є внесення кожним жителем населеного пункту щорічного фіксованого іменного внеску. В результаті ці кошти медичний заклад може використати в майбутньому на лікування конкретної особи або іншої особи (у випадку наявності письмової заяви власника внесків).

Діяльність Лікарняної каси перш за все спрямована на залучення коштів населення для забезпечення медикаментозного, діагностичного обслуговування хворих в умовах стаціонару та на покращення надання послуг станцією швидкої медичної допомоги. В результаті стало можливим лікувати пацієнтів у республіканських та обласних медичних закладах, надавати консультації та проводити діагностику в амбулаторних умовах, стоматологічні послуги (лікування та протезування зубів) [10].

Створені так звані лікарняні каси частково вирішують проблему нестачі фінансування закладів охорони здоров'я, але не мають економічного підґрунтя діяльності та не захищають належним чином юридичні права як медиків, так і їхніх пацієнтів. На противагу цьому страхова медицина забезпечує громадянам (застрахованим особам) при виникненні страхового випадку оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг) за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансування профілактичних заходів.

Реформування охорони здоров'я поляки розпочали зі створення лікарняних кас, які діяли в кожному воєводстві та повіті. А вже сьогодні вони регулярно сплачують внески до Національного фонду здоров'я – 9 відсотків від зарплати (в середньому поляки отримують 800–900 євро). В країні існує диференційований підхід до сплати страхових внесків.

Щомісячний страховий внесок робітника із середньою зарплатнею становить 181 злотий; пенсіонера з середньою пенсією – 118 злотих; особи, що

здійснюють господарську діяльність (так звану неземлеробську) – 177 злотих; особи, що застраховані добровільно – 220 злотих; безробітного з правом допомоги по безробіттю – 45 злотих; безробітного без права допомоги – 26 злотих; фермера – 258 злотих (66 євро) один раз на три місяці.

Завдяки Національному фонду здоров'я, який має кошти від виплат обов'язкових страховок громадян країни, державні лікувальні заклади забезпечені найсучаснішим медичним обладнанням, лікувальними засобами. Комерційні ж лікувальні заклади розраховують на власні сили.

Нині надходження у Національний фонд здоров'я становлять понад 40 млрд злотих, що вдвічі більше, ніж було у 1999 р. Міністерство охорони здоров'я Польщі та Національний фонд здоров'я є успішними партнерами. 700 державних лікарень та 100 приватних клінік формують свій бюджет в основному за рахунок платних послуг.

Проте фахівці та пацієнти вважають модель страхової медицини Польщі недосконалою. Пересічні жителі не задоволені тим, що мають сплачувати чималі відрахування на обов'язкову страховку. Та й не завжди можуть отримати допомогу в державних лікарнях, де досить великі черги, особливо на операції, тому вимушені витратити додаткові кошти на приватну медицину. Однак польська влада вже щось робить, намагаючись створити цивілізовану систему страхової медицини [11].

Реформування медичної галузі у Республіці Польща розпочалось 01.01.1999 р. із вступом у дію закону про обов'язкове медичне страхування. Запровадження обов'язкового медичного страхування дало змогу медичній галузі Польщі перейти на нові, більш сучасні технології, забезпечити пацієнтів невідкладною та плановою медичною допомогою, лікувальні заклади – високоякісними витратними матеріалами, сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням, підготувати високопрофесійних фахівців.

У Республіці Польща уряд пішов шляхом поєднання приватного й державного страхувань, що максимально згладжує негативні сторони обох систем. Всі, хто має постійну роботу в Польщі, тобто працює на підставі трудового договору або договору-доручення, підлягає страхуванню Національним фондом здоров'я (NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia). Він власне займається тим, що веде бази всіх громадян, які роблять страхові внески. Цей фонд – це еволюція наших «лікарняних кас», які намагаються впровадити в Україні вже протягом декількох років і поки діє тільки «демоверсія» цього проекту. Медичне страхування у Республіці Польща запроваджене через дві державні інституції: аграрну касу соціального страхування, що обслуговує понад 1,6 млн фермерів та заклад соціального страхування, на балансі якого перебувають інші працюючі громадяни. Власник-фермер щоквартально сплачує по 258 злотих (66 євро) за себе, членів родини та найма-

них працівників. Решту за нього доплачує держава. Інші працюючі громадяни відраховують до фонду медичного страхування 9 % від заробітної плати. Ці кошти отримує із зарплати державна інституція з назвою ZUS ( Zakład Ubezpieczeń Społecznych). Вона ж утримує податки до пенсійного фонду і взагалі всі соціальні збори. Страховий податковий збір вони передають в NFZ, а співробітник кожен місяць отримує на руки спеціальну форму ZUS RMUA (у народі називають «ермулкою»). З цим документом завжди потрібно було йти в поліклініку або в лікарню, коли бажаєш одержати медичну допомогу. З 1 січня 2013 р. впроваджено систему eWUS, яка забезпечує доступ медичних установ до баз даних NFZ. Сьогодні наявність при собі «ермулки» при візиті до лікаря не є обов'язковою. Досить пред'явити документ, що засвідчує особу, та назвати свій PESEL (дубляж). Санітарний вертоліт на території Центральної клінічної лікарні у Варшаві. Код PESEL («Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności») – це державний ідентифікаційний номер будь-якої особи, яка більше трьох місяців легально перебуває на території країни, включаючи резидентів, громадян та іноземців. За допомогою цього коду тепер можна платити і податки. Ідентифікатор платника податків (те, що в Україні – Реєстраційний номер облікової картки платника податків) у Республіці Польща теж є, але зараз він використовується тільки юридичними особами.

Поліс медичного страхування в Республіці Польща може коштувати від 10 до 200 євро на місяць залежно від спектра послуг і від кількості доступних медичних закладів [12].

2. Корупційні діяння між медичними працівниками та учасниками фармацевтичного ринку.

Особливості антикорупційних обмежень та відповідальність нових категорій суб'єктів корупційних діянь може мати найбільший вплив на активність учасників фармацевтичного ринку, зокрема позначитись на проявах гостинності, а також можливості спонсорувати фармацевтичними компаніями їхню участь в наукових та навчальних заходах (семінари, конгреси, конференції тощо). Адже виходячи із норм чинного законодавства, фармацевтичні компанії зобов'язані дотримуватися обмежень щодо вартості дарунків (організація семінарів, бізнес-ланчів, круглих столів, що проводяться для медичних спеціалістів в основному безоплатно). П. 2 ст. 8 Закону України «Про засади запобігання і протидії корупції» дозволяє приймати дарунки, що відповідають загальноновизнаним уявленням про гостинність та пожертви, якщо вартість таких дарунків не перевищує 50 відсотків мінімальної заробітної плати, встановленої на день прийняття дарунка (пожертви) одноразово, а сукупна вартість таких дарунків (пожертви), отриманих з одного джерела протягом року, – однієї мінімальної заробітної плати, встановленої на 1 січня поточного року. Це означає, що станом на

липень 2014 р. медичні спеціалісти можуть прийняти одноразово дарунком не більше ніж 625 грн., а за рік, – 1250 грн.

Таким чином, будь-які подарунки, що надаватимуться медичним працівникам у розмірі більш ніж 625 грн, вважатимуться корупційними діяннями у вигляді: надання неправомірної винагороди у разі встановлення причинно-наслідкового зв'язку між наданням такої вигоди і вчинком відповідного медичного спеціаліста на користь дарувальника.

Щоб уникнути корупційних правопорушень, медичним працівникам та медичним громадським організаціям слід укладати цивільно-правові угоди про співпрацю з фармацевтичними фірмами.

Корупційні діяння між лікарями та фармацевтами вибудовані за принципом «ділення» за виписку потрібних медикаментів. Так, наприклад, за окремі лікарські засоби пацієнт повинен оплатити 100 % їх ринкової вартості, за інші лікарські засоби фармацевти лікарям повертають від 50 до 70 % їх ринкової вартості. Деякі групи хворих, наприклад хронічні хворі, платять тільки символічно. Адже не існує системи реєстрації рецептів, тому контроль за кількістю виписаних лікарських засобів практично не можливо здійснювати.

Варто відмітити, що до вступу в Європейський Союз Республіка Польща посилила вимоги до якості медичних послуг: лікарні обладнані новітньою апаратурою, лікарі зацікавлені в пацієнтах, оскільки отримують належну винагороду за виконану роботу і надання послуг медичного характеру. На харчування і перебування однієї людини в польській лікарні виділяється в середньому 18–20 злотих – близько 5 доларів США на добу. В українських ж медичних закладах пацієнти харчуються на 0,7–3 грн у день. Бюджет обласної лікарні в Перемишлі складає 25 млн доларів США, а районної лікарні в 15-тисячному містечку Любачов – 4,1 млн доларів США. При цьому лівова частка витрат доводиться на зарплату персоналу: рядовий лікар у Польщі отримує 1–1,5 тис. доларів США на місяць плюс надбавки за чергування та операції. Не відповідають стандартам Європейського Союзу тільки умови роботи лікарів польських медичних закладів: допустима кількість прийнятих за день пацієнтів, дозволена тривалість робочого дня [6].

Реально оцінюючи ситуацію, зазначимо, що запровадження страхової медицини може спричинити багато перешкод, а саме:

- відсутність економічного обґрунтування наповнення пакета обов'язкових медичних послуг;
- значне фінансове навантаження на фактичних платників страхових внесків (навіть за умови, якщо частина страхувальників державні структури);
- збільшення корупції внаслідок непрозорих схем взаємодії між суб'єктами системи;
- збільшення витрат на утримання адміністративного апарату за рахунок створення нових адміністративних структур у медичній галузі;

- відсутність інституту відповідальності учасників процесу охорони здоров'я та медичного страхування;

- фактичне створення ще одного державного цільового фонду для фінансування медицини замість ефективного менеджменту медичної галузі з метою оптимізації витрат.

Отже, ефективне функціонування страхової медицини в Україні неможливе без вирішення таких завдань:

1. Створення умов для максимально можливого саморегулювання медичної галузі шляхом застосування ринкових механізмів; забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов'язкового соціального медичного страхування.

2. Чітке визначення рівнів медичної допомоги, які формуватимуть обов'язковий мінімум послуг медичного страхування; структурування населення на групи, лікування яких фінансуватиметься з різних джерел створення фондів медичного страхування.

3. Посилення зацікавленості роботодавців до збереження здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів щодо коштів, які направлятимуться підприємствами на медичне страхування (наприклад, як уже існуюча практика в Україні віднесення на валові затрати коштів, які підприємство сплачує в якості добровільного страхування своїх працівників).

4. Підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі медичного страхування, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування відповідно до чітко визначених критеріїв.

5. Забезпечення державного контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі медичного страхування, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми; створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги.

ваності та організаційно-правової форми; створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги.

Запропонована система заходів, спрямованих на запровадження і розвиток страхової медицини в Україні як одного зі способів подолання корупції в Україні, дозволить створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги; суттєво зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети; зменшити частку тіньової медицини в системі медичного забезпечення; уникнути необґрунтованих витрат, викликаних наданням зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку; покращити матеріальну мотивацію працівників медичних установ [10].

Сьогодні у роботі системи охорони здоров'я Республіки Польща дотримано принципів рівного доступу до служб охорони здоров'я, рівності прав державних і приватних страховальників, вільного вибору постачальників медичних послуг. Удосконалення системи медичного страхування зараз продовжується, оскільки вона має достатньо багато слабких місць, що викликають таке явище як корупція. Сьогодні продовжується робота із децентралізації державних виплат, створення правової основи для недержавних джерел фінансування системи охорони здоров'я, поліпшення якості управління.

Враховуючи вдалий досвід Республіки Польща в подоланні корупції у системі охорони здоров'я, Україні варто взяти за приклад механізм проведення реформ Республіки Польща у галузі медицини. Є необхідність у прискоренні введення загальнообов'язкового державного страхування здоров'я для населення України, після чого має бути встановлено ефективний контроль над фінансуванням системи охорони здоров'я.

#### Список літератури

1. Практичні заходи боротьби з корупцією, підготовлені Економічною та Соціальною Радами Секретаріату ООН : матеріали восьмого Конгресу ООН з попередження злочинності та поведження із правопорушниками. – Гавана, Куба. – 27 серпня – 7 вересня 1990. – ООН, Нью-Йорк, 1991.

2. «Про засади запобігання та протидії корупції в Україні» : Закон, Верховна Рада України від 07.04.2011 р. № 3206-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3206-17>

3. Про державну службу : Закон України від 16.12.1993 № 3723-XII, Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – N 52. – С. 490.

4. Про судову практику у справах про хабарництво : Постанова від 26.04.2002 № 5, Пленум Верховного Суду України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/v0005700-02>

5. Вплив деяких чинників боротьби з корупцією на її загальний рівень у країнах світу : боротьба з організо-

ваною злочинністю (теорія і практика) : наук.-практ. журнал. – К., Міжвід. наук.-досл. центр з проблем боротьби з орг. злоч., 2010. – № 22. – С. 182–192.

6. Бусол О. Ю. Удосконалення механізму декларування доходів та витрат осіб, уповноважених на виконання функцій держави та членів їх сімей як один із чинників зниження рівня корупції / О. Ю. Бусол, М. А. Погорельський // Вісник Нац. акад. прокуратури України. – 2009. – № 2. – С. 85–92.

7. Спеціалізовані інституції з боротьби проти корупції : огляд моделей / [Електронний ресурс] [Горан Клеменчич, Янек Стусек, Інесса Гайка] ; Організація економічного співробітництва і розвитку; Мережа боротьби проти корупції для країн Східної Європи і Центральної Азії. – Режим доступу: <http://www.oecd.org/dataoecd/7/51/39972270.pdf>.

8. Крук О. Країна, яка поборолла корупцію / [Електронний ресурс]. Олег Крук. – // Персонал плюс: Всеукр. загальнополітичний освітянський тижневик. – 2009. – №26 (328). – 1—7 лип. – Режим доступу до журналу: <http://www.personal-plus.net/328/5090.html>.

9. Mauro R. Corruption and the composition of Government / R. Mauro // Journal of Public Economics. – 1998. – № 69. – P. 263–279.

10. Оскар Ариас Санчес Аналіз корупції в різних країнах / Оскар Ариас Санчес // Следователь. – 2006. – № 10. – С. 55–58.

11. Романюк Б. В. Світовий досвід створення та функціонування інституцій з попередження та боротьби з корупцією / Б. В. Романюк // Боротьба з орг. злоч. і корупцією (теорія і практика) : наук.-практ. журнал. – 2009. – № 21. – С. 9–16.

12. Бусол О. Ю. Боротьба з шахрайством і корупцією в системі охорони здоров'я Польщі / О. Ю. Бусол, А. О. Мельник // Бюлетень охорони здоров'я. – № 23. – 2010. – С. 115–122

13. «Закон про лікувальну діяльність» : Закон Республіки Польща № 11/654 від 15 квітня 2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111120654>

14. Шевченко М. Медстрахування у Польщі: рішучість і диференційований підхід / М. Шевченко // Ваше здоров'я:

газета МОЗ України і галузевої профспілки від 18.04.2014 р. – № 16–17. – 2014. – С. 17 – 20 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/medstraxuvannya-u-polshhi-rishuchist-i-diferencijovani-pidxid/>

15. Конституція України : Верховна Рада України; Конституція, Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 14

16. Миколайчук М. Страхова медицина в Україні: актуальність та готовність до неї населення / М. Миколайчук, В. Засадко, М. Тищенко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrbizn.com/strahovanie/327-strahova-medicina-v-ukrayin-aktualnst-ta-gotovnst-do-neyi-naselennya.html>

17. Полянська Т. Страхова медицина – важливий крок до реформування галузі / Тетяна Полянська // Рівненський обласний науково-практичний тижневик [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medvisnyk.org.ua/content/category/4/13/31/>

18. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібн // Баєва О. В. – К. : Вид-во «Атіка», 2008. – 327 с.



## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ТА ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ–СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Сьогодні на рівні держави відбуваються кардинальні зміни у всіх сферах життєдіяльності населення України, це стосується і медицини, зокрема, перебудови практичної роботи лікарів. Це дуже болючий процес, і в більшості випадків населення не задоволене ходом перебудови медицини.

І першим проблемним питанням, якому зараз було б доцільно приділити увагу, є збільшення престижу професії лікаря загальної практики–сімейної медицини (ЗПСМ) як серед населення, так і серед лікарів. Адже не секрет, що більшість сімейних лікарів, як зрілих, з досвідом роботи, яких зараз активно перевчають на кафедрах післядипломної освіти (ПО), так і молодих лікарів–інтернів, не бачать переваг чи перспектив у роботі сімейного лікаря. Поряд з цим, робота лікаря ЗПСМ вимагає різнопланової підготовки (більше 20 дисциплін), відповідних практичних навичок, ведення великої кількості обліково–звітної документації (більше, ніж у дільничного терапевта), і при цьому – не вельми добре оплачується. Крім того, як правило, у сімейного лікаря в наших умовах, насправді, не нормований робочий день (до нього звертаються і вдень, і вночі, і у вихідні, це ніяк не оплачується додатково); погане оснащення на робочих місцях, недостатнє транспортне забезпечення, а на додачу, для виживання, особливо у сільській місцевості, ще й власне господарство. Погодьтеся, поки такий стан умов праці сімейного лікаря не зміниться, він однозначно бачитиме більше недоліків, ніж переваг у своїй роботі. Це нівелює і зводить нанівець мотивацію як лікарів–інтернів даного фаху, так і досвідчених ескулапів, які роками набували навичок і вмінь і просто бояться зараз, в зрілі роки, освоювати нові спеціальності.

З іншого боку, і населення України не підтримує реформи держави в цьому напрямку. В більшості випадків люди просто не поінформовані про суть змін у медицині, в реорганізації закладів охорони здоров'я (лікарень і поліклінік) вони бачать лише загрозу їх закриття. Насильницьке переведення пацієнтів в підпорядкування лікарів, які знаходяться на великій відстані від населених пунктів (бо ті тепер працюють в новостворених центрах первинної медико–санітарної допомоги (ЦПМСД)), зменшує ймовірність вчасного надання медичної допомоги. Сформоване мінусом владою ставлення до лікаря як до здирника, корупціонера (при найменшій заробітній платні останнього) та недовіра до кваліфікації лікаря (чого варті телепередачі та статті у ЗМІ про «білу халатність,

злочинну недбалість» тощо; коментарі подій і медичних випадків з боку журналістів, абсолютно некомпетентних в сфері медицини) приводять до несприйняття сімейного лікаря як професіонала, нівелюють довіру до нього як до людини, до якої можна звернутись за порадами не тільки стосовно хвороб, а й інших проблем, які покладені сьогодні в компетенції лікаря ЗПСМ. Тому доки держава не почне піднімати престиж самої професії лікаря та робити відповідні кроки в напрямку відродження високого звання «людини в білому халаті», мабуть, і не варто сподіватись на бажання з боку молодих чи зрілих лікарів освоювати фах «загальна практика–сімейна медицина», а без цього навіть при найкращих навчальних технологіях нічого доброго не вийде.

А звідси – і проблема працевлаштування випускників вищих навчальних медичних закладів, яка набуває дедалі проблематичнішого характеру. Незбалансованість на ринку праці попиту та пропозиції разом з низькою заробітною платою молодого спеціаліста призводять до тривалого пошуку роботи. Часто, не знайшовши кваліфікованої нормально оплачуваної роботи, вони працюють не за спеціальністю або поповнюють ряди безробітних чи виїжджають за кордон. Інші випускники сприймають працевлаштування на посаді сімейного лікаря як тимчасовий період, з наступною перекваліфікацією на вузького спеціаліста терапевтичного фаху. Тобто випускники чітко не сприймають саму концепцію сімейної медицини і часто ототожнюють її з терапією. Крім того, метод примусу, який нині домінує при працевлаштуванні випускників на посаду лікаря ЗПСМ, недостатньо ефективний, і постійно вишукуючи «дірки» у законодавстві, молоді спеціалісти намагаються або не відпрацювати, або не доїхати, або займають тактику вичікування, зникаючи одразу, після передбачуваного законодавством терміну, з місця роботи. Як результат, з цього немає користі ні молодому лікарю–спеціалісту, ні пацієнтам. Система потребує кардинальних змін.

На даний час для підвищення мотивації та вирішення питання працевлаштування випускників з фаху «Сімейна медицина» розроблено наступні кроки, які запроваджуються на державному рівні:

1. Економічний чинник – збільшення виділення «стартових виплат» молодим спеціалістам, які погодяться працювати у сільській місцевості, а саме сімейним лікарем.

Проте, на нашу думку, «стартові виплати» – це не зовсім той спосіб заохочення, який потрібен на-

шому випускнику. По-перше, гроші мають властивість закінчуватись, а молодий спеціаліст, який має сім'ю та дітей, постійно потребує нормальної оплати праці, достатньої для забезпечення своїх потреб.

2. З метою залучення до роботи за відповідною професією (спеціальністю) в селах і селищах молодому працівнику, який уклав трудовий договір на строк не менш як три роки з підприємствами, установами та організаціями, розташованими в таких населених пунктах, надаються житло на період його роботи та одноразова адресна допомога в десятикратному розмірі мінімальної заробітної плати за рахунок коштів Державного бюджету України. Якщо ж молодий працівник пропрацює в такому населеному пункті не менше ніж десять років, житло передається йому у власність.

Суттєвим, на нашу думку, є питання про інфраструктуру, необхідну для молодого сім'ї, особливо у сільській місцевості (садочки, школи з відповідним рівнем підготовки дітей, секції, дозвілля). Але навіть попри такі умови на даний час Порядок щодо вищезазначених стартових виплат ще не вступив в дію.

3. Для працевлаштування соціально вразливих категорій громадян, зокрема молоді, роботодавцям з чисельністю штатних працівників понад 20 осіб встановлюється квота в розмірі 5 % середньооблікової чисельності штатних працівників за попередній календарний рік. Роботодавці можуть звернутися до служби зайнятості за укомплектуванням вакансій фахівцями з числа безробітних. У разі невиконання роботодавцем протягом року квоти для працевлаштування соціально вразливих категорій громадян ним сплачується штраф у двократному розмірі мінімальної заробітної плати за кожну необґрунтовану відмову.

На нашу думку, навряд чи система «кнута і пряника» є виправданою в таких важких економічних умовах, які є сьогодні в Україні. Тим більше, маючи досвід зарубіжних країн, завжди краще працює система заохочення, ніж покарання. Найбільш виправданим в такому разі є зменшення оподаткування підприємств чи закладів, які беруть на роботу молодих спеціалістів, чи пільгові кредитні умови на купівлю обладнання чи автотранспорту тощо. Тут є над чим працювати, але для держави, яка не може зараз забезпечити доїзд випускників у сільську місцевість, це одна із основних проблем сьогоднішньої, яка має бути негайно вирішена.

У нашому ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» для покращення працевлаштування випускників у сільській місцевості, зокрема в сімейній медицині, запроваджена і активно працює система адаптації випускників до роботи в сільській місцевості. Так, у віддалених селах Тернопільської області вже діють п'ять навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги, ос-

нащених сучасним обладнанням. Це своєрідні взірці лікарських амбулаторій сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських та медичних пунктів, на яких проходять практично-орієнтоване навчання студенти та інтерни. Там їм створено всі умови для роботи і проживання, забезпечено достатнім обладнанням, налагоджено безперебійний зв'язок з відповідними фахівцями клінік для консультацій. Це допомагає формувати новий тип випускників медичних університетів, які не бояться села, бачать зразки для наслідування (добре обладнаний будинок з усіма зручностями при низькій оплаті за комунальні послуги (сільські тарифи), великі прибудинкові території, які можна обладнати під свій смак і потреби), можливість спокійного відпочинку... Тож при належній підтримці з боку держави (при спрямуванні роботи ЗМІ не на засудження лікарів, а на опис перспектив і можливостей при проживанні у сільській місцевості, як, до речі, живуть більшість закордонних фахівців – подалі від мегаполісів) переорієнтація на роботу у сільській місцевості молодих спеціалістів – достатньо реальна задача, яку можна вирішити.

З іншого боку, на даний час в Україні склалась досить своєрідна ситуація і в контексті професійної підготовки лікарів загальної практики–сімейної медицини. Нещодавно прийняті законодавчі акти створили необхідне правове підґрунтя для розвитку первинної медико-санітарної допомоги, накопичено достатньо великий досвід у цій сфері, бо в багатьох регіонах країни протягом тривалого часу працюють пункти сімейної медицини. Але багато спеціалістів-викладачів в галузі післядипломної освіти сімейних лікарів вважають найістотнішою проблемою відсутність єдиної більш-менш визначеної і науково обґрунтованої самої моделі підготовки таких фахівців у вищих медичних навчальних закладах. Дискусії ведуться довкола питань про початок підготовки лікаря загальної (сімейної) практики, про зміст і технологію його навчання, основні функціональні обов'язки, про необхідне організаційне та технічне забезпечення діяльності тощо. Проголошення Україною курсу на євроінтеграцію вимагає необхідності відповідати світовим і загальноєвропейським стандартам у цій галузі. Тому гостро постає проблема якості підготовки сімейного лікаря, яка в Україні здійснюється двома шляхами. По-перше – це навчання сімейного лікаря у дворічній інтернатурі за типовою навчальною програмою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України у 2011 р. (МОЗ України, 2011), що передбачає 1 рік очного навчання (50 % навчальних годин) на кафедрах і клініках вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) та 1 рік заочного навчання (50 % навчальних годин) – на базах стажування (попередні навчальні програми інтернатури у 1996, 2002, 2006 рр. були також розраховані на 2 роки, хоча перша програма інтернатури з сімейної медицини в 1995 р. була 3-річною). По-друге – це підготовка сімейних

лікарів шляхом перепрофілювання та респеціалізації лікарів інших спеціальностей на 6-місячних циклах спеціалізації (Типові навчальні плани і програми, затверджені МОЗ України, 1995–2012 рр.). Також розроблено програму циклів спеціалізації з фаху «Загальна практика – сімейна медицина» для дільничних педіатрів і терапевтів за очно-заочною формою навчання (4 міс. очного і 2 міс. – заочного) із застосуванням елементів дистанційного навчання, що містить два варіанти навчальних планів – для дільничних терапевтів і педіатрів (МОЗ України, 2012).

У зазначених умовах ВМНЗ докладали всіх можливих зусиль для забезпечення якості підготовки сімейних лікарів, застосовували новітні форми навчання – безперервне навчання, навчання на робочому місці, дистанційне навчання, щомісячні семінари–тренінги для сімейних лікарів тощо. Але, незважаючи на всі зусилля, кінцеві результати зазначили зниження статусу та популярності професії серед медичної спільноти, нерозуміння і неприйняття нових умов праці серед підготовлених у такий спосіб сімейних лікарів та пошуку виходів із ситуації (змінити тільки назву, а контингент обслуговування залишили той же). Якщо взяти до уваги, що при перепідготовці лікарі ще й втрачали категорії, здобуті на попередній роботі, то, звичайно, це не збільшувало бажання оволодіти новою спеціальністю.

Іншою суттєвою проблемою є контроль якості підготовки сімейних лікарів на заочних базах стажування. Відповідно до наказу МОЗ України від 19.09.1996 р. № 291 «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівня акредитації медичних факультетів університетів», керівниками заочних баз стажування інтернів мають бути лише лікарі за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» першої або вищої категорії, що забезпечувало б надання можливості майбутнім сімейним лікарям оволодіння всіма аспектами та практичними навичками за вибраним фахом. Але в багатьох випадках керівниками заочних баз стажування призначають лікарів інших спеціальностей, які не мають можливостей ані забезпечити засвоєння всього необхідного переліку практичних навичок, ані передати специфіку спеціальності, ані привити зацікавленість і любов до професії.

Вищезазначене свідчить про необхідність змін у підходах до підготовки медичних кадрів первинної ланки з акцентуванням пріоритетів не на кількісних, а на якісних показниках навчання, збільшенні термінів навчання на циклах інтернатури та спеціалізації з сімейної медицини за міжнародними принципами, більш ретельних підходах до підбору педагогічних кадрів, підвищенні їх кваліфікації, зокрема на заочному етапі навчання. У зв'язку з цим потребують перегляду навчальний план і програма підготовки сімейних лікарів.

Звертає на себе увагу і навантаження, яке виконують лікарі-курсанти протягом заочної форми навчання. Їм не тільки потрібно швидко зорієнтуватись у ситуації при мінімальному діагностичному обладнанні, а й оформити належну документацію за основним місцем роботи та «портфоліо» для звітності на базовій кафедрі факультету післядипломної освіти. Роботи і паперів стає більше, а все решту – те ж, що було. При цьому при недостатній кількості сімейних лікарів ще і дільниці стають більшими, що саме по собі теж збільшує навантаження на лікарів ЗПСМ.

На те, щоб підготувати повноцінного сімейного лікаря, щоб його навчити, щоб він мав практику – потрібні роки. Це неможливо зробити за один рік, а тим більше за 6 місяців. Якщо ж взяти досвід підготовки сімейних лікарів за кордоном, то там такого поняття, як перепідготовка досвідчених у своїй галузі лікарів, взагалі немає. В жодній із країн, окрім України та Росії, відсутній такий вид навчання, як спеціалізація, тобто переспеціалізація лікаря-спеціаліста на сімейного лікаря, оскільки підготовка сімейного лікаря – це тривалий процес, і професійна спрямованість починається ще на додипломному етапі, а продовжується в інтернатурі (резидентурі) відповідного напрямку. Середня тривалість такого навчання у більшості країн Європи становить  $\geq 3$  років (щонайбільше – 5 років). Лише в Україні та Росії тривалість навчання сімейного лікаря становить 2 роки.

Якщо ж врахувати, що одним із завдань лікаря ЗПСМ є профілактична робота, яка вимагає від лікаря вміння аналізувати соціальні ситуації, прогнозувати їх розвиток і можливі наслідки, вміння будувати взаємини з різними категоріями пацієнтів, володіти різними стилями спілкування, вміння швидко орієнтуватись у ситуаціях взаємодії і обирати оптимальні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їхніх психологічних особливостей. Іншими словами, здійснення профілактичної роботи сімейним лікарем може бути успішним за умови, що він має достатньо високий рівень соціально-психологічної компетентності. Виконання лікарських функцій не можливе поза спілкуванням з пацієнтами, а в більшості випадків – поза спілкуванням з їхнім найближчим оточенням (сім'єю). Здатність бачити і вирішувати проблеми, пов'язані зі здоров'ям людей, у контексті конкретних ситуацій їхнього життя, з урахуванням особливостей міжособистісних стосунків, на основі розуміння всієї складності цих ситуацій і стосунків; розуміння індивідуальних особливостей пацієнтів та членів сімей, спроможність визначати смисл тих чи інших подій і ситуацій та відповідним чином впливати на їх перебіг – складає, на нашу думку, головне завдання соціально-психологічної підготовки сімейного лікаря. Здебільшого у літературі, присвяченій впровадженню програми розвитку сімейної медицини в Україні, обговорюються питання медичної фахової підготовки сімейних лікарів. Питання ж

соціально-психологічної компетенції практично не розглядаються або ж розглядаються дуже вузько і фрагментарно.

Інша проблема при підготовці сімейних лікарів – передатестаційні цикли навчання. Незважаючи на доступність існуючої системи післядипломної освіти в Україні, її не можна назвати вичерпною і всеохоплюючою із-за обмеженого вибору форм і видів підвищення кваліфікації (передатестаційні цикли, цикли тематичного удосконалення, науково-практичні конференції, освітні семінари, лекційні курси). Недоліком традиційної технології навчання (орієнтованої, як правило, на реалізацію фактологічної моделі навчання) є ретельно відібрана і оброблена викладачем, обмежена за обсягом лекційна інформація, орієнтована на вирішення типових завдань і розгляд типових ситуацій. При цьому обсяг переданої під час занять інформації, як правило, обмежується можливостями лікарів фіксувати основну частину цієї інформації в рукописній формі. Засвоєння матеріалів лекції чи семінарів в процесі запису надзвичайно обмежене, а для деяких слухачів курсів і малопродуктивне, зміст і обсяг переданої інформації лімітовані орієнтацією викладача. Отже, відсутнє регулярне поточне вивчення і засвоєння матеріалів дисципліни, а обсяг засвоєних знань виявляється недостатнім для подальшої професійної діяльності; утруднено обговорення лікарями-інтернами та курсантами-слухачами проблемних питань курсу в зв'язку з великим обсягом необхідної до подання інформації і обмеженим часом лекцій чи семінарів.

Зазначені недоліки традиційної технології навчання не дозволяють забезпечити підготовку фахівця, що відповідає сучасним вимогам охорони здоров'я, і викликають необхідність розробки нової моделі його підготовки.

Одним із шляхів виходу із ситуації, що склалася, є впровадження дистанційних інтерактивних та заочних методів навчання із застосуванням телекомунікаційних технологій та самопідготовки за різними інтернет-програмами. Звичайно, навчальний процес не міг залишитись поза впливом чинників з боку інформаційних технологій, які в даний час переживають бурхливий розвиток. Електронні комп'ютерні підручники, дистанційна освіта, віртуальні тренажери – далеко не повний перелік напрямків, які успішно розвиваються в системі освіти. Враховуючи велику територію країни, наявність великого числа віддалених регіонів, де нерідко є 1-2 фахівці, та непросту економічну ситуацію, цей вид навчання дозволив би охопити післядипломною медичною освітою (ПДМО) значну кількість лікарів. Так, справді, дистанційне навчання (ДН) має значні переваги над традиційною системою підвищення кваліфікації, а саме:

- більш повне задоволення потреб практичної охорони здоров'я в освітніх послугах;
- економічна ефективність для установ охорони здоров'я;

- гнучкість системи післядипломної освіти для практичного лікаря;

- висока якість і стандарти освіти за рахунок реалізації комплексних освітніх програм, заснованих на використанні передових педагогічних інформаційних технологій;

- можливість залучення додаткових людських ресурсів з різних регіонів країни в якості викладачів й авторів курсів;

- підвищення соціальної й професійної мобільності фахівців, їхньої соціальної активності, кругозору, рівня самосвідомості;

- широкі можливості одержання практичним лікарем ПДМО за місцем проживання без відриву від основного місця роботи;

- ефективніша робота з персоналом, який вже має досвід і надає перевагу сучасним технологіям самостійного навчання.

Але впровадження ДН має на своєму шляху і ряд перешкод, які не дозволяють швидко, а головне – якісно, впровадити даний вид навчання в ПДМО лікарів. Зокрема, юридично не розроблені нормативи «дистанційного» навантаження на викладача, відсутні механізми нарахування робочого часу і викладачу, і лікарю, який навчається в такий спосіб. Крім того, велика кількість лікарів-курсантів або зовсім не мають навичок роботи з персональними комп'ютерами (ПК), або володіють ними на дуже низькому рівні. Тому постає необхідність зміни навчальних планів (включення курсів, можливо, обов'язкового ТВ для лікарів-курсантів різних фахів, мета яких – навчити працювати на ПК на достатньому рівні і отримати сертифікати, які будуть враховуватись при атестації).

Ще один недолік, який нині є у ПДМО, – це недосконалі навчальні плани, зокрема для лікарів-інтернів, де спостерігається дублювання навчального матеріалу; перевантаження навчальних програм темами, які не мають практичного значення, особливо для лікаря загальної практики, тому стає необхідною відповідність вищої медичної освіти – структури, змісту, термінів підготовки до міжнародних освітніх стандартів. В ПДМО змін потребує і методичне забезпечення, в тому числі підручників. Вже багато років обговорюється необхідність підготовки стандартизованих підручників для лікарів-інтернів, які повинні готуватись і видаватись найкваліфікованішими викладачами опорних кафедр відповідної дисципліни. Стандартизація є пріоритетним напрямом сучасного розвитку охорони здоров'я в більшості економічно розвинених країн світу. Провідними тенденціями стандартизації в охороні здоров'я України на сучасному етапі повинні бути активізація розробки і впровадження в повсякденну медичну практику клінічних рекомендацій та клінічних протоколів; гармонізація медичних стандартів з міжнародною системою стандартизації; використання методів економічного аналізу для вибору оптимальних технологій (аналіз «витрати –



ефективність», «мінімізація витрат» та ін.). Тому першочергове значення для управління якістю освіти має саме стандартизація, в тому числі і підручників. І в цьому плані актуальною є підготовка національного підручника за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» для післядипломної освіти. Відповідно до чинного законодавства, існують певні вимоги до створення національного підручника (наказ МОЗ України від 22.06.2010 р. № 502 «Про затвердження робочих груп з питань підготовки національних підручників для студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, підпорядкованих МОЗ України»). По-перше, формувати авторський склад має колектив опорної кафедри з обов'язковим введенням в авторський колектив професорів однопрофільних кафедр ВМНЗ. По-друге, національний підручник має відповідати діючому типовому навчальному плану і програмі, його зміст повинен відповідати кількості навчальних годин (І. С. Вітенко та співавт., 2011). Національний підручник з сімейної медицини повинен враховувати сучасні принципи WONCA, EURACT, існуючі міжнародні стандарти та досвід із підготовки сімейних лікарів інших країн світу. На сьогодні експертами Всесвітньої організації сімейних лікарів (World Organization of Colleges and Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – WONCA) та Європейської академії викладачів загальної практики (European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine – EURACT) розроблено уніфіковану програму підготовки сімейних лікарів та WONCA стандарт післядипломної освіти сімейних лікарів (2013 р.). І система навчання сімейних лікарів в Україні має враховувати сучасні принципи WONCA, EURACT, чинні міжнародні стандарти та досвід з підготовки сімейних лікарів в інших країнах світу.

Звичайно, тут теж є підводні камені, і один з них – наша бюрократія. Всім відомо, що поки підручник пройде всі належні інстанції, отримає всі дозволи і підписи і дійде до бібліотечної полиці, то всі найсучасніші дані стануть глибоко застарілими. Але і тут є вихід – наприклад, електронний навчальний підручник, який можна швидко оновлювати і коригувати (звичайно видавати його повинні висококваліфіковані викладачі опорних кафедр).

Ще одна проблема, яка нині спостерігається в ПДМО, – в лікарів-інтернів низький рівень або і повна відсутність знань іноземних мов. Оскільки сьогодні активно іде інтеграція у світовий медичний простір, знання іноземної мови, принаймні англійської, дуже бажане для наших лікарів. Це можливість не тільки спілкуватись з колегами з інших країн, а і використовувати в своїй роботі дані багатоцентрових рандомізованих досліджень, вивчати досвід інших клінік, користуватись Кокрейнівськими оглядами та ще багато іншого... Наші ж навчальні плани передбачають закінчення вивчення іноземних мов ще на перших курсах університету, а про інтер-

натуру вже і мови немає. Разом з тим, англійська спеціалізована (медична) мова є специфічною, її не викладають на приватних уроках, бо таких спеціалістів просто мало, тож було б доцільним змінити навчальний план підготовки інтернів і продовжити вивчення іноземної мови і далі в інтернатурі. Тоді такі висококваліфіковані і ерудовані випускники також будуть показниками якості нашої ПДМО, наближеної до світових стандартів.

Ще одним предметом, який треба було б викладати в інтернатурі, є менеджмент в системі охорони здоров'я. Оскільки ми зараз активно обговорюємо питання змін форм фінансування в даній галузі, то наші інтерни повинні мати відповідні знання та вміння щодо організації, видів та форм маркетингу і менеджменту у своїй роботі, навички складання бізнес-планів та фінансових облікових документів. Це б дало змогу підвищити мотивацію навчання в інтернатурі, бо тоді лікар-інтерн бачив би себе не тільки спеціалістом, який пішов в медицину за покликом душі і тепер повністю залежить від фінансування з міністерства чи місцевих органів управління, залишаючись одним з найменш оплачуваних спеціалістів з вищою освітою, а мав би знання, вміння та можливості не тільки для професійного розвитку, а і для покращення свого матеріального стану. Використання лікарем кредитних банківських програм чи лізингу дало б можливість лікареві додатково обладнати свою амбулаторію, надавати додаткові медичні послуги та покращити якість обслуговування населення. При цьому лікар зможе розширювати свої знання і вміння, оволодівати новими методиками і краще реалізувати себе як спеціаліста.

Ще одна проблема, яка нині є у медицині, – це «безкоштовна медична допомога», задекларована в Конституції України. Сьогодні ми всі розуміємо, що така норма закону має чисто декларативний характер, і висококваліфікована медична допомога, як і будь-яка послуга населенню з боку відповідного фахівця, не може бути безкоштовною. Це породжує ряд «зловживань» з боку лікарів, які, звичайно, цінують себе як фахівців і мають на це повне право, а з іншого боку – невдоволення населення, яке чітко знає свої права на безкоштовне медичне обслуговування, забезпечене йому Найвищим законом нашої держави. Становлення сімейної медицини потребує вирішення комплексу юридичних, економічних, організаційних питань з врахуванням психологічного фактора – готовності до сприйняття такої системи лікувально-профілактичної допомоги медичними працівниками і пацієнтами.

І в час, коли мова йде про зміну Конституції чи деяких її норм, то, мабуть, було б доцільно і МОЗ України висунути свої пропозиції стосовно вищевказаної норми закону. Звичайно, це приведе до невдоволення населення нашої держави, але тут, як ніколи, повинні відповідну роль відіграти і наші ЗМІ,

і фахівці МОЗ, і відомі лікарі, які, у доступній для людей формі, повинні пояснити народу України, що безкоштовна медична допомога – це міф або чистий популізм, які й так не працюють на практиці. Тому в сучасних умовах перед ЗМІ слід поставити основне завдання – донести до населення держави суть і переваги переходу до страхової медицини; означити повноваження, права і обов'язки сімейного лікаря; право на вибір свого сімейного лікаря, але з обов'язковим укладанням контракту, де буде зазначено робочий час та послуги, які зобов'язується надавати медичний працівник. Лікар в нових умовах, коли ми говоримо про євроінтеграцію, не повинен знову стати заручником обіцянок, які дає держава людям. Тривалість роботи протягом дня та тижня, відпустки, участь у наданні невідкладної допомоги вночі повинні бути оговорені у відповідному контракті з урахуванням діючих нормативних документів. Розв'язання цих питань, як і інших проблем у стосунках «лікар-пацієнт-ЛПЗ-місцева адміністрація», потребує насамперед визначення адміністративно-правових засад діяльності сімейної медицини в цілому, її місця та взаємовідносин у системі лікувально-профілактичної допомоги та відповідного юридичного супроводу.

І це вже наступна проблема в підготовці сімейних лікарів – не тільки брак професійних медичних юристів, але й відсутність елементарних знань правових норм роботи як у лікарів-інтернів, так і курсантів. Сьогодні лікарі є абсолютно беззахисними як перед ЗМІ, так і перед людьми, які звинувачують їх у всіх вигаданих і не вигаданих гріхах. Отже, курс з медичного права також бажано було б ввести в сучасні навчальні програми ПДМО.

Нові економічні, юридичні та нормативні відносини у сучасній післядипломній медичній освіті України потребують забезпечення зростання професійної майстерності лікаря і не тільки лікаря-слухача, а і викладача, який його навчає.

Отже, щодо викладачів – активних учасників ПДМО – це також проблемне питання в підготовці сімейних лікарів. Викладач, який працює в ПДМО, повинен мати не тільки необхідний рівень компетентності та задовольняти потреби слухачів (лікарів-інтернів і курсантів), він повинен також володіти іноземними мовами (хоча б однією), стажуватись за кордоном, активно спілкуватись з викладачами і фахівцями різних галузей медицини, в тому числі закордонними, активно знаходити, вивчати, використовувати наукову інформацію у своїй щоденній діяльності, а також самому активно проводити наукові дослідження та займатись лікувальною практикою. Щоб реалізувати всі ці завдання та вдовольнити свої професійні амбіції і намагання, викладач ПДМО сам теж повинен змінитися – він постійно повинен вдосконалюватись. Але нині соціальний статус та імідж викладача вищого навчального закладу у суспільстві знівельовано. Між тим, праця викладача потребує постійного особистісного зрос-

тання, великих розумових, часових, емоційних та матеріальних затрат. Для поліпшення цієї ситуації настав час кардинально змінити умови праці та статус викладача вищої медичної школи, які б відповідали європейським стандартам.

І тут теж потрібні реформи, насамперед – на державному рівні. Так, загальне навантаження викладачів ПДМО складається з навчального, методичного, організаційного, лікувального й наукового. Частіше чіткому підрахунку піддається тільки навчальне та лікувальне навантаження (тобто існують нормативи його підрахунку), котрі найбільше впливають на отримувану ставку. Методичне, організаційне та наукове навантаження викладача ніяк не враховується. При цьому існує загальнодержавна норма того, що максимальне навчальне навантаження на одну ставку повинно складати 900 годин на рік, а кожний університет встановлює власну норму мінімального/максимального навантаження (інколи й аудиторного навантаження – складової навчального) для кожної посади відповідно до наукового ступеня, вченого звання, рівня кваліфікації, досвіду роботи. На навчальне навантаження викладача найбільше впливають кількість аудиторних годин і кількість слухачів на окремих дисциплінах. Якщо ж ми за «Європейські стандарти» у вищій освіті, то давайте будемо їх використовувати.

У західних країнах навантаження регулюється по-різному: у деяких встановлені державні норми максимального навантаження, у інших – питання належить до компетенції окремих університетів. Проте в будь-якому разі у викладачів є важелі впливу на формування навантаження через професійні спілки, асоціації, публічні дебати тощо. Наприклад, у США відсутня єдина державна норма максимально допустимого навчального навантаження. Проте університети, зацікавлені в дослідницькій роботі викладачів, не перевантажують їх тільки викладанням. Власне, кількість часу, котрий відводиться на навчальний процес (instruction), визначається конкретно для кожного університету.

У рекомендаціях Американської асоціації університетських професорів вказано ліміти навантаження, які є «обов'язковими для закладу вищої освіти, котрий серйозно прагне досягнути та підтримувати адекватний високий рівень ефективності роботи викладачів у навчальному процесі та дослідженнях». Асоціація встановлює таку верхню межу обсягу викладання: 12 годин на тиждень і не більше ніж шість окремих курсів протягом навчального року при викладанні на бакалаврських програмах; не більше дев'яти годин навантаження на тиждень при викладанні повністю чи частково на рівні магістратури чи вище. При цьому асоціація вказує, що при такому навантаженні не варто очікувати значних досягнень у науковій роботі викладача. Оптимальними же асоціація вважає дев'ять годин на бакалаврському рівні й шість – при викладанні в бакалавраті-магістратурі чи просто в магістратурі.

У Норвегії викладачі витрачають на навчальний процес до п'яти годин на тиждень, у Швеції – 9 годин. У Франції передбачається, що з 1600 робочих годин на рік 50 % витратяться на викладання загалом, включно з часом на підготовку лекцій і семінарів. При цьому в контрактах вказується кількість аудиторних годин викладача – до 128 для професорів або ж до 192 на рік для молодшого академічного персоналу.

В Італії існує норма річного навантаження – не більше 350 годин викладацької діяльності на рік (тобто не тільки аудиторного, а загалом навчального навантаження).

Показники співвідношення резидентів і викладачів у країнах західного світу теж відрізняються – 4-6 осіб на одного викладача.

Отже, існуюча структура науково-педагогічного навантаження має очевидний перекис, який необхідно збалансувати. З позицій забезпечення якості освіти і ефективності навчального процесу верхня межа річного навчального навантаження повинна визначатися у відповідному Положенні і диференціюватися згідно із статусом вищого навчального закладу та сертифікованим рівнем кваліфікації науково-педагогічного працівника. Це забезпечить час для безперервного професійного розвитку викладачів (додаткових курсів спеціалізації; вивчення і освоєння нових лікувально-діагностичних методик; стажування, в тому числі за кордоном; удосконалення практики володіння іноземними мовами; робота з друкованими та електронними виданнями, українськими і міжнародними науковими архівами та бібліотеками; аналітична робота над результатами наукових досліджень; підготовка виступів і презентацій тощо).

Для забезпечення належної якості освіти, необхідно виконати хоча б основні вимоги:

1. Створити відповідні умови праці для викладачів. Зокрема, має нормативно передбачатися час (достатній час!) для підготовки лекцій, практичних і семінарських занять, консультацій, дослідницької роботи.

2. На кафедрах післядипломної освіти повинні бути облаштовані робочі місця викладача зі всіма необхідними для роботи технічними засобами (електро– та ехокардіографами, спірографами, ультразвуковими апаратами, дефібриляторами, комплексами для проведення реанімаційних заходів, діагностичними лабораторними комплексами).

3. Обов'язковими мають бути оплачувані навчальним закладом поїздки за кордон для стажування, участі у конференціях та проведення наукових досліджень.

Таким чином, лише за умов якісної підготовки самого викладача, який має час для самовдосконалення, можна очікувати на якісний виклад предметів, в тому числі для лікарів фаху «Загальна практика – сімейна медицина».

## Резюме:

➤ При належному усвідомленні сімейним лікарем своєї вагомої ролі у заходах із сучасного реформування системи охорони здоров'я, спрямованих на задоволення потреб конкретного пацієнта та членів його сім'ї, підтриманих заходами щодо економічного стимулювання інституції сімейної медицини в державі, перебудова системи ПМСД на нових, визнаних у всьому світі засадах дасть очікувані позитивні результати. Система охорони здоров'я виграє від перетворення медичного обслуговування в економічно більш раціональне, а держава виграє від зміцнення і підвищення потенціалу суспільного здоров'я.

➤ Підготовку сімейного лікаря необхідно починати з додипломної освіти з викладанням основ пропедевтики за синдромологічним підходом і формування психології та специфічного клінічного мислення з орієнтацією на загальну практику – сімейну медицину і продовжувати на подальших етапах із розширенням і поглибленням знань, формуванням професійних знань лікаря щодо діагностики та лікування певних захворювань в умовах первинної ланки.

➤ Навчання сімейного лікаря має ґрунтуватися на компетентнісному підході – з необхідністю врахування компетенцій та кваліфікаційної характеристики сімейного лікаря, розкриттям специфіки медичної допомоги в умовах закладів сімейної медицини.

➤ Тривалість навчання в інтернатурі з сімейної медицини має відповідати рекомендованим термінам міжнародних професійних організацій WONCA, EURACT, UEMO тощо і бути не менше 3 років.

➤ Забезпечувати процес навчання сімейних лікарів мають викладачі за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» і спеціально підготовлені сімейні лікарі-тренери на базах стажування.

➤ Національний підручник має відповідати програмі навчання і навчати лікаря надавати медичну допомогу хворому, починаючи із симптомів і синдромів і закінчуючи висококваліфікованими рекомендаціями (клінічними протоколами) з надання медичної допомоги при певних нозологіях, який повинен бути як в паперовому, так і електронному варіантах.

➤ Кафедри післядипломної освіти повинні бути оснащені відповідною лікувально-діагностичною апаратурою, на якій зможуть працювати лікарі-інтерни, а викладачі – виконувати наукову роботу.

➤ Удосконалення потребують і навчальні програми для підготовки сімейних лікарів (включення курсів іноземних мов, основ маркетингу і менеджменту, медичного права, навчання роботи на комп'ютері тощо).

➤ Ширшого запровадження і відповідного юридичного супроводу потребують дистанційні форми освіти.

➤ Назріла необхідність створення нової концепції педагогічного навантаження (тарифікації) з визначенням нових норм педагогічного навантаження

і з регламентацією максимальної межі річного навчального навантаження науково-педагогічних працівників; розробкою таблиць градації річного навчального, методичного, лікувального і наукового навантаження та системою заходів щодо безперервного професійного розвитку, підвищення мотивації і створення належних умов для проведення наукових досліджень.

➤ Для підвищення мотивації і кваліфікації лікарів фаху ЗПСМ необхідне підвищення статусу сімейного лікаря на державному рівні (з розробкою нових заохочувальних умов, особливо при роботі в селі; достойною заробітною платою; пільговим оподаткуванням).

### Список літератури

1. МОЗ України Навчальний план та уніфікована програма циклу спеціалізації за фахом «Загальна практика – сімейна медицина». – Київ, 2012.-61 с.

2. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» Комітет з економічних реформ при Президентові України, 2010. – 87 с.

3. Досвід навчання лікарів-інтернів на базі навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги // М.В. Гребеник, С.Є. Шостак, Н.І. Ярема, Л.В. Зоря, О.І. Криській // Сімейна медицина, Дніпропетровськ, 2011– С.605-610.

4. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2012 року № 132 «Про затвердження Примірної таблиці оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»

5. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі"

6. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 р. № 3611-УІ

7. Наказ МОЗ України від 04 листопада 2011 року № 755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»

8. Наказ МОЗ України від 17.10.2012 № 813 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 04 листопада 2011 року № 755»

9. МОЗ України Типовий навчальний план і програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації зі спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина». – Київ, 2011. – 80 с.

10. Вороненко Ю.В Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи / Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Ткаченко В.І., Медведовська Н.В., Краснов В.В. Український медичний часопис № 3 (101)–V/VI 2014. -с. 116-120.

П.Тимофієва М.П. Психологічні аспекти розвитку комунікативної компетентності сімейного лікаря / Тимофієва М.П. – Чернівці: Книги – XXI, 2009. – 276 с.

12. Тимофієва М.П. Двіжона О.В. Психологія здоров'я / М.П. Тимофієва, О.В. Двіжона // – Чернівці: Книги – ХХІ, 2009. – 296 с.

13. Думанський Ю.В. Семейный врач (врач общей практики) /Думанский Ю.В., Синяченко О.В., Игнатенко Г.А. Издательство Медуниверситета, Донецк, 2013. – 253 с.

➤ В умовах незадовільної інформованості населення засобом масової інформації слід більше уваги приділяти позитивним сторонам роботи лікарів, об'єктивно висвітлювати інформацію, а при негативних випадках – отримувати кваліфіковані пояснення від провідних фахівців у медичній галузі України.

➤ На державному рівні розробити план заходів з залученням ЗМІ, фахівців МОЗ та відомих, визнаних народом лікарів, за допомогою яких, у доступній для людей формі, можливо, й у формі дискусій, будуть пояснювати населенню суть і переваги переходу до страхової медицини; реорганізації закладів охорони здоров'я; відродження інституції сімейної медицини та інших, актуальних в медицині змін.

14. Вітенко І.С., Мельник І.В., Штанько С.В. Вимоги до сучасного українського підручника. Медична освіта, 2011. – с. 29-30.

15. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) [Electronic resource] // ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine, 2013. – ACGME Online. – Access mode: [http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/120\\_family\\_medicine\\_07012014.pdf](http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/120_family_medicine_07012014.pdf).

16. American Academy of Family Physicians (AAFP) [Electronic resource] // Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents. 2013. – AAFP Online. – Access mode: <http://www.aafp.org/cg>.

17. Brekke M., Carelli F., Zarbailov N. et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe — a descriptive study. BMC Med. Educ., 2013. – 13: 157.

18. Camilleri A.F., Sammut D. A curriculum for specialist training in family medicine for Malta. Malta College of Family Doctors Curriculum Board 2008-2010, 487 p.

19. College of Family Physicians of Canada Standards for Accreditation of Residency Training Programs. College of Family Physicians of Canada, Mississauga, 2002. -13 p.

20. Council of European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice/Family Medicine in Europe. Cracow, 2012. – 38 p.

21. EURACT GP/FM Specialist Training Schemes. EURACT, 2013. – Online. – Access mode: <http://www.euract.eu/specialist-training/malta>.

22. American Association of University Professors The Work of Faculty: Expectations, Priorities, and Rewards, 1994. – p. 117-119. – Access mode: <http://www.aaup.org/report/work-faculty-expectations-priorities-and-rewards>

23. Совсун І., Центр дослідження суспільства, для Освіта.ua Освітнє пере(за)вантаження Чи чекати масового скорочення викладачів? // Журнал «Відкритий урок» Видавництво «Плеяди» на osvita.ua [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://osvita.ua/vnz/high school/35550/>

24. Чужиков В, Антонюк JI. Соціальні наслідки євроінтеграції України. Система вищої освіти [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09543.pdf>

25. Василик І. Проблеми вищої освіти та пропозиції для їх вирішення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://meritokrat.org/groups/post?group\\_id=14&id=2058](http://meritokrat.org/groups/post?group_id=14&id=2058)



## ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ВВЕДЕННЯ РІЧНОГО ПІСЛЯДИПЛОМНОГО СТАЖУВАННЯ В УКРАЇНІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Післядипломний етап підготовки фахівця здійснюється на засадах та в колі існуючого правового поля: Конституції України, Законів України «Про освіту», «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про вищу освіту», Національної доктрини розвитку освіти України у XXI столітті, Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту), державних стандартів освіти, а також із врахуванням міжнародного досвіду управлінського та інформаційно-технологічного забезпечення окремих напрямків професійної діяльності.

Зміст та завдання післядипломної підготовки визначені Законом України «Про вищу освіту» (ст. 10), в якому зазначено: «Післядипломна освіта – спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення й оновлення її професійних знань, вмінь і навичок або отримання іншої спеціальності на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду».

В сучасних умовах розвитку держави та реформування медичної галузі складається необхідність перегляду існуючої системи післядипломної освіти з питань підготовки лікаря. При цьому існує низка проблем, що потребує термінового вирішення. Серед них чи не першочерговою є потреба розробки належної нормативної бази: означити зміст і суть професійного навчання та організації навчального процесу відповідно до потреб економічного і соціального розвитку держави на основі впровадження результатів сучасних наукових розробок, диференційованого використання вітчизняного та зарубіжного досвіду у сфері професійної підготовки та навчання випускників ВНЗ.

Післядипломний етап освіти може бути ефективним лише за умови, коли він буде невпинно слідувати практиці – оперативної і максимально повно забезпечувати потреби як суспільства, так і окремих громадян. Зміст післядипломної підготовки формується із врахуванням галузевої та рівневої специфіки. При цьому використовуються прогресивні технології, які стимулюють зацікавленість лікарів-інтернів (слухачів) до здобуття теоретичних знань, передового досвіду, сприяють засвоєнню ефективних способів вирішення фахових проблем.

Підвищення науково-професійного рівня з метою опанування вітчизняними, світовими досягненнями в певній галузі медичної науки, реалізація знань та вмінь здійснюється у різних формах, в тому числі через стажування в науково-дослідних інститутах,

наукових центрах, університетських клініках, спеціалізованих клініках тощо.

Дотепер в Україні післядипломна медична освіта передбачала: спеціалізацію (інтернатуру), стажування, підготовку лікарів.

Зокрема, *спеціалізація* (інтернатура) передбачає набуття особою здатності виконувати окремі завдання та обов'язки, які мають особливості в межах спеціальності.

Стосовно розуміння самого поняття «стажування», то донедавна воно мало таке чітко окреслене значення. Відповідно до Закону України «Про вищу освіту», стажування – це набуття особою досвіду виконання завдань та обов'язків певної спеціальності. Стажування – навчання персоналу на робочому місці під керівництвом відповідальної особи після теоретичної підготовки або одночасно з нею з метою практичного оволодіння спеціальністю, адаптації до об'єктів обслуговування та керування, набуття навичок швидкого орієнтування на робочому місці та інших прийомів роботи. До прикладу, лікар-терапевт, з метою поглиблення знань та підвищення власної професійної кваліфікації, стажується на робочому місці в кардіологічному диспансері. Оскільки стажування – це навчання, то воно може бути платним і безоплатним, оплачуватися як за рахунок підприємства-роботодавця (коли є реальна необхідність підготовки спеціаліста із поглибленим володінням окремими спеціальними навичками і знаннями), так і за рахунок працівника (у випадку, коли це є його власна ініціатива).

Однак окрім стажування на робочому місці існує поняття посади лікаря /провізора стажиста, яке окреслене з позицій фахової підготовки і наступності у здобуванні професійних знань. Перевід лікаря /провізора на посаду стажиста здійснюється відповідно до чинного законодавства, за умови :

– закінчення терміну дії сертифіката лікаря-спеціаліста;

– одного року після закінчення п'ятирічного терміну з моменту присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії чи отримання звання лікаря (провізора)-спеціаліста;

– лікар протягом року після закінчення п'ятирічного терміну з моменту присвоєння кваліфікаційної категорії не виявив бажання та не підготував документи до подачі на атестаційну комісію для розгляду підтвердження чи присвоєння кваліфікаційної категорії;

– якщо лікарю (провізору) рішенням атестаційної комісії було відмовлено у присвоєнні (чи підтвер-

дженні) другої кваліфікаційної категорії (згідно з наказом МОЗ України із атестації);

– у випадку, коли лікар (провізор) був переведений або зарахований на іншу посаду, до отримання ним сертифіката лікаря-спеціаліста з відповідної лікарської спеціальності;

– коли лікар не працював за конкретною спеціальністю більше 3 років, провізор відповідно, більше 5 років. При цьому лікаря направляють на стажування і переводять на посаду лікаря-стажиста.

Однак в умовах реформування післядипломної медичної підготовки стажування передбачає новий зміст і наповнення. Насамперед, лікарське стажування охоплює етап інтернатури (яка може мати різні форми), що дає можливість отримати достатній об'єм теоретичних та практичних знань (в рамках, необхідних для спеціаліста), з можливим в наступному поглибленням спеціальних знань з окремих розділів медицини під час навчання в клінічній ординатурі (резидентурі).

Надалі клінічна ординатура повинна трансформуватися у резидентуру, як у більшості розвинених з позиції медицини держав. Це поняття «резидентура» передбачає, що резидент/лікар (молодий фахівець), який перебуває в університетській лікарні або лікувальних закладах, що матимуть дозвіл на підготовку резидентів (існує потреба розробки фаховою комісією МОЗ України вимог до лікувальних закладів як клінічних баз для запровадження резидентури та кадрового потенціалу), і лікує госпіталізованих пацієнтів під спостереженням медичного штату лікарні; або лікар, що одержує спеціалізоване клінічне навчання в лікарні, як правило, після завершення інтернатури.

Запропоновано провідними ВМНЗ України (робочою групою, створеною відповідно до наказу № 898 МОЗ України від 26.10.2013 року) декілька варіантів реорганізації інтернатури (лікарського стажування). Зокрема, розглядають такі:

I. Залишити систему підготовки лікарів-інтернів такою, якою вона є на даний час.

II. Запровадити для всіх випускників ВМНЗ зі спеціальностей «Лікувальна справа» і «Педіатрія» однорічну інтернатуру з фаху «Загальна практика – сімейна медицина», а далі – резидентура 2 – 4 роки (залежно від провідного фаху).

III. Запровадити відразу після закінчення ВМНЗ для всіх випускників резидентуру з багатьох фахів.

IV. Запровадити 2–3-річну резидентуру після повного завершення інтернатури з базових спеціальностей («Внутрішні хвороби» – 2 роки, «Педіатрія» – 2 роки, «Хірургія» – 3 роки).

V. Скоротити нинішній перелік спеціальностей інтернатури та надати випускникам ВМНЗ зі спеціальностей «Лікувальна справа» і «Педіатрія» право після однорічної підготовки в інтернатурі з базових спеціальностей («Внутрішні хвороби», «Педіатрія», «Хірургія», «Загальна практика – сімейна медицина», «Стоматологія») вступати за конкурсом до резидентури за окремими вузькими спеціальностями (табл. 1).

Механізми реалізації реформування системи післядипломної освіти передбачають:

– навчання в інтернатурі здійснювати із збереженням системи державного розподілу молодих спеціалістів;

– при конкурсному вступі інтернів у клінічну ординатуру (в наступному резидентуру) перевагами користуються направлені на роботу за даною спеціальністю;

– визначення місць державного замовлення в клінічній ординатурі/резидентурі з кожної спеціальності та розподілу місць між ВМНЗ проводитиме МОЗ України та профільні асоціації.

Стосовно першої пропозиції, слід зауважити, що існуюча система має сильні сторони і напрацьована методика підготовки лікарів-інтернів забезпечує хороший рівень теоретичної та практичної підготовки. В даному випадку існує різниця за тривалістю (2–3 роки), залежно від профілю фаху, інтернатура, яка передбачає очний (на базі ВМНЗ) та заочний цикли навчання. Створені навчальні програми, які постійно оновлюються, налагоджена та чітко працює система ліцензійного іспиту «Крок-3», що є фактично допуском лікаря-інтерна до проходження державної атестації, успішне складання якої дає підстави для видачі лікарю сертифіката спеціаліста.

Позитивними сторонами такої системи підготовки спеціаліста є також достатньо високий рівень прохідного бала при оцінюванні интерна. Так, позитивним результатом при складанні «Крок-3» є 60,5 % і вище правильних відповідей, а при проходженні

Таблиця 1

**Перелік базових спеціальностей в інтернатурі та клінічній ординатурі/резидентурі**

Інтернатура	Клінічна ординатура/резидентура
Загальна практика – сімейна медицина	Гастроентерологія, гематологія, дерматовенерологія, ендокринологія, інфекційні хвороби, кардіологія, неврологія, нефрологія, онкологія, психіатрія, пульмонологія, фізіатрія, медична генетика
Внутрішні хвороби	
Хірургія	Нейрохірургія, онкохірургія, ортопедія і травматологія, оториноларингологія, офтальмологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, хірургія серця і магістральних судин
Педіатрія	Неонатологія, дитяча анестезіологія, дитяча гематологія, дитяча нейрохірургія, дитяча онкологія, дитяча ортопедія і травматологія, дитяча офтальмологія, дитяча хірургія
Стоматологія	Ортодонтія, хірургічна стоматологія

комп'ютерного тестування (в системі ELEX, база якої є офіційно дозволеною МОЗ України) – 75,0 % правильних відповідей; що надалі дає можливість лікарю-інтерну отримати сертифікат спеціаліста. За наявним сертифікатом лікар має дозвіл на практичну діяльність наступні 5 років. Така оцінкова шкала вбачається реальною. Наприклад, методика державного іспиту в Польщі 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, 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. Зважаючи на вищий прохідний рівень здачі комп'ютерного тестування, згідно з затвердженими вимогами МОЗ України, а також аналізуючи результати щорічних іспитів у лікарів-інтернів, які показують суттєво вищі (75 % і більше правильних відповідей) показники, вбачається така шкала оцінювання адекватною.

Серед дискусійних питань вирізняється потреба перегляду вимог до матеріально-технічного забезпечення баз заочного циклу; критеріїв вибору (можливо конкурсного відбору) керівників інтернатури на заочних циклах; розробки нових форм співпраці між ВМНЗ та заочними базами стажування лікарів-інтернів. Стосовно керівників баз стажування, то вимоги мають мати не лише професійну спрямованість, але й високі моральні, етичні та комунікативні аспекти.

Другий варіант реформування: «Запровадити для всіх випускників ВМНЗ зі спеціальностей «Лікувальна справа» і «Педіатрія» – однорічну інтернатуру з фаху «Загальна практика/ сімейна медицина», а далі – резидентура 2–4 роки».

Насамперед, стосовно доцільності й переваг однорічного стажування за фахом «Загальна практика – сімейна медицина». Зважаючи на те, що в Україні продовжується запровадження діяльності лікарів загальної практики з метою наближення медичної допомоги до всіх верств населення, попри існуючий дефіцит лікарів (та медичних працівників у тому числі), зберігається необхідність підготовки таких фахівців на післядипломному етапі медичної освіти. Тому однорічне стажування дає можливість підготувати в переважній більшості саме спеціалістів «Загальної практики – сімейної медицини» надалі. Водночас ті випускники ДВНЗ, що продемонструють високий рівень теоретичної і практичної підготовки, на засадах конкурсу зможуть здобувати вузьку спеціалізацію, вступивши на навчання в резидентуру. Останнє привертає увагу тим, що за таких обставин зростає мотивація до навчання, до здо-

буття високопрофесійних навичок і виключно результати державної атестації – є вирішальними. Водночас це підвищує оцінку тих випускників, які систематично працюють над фаховою підготовкою, що з студентської лави займались науково-дослідницькою діяльністю, отримали хороший рівень теоретичної, практичної підготовки. Це на противагу тій практиці, яка є сьогодні, коли при розподілі та виборі фаху враховувались у тому числі соціальні фактори (сироти, інваліди тощо).

Окрім того, при вступі в резидентуру (здобування вузької спеціалізації) вчорашніх «бюджетників» чи «контрактників», що враховуватиме їх рівень підготовки, зростає мотивація до отримання високого рівня знань на додипломному етапі та під час стажування.

Ті лікарі, які після річного стажування не в змозі будуть пройти конкурсний відбір для навчання в резидентурі, продовжать навчання з фаху «Загальна практика – сімейна медицина». Тут постає питання: а скільки сімейних лікарів державі ще потрібно? Через скільки років ми підготуємо достатню кількість лікарів цього фаху і як тоді бути з такою схемою підготовки на післядипломному етапі? Виникає думка про те, що даний варіант слід розглядати як перехідний на момент реорганізації післядипломної освіти та запровадження резидентури (34 спеціальності), проходження в наступному спеціалізації (за 54 спеціальностями).

Переглядаючи третю пропозицію щодо запровадження резидентури після закінчення ВМНЗ відразу, виникає ряд принципових запитань. Передусім, слід розуміти, що вступ до резидентури буде на конкурсній основі чи як?; які критерії відбору чи переваги при цьому враховуватимуться? Окремі запитання виникають стосовно випускників, що навчалися у ВМНЗ на контрактній основі, підготовка яких у резидентурі впливатиме чи, правильніше сказати, зменшує кількість визначених МОЗ місць для навчання чи ні? Можливо, для них існує потреба запровадити форму волонтаріату? Питання назріває і необхідно шукати шляхи його вирішення. Наступне: резидентура має бути чітко узгоджена з реальною потребою в забезпеченні конкретними спеціалістами конкретних вакантних робочих місць. Знову ж таки актуальною постає потреба реального, динамічного в часовому вимірі, реєстру та потреби в окремих спеціалістах в тій чи іншій області країни.

Водночас підготовка такої потужної команди сімейних лікарів вже сьогодні загострює проблему матеріально-технічного оснащення, фінансування та забезпеченість амбулаторій, вирішення питання обсягу заробітної платні, для того щоб створити належні умови праці та підвищити мотивацію молодого спеціаліста працювати там, де це є першочергово необхідним та зможе реалізувати той великий потенціал, затрачений на підготовку такого фахівця.

Окрім того, має бути напрацьована чітка система післядипломної підготовки тих випускників, які

не вступають до резидентури (на конкурсній основі); оскільки очевидно є дороговартісність підготовки такого спеціаліста, що є не рентабельним. Загальна резидентура для всіх випускників без винятку, з позицій державного підходу – затрата величезних коштів, зусиль тощо; а коли і яка буде реалізація цих зусиль? Відповідь складна і зараз не готова.

Проект, що передбачає навчання випускників в інтернатурі з базових спеціальностей в повному обсязі (2–3 роки залежно від профілю) з наступним вступом до резидентури (2–3 роки навчання), має певні позитивні й водночас дискусійні моменти. Зокрема, тривалість підготовки спеціаліста на післядипломному етапі сягатиме 4–6 років. Очевидним вкотре постає потреба в створенні та постійному оновленні реєстру вакантних (чи вакантних у близькому майбутньому) місць лікарів певних профілів. Оскільки таке ґрунтовне, тривале навчання лікаря має в наступному бути застосованим на конкретному місці працевлаштування, щоб визначило цілеспрямованість та наступність підготовки висококваліфікованих спеціалістів для потреб практичної медицини.

Перевага такої форми в тому, що тривала та відповідно до реальних потреб медицини підготовка фахівця дає можливість вирішити питання повного забезпечення спеціалістами, уникнути перекосу в балансі між «престижними» та «менш престижними» спеціальностями; та підготувати фахівця, орієнтованого на конкретні потреби та вакантне місце. Однак слід зауважити, що така тривалість підготовки фахівця вимагає значних фінансових вкладень державою, чи будуть вони повноцінно реалізовані, повернені і коли?

П'ятий варіант реформування післядипломної освіти представлений двохетапним навчанням: однорічна інтернатура (стажування) з базових спеціальностей («Внутрішні хвороби», «Педіатрія», «Загальна практика – сімейна медицина», «Хірургія») випускників ВМНЗ з фаху «Лікувальна справа» і «Педіатрія»; на конкурсних засадах вступ до резидентури за окремими вузькими спеціальностями.

У даному випадку очевидно є потреба перегляду переліку спеціальностей із можливим зменшенням переліку спеціальностей до 18, з яких проходитиме інтернатура (загальна практика – сімейна медицина; внутрішні хвороби; акушерство та гінекологія; хірургія; анестезіологія та інтенсивна терапія; медицина невідкладних станів; радіологія; лабораторна діагностика; патологічна анатомія; судово-медична експертиза; педіатрія; стоматологія; гігієна; мікробіологія та вірусологія; епідеміологія; фармація; клінічна фармація; медична психологія).

Не втрачається принцип поступового та послідовного формування майбутнього спеціаліста на до- та післядипломному навчанні. Останнє теж є важливим, оскільки студент навчається і здобуває навички, наприклад з фаху «Педіатрія», і на післядипломному – продовжує цілеспрямовану підготовку

за тим же фахом. За цих обставин є реальна можливість сформувати світогляд майбутнього спеціаліста від студентської лави до робочого місця. Попри це не втрачає значення особистісна мотивація, психологічна скерованість, наступність професійної підготовки. Логічним за цих обставин буде навчання в резидентурі кращих і сильніших за фаховим рівнем лікарів-інтернів з метою підготувати високопрофесійних спеціалістів.

Запроваджуючи нові технології навчання, доцільно вивчити і проаналізувати організацію післядипломної освіти в різних європейських країнах. Зокрема, викладачі нашого вузу знайомились із польським досвідом системи підготовки лікарів (фармацевтів) і стоматологів. Очевидно, досвід Польщі є цінним для України тому, що країна пододала перехідний етап, проаналізувала сильні та слабкі сторони такого реформування та окреслює нові напрямки подальшого розвитку медичної галузі, питання форм та змісту підготовки медичних кадрів. Багато аспектів післядипломної підготовки лікарів і адаптовано їх до європейських стандартів, однак і тепер цей процес зазнає подальшого вдосконалення.

Післядипломна підготовка лікарів у Польщі починається відразу після закінчення ними університету та отримання диплома. Першим етапом є проходження впродовж одного року післядипломного стажування із складанням Державного лікарського/стоматологічного кінцевого екзамену, 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, 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.

Після закінчення післядипломного стажування, у разі нескладення екзамену, лікар має обмежену ліцензію на практику і зобов'язаний упродовж 5 років скласти цей іспит.

Наступним етапом післядипломної підготовки є первинна (базова) спеціалізація, після якої лікар стає спеціалістом певного напрямку, наприклад: загальна хірургія, педіатрія, внутрішні хвороби, сімейна медицина, кардіологія, неврологія тощо. Базова спеціалізація може здійснюватися у двох формах – резидентура та волонтаріат (поза резидентурою). Відбір претендентів у резидентуру чи у волонтаріат для проходження базової спеціалізації здійснюють-



ся за конкурсом з урахуванням результатів складення державних ліцензійних іспитів, що унеможливує будь-які корупційні схеми. 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.

Оглядаючись на пройдений шлях, якість, вартість, тривалість підготовки лікаря на післядипломному етапі (треступенева підготовка: обов'язкове річне стажування; базова спеціалізація; вузька спеціалізація (здійснюється винятково за бажанням самого лікаря або за потреби лікувального закладу, в якому він практикує), у Польщі визріла необхідність реформування післядипломної освіти, що стосується в першу чергу 1-річного післядипломного стажування, а також дворівневої системи спеціалізації. Власне, найбільше дискусій при реформуванні післядипломної освіти викликає доцільність проведення річного стажування після закінчення медичного ВНЗ. Зважаючи на це, було прийнято рішення щодо переходу на єдиний рівень проходження спеціалізації, який передбачає 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 складання екзамену.

Аналізуючи досвід наших колег з питань післядипломної підготовки лікарів, доцільно розпочати роботу щодо заходів із покращення практичної складової післядипломного навчання в Україні. Слід обговорити та чітко окреслити можливі форми підготовки (клінічна ординатура, резидентура). Принциповим є питання: яка форма має бути застосована? Досвід трьохетапної чи двохетапної (без річного стажування) підготовки?

Зважаючи на певні переваги річного стажування, існують і конкретні вимоги до її запровадження. Спершу має бути розроблена науково обґрунтована методика визначення загальнодержавної та місцевих потреб у кадровому (і в якому саме переліку спеціалістів) забезпеченні. Окрім того, необхідно узгодити, на який проміжок часу має бути прорахована потреба у медичних фахівцях, беручи до уваги фактор людських втрат, старіння працюючих, динаміку процесів демографічних тощо.

Існує потреба впорядкувати перелік спеціальностей та спеціалізації перепідготовки з урахуванням уже існуючого переліку підготовки фахівців, державного замовлення, із врахуванням потреби у медичних спеціалістах різного фаху.

Запровадження стажування потребує сформува-ти та переглянути навчальні програми на післядипломному етапі підготовки відповідно до стандартів підготовки спеціалістів певного освітньо-кваліфікаційного рівня, а також створити стандарти підвищення кваліфікації працівників за різними освітньо-професійними програмами.

Для запровадження річного стажування в Україні необхідно напрацювати належну нормативно-правову базу, яка має узгодити суть відносин між закладами охорони здоров'я, закладами післядипломної освіти, а також лікарями-стажистами.

Наступним для вирішення і узгодження є питання вимог до матеріально-технічного забезпечення лікувальних закладів, де проходитиме стажування, яке повинно відповідати сучасним стандартам лабораторно-інструментального дослідження провідної патології та забезпечувати високу ефективність лікувального процесу.

Особливі вимоги пред'являтимуться до кадрового забезпечення лікувальних закладів, в яких триватиме стажування. Практичні лікарі, які куруватимуть роботу стажистів, повинні володіти високим рівнем професійних знань та вмінь, знати нормативно-правову базу, мати високі моральні, духовні й людські якості, щоб власним прикладом спонукати майбутнього фахівця до росту не лише професійного, але і розвитку особистості.

Піднімаючи питання вимог до керівників стажистів, лікувальних закладів акцентується і ще одна проблема, яка потребує вирішення. Мова йде про питання фінансування лікувальних закладів, оплати праці практичних лікарів-керівників лікаря-стажиста. А тому існує реальна потреба перегляду існуючих фінансово-правових відносин.

Для запровадження річного стажування слід провести аналіз сучасного стану навчальної і матеріальної бази закладів післядипломної освіти та привести її відповідно до нових вимог їх діяльності; об'єднати кадрові, наукові, матеріально-технічні можливості закладів післядипломної освіти.

Гнучкою та динамічною повинна бути система вивчення ринку праці, плідна співпраця із центральними і місцевими органами державної і виконавчої влади в питанні спільної участі в реалізації державних програм щодо покращення якості надання медичної допомоги населенню; що передбачає раціональне вирішення фінансових, кадрових питань. Необхідно сформу-вати новий механізм фінансування підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів, зміцнення матеріально-технічної бази базових установ тощо.

Таким чином, впровадження практики однорічного стажування для випускників ВНЗ потребує чималих затрат фінансових, перегляду нормативно-правової бази, підготовки кваліфікованих кадрів, створення навчальних програм та доповнення їх методичним забезпеченням, створення єдиного реєстру медичних кадрів та системи прогнозування у потребі лікарів різних спеціальностей у масштабі держави й окремих областей, прогнозування реальної потреби підготовки фахівців конкретного профілю в часовому просторі (10–20 років).

Водночас, слід віддати належне, що вітчизняна медицина вже має досвід річного стажування (однорічної інтернатури), який продемонстрував певні суттєві недоліки у підготовці спеціалістів. Мова йде

про недостатній обсяг часу підготовки, низьку зацікавленість, а відповідно і неналежний контроль керівників баз стажування за якістю отриманих навиків лікарем. Саме це стало мотивацією до переходу на 2–3-річну інтернатуру, успішність та ефективність якої сьогодні підлягає перегляду з огляду на стандарти медичної допомоги, які запроваджені в Європі та мають бути інтегрованими у вітчизняну практику. Звичайно, однозначно схвалювати чи критикувати існуючий зарубіжний досвід та запропоновані варіанти реформування щодо проведення стажування не слід. Проте існуюча в нашій державі практика 2 або 3-річної інтернатури (залежно від фаху), що передбачає очну та заочну форми навчання, має свої сильні сторони, які слід зберегти та адаптувати до нових вимог. Насамперед, підготовка передбачає використання матеріально-технічної бази ДВНЗ чи закладів післядипломної освіти та лікувально-профілактичних закладів практичної охорони здоров'я, що мають бути оснащеними відповідно до сучасних реалій, стандартів діагностики і лікування. Співпраця університетських та базових керівників повинна бути конструктивною і плідною. При цьому бажано, щоб була належна можливість проходити стажування у спеціалізованих відділеннях (відповідно до програми) у різних лікувально-профілактичних закладах як у межах міста (області), так і в межах України.

Основою для запровадження в перспективі резидентури як очної конкурсної форми післядипломної підготовки лікарів-спеціалістів розглядається нинішня форма клінічної ординатури. Питання залишається в тому, чи клінічна ординатура має згодом змінитись резидентурою? Чи може бути формою, що надає право здобути фах вузького спеціаліста? При цьому функції клінічної ординатури розширюються. Надається право після завершення навчання видавати свідоцтво про отриману спеціальність, яке прирівнюється до сертифіката спеціаліста.

Перелік спеціальностей клінічної ординатури є обмеженим (табл. 1), пропонується перелік із 34 спеціальностей, відповідно до напрацювань робочої групи з питань реформування післядипломного навчання.

Прийом у клінічну ординатуру проводиться на лімітовані за кожною спеціальністю місця держзамовлення.

Дозволяється за окремими спеціальностями конкурсний вступ до клінічної ординатури – після 1-го року інтернатури відповідного профілю та «Кроку-3» (виняток: «Загальна практика – сімейна медицина» – за дозволом МОЗ).

Інтерни, які за конкурсом не вступили до клінічної ординатури, продовжують навчання в інтернатурі зі своєї спеціальності. За таких обставин визріває проблема потреби у кількості, доцільності та вартості підготовки таких спеціалістів. В сучасних умовах кошторис підготовки фахівця на післядипломному етапі в тому числі є проблемою, яка вимагає раціонального та предметного використання.

Вбачається перспективним розглянути можливість запровадження дворівневої системи підготовки лікаря на післядипломному етапі: базова спеціалізація (у формі резидентури чи волонтаріату); вузька спеціалізація у формі клінічної ординатури. При цьому на першому етапі випускник ВМНЗ проходить теоретичну і практичну підготовку, складає іспит (форму якого слід переглянути), за успішними результатами якого отримує сертифікат спеціаліста та дозвіл на лікарську практику. Однак при такій формі існує потреба сформувані та переглянути навчальні програми (тривалість очного і заочного циклів зокрема) на післядипломному етапі підготовки відповідно до стандартів підготовки спеціалістів певного освітньо-кваліфікаційного рівня, а також створити стандарти підвищення кваліфікації працівників за різними освітньо-професійними програмами. Це зумовлює перегляд та визначення переліку базових спеціальностей насамперед, а також тривалості підготовки за ними. Потребує вирішення питання необхідності складання ліцензійного іспиту «Крок-3» (і коли саме?) та форми і змісту кінцевого іспиту, що дає право на отримання сертифіката спеціаліста. Дотепер такий комплексний іспит проводився Атестаційною державною комісією, охоплював комп'ютерне тестування (за державною сертифікованою програмою), складання практичних знань і вмінь, теоретичну співбесіду. Такий підхід дасть можливість забезпечити медичними кадрами первинну та вторинну ланки медицини, що на сьогодні відчуває істотний дефіцит спеціалістів. Попри це зменшується тривалість, а з нею і витрати державних коштів на підготовку спеціаліста.

На наступному етапі можливе запровадження клінічної ординатури на засадах конкурсного вступу, з метою здобування спеціальних знань та вмінь (наприклад: дитяча пульмонологія; кардіологія; неврологія тощо). Кількість місць для вступу до клінічної ординатури має визначати МОЗ України разом із фаховими асоціаціями, виходячи із реальних потреб практичної медицини у фахівцях вузької спеціалізації. Водночас, вкотре постає потреба динамічної, гнучкої та постійно оновлюючої бази вакантних лікарських місць (та перспективи їх заповнення з позицій вікового кадрового складу), з врахуванням предметних потреб окремих міст та областей. Окрім того, має бути створена база даних та вимог до матеріально-технічного забезпечення, кадрового потенціалу лікувальних закладів, яким буде надано дозвіл на підготовку спеціалістів у клінічній ординатурі.

В сучасних умовах є реальна необхідність реформувати існуючу систему післядипломної освіти, проект, напрацьований робочою групою, потребує широкого обговорення фахівцями вищої медичної школи, і тільки спільна конструктивна робота та всебічний аналіз дадуть можливість обрати оптимальний варіант післядипломної освіти, окреслять суть і форму підготовки лікаря.

### Список літератури

1. Вороненко Ю. В. Основні напрямки стратегії розвитку післядипломної медичної (фармацевтичної) освіти в Україні / Ю. В. Вороненко // Навчально-наукова конференція «Сучасна післядипломна освіта: досягнення, проблеми, перспективи». – Харків, 2013.
2. 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 наук.-практ. конф. з міжнародною участю. – Тернопіль–Київ, 2013.
3. Ковальчук Л. Я. Реорганізація післядипломної освіти – важливий аспект наступного розвитку охорони здоров'я в Україні / Л. Я. Ковальчук : матеріали Всеукраїнської навчально-методичної конф. з міжнародною участю «Досягнення і перспективи впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України». – Тернопіль, 2014. – Ч. 1. – С. 20–26.
4. 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.] : навчально-наукова конференція «Сучасна післядипломна освіта: досягнення, проблеми, перспективи». – Харків, 2013.

## БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ В УКРАЇНІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Реформування системи охорони здоров'я вимагає нових підходів до післядипломної освіти лікарів на основі принципу безперервності освіти та підвищення якості підготовки лікарських кадрів.

Безперервний професійний розвиток (БПР) лікарів починається після отримання вищої медичної освіти та підготовки в інтернатурі (резидентурі) й триває впродовж всього терміну професійної діяльності спеціаліста.

Основи безперервного професійного розвитку були закладені ще у 1947 році в Сполучених Штатах Америки для післядипломної освіти сімейних лікарів. У 1998 році концепція безперервного професійного навчання набула нового розвитку спочатку у Великобританії, а потім знайшла своє відображення в міжнародних стандартах медичної освіти. Швидкі темпи розвитку знань, нові діагностичні та лікувальні технології вимагають від лікаря постійного удосконалення своїх вмінь та навичок. Потрібно було сформувати нову культуру навчання – навчання, що триває протягом усього життя (lifelong learning). Сучасний лікар повинен відповідати вимогам часу. За даними міжнародних центрів післядипломної освіти лікарів, для підтримки свого професійного рівня необхідно щодня читати близько 20–23 наукових медичних статей у спеціалізованих журналах, тоді як кілька років тому достатньо було 17. Принцип освіти на все життя змінив принцип освіти упродовж усього життя. У 2003 році на Всесвітній конференції з медичної освіти у Копенгагені були прийняті міжнародні стандарти різних етапів медичної освіти.

Особливостями безперервного навчання є:

- програми підвищення професійної кваліфікації ґрунтуються на вже засвоєних знаннях та навичках;
- ідеї обговорюються між різними спеціалістами системи охорони здоров'я;
- здобутки, що лежать у межах однієї спеціальності та поза ними, використовуються для поліпшення практики;
- осмислення та оцінка втілюються на практиці й сприяють особистому і професійному розвитку.

Контроль за безперервним професійним розвитком лікарів у більшості країн світу здійснюють як асоціації лікарів, так і заклади медичної освіти.

Завдяки безперервному професійному розвитку лікар отримує нові знання та набуває нових нави-

чок для втілення їх у практику, що підвищує якість надання медичної допомоги, формує професійну впевненість, задоволення від роботи та сприяє зменшенню синдрому вигорання.

Основними завданнями БПР є:

- підвищення рівня індивідуальної професійної освіти;
- збереження та розвиток компетенцій лікаря (знань, навичок і умінь);
- здатність передбачити й оцінити виклики суспільства в процесі змін у системі охорони здоров'я, розвитку науки та нових наукових відкриттів.

Відповідно до світового досвіду та з метою постійної самоосвіти і підвищення кваліфікації лікарів в Україні, з 2010 року запроваджено систему безперервного професійного розвитку лікарів. Вона регламентована наказом МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484 «Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах». Система безперервної підготовки медичних кадрів в Україні базується на міжнародних стандартах та вимогах до етапів, тривалості та забезпечення якості, що визначені ВООЗ та Світовою федерацією медичної освіти.

Відповідно до наказу, кожен лікар протягом міжатестаційного періоду повинен підвищувати свій фаховий рівень за обраним видом діяльності та набрати певну кількість балів, що є підставою для допуску його до іспиту на складання певної лікарської категорії після проходження передатестаційного циклу. Лікарі, які не набрали достатньої кількості балів для отримання певної лікарської категорії, можуть скласти іспит на нижчу лікарську категорію або на підтвердження сертифіката лікаря-спеціаліста.

Починаючи з 2014 року, лікарю для отримання вищої категорії необхідно набрати 80 балів, для першої категорії – 70 балів, для другої категорії – 60 балів. Серед них 40 балів нараховуються за навчання на передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III–IV рівнів акредитації. Відповідно до шкали значень різних видів діяльності лікарів (провізорів) у період між передатестаційними циклами (табл.), лікар може набрати певну кількість балів, яка дозволить йому претендувати на ту чи іншу категорію.



## Шкала значень різних видів діяльності лікарів (провізорів) у період між передатестаційними циклами

№ з/п	Вид діяльності	Кількість (балів)	Підтверджувальний документ
1	2	3	4
1	Навчання на передатестаційному циклі в закладах (на факультетах) післядипломної освіти	40	Свідоцтво Посвідчення
2	Підвищення кваліфікації на циклах тематичного вдосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти тривалістю:		Посвідчення
	– 1 тиждень	10	
	– 2 тижні	15	
	– 4 тижні	30	
	– 6 тижнів	45	
3	Підвищення кваліфікації за дистанційною формою навчання у закладах (на факультетах) післядипломної освіти	10	Посвідчення
4	Проведення лекції (крім викладачів):		Довідка (завірена керівництвом та печаткою установи, закладу)
	– для медсестер, пацієнтів, громадян, виступ та публікація у засобах масової інформації (10*)	5	
	– для лікарів (10*)	10	
5	Навчання на курсах інформації та стажування в закладах (на факультетах) післядипломної освіти, охорони здоров'я, науково-дослідних інститутах, у т.ч. за кордоном, тривалістю:		Посвідчення
	– 1 місяць	20	
	– 2 місяці	30	
	– 3 місяці	40	
6	Підготовка на короткотривалих курсах інформації та стажування, переривчастих курсах, семінарах на місцевих базах, в регіональних центрах (що підтверджено обласним відділом охорони здоров'я) тривалістю:		Довідка (завірена керівництвом та печаткою установи, закладу)
	– не менше 36 год на рік	5	
	– не менше 72 год на рік	10	
7	Науково-педагогічна (педагогічна) робота у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах і закладах (на факультетах) післядипломної освіти		Довідка (завірена керівництвом та печаткою установи, закладу)
	I – II рівнів акредитації:		
	– за основним місцем роботи	20	
	– за сумісництвом	10	
	III – IV рівнів акредитації:		
	– за основним місцем роботи	30	
	– за сумісництвом	15	
8	Керівництво групою інтернів на базі стажування	10	Довідка (завірена керівництвом та печаткою установи, закладу)
9	Участь у науково-практичній конференції, симпозіумі, з'їзді, конгресі, засіданні професійної асоціації за спеціальністю:		Сертифікат або програма, яка засвідчує виступ
	міжнародних (у країнах Європи, Азії та Америки (3*)):		
	– з доповіддю	9	
	– без доповіді	3	
	міжнародних (у країнах СНД (5*)):		
	– з доповіддю	10	
	– без доповіді	2	
	національних (5*):		
	– з доповіддю	5	
	– без доповіді	2	
	регіональних (10*):		
	– з доповіддю	5	
	– без доповіді	2	

Продовження табл.

1	2	3	4
10	Видання фахового:		Довідка про авторство (завірена керівництвом та печаткою ВНЗ, НДУ)
	– підручника	30	
	– навчального посібника	20	
	– монографії	20	
11	Публікація статті у фахових виданнях:		Ксерокопія публікації
	– одноосібно	10	
	– у співавторстві	5	
12	Отримання патенту на фаховий винахід:		Завірена ВНЗ, НДУ ксерокопія патенту
	– одноосібно	20	
	– у співавторстві	10	
13	Видання:		Ксерокопія видання, наказу ВНЗ, НДУ, лікувально-профілактичного закладу або довідка про участь у роботі
	– галузевих методичних рекомендацій	6	
	– інформаційного листка, раціоналізаторської пропозиції	3	
	Підготовка експертного висновку обласного рівня	3	
	Участь у розробці нормативних документів	3	
14	Упровадження у практичну діяльність інноваційних розробок та технологій, нових методів діагностики, лікування, фарманалізу	10	Ксерокопія актів впровадження, завірена ВНЗ, НДУ
15	Публікації в тезах науково-практичної конференції, симпозіуму, з'їзду, конгресу:		Ксерокопія публікацій
	– міжнародних	5	
	– національних	3	
	– регіональних	2	
16	Виступ у середніх та загальноосвітніх закладах та на підприємствах	2	Довідка (завірена керівництвом та печаткою установи, закладу), ксерокопія публікацій
	Виступи та публікації в засобах масової інформації, у тому числі місцевих	3	
17	Присвоєння звання «Заслужений лікар України», «Заслужений діяч науки і техніки України», «Заслужений працівник охорони здоров'я України», «Заслужений працівник освіти»	20	Завірена ксерокопія офіційного документа про присвоєння звання
18	Нагородження грамотою Верховної Ради України, Почесною грамотою Кабінету Міністрів України, Почесною грамотою Міністерства охорони здоров'я України, Почесною грамотою Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та грамотами облдержадміністрацій, Відомчою заохочувальною відзнакою Міністерства охорони здоров'я України – нагрудним знаком «Хрест Пантелеймона Цілітеля»	10	Завірена ксерокопія офіційного документа про відзнаку, нагородження
19	Обіймання посади Головного позаштатного спеціаліста району, міста, області	5	Витяг з наказу
20	Захист дисертації на здобуття учених ступенів:		Завірена ВНЗ, НДУ ксерокопія диплома
	– доктора медичних наук	40	
	– кандидата медичних наук	30	
21	Закінчення клінічної ординатури, аспірантури, магістратури, докторантури	30	Завірені ксерокопії свідоцтва, диплома магістра, наказу про закінчення навчання тощо
22	Робота в закладах охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості, не менше 3 років	10	Витяг з трудової книжки

Примітка. \* – кількість заходів.

Критерії відповідності Шкали значень певній лікарській (провізорській) категорії:

Для вищої кваліфікаційної категорії:

Рік	Постійна частина, бали нараховуються за навчання на передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III–IV рівнів акредитації	Варіативна частина, бали	Разом, бали
2010	40 балів	8	48
2011		16	56
2012		24	64
2013		32	72
Починаючи з 2014		40	80

Для першої кваліфікаційної категорії:

Рік	Постійна частина, бали нараховуються за навчання на передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III–IV рівнів акредитації	Варіативна частина, бали	Разом, бали
2010	40 балів	6	46
2011		12	52
2012		18	58
2013		24	64
Починаючи з 2014		30	70

Для другої кваліфікаційної категорії:

Рік	Постійна частина, бали нараховуються за навчання на передатестаційних циклах у закладах (на факультетах) післядипломної освіти III–IV рівнів акредитації	Варіативна частина, бали	Разом, бали
2010	40 балів	4	44
2011		8	48
2012		12	52
2013		16	56
Починаючи з 2014		20	60

Створення стандартизованих вимог для оцінки якісних та кількісних показників роботи лікарів у міжатестаційний період не лише об'єктивізує, але й направлене на стимуляцію їх діяльності.

Вид діяльності, спосіб реалізації, місце проведення лікар обирає самостійно. Перед зарахуванням на передатестаційний цикл він пред'являє довідку, завірену головним лікарем, у якій вказується кількість набраних балів у період між атестаціями. Для підтвердження кожного виду діяльності надаються відповідні документи.

Відповідно до наказу контроль за безперервним професійним розвитком фахівців та їх атестація мають проводитись управліннями охорони здоров'я спільно з вищими медичними навчальними закладами і закладами післядипломної освіти МОЗ України, а також професійними лікарськими асоціаціями. На сьогодні ми спостерігаємо низьку участь лікарських асоціацій в організації і контролі безперервного професійного розвитку лікарів.

Передатестаційні цикли є одним із видів безперервного професійного розвитку. Вони проходять на базі вищого навчального закладу післядипломної освіти (факультету післядипломної освіти) III–IV рівнів акредитації. Традиційно проводяться місячні

цикли, які становлять 156 год. До чверті часу займають суміжні дисципліни, решта – основна дисципліна. Близько 5 % робочого часу займають лекції, до 25 % – семінарські заняття, решта – практичні заняття.

Зазвичай на передатестаційних циклах переважають пасивні методи отримання інформації, ефективність яких не є високою. Недоліками традиційної технології навчання (орієнтованої, як правило, на реалізацію фактологічної моделі навчання) є ретельно відібрана і оброблена викладачем, обмежена за обсягом лекційна інформація, орієнтована на вирішення типових завдань і розгляд типових ситуацій. При цьому обсяг переданої під час занять інформації, як правило, обмежується можливостями лікарів фіксувати основну частину цієї інформації в рукописній формі. Засвоєння матеріалів лекції чи семінарів у процесі запису надзвичайно обмежене, а для деяких слухачів курсів і малопродуктивне, зміст і обсяг переданої інформації лімітовані орієнтацією викладача. Отже, відсутнє регулярне поточне вивчення і засвоєння матеріалів дисципліни, а обсяг засвоєних знань виявляється недостатнім для подальшої професійної діяльності; утруднене обговорення слухачами проблемних питань курсу в

зв'язку з великим обсягом необхідної до подання інформації і обмеженим часом лекції чи семінарів.

Зазначені недоліки традиційної технології навчання не дозволяють забезпечити підготовку фахівця, що відповідає сучасним вимогам охорони здоров'я, і викликають необхідність розробки нової моделі його підготовки.

Більш ефективним підходом до передачі нової інформації слухачам є інтерактивне навчання. Інтерактивні методи навчання, на відміну від традиційних, базуються на активній взаємодії учасників навчального процесу, при цьому основна увага надається взаємодії слухачів між собою. Такий підхід дозволяє активізувати навчальний процес, зробити його більш цікавим та менш втомлюваним для учасників. Це навчання через рефлексію (осмислення, аналіз) власних дій. Інтерактивні методики дають змогу задіяти не тільки розум людини, а також її почуття, емоції та спонукати до творчості. Інтерактивне навчання – це діалогове навчання, яке заперечує домінування як одного виступаючого, так і однієї думки над іншою. Це вимагає високого рівня фахових знань викладачів, які мають бути професійно орієнтованими та реалізуватися з використанням усіх сучасних дидактичних прийомів.

Важливо викликати інтерес до навчальної теми, перетворювати аудиторію пасивних спостерігачів на активних учасників заняття. Якщо викладач у своїй роботі буде використовувати активні форми та методи навчання, то це важливе питання буде вирішеним саме собою. Активні форми навчання будуються на інтерактивних методах, коли існує взаємозв'язок не лише між викладачем і слухачем, а й між слухачами у навчанні. Викладач частіше виступає у ролі тьютера (педагога-наставника).

Особливостями інтерактивного навчання є:

- всі слухачі заохочені до процесу пізнання, вони мають можливість розуміти і рефлексувати з приводу того, що вони знають і думають;
- атмосфера доброзичливості, взаємопідтримки
- форма кооперації та співпраці;
- організація індивідуальної, парної, групової роботи;
- використання дослідницького процесу, ділових ігор, роботи з документами, різними джерелами інформації, творчих завдань.

При використанні інтерактивних форм навчання поряд з ефективним засвоєнням знань розвиваються комунікативні навички та уміння, створюється емоційний контакт між слухачами, лікарі вчаться працювати у команді, прислухатись до думки колег. Невимушена атмосфера знімає нервову навантаження слухачів, дає можливість змінювати форми їх діяльності, переключати увагу на вузлові питання теми. Інтерактивні методи захоплюють слухачів, пробуджують в них інтерес та мотивацію, навчають самостійного мислення та дій.

Упродовж останніх десятиліть у всьому світі надається велике значення впровадженню компетен-

тнісного підходу підготовки фахівців. На сьогодні реалізується перехід від кваліфікаційної моделі фахівця до компетентної. Компетенція – це єдність професійних і позапрофесійних знань, навичок, настанов і ціннісних орієнтирів. Кваліфікаційна модель передбачає відповідність освіти вимогам професії, тоді як компетентність передбачає можливість особистості діяти більш адекватно, тобто у соціумі. Внутрішня структура компетентності включає не тільки знання, пізнавальні навички, практичні навички, але й відношення, емоції, цінності та етику, мотивацію.

В еру швидкого накопичення інформації та стрімкого економічного та технологічного прогресу важливо не тільки мати ґрунтовні професійні знання, набуті у вищому навчальному закладі, а й бути готовим змінюватись та пристосовуватись до нових потреб ринку праці, оперувати й управляти інформацією, активно діяти, швидко приймати рішення, навчатись упродовж життя. Основне завдання сучасної освіти – сформувати вміння вчитися.

У світлі розвитку компетентного підходу до навчання, процеси безперервної освіти розглядають не лише як навчання протягом життя, але й навчання шириною в життя (lifewide learning). Такий вид освіти повинен підвищувати не лише професійний розвиток лікаря, але й рівень загальних знань, розширювати участь у культурній, соціальній і політичній діяльності, сприяти посиленню позиції людини в професійній діяльності.

Саме при інтерактивних формах навчання:

- створюються умови для залучення всіх слухачів до процесу пізнання;
- надаються можливості кожному слухачеві розуміти і рефлексувати з приводу того, що він знає і думає;
- виробляються життєві цінності;
- створюється атмосфера співпраці й взаємодії;
- розвиваються комунікативні якості й здібності;
- створюються комфортні умови навчання, які викликають у кожного слухача відчуття своєї успішності, інтелектуальної спроможності, захищеності, неповторності, значущості.

При інтерактивних формах навчання моделюються життєві ситуації, вирішуються творчі завдання, проходить спільне вирішення проблем тощо. В ході діалогового навчання слухачі вчаться критично мислити, розв'язувати складні проблеми на підставі аналізу обставин і відповідної інформації, приймати продумані рішення, брати участь у дискусіях, спілкуватися з іншими людьми. Для цього на заняттях організовується індивідуальна, парна і групова роботи, застосовуються дослідницькі проекти, рольові ігри, йде робота з документацією різними джерелами інформації.

Нові методи навчання і вимоги суспільства ставлять і певні вимоги до тих, хто навчається. Слухач повинен:

- 1) ставити перед собою навчальні завдання;



- 2) розвивати навчальну активність;
- 3) визначати проблеми в ході навчання;
- 4) навчатися рефлексії своєї навчальної діяльності.

Впровадження нових форм системи навчання ставить певні вимоги і перед викладачами:

1) створювати в аудиторії атмосферу, яка сприяє заохоченню слухачів ставити запитання та шукати відповіді. Брати за основу такі види навчання, які б сприяли розвитку критичного мислення та самостійного набуття знань, стимулювати рефлексію.

2) застосовувати наявні ефективні методи. Стати вдумливим професіоналом, що означає навчитися самому уважно спостерігати, визначати проблеми та створювати нові стратегії для їх розв'язання.

3) бути взірцем для інших слухачів, передавати свої знання колегам, використовувати нові методи навчання.

Використання інтерактивної стратегії змінює роль і функції викладача – він перестає бути центральною фігурою і лише регулює навчальний процес, займається його загальною організацією, визначає загальний напрям (готує до уроку необхідні завдання, формулює питання для обговорення у групах, контролює час і порядок виконання наміченого завдання, дає консультації, допомагає при затрудненнях).

#### **Активні методики поділяються на:**

– вступні, що дозволяють створювати атмосферу доброзичливості, довір'я;

– основні (ключові), під час яких розв'язується основна проблема (обговорення, інтерактивні лекції, мозковий штурм, рольові ігри, клінічні випадки, карусель тощо);

– завершальні підсумкові (сенкан, вернісаж);

– допоміжні (енерджайзери) – включають тоді, коли необхідно зняти напруження, змінити вид діяльності, перейти з одного етапу до іншого.

Дотримання порядку застосування активних методик дозволяє спланувати своє заняття більш ефективним, цікавим для слухачів.

До видів інтерактивних методів навчання належать:

**Мозковий штурм** – метод розв'язання невідкладних завдань за короткий час. За невеликий проміжок часу необхідно висловити якомога більше ідей, обговорити їх та класифікувати. Метод використовується для вирішення складних проблем.

**Круглий стіл** – метод проведення заняття із слухачами, які, як правило, мають практичний досвід роботи з питання, що обговорюється. За «круглим столом» слухачі можуть і повинні спробувати обґрунтовано поставити питання за темою обговорення, серйозно аргументувати підходи до їхнього вирішення, а також повідомити про вдалий і невдалий досвід. «Круглий стіл» – це свого роду нарада із обміну досвідом і обговорення практичного досвіду, досягнень і помилок. В такий спосіб слухачі освоюють зміст теми, її ключові проблеми.

**Дискусія** – активний метод проведення занять, покликаний мобілізувати практичні й теоретичні знання, погляди слухачів на проблему, що розглядається. Дискусія доречна при розгляді спірних питань, але у навчальному процесі може не виникати ситуації спірності трактувань. Із цих причин заздалегідь планувати проведення заняття як дискусію не цілком коректно. Основні передумови використання дискусії в активному навчанні такі: необхідно в складі теми, що досліджується, знайти питання, про які слухачі усвідомлено дотримуються істотно різних точок зору. Це може бути зроблене в ході лекцій та інших занять; варто визначити, чи відносяться ці спірні питання до інтересів, що зачіпають багатьох.

**Ситуаційний аналіз** полягає в тому, що слухачі, ознайомившись з описом проблеми, самостійно аналізують ситуацію, діагностують проблему й надають свої ідеї й рішення в дискусії з іншими слухачами.

Ситуаційний аналіз включає метод аналізу конкретних ситуацій, метод клінічних випадків, метод «інциденту».

При БПР необхідно враховувати і контингент слухачів – це доросле населення з досвідом роботи, часто з виробленими стереотипами і певними амбіціями. Тому необхідно дотримуватись андрагогічної моделі навчання.

Андрагогіка – це галузь педагогічної науки, що охоплює проблеми освіти, навчання і виховання дорослих. Сучасний підхід андрагогіки – сприяння розвитку та збагаченню цілісної особистості, прояву її самобутності, актуалізації її здібностей. Враховуються вік слухача, освітні та життєві потреби, реальні можливості, індивідуальні особливості та досвід, психіка і фізіологія. Зміст, форми, методи та засоби організації навчання дорослих повинні полегшувати їх навчання, задовольняти потреби, сприяти досягненню індивідуальних цілей та самореалізації особистості. Основна роль у процесі такого навчання належить саме слухачу.

Дорослі слухачі усвідомлюють сенс навчання, який полягає у розвитку навичок, комунікацій тощо, які необхідні їм у професійній діяльності. Найкращі результати досягаються, якщо в процесі навчання задовольняються їх особисті потреби на роботі й у житті. Навчання з використанням власного досвіду активізує участь слухачів у процесі. Для підвищення мотивації до навчання «дорослої» аудиторії доцільно перейти від навчання в аудиторії великої кількості слухачів до навчання в малих групах; використовувати роботу в режимі самостійного пошуку знань з кооперуванням зусиль для досягнення групових цілей; забезпечення високого рівня самостійності.

При цьому викладач повинен розуміти, що він працює з конкретною особистістю, з її сильними та слабкими сторонами, індивідуальними здібностями та схильностями.

Одним із шляхів удосконалення навчання в процесі БПР є впровадження дистанційних інтерактив-

них та заочних методів навчання із застосуванням телекомунікаційних технологій та самопідготовки за різними інтернет-програмами.

Звичайно, навчальний процес не міг залишитись поза впливом чинників з боку інформаційних технологій, які в даний час переживають бурхливий розвиток. Електронні комп'ютерні підручники, дистанційна освіта, віртуальні тренажери – далеко не повний перелік напрямків, що успішно розвиваються в системі освіти. Враховуючи велику територію країни, наявність великого числа чимало віддалених регіонів, де нерідко є 1–2 фахівці, та непросту економічну ситуацію, цей вид навчання дозволив би охопити безперервною освітою значну кількість лікарів. Так, справді, дистанційне навчання (ДН) має значні переваги над традиційною системою підвищення кваліфікації, а саме:

- більш повне задоволення потреб практичної охорони здоров'я в освітніх послугах;
- економічна ефективність для установ охорони здоров'я;
- гнучкість системи післядипломної освіти для практичного лікаря;
- висока якість і стандарти освіти за рахунок реалізації комплексних освітніх програм, оснований на використанні передових педагогічних інформаційних технологій;
- можливість залучення додаткових людських ресурсів з різних регіонів країни в якості викладачів й авторів курсів;
- підвищення соціальної й професійної мобільності фахівців, їхньої соціальної активності, кругозору, рівня самосвідомості;
- широкі можливості одержання практичним лікарем післядипломної медичної освіти за місцем проживання без відриву від основного місця роботи;
- ефективніша робота з персоналом, який вже має досвід і надає перевагу сучасним технологіям самостійного навчання.

Основною особливістю ДН є можливість самостійно отримувати знання, у тому числі на робочому місці.

Ю. В. Вороненко та О. П. Мінцер (2011) визначили основні принципи дистанційної передачі знань у післядипломній освіті: індивідуалізація освіти; навчання на робочому місці; ефективний пошук професійної інформації; впровадження єдиного освітнього простору; постійний комп'ютерний самоконтроль знань; дистанційний рубіжний і вихідний контроль; інформаційна децентралізація освіти; впровадження логіки компетенцій; створення та впровадження індивідуального портфоліо.

Для успішної реалізації цих принципів необхідні певні кроки з боку держави, так і зусилля з боку слухачів та відповідна підготовка викладачів. На сьогодні в Україні є недостатнє забезпечення засобами комунікації. Недостатнє інформаційне і комп'ютерне забезпечення має місце як в обласних, так і в районних закладах охорони здоров'я, не говорячи

чи вже про сільські центри первинної медико-санітарної допомоги. З однієї сторони, дистанційна освіта могла б прирівняти можливість отримання однакових знань як у селі, так і в обласному центрі, з іншого боку – низьке технічне забезпечення нівелює ці можливості.

Навчальні тексти при дистанційному передаванні знань повинні бути максимально структуровані, з широким використанням графічних матеріалів та ілюстрацій, з використанням медичних стандартів та протоколів. Для їх передачі необхідні інформаційна підтримка, забезпечення можливості контактів суб'єктів навчання між собою.

Проведений дирекцією Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ТДМУ імені І. Я. Горбачевського аналіз видів роботи лікаря відповідно до наказу МОЗ України № 484 на основі 880 поданих довідок слухачів різних спеціальностей. Спостерігалися однотипні закономірності у поширеності видів діяльності в міжтестастійний період, які мало залежали від спеціальності лікарів. Одним з найчастіших видів діяльності, з тих, які вказувались, було підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення в закладах післядипломної освіти. За останні роки на даний вид діяльності вказують 84–90 % лікарів. Окрім того, поширеними є проведення лекцій для лікарів, медсестер, пацієнтів і участь у науково-практичних конференціях, симпозиумах, з'їздах, конгресах.

Проте виявлено низьку активність лікарів-курсантів щодо підвищення кваліфікації на короткотривалих курсах інформації, стажування, переривчастих курсах, семінарах на місцевих базах, регіональних центрах, а також на базі науково-дослідних інститутів, у тому числі за кордоном. Більшість видів діяльності лікарів відбулася в останній рік міжпередтестастійного періоду, що суперечить основному принципу безперервного професійного розвитку. Головним рушієм навчання через усе життя повинна стати самоосвіта, яка ґрунтувалася б на прагненні лікаря до самоудосконалення, пізнання нових і прогресивних методів діагностики і лікування та впровадження їх у практику.

Відповідно до Положення про післядипломну медичну освіту, самоосвіта працівників є складовою частиною програми підготовки та поступового професійного росту кадрів і має систематично проводитися за індивідуальними планами. Індивідуальні плани складаються лікарями самостійно з урахуванням свого рівня професійної підготовки, завдань і особливостей практичної роботи терміном на один рік.

Елементи досягнення ефективності самоосвіти:

- визначення мети,
- формування плану,
- створення власної системи мотивації,
- опанування навичками управління часом,
- інтелектуальна обробка інформації,

– практична реалізація нових знань: принцип «вивчено – застосовано, якщо не застосовано – значить, не вивчено».

Складним завданням залишається вибір методики оцінки самоосвіти, яка повинна:

- бути придатною для використання;
- зводити до мінімуму суб'єктивізм оцінки;
- відображати суть знань фахівця;
- надати можливість кількісно оцінити його діяльність.

Таким чином, впровадження концепції БПР лікарів в Україні потребує удосконалення для формування нових якостей культури наших спеціалістів, з формуванням високого ступеня толерантності, політичної і правової свідомості, суспільної психології. Перехід від концепції підвищення післядипломної кваліфікації до концепції безперервного розвитку потребує забезпечення компетентнісного підходу з демократизацією системи навчання, формуванням сучасного світогляду, фундаменталізацією освіти, інтенсифікацією наукових розробок.

Процес оптимізації шляхів безперервного професійного розвитку залежить від матеріального забезпечення закладів охорони здоров'я, їх модернізації

#### Список літератури

1. Вороненко Ю. В. Безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів – нові принципи побудови системи / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер // Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III–IV рівнів акредитації : матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції. – 2011. – С. 26–28.

2. Інтерактивні методи навчання : навч. посібник / П. Шевчук, П.Фенрих. – Цецін : WSAP, 2005. – С. 7–23.

3. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи : бібліотека з освітньої політики / під заг. ред. О. В. Овчарук. – К. : «К.І.С.», 2004. – 112 с.

4. Особливості інтерактивного навчання у системі післядипломної освіти / О. В. Грищенко, В. В. Бобрицька, Г. В. Сторчак, Т. П. Шумейко // Сучасна післядипломна медична освіта: досягнення, проблеми, перспективи : матеріали навчально-наукової конференції, 7–8 листопада 2013 р. – Харків, 2013. – С. 12–13.

та комп'ютеризації, доступу слухачів до необхідної інформації.

Потребує перегляду та удосконалення шкала оцінки видів діяльності лікаря, оскільки існують певні неточності, які можуть призвести до різного трактування.

Визначення кількості балів за види діяльності повинно відповідати наказу № 484, оскільки мають місце зловживання певними вищими навчальними закладами, коли на Сертифікаті учасника конференції (з'їзду, конгресу) зазначається кількість балів за участь, яка не відповідає діючому наказу.

Набір основної кількості балів в останній рік перед атестацією нівелює принцип безперервності освіти, а тому, очевидно, потребує рівномірного розподілу балів по роках між атестаціями.

Немає реальних достовірних шляхів оцінки самоосвіти лікарів, а низька заробітна плата знижує мотивацію до БПР.

Актуальним залишається питання якості освіти, підготовки висококваліфікованих викладачів, які не тільки володіють сучасними технологіями навчання, а й мають великий професійний досвід, прагнуть до самовдосконалення.

5. Сучасні підходи до підвищення якості освіти у системі післядипломної освіти / О. М. Хвисьок, В. Г. Марченко, В. В. Жеребкін [та ін.] // Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III–IV рівнів акредитації : матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції. – 2011. – С. 530–532.

6. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання : науково-методичний посібник / О. І. Пометун, А. В. Пироженко ; ред. О. І. Пометун. – К. : А.С.К., 2004. – С. 8–24.

7. Технології навчання дорослих / [упор. О. Главник, Г. Бевз]. – К. : Главник, 2006. – С. 4 – 7, С. 106–111.

8. Храброва И. А. От повышения квалификации к непрерывному образованию / И. А. Храброва, И. В. Акавец // Сучасна післядипломна медична освіта : досягнення, проблеми, перспективи : матеріали навчально-наукової конференції, 7–8 листопада 2013 р. – Харків, 2013. – С. 44.

## ПЕРСПЕКТИВИ І ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Система охорони здоров'я в Україні на сьогодні є однією з найконсервативніших. Медицина – це майже остання галузь, що не увійшла в ринок, а залишилася рудиментом радянської дійсності з незміненою системою управління, неефективним менеджментом, незадовільною матеріальною базою, нераціональним розподілом кадрового потенціалу. Існуюча модель системи охорони здоров'я України, незважаючи на певні кроки до її реформування, продовжує демонструвати свою неефективність, про що свідчать показники її діяльності – насамперед низькі доступність і якість медичної допомоги, незадовільний стан здоров'я населення, низька тривалість життя, висока смертність осіб найактивнішого працездатного віку, дитяча смертність. Постійно зростає незадоволення населення існуючою системою надання медичної допомоги.

Основними факторами, які характеризують існуючу модель охорони здоров'я (ОЗ) та унеможливають отримання якісних і доступних послуг, є неефективність та застарілість:

– системи управління, яка бюрократизована та не забезпечує своєчасного реагування галузі на потреби людини і суспільства, що динамічно змінюються, врахування ризиків та використання потенційних можливостей;

– організаційно-правової бази з ОЗ, яка не відбиває сучасних світових тенденцій щодо функціонування та розвитку систем ОЗ;

– системи фінансування галузі ОЗ та окремих закладів охорони здоров'я, яка зорієнтована на утримання неефективної структури, а не на результати діяльності;

– структури ОЗ, яка характеризується диспропорційним розвитком елементів, які забезпечують затратні втручання, і водночас виразною слабкістю та нерозвиненістю складових, що спрямовані на зміцнення здоров'я та профілактику;

– системи кадрового забезпечення, яка не задовольняє потреби галузі щодо адекватного відновлення і підвищення кадрового потенціалу у його кількісному та якісному аспектах;

– інформаційного забезпечення, яке спирається на паперовий деперсоніфікований медичний облік і звітність та унеможливує комплексний моніторинг і оцінку ресурсів системи ОЗ з метою ефективного оперативного управління та стратегічного планування;

– механізмів міжсекторальної координації і взаємодії в інтересах здоров'я населення, що зумовле-

но інституційною та функціональною нерозвиненістю громадянської охорони здоров'я;

– системи науково-методичного забезпечення діяльності і розвитку системи ОЗ, віддаленістю її від нагальних і стратегічних потреб галузі інформаційно-комунікаційного забезпечення, яке здійснюється переважно непрофесійно та рефлексивно й не має випереджувального характеру.

Тривале ігнорування вказаних негативних факторів головним чином пов'язане з тим, що політичне керівництво держави, законодавча та виконавча гілки влади не прийняли і, відповідно, не використовували у своїй повсякденній діяльності парадигму щодо ОЗ, в основі якої лежать принципи:

· права людини на здоров'я як основи економічного і соціального розвитку, політичної стабільності й найважливішого критерію життя кожної людини, сім'ї, громади, держави;

· прямої залежності економічного благополуччя держави від здоров'я нації, на яке значний вплив має дієвість системи ОЗ, ключовим чинником якої є ефективність використання наявних ресурсів;

· адекватного фінансування видатків на ОЗ як об'єктивно необхідного чинника відтворення продуктивних сил держави.

Парадокс ситуації полягає в тому, що фахівці взагалі не допущені до ухвалення управлінських рішень, а виступають лише виконавцями. Маємо класичний приклад командно-адміністративного підходу, на відміну від європейських країн. У цих країнах система ОЗ управляється збалансовано, а тому ефективно: з одного боку, державою у вигляді відповідного міністерства та органів місцевого самоврядування, з іншого – професіоналами, яким держава, аби не виконувати не властивих їй функцій, передала певні повноваження, зокрема питання післядипломної освіти, безперервного професійного вдосконалення лікарів, ведення реєстрів професіоналів, запровадження механізмів дотримання етичних норм, контроль якості надання медичної допомоги, страхування професійної відповідальності.

В Україні цими проблемами займається Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), тому процедура, наприклад, підтвердження кваліфікації вже давно стала суто формальною. Адже як чиновник, що працює в МОЗ чи в управлінні охорони здоров'я в регіоні, може знати, хто кращий фахівець, кого більше поважають пацієнти, хто ліпше навчається. Тому й маємо суто формальний підхід до дуже важливої складової діяльності галузі.



Ще один аспект – ведення реєстру лікарів. Здавалось би, це суто міністерська функція. Але в системі охорони здоров'я, окрім МОЗ, існує ще 14 відомств, де також працюють лікарі. Звісно, вони не дуже знають одне про одного. Крім цього, нині в Україні працюють близько 5 % приватних медиків, й окрім ліцензії, яку вони отримують від міністерства, більше ніхто жодним чином на них не впливає. Тож ведення реєстру лікарів у європейських країнах – це функція професійних лікарських корпорацій. Ба більше: є функція, якої зовсім не може контролювати держава, й належить до компетенції самих професіоналів. На жаль, в Україні вона абсолютно не реалізована. Ідеться про етичний кодекс лікаря. У 2009 році на X з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства було ухвалено цей документ, у якому відображено стосунки між лікарями, між медиком та пацієнтами, між закладами охорони здоров'я та лікарями, прописано нюанси морально-етичних стосунків. Проте він так і не став обов'язковим до виконання.

Загальновідомо, що у «цивілізованому світі» лікарі одні з найбільш поважних і високооплачуваних професій та добре захищені законом. Зараз суспільство та й сама медична галузь розуміють, що настав час для серйозних змін в охороні здоров'я, особливо в її законодавчому забезпеченні. У зв'язку з цим зараз Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я здійснюються енергійні зусилля щодо реформування цієї системи, насамперед з підвищення ефективності управління галуззю. Як свідчить досвід провідних країн світу та переважної більшості країн Європи, значна роль в ефективному управлінні належить саме професіоналам та громадськості. Серед професійних інституцій роль лідера по праву займає лікарське самоврядування.

Ще у 1987 році в прийнятій 39-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю (World Medical Assembly) Мадридській декларації наголошено на необхідності самоврядування медичної професії, професійній автономії. Сформульовані нею основні принципи лікарського самоврядування спрямовані на якнайширше задоволення потреб пацієнтів та захист прав медичних працівників. Як наслідок, у всіх країнах – членах Європейського Союзу, прийняті закони, якими лікарському самоврядуванню передано ряд важливих регулятивних функцій системи охорони здоров'я та окреслено основні організаційні засади професійної діяльності лікарів.

Так, вищими законодавчими органами наших сусідів прийняті – Закон Польщі «Про Ізби лікарські» від 17 травня 1989 року, Закон Болгарії «Про корпоративну організацію лікарів і стоматологів» від 21 липня 1998 року, Закон Словаччини «Про Словацьку лікарську Комору» від 3 грудня 1991 року, Закон Румунії 74/1995 – про *Asociata Medicala Romana*, Закон Албанії «Про лікарське упорядкування в Республіці Албанія» від 01 червня 2000 року. Органи

лікарського самоврядування успішно діють більш як у 100 країнах світу, зокрема в США – *American Medical Association* з 1847 року, Швейцарії – *Federation des medecins suisses* з 1867 року, Норвегії – *Den Norske Legeforeningen* з 1886 року, Канаді – *The Medical Council of Canada* з 1912 року, Німеччині – *Bundesarztekmmer* з 1947 року, Македонії – «Македонско лекарско друштво» з 1945 р. та 1996 р., Туреччині – *Turk Tabipleri Birligi* з 1973 року і навіть у Нігерії – *Nigerian Medical Association* з 1988 року.

Фундаментальним і невід'ємним правом громадян у будь-якому вільному і демократичному суспільстві є їхнє право встановлювати мету і завдання системи охорони здоров'я. Міжнародним співтовариством вже давно визнано, що цей шлях обов'язково приведе до підвищення довіри суспільства до системи охорони здоров'я та медиків. Передача повноважень лікарському самоврядуванню дозволить відродити представницьку демократію в такому важливому соціальному секторі, як охорона здоров'я, що обов'язково приведе до поліпшення функціонування системи охорони здоров'я в цілому. Введення лікарського самоврядування приведе до формування в лікарському співтоваристві і в суспільстві в цілому таких цивільно-правових відносин, при яких лікар нестиме персональну юридичну і фінансову відповідальність за результати своєї діяльності перед лікарським товариством, а лікарське товариство – за результати діяльності лікаря перед пацієнтами і державою. Рекомендації Ради Європи пропонують урядам створювати сприятливі умови в юридичній і податковій системі для фінансування і керування неурядовими медичними організаціями, а бюджет охорони здоров'я, наскільки можливо, повинен включати статті для підтримки їхньої діяльності, що для України зараз є надзвичайно проблемним питанням.

В Україні, яка стоїть на порозі серйозного реформування системи охорони здоров'я, як майбутньому члену об'єднаної Європи, законодавче введення лікарського самоврядування є питанням найближчого часу. Тим більше, що існує протягом всього часу незалежності України Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ), яке веде свою історію з 1910 року від Українського лікарського товариства у Львові та з 1917 року від лікарського товариства УНР, готове надати свої напрацювання, науковий та організаторський досвід і виступити локомотивом впровадження лікарського самоврядування після прийняття відповідного Закону Верховною Радою України.

Світова практика у цій сфері дозволяє стверджувати, що вільним професіям тією чи іншою мірою притаманні:

1. Елемент публічності та суспільної необхідності.
2. Підвищені вимоги до рівня освіти і кваліфікації.
3. Організаційна та економічна незалежність.

4. Особливий режим оподаткування.

5. Особливий режим відповідальності за виконання професійних обов'язків.

6. Наявність особливих органів професійного самоврядування.

Очевидно, що з названих пунктів українським лікарям притаманний хіба що один – підвищені вимоги до рівня освіти і кваліфікації, проте цього явно недостатньо, щоб зарахувати їх до представників вільних професій.

Виходячи із світового та європейського досвіду, головними завданнями лікарського самоврядування визначені:

– видача дозволів і нагляд за належним та сумлінним виконанням лікарської практики;

– інтеграція лікарського середовища у єдиний медичний простір;

– впровадження політики партнерства між системою охорони здоров'я, лікарями і пацієнтами;

– встановлення обов'язкових для всіх лікарів етичних і деонтологічних засад лікарської практики;

– вплив на стан здоров'я суспільства, політику охорони здоров'я держави та ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я;

– співпраця з науковими товариствами, вищими навчальними закладами в державі та за кордоном тощо.

Зазначені вище завдання лікарське самоврядування виконує через:

– надання права на здійснення лікарської практики;

– ведення реєстру лікарів;

– обговорення умов праці лікарів та її оплати;

– нагляд за належним і сумлінним виконанням лікарем його професійних обов'язків;

– випрацювання чітких критеріїв (індикаторів) якості надання медичної допомоги;

– притягнення лікарів до дисциплінарної відповідальності, аж до позбавлення права на здійснення лікарської практики;

– співпрацю у справах фахового удосконалення лікарів;

– проведення атестації і сертифікації лікарів, ліцензування видів медичної практики та участь в акредитації закладів охорони здоров'я;

– участь у проведенні конкурсів на заміщення керівних посад у службі охорони здоров'я;

– експертиза та обговорення нормативних документів органів влади, особливо тих, що стосуються змін у системі надання медичної допомоги та виконання лікарем його професійних функцій;

– здійснення контролю за використанням лікарських засобів і медичною рекламою;

– ухвалення принципів професійної етики та деонтології, обов'язкових для всіх лікарів, а також контроль за їх дотриманням;

– окреслення меж та контроль за дотриманням лікарської таємниці;

– співпраця з органами державної адміністрації, політичними організаціями, професійними спілками, а також з іншими громадськими організаціями у справах, що стосуються охорони здоров'я населення та умов виконання лікарем його професійних обов'язків;

– своєчасне забезпечення лікарів необхідною медичною інформацією;

– розробка національної стратегії системи інформування суспільства про події в системі охорони здоров'я;

– встановлення кваліфікації лікаря та надання права на медичну практику громадянам інших держав.

У розвиток європейського напрямку розвитку України, пройшовши протягом 2005-2006 років неодноразові публікації, в тому числі у медичній газеті "Ваше Здоров'я", тричі пройшовши широке громадське обговорення та отримавши підтримку серед багатьох фахових лікарських організацій та медичної громадськості, проект Закону України «Про лікарське самоврядування» знаходиться зараз у Верховній Раді України. Він зареєстрований за № 3539 від 23.12.2008 р. Останній етап проходження законопроекту не включено до порядку денного від 07 вересня 2010 року. Через відомі політичні причини такий важливий для успішного реформування системи охорони здоров'я в Україні Закон «Про лікарське самоврядування» тоді так і не був прийнятий.

Першим найважливішим кроком є повернення до розгляду Верховною Радою України законопроекту № 3539 «Про лікарське самоврядування». Для цього при комісії ВР України з питань охорони здоров'я створена робоча група з підготовки нового проекту закону «Про лікарське самоврядування», яка вже почала свою роботу.

Цей Закон визначає принципи побудови системи, гарантії та засади лікарського самоврядування як одного із найважливіших елементів системи охорони здоров'я України для управління професійною лікарською діяльністю, з метою забезпечення умов для ефективного виконання лікарями своїх професійних обов'язків, розширення можливостей корпоративного впливу на систему охорони здоров'я України, представництва лікарів України у відносинах з органами влади, захисту професійних прав лікарів та захисту прав пацієнтів.

У Законі вказано, що лікарське самоврядування – гарантоване державою право лікарів об'єднуватись у професійну самоврядну організацію, управляти професійною лікарською діяльністю, самостійно виконувати завдання та здійснювати повноваження, визначені законодавством України. Організаційною основою лікарського самоврядування, згідно з цим Законом, є Всеукраїнське лікарське товариство (далі – ВУЛТ). ВУЛТ – національна самоврядна організація лікарів, діяльність якої ґрунтується на засадах професійного самоврядування

і поширюється на всю територію України. Причому зазначено, що ВУЛТ не є громадською організацією, а самоврядною організацією із спеціальним статусом, що визначається цим Законом.

Статтю 3 Закону передбачено такі основні принципи діяльності організації:

- законності;
- демократизму;
- добровільності членства;
- професійності;
- децентралізації;
- гласності;
- колегіальності;
- виборності;
- правової, організаційної та матеріально-фінансової самостійності в межах повноважень, визначених цим та іншими законами;

– підзвітності та відповідальності перед членами національної самоврядної лікарської організації.

Основні засади лікарського самоврядування відображені у статті 5 цього Закону. Тож лікарське самоврядування базується на засадах:

а) дотримання органами професійного самоврядування незалежності лікарської діяльності;

б) рівності прав та обов'язків лікарів-членів ВУЛТ;

в) заборони для органів лікарського самоврядування втручатись у будь-якій формі в професійну діяльність лікаря щодо надання медичної допомоги конкретному пацієнту;

г) відсутності в лікарів додаткових обов'язків порівняно із законодавчо визначеними професійними обов'язками;

г) обов'язковості дотримання та виконання рішень органів лікарського самоврядування, прийнятих в межах своєї компетенції та відповідно до Конституції України, цього Закону та Статуту організації лікарського самоврядування;

д) забезпечення умов для реалізації права на оскарження кожним лікарем у встановленому законодавством порядку рішень органів лікарського самоврядування;

е) підзвітності делегатів з'їзду ВУЛТ регіональним відділенням самоврядування лікарів, які їх обрали.

До участі у формуванні органів ВУЛТ залучаються всі лікарі, які включені до Єдиного реєстру лікарів України, в порядку, визначеному цим Законом та Статутом ВУЛТ.

Відповідно до статті 6 Закону повністю змінюється філософія здійснення професійної діяльності лікарів на території України. Зокрема, усі фізичні особи, які згідно із законодавством України отримали кваліфікацію лікаря, за їх бажанням вносяться до Реєстру відповідного регіонального відділення ВУЛТ як дійсні (постійні) члени Всеукраїнського лікарського товариства. Усі лікарі, які займаються або планують займатися професійною лікарською діяльністю на певній території України, включаються до Реєстру відповідного регіонального відділен-

ня ВУЛТ як дійсні (постійні) члени Всеукраїнського лікарського товариства.

Єдиним документом, який надає право здійснювати на території України професійну лікарську діяльність, є «Свідоцтво про право на здійснення лікарської діяльності на території України» встановленого зразка.

У статтях 7 і 8 передбачено основні права та обов'язки лікарів у сфері професійного самоврядування. Зокрема, лікарі матимуть право:

– брати участь в управлінні у центральних та регіональних органах ВУЛТ;

– обирати та бути обраними до центральних та регіональних органів ВУЛТ;

– вносити на розгляд до ВУЛТ чи його регіональних відділень пропозиції з питань їх діяльності;

– одержувати інформацію про діяльність ВУЛТ;

– одержувати всі види допомоги, передбачені цим Законом, Статутом ВУЛТ та рішеннями з'їздів ВУЛТ;

– користуватись допомогою ВУЛТ та його регіональних відділень у захисті своїх професійних, соціальних та інших прав;

– брати участь в обговоренні будь-яких питань, що стосуються лікарської діяльності, подавати скарги, заперечення та пропозиції відповідним органам ВУЛТ та його регіональним відділенням;

– мати інші права в сфері лікарського самоврядування, передбачені цим Законом, Статутом ВУЛТ та рішеннями з'їздів ВУЛТ.

Водночас лікарі будуть зобов'язані дотримуватись статутів ВУЛТ та його регіональних відділень, виконувати рішення з'їздів ВУЛТ, органів управління ВУЛТ та його регіональних відділень, виконувати інші обов'язки в сфері лікарського самоврядування, передбачені цим Законом, Статутом ВУЛТ та рішеннями з'їздів ВУЛТ.

Вказано, що рішення, які прийматимуться органами Всеукраїнського лікарського товариства з питань, віднесених до їх компетенції, будуть обов'язковими для усіх членів ВУЛТ.

Дуже важливою є стаття 9 Закону, у якій висвітлюються принципи державного контролю та співпраці з органами лікарського самоврядування.

У ній зазначено, що органи лікарського самоврядування не входять до системи органів державної влади та місцевого самоврядування. Держава створює належні умови діяльності органів лікарського самоврядування та забезпечує дотримання гарантій професійної лікарської діяльності. Органи державної влади та місцевого самоврядування зобов'язані узгоджувати з органами лікарського самоврядування проекти нормативно-правових актів, які стосуються питань організації та професійної лікарської діяльності в Україні.

Водночас державний контроль за діяльністю органів лікарського самоврядування здійснюється через спеціально уповноважені органи влади на підставі, в межах повноважень та у спосіб, перед-

бачений законодавством України, і не повинен призводити до втручання органів державної влади та їх посадових осіб у здійснення повноважень відповідними органами самоврядування.

Серед основних завдань ВУЛТ, висвітлених у статті 10 Закону, є такі:

- представлення своїх членів і захист їхніх професійних прав та інтересів, в тому числі в органах державної влади, місцевого самоврядування, судових та правоохоронних органах;

- консолідація лікарського співтовариства щодо виконання завдань у галузі охорони здоров'я населення України;

- складання і ведення національного та регіональних Реєстрів членів ВУЛТ;

- визначення і ухвалення принципів професійної етики та деонтології, обов'язкових для всіх лікарів, а також контроль за їх дотриманням;

- контроль за належним і сумлінним виконанням лікарями своїх професійних обов'язків;

- співпраця з відповідними установами та організаціями з питань професійного вдосконалення лікарів та участь у його проведенні;

- сприяння організації і проведенню підвищення кваліфікації лікарів;

- надання юридичного та соціального захисту лікарям та їхнім родинам, передбаченим Статутом ВУЛТ;

- співпраця з органами державної влади та органами місцевого самоврядування, професійними спілками, політичними організаціями, іншими громадськими організаціями з питань охорони здоров'я населення та умов виконання лікарем своїх професійних обов'язків;

- співпраця з іншими організаціями та інституціями в Україні та за кордоном;

- здійснення іншої діяльності, необхідної для виконання завдань, передбачених цим Законом та Статутом ВУЛТ.

Зважаючи на важливість завдань, які виконуватиме ВУЛТ, організація повинна мати відповідні повноваження, які відображені в розділі 10, а саме:

- право на здійснення професійної лікарської діяльності;

- ведення Реєстру лікарів;

- розробка та прийняття «Етичного кодексу українського лікаря», «Правил належної медичної практики», здійснення контролю за їх дотриманням;

- участь у визначенні необхідності підготовки медичних фахівців, умов їх стажування, спеціалізації та підвищення кваліфікації;

- участь у формуванні та реалізації державної і регіональної політики стосовно системи охорони здоров'я;

- участь у розробці та виконанні загальнодержавних та регіональних програм з охорони здоров'я;

- участь у розробці програм соціального та економічного розвитку в сфері охорони здоров'я;

- проведення професійних експертиз, участь у роботі комісій із службового розслідування;

- проведення атестації лікарів;

- участь у ліцензуванні медичної практики;

- участь у розробці та затвердженні навчальних планів і програм підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів та здійснення контролю за їх дотриманням;

- участь у встановленні єдиних кваліфікаційних вимог до осіб, які займаються лікарською діяльністю, та здійснення контролю за їх дотриманням;

- участь у проведенні післядипломної освіти лікарів та проведення обліку проходження безперервного професійного навчання осіб, які займаються лікарською діяльністю, здійснення контролю за його дотриманням;

- участь у погодженні тексту Присяги лікаря України;

- здійснення перевірки кваліфікації осіб, які здобули вищу медичну освіту в навчальних закладах іноземних країн, для їх допуску до професійної лікарської діяльності на території України;

- участь у розробці та погодженні спільно з уповноваженими органами державної влади України нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, а також надання пропозицій щодо змін і доповнень до законодавства в цій галузі;

- здійснення контролю за дотриманням вимог стандартів у галузі охорони здоров'я;

- участь у розробці та погодженні Генеральної угоди між Кабінетом Міністрів України, Всеукраїнським об'єднанням організацій роботодавців та підприємців і всеукраїнськими профспілками та профоб'єднаннями щодо питань охорони здоров'я та здійснення контролю за її дотриманням;

- участь у розробці, погодженні та здійсненні контролю за дотриманням вимог Галузевої угоди між Міністерством охорони здоров'я України та Центральним комітетом профспілки працівників охорони здоров'я України;

- участь через своїх представників у складі Колегії, Вищої медичної ради та інших дорадчих органів Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства охорони здоров'я АР Крим, обласних та прирівняних до них управлінь охорони здоров'я, Академії медичних наук України, управлінь охорони здоров'я міністерств і відомств, у підпорядкуванні яких знаходяться заклади охорони здоров'я, інших органів державної влади та органів місцевого самоврядування з питань охорони здоров'я;

- участь у роботі акредитаційних, ліцензійних і тендерних комісій (комітетів) МОЗ, обласних та прирівняних до них управлінь охорони здоров'я, Академії медичних наук України, управліннях охорони здоров'я міністерств і відомств, у підпорядкуванні яких знаходяться заклади охорони здоров'я;

- участь у проведенні конкурсів, тендерів та укладенні договорів між органами місцевого самоврядування і закладами охорони здоров'я з надан-



ня медичної допомоги членам територіальних громад;

– участь у роботі конкурсних комісій з питань заміщення керівних посад у системі охорони здоров'я;

– сприяння захисту індивідуальних і колективних прав та законних інтересів членів ВУЛТ, в тому числі в органах державної влади та місцевого самоврядування;

– подання клопотання з відповідними рекомендаціями на присвоєння почесних звань та державних нагород;

– проведення дослідження та експертизи нормативно-правових документів у галузі охорони здоров'я, надання рекомендації щодо їх удосконалення;

– участь у розробці та погодженні типових договорів щодо організації надання медичної допомоги населенню, в тому числі за програмами медичного страхування;

– вирішення питань, віднесених до здійснення страхування професійної відповідальності лікарів;

– участь у роботі системи органів медичного страхування;

– участь у здійсненні адаптації законодавства про охорону здоров'я України до вимог законодавства Європейського Союзу та міжнародних медичних організацій;

Однак існують певні проблеми і перестороги щодо прийняття цього законопроекту, спричинені перш за все тим, що ВУЛТ розглядається як звичайна громадська організація, а центральні органи влади в галузі охорони здоров'я не завжди готові віддати значні свої повноваження цій самоврядній організації.

Це наглядно видно із висновків Головного науково-експертного управління Верховної Ради, яке вказує, що вирішення найбільш принципових питань управління у сфері охорони здоров'я, зокрема таких, як надання права на здійснення професійної лікарської діяльності, проведення атестації лікарів, здійснення контролю за дотриманням вимог стандартів у галузі охорони здоров'я, законопроектом пропонується віднести до сфери компетенції ВУЛТ, чим органи лікарського самоврядування по суті перебирають на себе функцію органів державної влади, що унеможливить виконання державою своїх конституційних обов'язків у сфері охорони здоров'я.

Головне експертне управління вказує, що за своєю природою лікарські організації є суто громадськими об'єднаннями, що виключає можливість докладного регулювання питань їх організації та функціонування на законодавчому рівні. Такий висновок впливає зі змісту пункту 11 частини першої статті 92 Конституції України, відповідно до якого виключно законом України визначаються лише «засади утворення та діяльності об'єднань громадян». Тому більшість суспільних відносин, які пропонується врегулювати цим законопроектом, за своєю при-

родою не відносяться до предмета законодавчого регулювання, оскільки діяльність лікарських організацій, як і інших громадських об'єднань, на основі норм (правил поведінки), встановлених самими громадськими організаціями в їхніх статутах або положеннях. Характерною особливістю цих норм є те, що вони можуть бути обов'язковими тільки для членів відповідних громадських організацій.

Зважаючи на це, система органів лікарського самоврядування, порядок формування керівних органів, їх компетенція, проведення зборів учасників органів лікарського самоврядування, чергових та позачергових конференцій, обрання кандидатів до контрольних та інших органів лікарського самоврядування, питання їх звітності перед учасниками лікарського самоврядування повинні регулюватися відповідними статутними документами, не Законом. Тобто цим повністю перекреслюється суть існування ВУЛТ як самоврядної організації лікарів.

Не всі схвалюють і той факт, що ВУЛТ розроблятиме та прийматиме «Етичний кодекс українського лікаря», «Правила належної медичної практики», здійснюватиме контроль за їх дотриманням. Порушення лікарями вимог зазначених документів може стати наслідком прийняття ВУЛТ рішення про зупинення, припинення або позбавлення права на лікарську діяльність чи дисциплінарну відповідальність лікарів.

Виникають певні застереження стосовно запропонованого в законопроекті порядку утворення ВУЛТ, який передбачає по суті примусове залучення до її складу усіх лікарів, які займаються професійною лікарською діяльністю, та включення їх до Реєстру відповідного регіонального відділення ВУЛТ як дійсних (постійних) членів Всеукраїнського лікарського товариства. При цьому законопроектом передбачається також, що єдиним документом, який надає право здійснювати в Україні професійну лікарську діяльність, є «Свідоцтво про право на здійснення лікарської діяльності на території України», яке видається ВУЛТ разом із посвідченням члена цієї самоврядної організації. Такий підхід до створення ВУЛТ, на думку експертів, суперечить Конституції України, в якій закріплено право на свободу об'єднання і передбачено, що ніхто не може бути примушений до вступу в будь-яке об'єднання громадян чи обмежений у правах за належність чи неналежність до громадських організацій (стаття 36). При цьому слід нагадати, що у Рішенні Конституційного Суду України від 13 грудня 2001 року № 18-рп зазначено, що свобода об'єднання означає, зокрема, правову і фактичну можливість добровільно, без примусу чи попереднього дозволу утворювати об'єднання громадян або вступати до них.

Слід також ураховувати, що закріплення на законодавчому рівні функцій конкретно визначеного об'єднання громадян (ВУЛТ) призведе до монопольного становища цієї організації, фактично унеможливить виконання аналогічних функцій іншими об'єд-

наннями громадян, які вже існують або можуть бути створені у майбутньому. Це не відповідає конституційним нормам щодо свободи об'єднання в громадські організації, рівності усіх об'єднань громадян перед законом, неприпустимості звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод.

Разом з тим, можливим шляхом вирішення питань, що стосуються становлення лікарського самоврядування в Україні, вбачається реалізація лікарями гарантованого Конституцією України права громадян на свободу об'єднання у громадські організації (професійні спілки) для здійснення захисту своїх прав і свобод та задоволення своїх інтересів.

Слід вказати також на неузгодженість назви законопроекту із її змістом. Так, із назви і преамбули випливає, що сферою його регулювання передбачається визначення функціонування лікарського самоврядування загалом, тоді як у змісті йдеться про унормування діяльності лише однієї організації – ВУЛТ.

Всупереч визнанню таких засад професійного самоврядування, як добровільність та децентралізація, у проекті пропонується запровадити «центральний орган лікарського самоврядування» – Всеукраїнське лікарське товариство як основу лікарського самоврядування, без вступу до якого здійснювати лікарську діяльність в Україні буде неможливо.

Слід також додати, що запровадження додаткових передумов для отримання права на роботу за професією у вигляді необхідності отримання «Свідоцтва про право на здійснення лікарської діяльності на території України» не має належного обґрунтування, окрім забезпечення безальтернативного вступу усіх лікарів до пропонованої у проекті організації через встановлення порядку його видачі органами ВУЛТ (частина друга статті 39 проекту). При цьому не можна погодитись із пропозицією визнати вказане свідоцтво «єдиним документом, який надає право здійснювати на території України професійну лікарську діяльність» (стаття 6 проекту), оскільки за національним законодавством медичною діяльністю можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам (стаття 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я), що підтверджується відповідними документами.

Викликає сумнів пропозиція встановити:

– неможливість прийняття органами держави і органами місцевого самоврядування нормативних актів щодо будь-яких питань у сфері «організації та професійної лікарської діяльності в Україні» без узгодження з органами лікарського самоврядування (стаття 9);

– право керівника спеціально уповноваженого центрального органу державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я звертатись до З'їзду ВУЛТ або Головної Ради ВУЛТ з пропозицією розглянути

питання, що належать до компетенції лікарського самоврядування, які повинен буде розглянути черговий чи позачерговий З'їзд ВУЛТ або Головна Рада ВУЛТ у місячний термін з дня їх подання (ст. 16);

– обов'язковість для усіх членів ВУЛТ рішень, які приймаються його органами з питань, віднесених до їх компетенції (без будь-яких застережень).

Слід звернути увагу й на те, що широке коло суспільних відносин, які пропонується врегулювати цим законопроектом, вже врегульовано відповідними законодавчими актами. Тому реалізація викладених у проекті новацій потребує розробки положень про внесення змін до них. Наприклад, встановлення повноважень у «визначенні необхідності підготовки медичних фахівців, умов їх стажування, спеціалізації та підвищення кваліфікації» та «розробці та затвердженні навчальних планів і програм» передбачає зміни у законодавстві про освіту. Можливість участі органів лікарського самоврядування у розробці та погодженні Генеральної угоди між Кабінетом Міністрів України, Всеукраїнським об'єднанням організацій роботодавців та підприємців і всеукраїнськими профспілками та профоб'єднаннями щодо питань охорони здоров'я, Галузевої угоди між Міністерством охорони здоров'я України та Центральним комітетом профспілки працівників охорони здоров'я України та здійснення контролю за їх дотриманням Законом України «Про колективні договори і угоди» не передбачена.

На думку управління, потребують додаткового обґрунтування пропозиції щодо розмежування процедури розгляду порушень лікарями вимог щодо професійної етики та належної медичної практики (статті 22, 23, 34, 35), оскільки належна медична практика є неможливою без дотримання професійної етики. Розгляд цих питань окремими органами, як пропонується у проекті, буде ускладненим через проблемність визначення їх юрисдикційної належності.

Окремо слід вказати на правову неадекватність викладених у проекті умов притягнення лікарів до відповідальності за порушення професійних обов'язків. Зокрема, запровадження такого виду дисциплінарного стягнення на лікарів, як штраф (стаття 44) суперечить встановленій в Україні системі санкцій за відповідними видами юридичної відповідальності. Накладення штрафу передбачено нормами законодавства про кримінальні та адміністративні порушення і не застосовується при дисциплінарних правопорушеннях. При цьому слід зазначити, що накладення штрафів є виключною компетенцією органів державної влади і не може бути делеговане громадським організаціям. При цьому запропоноване спрямування коштів від штрафу на рахунки органів ВУЛТ викликає сумніви, оскільки штрафи стягуються до відповідних бюджетів.

Реалізація ж пропозиції надати право складати акт про порушення членом ВУЛТ своїх професійних обов'язків – тобто ініціювати процес притягнен-

ня до відповідальності – одноособово будь-якому члену Головної Комісії з питань професійної етики ВУЛТ, Комісії з питань професійної етики регіонального відділення ВУЛТ, Головної Комісії з питань належної медичної практики ВУЛТ, Комісії з питань належної медичної практики регіонального відділення ВУЛТ (стаття 45) – може мати наслідком дезорганізацію лікувального процесу в кожному конкретному випадку.

Привертає увагу та обставина, що, незважаючи на мету створення такої організації щодо захисту прав всіх її учасників, детальніше передбачається врегулювання питань гарантій трудових прав лише осіб, обраних до органів Всеукраїнського лікарського товариства (статті 25 та 37). При цьому норми вказаних положень також не дають можливості з'ясувати порядок їх реалізації. Законопроект не дає відповіді на запитання, хто буде визначати розміри оплати праці та інші умови праці обраних органів ВУЛТ працівників; яким чином можуть бути звільнені з роботи лікарі, які виконують, працюють в органах ВУЛТ, якщо передбачається недопустимість розривання трудового договору за ініціативою їх роботодавця.

Перед тим, як братися до втілення чого-небудь у практику, слід розуміти природу речей, оскільки нам часто доводиться вдаватися до запозичень.

Самоврядування – це публічний процес відкритого і розвиненого суспільства, який здійснюється добровільно і свідомо на основі взаємної довіри між людьми «знизу вгору». Економічну основу самоврядування забезпечують власність і фінансова незалежність. Юридичну – суб'єктність. Самоврядування виникає під час безпосередньої участі в економічному, громадському чи політичному житті й більш властиве представникам вільних професій.

У країнах вільного світу процес професійного самоврядування мав природний перебіг. Цей процес розвивався знизу і корелював із природно-еволюційними процесами розвитку відносин власності, поширенням протестантської етики та ліберальних цінностей. «Вільна професія» і професійне (не лише) самоврядування є продуктами їх культури.

Нам і справді треба упорядкувати діяльність у багатьох сферах нашого життя, але видаються помилковими спроби штучно інсталювати в наше суспільство надбання чужої культури. Такі спроби не лише дискредитують надбання Західної цивілізації (у цьому Україна і так є «лідером»), а й не вирішують питання по суті, ще більше погіршуючи ситуацію.

Цікава річ. Звичайне слово, щойно воно потрапляє в мовний арсенал українських правників, дуже часто набуває особливого юридичного навантаження і починає відрізнятися від свого первинного значення. Не оминула така доля і словосполучення «вільна професія». Треба визнати, що в деяких випадках це виправдано, але зміна первинного значення не повинна десакралізувати слово. Словосполучення «вільна професія» має певне сакральне

значення. Можна погодитися із зміною смислового навантаження на нього, але не можна погодитися з його десакралізацією.

Мабуть, у нас відбувається нашарування двох проблем. Проблема врегулювання стосунків накладається на проблему створення власне представника вільної професії. Врегулювання стосунків у медичній сфері – це окреме питання, і було б неправильним пов'язувати його вирішення виключно із професійним самоврядуванням. У питанні професійного самоврядування первинною є наявність лікаря як представника вільної професії.

У нашій країні вже давно набули чинності закони України «Про місцеве самоврядування», «Про органи самоорганізації населення», «Про ОСББ», діє Постанова Кабінету Міністрів України «Про громадські слухання», але все це перетворилося на юридичний спам. Більше того, усі ці закони і підзаконні акти не лише не виконуються – вони використовуються в абсолютно протилежному напрямку, обслуговуючи зовсім інші цілі та інших людей.

Саме тому не варто очікувати на появу в лікарів статусу «представник вільної професії», лише делегуючи повноваження від держави та створюючи відповідні закони.

При побудові нової національної системи охорони здоров'я необхідно усвідомлювати і можливість спротиву тих, чий інтерес найбільше зачіпають пропонувані зміни. Як свідчить досвід усіх років незалежності, саме теперішня «медична еліта», яка з року в рік вимагає тільки збільшення фінансування галузі задля подальшого розкрадання бюджетних коштів, є головним гальмом будь-яких перетворень у охороні здоров'я. Потрібно розуміти, що без децентралізації управління охороною здоров'я через зміну командно-адміністративної на визнану у світі суспільно-адміністративну модель управління галузю, без впровадження дієвого професійного лікарського самоврядування, очікувати покращень у медицині, відновити у суспільстві довіру до медиків, здійснити соціально-економічний та правовий захист медиків – марно.

Лікарське товариство має відігравати провідну роль у системі громадського контролю охорони здоров'я, виконуючи при цьому освітню і юридичну функції. Виступаючи на захист лікарів і пацієнтів, товариство могло б взяти участь у встановленні стандартів у галузі медичної освіти, медичної практики і лікарської етики, а також сприяти підвищенню професійного рівня медичних працівників. Основними обов'язками товариства могли б стати забезпечення підготовки необхідної кількості кваліфікованих лікарів, підтримка високого рівня професійних знань, нагородження медичних працівників за особливі заслуги, допомога в здійсненні перепідготовки медичних кадрів, виконання регуляторних функцій.

Запровадження інституції лікарського самоврядування дозволить значно скоротити тіньовий обіг коштів у охороні здоров'я, позбавить пацієнтів від

послуг псевдомедичних організацій, різного ґатунку цілителів, забезпечить контроль за медичною рекламою, створить умови для прагнення з боку лікаря і медичної установи надавати якісну медичну допомогу, дасть практичне обґрунтування доцільності функціонування тих або інших установ охорони здоров'я, визначить потребу в лікарях різних спеціальностей, дозволить сформувати ефективну систему страхування професійної відповідальності лікарів і медичного страхування громадян, успішно вирішувати інші важливі медико-соціальні проблеми. Діяльність громадських та самоврядних організацій є реальним показником процесу становлення громадянського суспільства, демократизації політичної і соціальної системи держави. І чим результативнішою буде їхня робота, тим досконалішим і міцнішим буде ставати громадянське суспільство.

Отже, охороні здоров'я України, що перебуває на шляху переходу від централізованої адміністративно-командної системи до демократичних перетворень, вкрай необхідна самоврядна лікарська організація, побудована на принципах автономії професійної діяльності. Якщо Україна має бажання дійсно долучитися до спільної європейської сім'ї, то іншого шляху, ніж прийняття Закону «Про лікарське самоврядування», яким Всеукраїнському лікарському товариству буде делеговано деякі

#### Список літератури

1. Мусій О. Чому гальмує лікарське самоврядування? / О. Мусій // Урядовий кур'єр. – 15.06.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukurier.gov.ua/uk/articles/chomu-galmuye-likarske-samovryaduvannya/>
2. Долина Н. Буде запроваджено лікарське самоврядування [Електронний ресурс] / Н. Долина // Урядовий кур'єр, 12.03.2014 р. – Режим доступу : <http://ukurier.gov.ua/uk/articles/bude-zaprovadzheno-likarske-samovryaduvannya/>
3. Проект закону України «Про лікарське самоврядування» [Електронний ресурс]. – Ресурс доступу : <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=34025>
4. Громадська рада при МОЗ України. Реформа охорони здоров'я та лікарське самоврядування, належне регулювання та інформована згода пацієнта [Електронний ресурс] // Аптека. – 26.07.2012 р. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/153443>
5. Карпук В., Чи потрібне в Україні лікарське самоврядування [Електронний ресурс] / Карпук В., Мусій О. – Режим доступу : <http://sfult.org/smovryduvanay>

публічні державні функції щодо регулювання діяльності лікарської професії, з обов'язковим членством лікарів у ньому, в нас немає.

Найоптимальнішим видається шлях прийняття цього Закону одночасно із прийняттям ряду інших законодавчих актів, які структурно і системно побудують в Україні нову охорону здоров'я. За таких умов введення системи лікарського самоврядування дасть змогу значно скоротити тіньовий обіг фінансових коштів в охороні здоров'я, позбавить пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій і забезпечить контроль за медичною рекламою, стимулює прагнення з боку лікаря і медичної установи надавати якісну медичну допомогу, дасть практичне обґрунтування доцільності функціонування тих або інших установ охорони здоров'я, визначить потребу в лікарях різних спеціальностей, сформує ефективну систему страхування професійної відповідальності лікарів і медичного страхування громадян, розв'язувати інші важливі медико-соціальні проблеми.

Діяльність громадськості та її організацій є реальним показником процесу становлення громадянського суспільства, демократизації політичної і соціальної системи держави. Чинна нині система охорони здоров'я України повинна поступово перетворитися в систему громадської охорони здоров'я.

6. Професійна автономія – єднання лікарської спільноти [Електронний ресурс] // Ваше здоров'я. – 18.09.2012 р. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/profesijna-avtonomiya-yednannya-likarsko%D1%97-spilnoti/>
7. Український шлях до запровадження самоврядування в медичній та фармацевтичній галузях [Електронний ресурс] // Медико-правовий портал "103-law.org.ua" : Режим доступу : <http://103-law.org.ua/News.aspx?n=476>
8. Всеукраїнське лікарське товариство виступає за запровадження лікарського самоврядування [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://press.unian.net/rus/pressnews-105018.html>
9. У Мінохорони здоров'я бачать майбутнє лікарів у самоврядуванні та приватних підприємцях [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.5.ua/ukrajina/ekonomika/item/374890-v-minokhorony-zdorov-ia-bachat-maibutnie-likariv-u-samovriaduvanni-ta-privatnykh-pidpriemtsiakh>
10. Лікарські асоціації – реальна влада в медицині? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz-derm.org.ua/uncategorized/>



## РОЛЬ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА У ФОРМУВАННІ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

Оптимізація функціонування системи охорони здоров'я України неможлива без активної участі медичної громадськості та професійних лікарських організацій у процесі діяльності сфери охорони здоров'я. Тільки створення саморегулювальної національної системи лікарського самоврядування забезпечить реальну можливість розвитку цивілізованого ринку медичних послуг, вагомий внесок у формування відповідальності лікарів за здоров'я населення і створить умови для надання якісної і доступної медичної допомоги населенню.

В країнах Європейського Союзу участь в управлінні охороною здоров'ям, поряд з Міністерством охорони здоров'я, фінансовими фондами беруть Об'єднання лікарів, медичних сестер. Кожна з цих організацій здійснює делеговані їй функції.

На сьогоднішній день у світовому співтоваристві існують наступні світові організації лікарів:

- **WMA** – World Medical Association – Світове лікарське товариство

- **EFMA / WHO** – European Forum of Medical Association – Європейський форум лікарських товариств / ВООЗ;

- **CPME** – Standing committee of European Physicians – Постійний комітет лікарів Європи;

- **UEMO** – Європейська спілка лікарів загальної практики;

- **UEMS** – Європейська спілка лікарів спеціалістів;

- **SEEMF** – Південно-Східний Європейський лікарський форум;

- **AFMA** – African Medical Association – Американське лікарське товариство;

- **CMAAO** – Confederation of Medical Associations of Asia and Oceania – Конфедерація лікарських товариств Азії та Океанії.

**Світові організації лікарів**

- **WFUMA** – World Federations of Ukrainian Medical Associations – Світова федерація Українських лікарських товариств;

- **ZEVA** – Conferens of the Central and East European Chambers – Організація лікарських самоврядних товариств Центральної та Східної Європи;

- **EMSA** – European Medical Students Association – Європейське товариство студентів-медиків;

- **IFMSA** – International Federation of Medical Students Associations – Міжнародна федерація товариств студентів-медиків;

- **FIEME** – Forum of Ibero-American Medical Associations – Форум іспаномовних Американських лікарських товариств;

- **CONFEMEL** – Medical Confederation of Latin America and the Caribbean – Конфедерація лікарів Латинської Америки та Карибів;

- **MASEAN** – Medical Associations of South East Asian Nations – Лікарське товариство країн Південно-Східної Азії.

Національні організації:

Україна – ВУЛТ 1910, 1990;

Польща – Naczelna Izba Lekarska, 1921, 1989;

Фінляндія – Suomen Laakariliitto, 1910;

Словаччина – Slovenska lekarska spolocnost, 1991;

Хорватія – Hrvatska lijevnicka komora, 1903, 1923, 1995, 2003;

Болгарія – Български лекарски союз 1901, 1990, 1998;

Чехія – Ceska lekarska komora 1894, 1991;

Угорщина – Magyar Orvosi Kamara 1966, 1994;

Німеччина – Bundesarzteammer, 1947;

Данія – Den Almindelige Danske Logeforening, 1772, 1857;

Уругвай – Sindicato Medica Brasileira;

Бразилія – Associacao Medica del Uruguay;

Швейцарія – Federation des medecines suisses 1867;

Литва – Lietuvos gydytoju sajunga;

Естонія – Arstideliit;

Ісландія – Laeknafelag Islands;

Португалія – Ordem dos Medicos;

Аргентина – La Confederacion Medica de la Republica Argentina;

Італія – Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;

Македонія – Македонско лекарско друштво, 1945, та Лекарска комора на Македония, 1997;

Боснія и Герцоговина – Sabor Ljekara Bosne I Herzegovine;

Словенія – Zdravnska Sbonica Slovenije, 1999;

Румунія – Colegiului Medicilor din Romania, 1995;

Білорусь – Беларуская асацыяцыя урачоу, 1992;

Китай – Chinese Medical Association, 1915;

Швеція – Sveriges lakarforbund, 1903;

Австрія – Osterreichische Arzteammer, 1891, 1938, 1949, 1998, 2005;

Франція – Ordre National des Medecins, 1845, 1945;

Туніс – Ordre National des Medecins de Tuisie 1888, 1941;

Нідерланди – Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

**Лікарські товариства (об'єднання)** – захищають лікаря від неправомірних зазіхань населення, а з іншої сторони – зобов'язують дотримуватись етики.

В охороні здоров'я відбуваються зміни в управлінні, фінансуванні, кадрах. В управлінні відбувається децентралізація, у фінансуванні – запроваджується страхова медицина. Кадрова політика вимагає щоб лікар, який закінчує ВУЗ, був підготовлений до роботи.

Лікарі – це численна спільнота, але центральна фігура – це лікар. Лікар бере участь у стосунках із адміністрацією на паритетних засадах.

Представники медичних палат країн Центральної Європи у Софії (Болгарія) 3 листопада 2006 року у своєму профмеморандумі про роль Палат в сучасній медицині, в умовах децентралізованого демократичного суспільства, проголосили, що головною метою медичних палат є збереження існування медичної професії через впровадження етики в медичну практику, підтримка лікарів у їх післядипломній освіті та підвищенні кваліфікації, контроль професійної відповідальності, надання ліцензії на право заняття медичною практикою, ведення реєстру лікарів.

Важливо наголосити, що лікарське самоврядування в країнах ЄС закріплене законодавчо. Так, наприклад, у ст. 17, пункт 1 Конституції Польщі проголошено лікарське самоврядування.

#### **Місце лікарської палати у демократичній країні.**

Палати для лікарів – орган їх самоврядування, для громадян – найкраща гарантія хорошої якості медичної допомоги, для національних, регіональних та місцевих органів влади – найкращий партнер у суспільній співпраці в галузі охорони здоров'я.

Палати відіграють важливу роль у підвищенні кваліфікації (ПК):

1. Реєстрація організаторів ПК;
2. Акредитація заходів ПК;
3. Контроль заходів ПК;
4. Підтвердження та реєстрація балів, отриманих лікарями.

Палати самі забезпечують заходи з підвищення кваліфікації.

Двісті років тому в Європі з'явилися перші лікарські об'єднання – у вигляді наукових медичних товариств. Із часом коло їх інтересів вийшло за межі розвитку медичної науки – товариства почали опікуватися насущними проблемами лікарів і певною мірою – регулюванням їх професійної діяльності. Такі корпоративні об'єднання або існували відокремлено, або ж об'єднувалися у так звані медичні палати чи ради, але їх головним завданням залишався юридичний захист осіб, що практикували в галузі медицини. На початку минулого століття практично вся Європа пішла шляхом злиття різних медичних організацій у національні лікарські асоці-

ації. Так почалася «ера демократії» у медицині. Нині лікарське самоврядування – норма життя медичної галузі розвинених країн, у більшості з яких діяльність лікарських асоціацій регулюється спеціальним законом, а сама вона спрямована на формування персональної відповідальності лікаря за свою діяльність перед професійною організацією, яка, своєю чергою, відповідає за нього перед пацієнтами і державою. Саме такий «асоціативний» ланцюжок спроможний водночас задовольнити потреби пацієнта і захистити права медичних працівників, що особливо актуально для України.

Історія Всеукраїнського лікарського товариства як першого осередку українських лікарів починається в 1910 році, коли у м. Львові було створено Руське лікарське товариство. За два роки товариство переіменували на Українське лікарське товариство (УЛТ). Офіційно УЛТ було ліквідовано радянською владою в 1939 р., але фактично утиски і гноблення української культури, духовності, медицини перервали активну громадську діяльність української медичної еліти і лікарських товариств значно раніше.

Особливо драматичним і насиченим подіями для України стало ХХ століття. Не залишилися осторонь і лікарі: ще за існування СРСР у м. Києві було започатковано організовану діяльність медиків, зокрема працювала Медична комісія Народного Руху України. Спільними зусиллями було створено проекти Статуту та Програми Української медичної асоціації (УМА).

30 червня 1990 р. у великій залі НДІ (науково-дослідного інституту) ортопедії та травматології відбувся Перший (установчий) з'їзд Української Медичної Асоціації, у якому взяли участь 146 делегатів, що репрезентували лікарів із 17 областей України. На з'їзді назву «УМА» було змінено на «ВУЛТ» (Всеукраїнське лікарське товариство).

Мета ВУЛТ: збереження та зміцнення здоров'я народу шляхом вирішення професійних, соціальних та етичних проблем, пов'язаних з лікарською практикою. Сприяючи побудові демократичного та гуманного суспільства товариство впливає на державну та суспільну політику України в галузі медицини та охорони здоров'я. ВУЛТ сприяє піднесенню державної та суспільної вагомості професії медика, відродженню її авторитету та престижу, вдосконаленню медичної освіти та підвищенню національної та громадської свідомості медичних працівників України.

Спроможність ВУЛТ активно та результативно діяти підтверджується його зростаючою популярністю, розширенням наукової бази, постійно зростаючою кількістю делегатів на з'їздах, підтримкою провідних медичних університетів країни.

Сьогодні в Україні функціонують 15 крайових організацій ВУЛТ (у містах Вінниці, Дніпропетровську, Івано-Франківську, Києві, Львові, Луганську, Миколаєві, Одесі, Полтаві, Сумах, Тернополі, Хар-

кові, Чернівцях, Чернігові), щороку проводяться тематичні науково-практичні конференції.

На 59-й Світовій Лікарській Асамблеї (Зібранні) в Сеулі (Південна Корея) у жовтні 2008 року – щорічному зборі найпрестижнішої у світі організації лікарів – Світового Лікарського Товариства (World Medical Association – WMA), заснованого ще 1947 року з метою об'єднання та захисту прав лікарів і пацієнтів, наша держава в особі єдиної загальноукраїнської організації лікарів – Всеукраїнського Лікарського Товариства, вперше за всю історію лікарського руху в Україні, одногосно отримала повноправне (87!) членство в цій найпотужнішій та найавторитетнішій світовій лікарській організації.

Пізніше Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ) у квітні 2008 року в Тель-Авіві (Ізраїль) було прийняте в ряди Європейського Форуму Лікарських Товариств (ЕФЛТ/ВООЗ) – European Forum of Medical Associations (EFMA/WHO), під час роботи якого обговорювались також питання лікарського самоврядування.

Загальновідомо, що у „цивілізованому світі” професія лікаря є однією з найшанованіших і високооплачуваних професій та лікарі добре захищені законом. Зараз суспільство, та й сама медична галузь України розуміють, що настав час для серйозних змін в охороні здоров'я, особливо в її законодавчому забезпеченні.

Як свідчить досвід провідних країн світу та переважної більшості країн Європи, значна роль в ефективному управлінні належить професіоналам та громадськості. Серед професійних інституцій роль лідера по праву займає лікарське самоврядування.

Ще у 1987 році в прийнятій 39-ою Всесвітньою Медичною Асамблеєю Мадридській декларації наголошено на необхідності самоврядування медичної професії, професійній автономії. Сформульовані нею основні принципи лікарського самоврядування спрямовані на якнайширше задоволення потреб пацієнтів та захист прав медичних працівників. Як наслідок, у всіх країнах – членах Європейського Союзу прийняті закони, якими лікарському самоврядуванню передано цілий ряд важливих регулятивних функцій системи охорони здоров'я та окреслено основні організаційні засади професійної діяльності лікарів.

Так, вищими законодавчими органами наших сусідів прийняті — Закон Польщі „Про ізби лікарські” від 17 травня 1989 року, Закон Болгарії „Про корпоративну організацію лікарів і стоматологів” від 21 липня 1998 року, Закон Словаччини „Про Словацьку лікарську комору” від 3 грудня 1991 року, Закон Румунії 74/1995 – про Asociata Medicala Romana, Закон Албанії „Про лікарське упорядкування в Республіці Албанія” від 01 червня 2000 року. Органи лікарського самоврядування успішно діють більш як у 100 країнах світу, зокрема в США – American Medical Association з 1847 року, Швейцарії — Federation des medecins suisses з 1867 року, Нор-

вегії – Den Norske Legeforeningen з 1886 року, Канаді — The Medical Council of Canada з 1912 року, Німеччині – Bundesarzteammer з 1947 року, Македонії – Македонско лекарско друштво з 1945, та 1996, Туреччині – Turk Tabipleri Birligi з 1973 року і навіть у Нігерії – Nigerian Medical Association з 1988 року.

Варто зазначити, що у дружній нам Польщі станом на 2002 рік сейм уже ухвалив 16 законів щодо регулювання діяльності різних професійних самоврядних організацій.

В Україні, яка стоїть на порозі серйозного реформування системи охорони здоров'я, законодавче введення лікарського самоврядування є питанням найближчого часу. Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ) яке існує впродовж всього часу незалежності України, ведучи свою історію з 1910 року від Українського лікарського товариства у Львові та з 1917 року від лікарського товариства УНР, готове надати свої напрацювання, науковий та організаторський досвід і виступити локомотивом впровадження лікарського самоврядування після прийняття відповідного Закону Верховною Радою України.

Виходячи із світового та європейського досвіду, головними завданнями лікарського самоврядування визначені:

- видача дозволів і нагляд за належним та сумлінним виконанням лікарської практики;
- інтеграція лікарського середовища у єдиний медичний простір;
- впровадження політики партнерства між системою охорони здоров'я, лікарями і пацієнтами;
- встановлення обов'язкових для всіх лікарів етичних і деонтологічних засад лікарської практики;
- вплив на стан здоров'я суспільства, політику охорони здоров'я держави та ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я;
- співпраця з науковими товариствами, вищими навчальними закладами в державі та за кордоном тощо.

Вищезазначені завдання лікарське самоврядування виконує через:

- надання права на здійснення лікарської практики;
- ведення реєстру лікарів;
- обговорення умов праці лікарів та її оплати;
- нагляд за належним і сумлінним виконанням лікарем його професійних обов'язків;
- напрацювання чітких критеріїв (індикаторів) якості надання медичної допомоги;
- притягнення лікарів до дисциплінарної відповідальності, аж до позбавлення права на здійснення лікарської практики;
- співпрацю у справах фахового удосконалення лікарів;
- проведення атестації і сертифікації лікарів, ліцензування видів медичної практики та участь у акредитації закладів охорони здоров'я;

– участь у проведенні конкурсів на заміщення інших керівних посад у службі охорони здоров'я;

– експертиза та обговорення нормативних документів органів влади, особливо тих, що стосуються змін у системі надання медичної допомоги та виконання лікарем його професійних функцій;

– здійснення контролю за використанням лікарських засобів і медичною рекламою;

– ухвалення принципів професійної етики та деонтології, обов'язкових для всіх лікарів, а також контроль за їх дотриманням;

– окреслення меж та контроль за дотриманням лікарської таємниці;

– співпраця з органами державної адміністрації, політичними організаціями, професійними спілками, а також з іншими громадськими організаціями у справах, що стосуються охорони здоров'я населення та умов виконання лікарем його професійних обов'язків;

– своєчасне забезпечення лікарів необхідною медичною інформацією;

– розробка національної стратегії системи інформування суспільства про події в системі охорони здоров'я;

– встановлення кваліфікації лікаря та надання права на медичну практику громадянам інших держав.

Фундаментальним і невід'ємним правом громадян у будь-якому вільному і демократичному суспільстві є їхнє право встановлювати мету і завдання системи охорони здоров'я. Міжнародним співтовариством вже давно визнано, що цей шлях обов'язково приведе до підвищення довіри суспільства до системи охорони здоров'я та медиків. Передача повноважень лікарському самоврядуванню дозволить відродити представницьку демократію в такому важливому соціальному секторі, як охорона здоров'я, що обов'язково приведе до поліпшення функціонування системи охорони здоров'я в цілому. Введення лікарського самоврядування приведе до формування в лікарському співтоваристві і в суспільстві в цілому таких цивільно-правових відносин, при яких лікар нестиме персональну юридичну і фінансову відповідальність за результати своєї діяльності перед лікарським товариством, а лікарське товариство — за результати діяльності лікаря перед пацієнтами і державою.

Як запоруку якісної реформи вітчизняної медицини та з метою адаптації українського законодавства в галузі охорони здоров'я до передових європейських та світових надбань, керуючись деклараціями Світового Лікарського Зібрання (англ. World Medical Assembly): Каліфорнійського (1986) стосовно незалежності і професійної свободи лікаря, Мадридського (1987) щодо необхідності самоврядування лікарської професії (професійної незалежності лікаря) та Сеульського (2008) про лікарське самоврядування, Всеукраїнське Лікарське Товариство спільно з Національною радою з питань охорони здоров'я та Народними депутатами України 23 грудня 2008 року втретє з'ініціювало розгляд Верховною Радою Украї-

ни законопроекту «Про лікарське самоврядування», який був зареєстрований за №3539.

На сьогодні у Верховній Раді України зареєстрований проект Закону України «Про лікарське самоврядування» за № 3539 від 23.12.2008.

У цьому Законі поняття вжито у такому значенні:

**Професійне самоврядування** – гарантоване державою право і реальна здатність певної професійної групи, членство у якій передбачено законом, здійснювати делеговані повноваження в межах, окреслених законодавством, мати власну самоврядну організацію, яка підзвітна представникам відповідної професії. Професійне самоврядування діє на засадах законності, добровільності, децентралізації та підконтрольності. Органи професійного самоврядування не входять до системи органів державної влади чи органів місцевого самоврядування.

**Лікарське самоврядування** – гарантоване державою право лікарів об'єднуватись у професійну самоврядну організацію, управляти професійною лікарською діяльністю, самостійно виконувати завдання та здійснювати повноваження, визначені законодавством України;

**Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ)** є центральним органом лікарського самоврядування. ВУЛТ – національна самоврядна організація лікарів, – діяльність якої ґрунтується на засадах професійного самоврядування і поширюється на всю територію України;

**Лікарська діяльність** – регламентована законодавством професійна діяльність лікаря з надання медичної допомоги та/або медичної послуги;

**Лікарська практика** – один із видів професійної практики у сфері охорони здоров'я, полягає в здійсненні лікарської діяльності в закладах охорони здоров'я усіх форм власності або фізичними особами – суб'єктами господарювання, яка регламентована законодавством України;

**Статус лікаря** – визначений цим Законом спеціальний статус, який набувається у результаті отримання Свідоцтва про право на здійснення лікарської діяльності та полягає у наділенні особи комплексом прав та обов'язків, передбачених законодавством про охорону здоров'я;

**Лікар** – фізична особа, яка має повну вищу медичну освіту та, відповідно до чинного законодавства та єдиних кваліфікаційних вимог, має право здійснювати професійну лікарську діяльність;

**Посвідчення члена ВУЛТ** – письмовий документ, який підтверджує членство лікаря у лікарській професійній самоврядній організації;

**Свідоцтво про право на здійснення лікарської діяльності на території України** – письмовий документ, який надає лікареві право здійснювати лікарську діяльність.

**Основні принципи лікарського самоврядування**

Лікарське самоврядування в Україні здійснюється на принципах:



- законності;
- демократизму;
- добровільності членства;
- професійності;
- децентралізації;
- гласності;
- колегіальності;
- виборності;
- правової, організаційної та матеріально-фінансової самостійності в межах повноважень, визначених цим та іншими законами;
- підзвітності та відповідальності перед членами національної самоврядної лікарської організації.

#### **Система лікарського самоврядування**

1. Це система корпоративного (колективного) регулювання професійної діяльності лікарів, що здійснюють медичну практику самостійно або у складі установи охорони здоров'я, яка визначає її повноваження, права та обов'язки для забезпечення якості медичної допомоги і компетентності відповідних фахівців, а також забезпечує лікарській громаді представницькі функції на всіх рівнях – влада і суспільство.

2. Організаційною основою лікарського самоврядування є Всеукраїнське Лікарське Товариство – національна незалежна організація професійного самоврядування, що на засадах професійної корпоративності об'єднує лікарів України.

3. Всеукраїнське Лікарське Товариство є організацією зі спеціальним статусом, визначеним цим Законом.

4. Всеукраїнське Лікарське Товариство здійснює свою діяльність на місцях через регіональні відділення – обласні організації ВУЛТ, організації міста Києва.

5. Всеукраїнське Лікарське Товариство та регіональні відділення ВУЛТ є юридичними особами, реєструються у Міністерстві юстиції України та відповідних управліннях юстиції тієї області (регіону), на території якої здійснює свою діяльність регіональне відділення ВУЛТ.

**Управління в лікарському самоврядуванні повинно базуватися на:**

- демократичності на чіткій організації;
- виборності в керівні органи товариства і їх ротаційності;
- конструктивності;
- ініціативності;
- звітності і ревізійності.

**Права лікарів у сфері професійного самоврядування**

Лікарі, після набуття відповідного статусу, у сфері лікарського самоврядування мають право:

- брати участь в управлінні у центральних та регіональних органах ВУЛТ;
- обирати та бути обраним до центральних та регіональних органів ВУЛТ;
- вносити на розгляд до ВУЛТ чи його регіональних відділень пропозиції з питань їх діяльності;

- одержувати інформацію про діяльність ВУЛТ;
- одержувати всі види допомоги, передбачені цим Законом, Статутом ВУЛТ та рішеннями з'їздів ВУЛТ;

• користуватись допомогою ВУЛТ та його регіональних відділень у захисті своїх професійних, соціальних та інших прав;

• брати участь в обговоренні будь-яких питань, що стосуються лікарської діяльності, подавати скарги, заперечення та пропозиції відповідним органам ВУЛТ та його регіональним відділенням;

• мати інші права в сфері лікарського самоврядування, передбачені цим Законом, Статутом ВУЛТ та рішеннями з'їздів ВУЛТ.

Через відомі політичні причини такий важливий для успішного реформування системи охорони здоров'я в Україні Закон «Про лікарське самоврядування» так і не був прийнятий.

А тому першим найважливішим кроком на сьогоднішньому етапі є повернення до розгляду Верховною Радою України законопроекту № 3539 «Про лікарське самоврядування». Для цього при комісії ВР України з питань охорони здоров'я створена робоча група з підготовки нового проекту закону «Про лікарське самоврядування», яка вже почала свою роботу.

У Львові в рамках обговорення цього законопроекту 16.05.2014 проведена конференція «Лікарське самоврядування в Україні – законодавчі перспективи», на якій досвідом становлення професійного самоврядування лікарів та стоматологів у Польщі поділився один з досвідчених організаторів відновлення та запровадження лікарського врядування доктор Кшиштоф Макух з Варшави. В роботі конференції також взяли участь науковці, керівники охорони здоров'я та члени Всеукраїнського Лікарського Товариства з Одеси і Українських Лікарських Товариств міст Львова, Тернополя. Доктор Кшиштоф Макух наголосив – надання частини державної влади для самоврядування громадян, які здійснюють медичні професії, тим, хто перебуває в місцевих громадах, не послаблює державу, а навпаки посилює її, а лікарське самоврядування – це відповідальність, досвід, незалежність.

Запровадження інституції лікарського самоврядування дозволить значно скоротити тіньовий обіг коштів у охороні здоров'я, позбавить пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій, різного ґатунку цілителів, забезпечить контроль за медичною рекламою, створить умови для прагнення з боку лікаря і медичної установи надавати якісну медичну допомогу, дасть практичне обґрунтування доцільності функціонування тих або інших установ охорони здоров'я, визначить потребу в лікарях різних спеціальностей, дозволить сформувати ефективну систему страхування професійної відповідальності лікарів і медичного страхування громадян, успішно вирішувати інші важливі медико-соціальні проблеми.

Система охорони здоров'я України на сьогодні є однією з найконсервативніших. Зміни в соціально-економічному житті країни ніяк не можуть дійти до медицини. Існуюча модель системи охорони здоров'я України продовжує демонструвати свою неефективність, про що свідчать показники її діяльності – насамперед низькі доступність, якість медичної допомоги, незадовільний стан здоров'я населення, низька тривалість життя, висока смертність осіб найактивнішого працездатного віку, дитяча смертність. Відзначається постійне зростання незадоволеності населення існуючою системою надання медичної допомоги.

#### Список літератури

1. Базилевич А. Лікарське самоврядування в Україні – міф чи реальність? /Базевич А. // Матеріали XIV конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ). – 2012 р. С. 15-16.
2. Божук Б.С. Роль органів лікарського самоврядування в становленні фаху лікар-психолог в Україні / Божук Б.С. // Матеріали XIV конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ). – 2012 р. – С. 27-28.
3. Пиріг Л. Коли і як закінчиться тернистий шлях / Пиріг Л. // Матеріали XII з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ). – 2013 р. – С.11-15.
4. Кулешова, С. М. Перші враження і підсумки ре-

За цих умов, основне завдання національних лікарських організацій, яке було схвалене на першій нараді медичних асоціацій європейських країн – Європейському форумі медичних асоціацій (ЕФМА) і ВООЗ – є формування в лікарському середовищі і суспільстві в цілому громадянсько-правових відносин, відповідно до яких лікар несе персональну юридичну та фінансову відповідальність за результати своєї діяльності перед національною медичною організацією, а медична організація – за результати діяльності лікаря – перед пацієнтами та державою.

формування охорони здоров'я в містах обласного підпорядкування пілотних регіонів України (м.Вінниця) / Кулешова, С. М. // Матеріали XII з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ). – 2013 р. – С. 26.

5. Радучич О. Всукраїнське лікарське товариство: історія довжиною в 100 років / О.Радучич // Здоров'я України. – № 19. — С. 74-75.

6. Лехан В.М. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми. Перспективи / В. Лехан – К.: Сфера. 2002. – 28 с.

7. Рожков Г.С. Наукові підходи до державного управління охороною здоров'я / Г.С. Рожков // Теорія та практика державного управління. – № 4. – 2010. – С. 11-19.

**В. В. Дорецький, О. Є. Січкоріз, В. М. Томків, Б. Р. Коцай, Т. С. Колач**

## **ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА – ВОЛИНСЬКИЙ ДОСВІД**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

У зв'язку з переходом вищої медичної школи на нові принципи підготовки спеціалістів, згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 27.02.1992 р. № 96 «Про зміни в організації спеціалізації (інтернатури) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів» та відповідного наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.1996 р. № 291, було передбачено проведення інтернатури у формі очного-заочного навчання 1–3 років відповідно до спеціальності.

Відповідно до пункту 15 наказу МОЗ України від 02.04.1992 р. № 53 з 1 серпня 1992 р. у м. Луцьку організовано філію факультету вдосконалення лікарів і провізорів Львівського медичного інституту для підготовки інтернів з таких спеціальностей: «Терапія», «Хірургія», «Акушерство-гінекологія», «Педіатрія», «Терапевтична стоматологія». Філія кафедри анестезіології-реанімації була організована з 01.02.1993 р.

Ідея організації філії полягала у використанні кадрового потенціалу та матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних установ м. Луцька для спеціалізації в інтернатурі з найбільш масових спеціальностей, насамперед для Волині, а також і для інших областей. При цьому вдалось розвантажити перевантажені базові кафедри інституту, а на Волині залучити до викладацької та наукової роботи насамперед найбільш кваліфікованих фахівців, перш за все з науковим ступенем.

Завдяки створенню філії статус клінічних отримали: Волинська обласна лікарня, Волинська обласна дитяча лікарня, Луцька міська стоматологічна поліклініка, Луцька міська лікарня, Луцький міський пологовий будинок.

Підготовка в інтернатурі здійснюється на підставі типових навчальних планів і програм спеціалізації (інтернатури) випускників вищих навчальних медичних закладів III–IV рівнів акредитації за 6 спеціальностями: «Акушерство-гінекологія», «Анестезіологія», «Загальна практика – сімейна медицина», «Педіатрія», «Стоматологія», «Хірургія».

Підготовка лікарів-інтернів на філіях кафедр здійснюється відповідно до сучасних вимог перебудови навчального процесу та орієнтована на кінцеву мету – професійну діяльність фахівців згідно з державними освітньо-кваліфікаційними характеристиками.

Сертифікат спеціаліста отримав, навчаючись на Волинській філії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького за час її існування 1791 лікар.

49 % лікарів, які працюють на Волині, отримали підготовку на Волинській філії ФПДО.

Волинська філія ФПДО бере участь у циклах удосконалення лікарів. Філії кафедр, що є в Луцьку, забезпечують підготовку лікарів відповідно до свого профілю. Протягом 2001–2014 років із залученням викладачів філії підготовлено понад 300 сімейних лікарів для області.

Оскільки філії кафедр ФПДО на Волині базуються в лікувально-профілактичних (в основному багатопрофільних) установах Луцька, то вони і здійснюють лікувальну роботу відповідно до свого профілю.

Викладачі філії надають висококваліфіковану медичну допомогу, їх залучають до лікування складних патологій та важких випадків, здійснюють складні лікувально-діагностичні маніпуляції. Є ініціаторами впровадження нових лікувально-діагностичних методик, втілення нових напрямків.

Викладачі кафедр працюють над науковими розробками з питань діагностики і лікування хронічної хвороби нирок, аритмій серця та серцевої недостатності, покращення ефективності лікування та якості життя хворих на туберкульоз, діагностики і лікування гіпертонічної хвороби, профілактики серцевої патології на муніципальному рівні, оптимізації хірургічних втручань в абдомінальній хірургії.

Міжнародні програми, що діяли чи діють в області, і до яких були залучені співробітники філії, також в кінцевому підсумку орієнтовані на допомогу сімейній медицині:

Філія кафедри сімейної медицини була залучена до виконання спільного проекту «Луцьк-кард» з зарубіжними партнерами (Швеція, Польща).

Філія кафедри педіатрії брала участь в реалізації наступних міжнародних програм:

– Українсько-Американська програма запобігання вродженим вадам розвитку (До слова, ця програма в частині фінансування USAID завершена, проте продовжується фінансування за рахунок інших джерел).

– Українсько-Швейцарська програма «Покращання перинатальних послуг в Україні».

– Українсько-Американська програма «Здоров'я матері і дитини».

Крім того, в 2002 році завершена робота Українсько-Американської програми скринінгу раку щитоподібної залози у дітей з контрольованих районів Волинської області.

У співпраці із вченими Польщі та Швеції запроваджені міжнародні програми з лікування артеріальної гіпертензії та вторинної профілактики інсульту та інфаркту міокарда.

Крім суто навчальної роботи, на філії проводиться і виховна робота.

Регулярно проводяться конференції з питань медичної етики та деонтології. На філії одними з перших почали обговорювати етичний кодекс українського лікаря. Також регулярно розглядаються системи охорони здоров'я в різних країнах світу. Починаючи з 2003 р. практикуються поїздки по історичних та визначних місцях Західної України. Всього здійснено 16 поїздок.

Наведені дані вказують на те, що підготовка лікарів-інтернів на Волинській філії відповідає вимогам освітньо-кваліфікаційних характеристик.

Опосередковано про достатню якість свідчать ті факти, що у керівників практичної охорони здоров'я та управління обласної державної адміністрації охорони здоров'я Волині за останні роки не було зауважень до підготовки інтернів, а всі обласні спеціалісти є членами атестаційної комісії при проведенні заключної атестації при завершенні інтернатури.

Навчальний процес забезпечений методичною літературою, заплановано та виконується ряд кандидатських дисертацій.

Набутий за 20 років існування філії досвід дозволяє зробити деякі висновки, а саме:

1. Необхідність посиленої організаційно-методичної допомоги з боку центру в період формування та перші роки існування філії, забезпечення міцних зв'язків між центром та периферією. Існування філії ФПДО видається перспективним при переході до підготовки в резидентурі в ролі організаційно-методичної, виконавчої та контролюючої структури.

2. На наш погляд, поєднання навчання інтернів на базах стажування і на «очних» циклах ФПДО - найбільш вдала форма організації навчання під час первинної спеціалізації і повинна бути збережена при переході до спеціалізації в інших формах. Оскільки саме така форма навчання поєднує набуття практичних навиків та поповнення теоретичних знань.

3. Технічний прогрес медицини в діагностичному процесі важко переоцінити, але й недооцінювати значення класичних клінічних методів обстеження при первинному огляді хворого, таких, як перкусія, пальпація, аускультация неможливо. Необхідно пам'ятати, що більшість патологічних станів і захворювань були детально описані клініцистами в минулому без інструментального обстеження. Сам процес вибору найбільш раціонального методу обстеження постійно ускладнюється та потребує певного алгоритму діагностичних призначень. Значна кількість діагностичних помилок виникає від пере-

оцінки і (або) абсолютизації даних інструментального або лабораторного досліджень, невміння зіставити їх з клінічними ознаками. При всіх досягненнях нових інструментальних та лабораторних методів вони не можуть замінити більш прості, доступні методи оцінки стану хворого та виявлення симптомів захворювання. Вияснення скарг хворого, вивчення анамнезу захворювання, результатів огляду і фізикального обстеження складають фундамент діагностики. Особливого значення набуває огляд хворого при невідкладних станах, коли від правильного діагнозу і своєчасно призначеного лікування залежить життя хворого. Недооцінка або ігнорування практичних методів обстеження робить діагностичний процес непослідовним, хаотичним, матеріально витратним. В результаті часто виникають помилкові діагнози, неефективним буває лікування.

Наведені аргументи свідчать про необхідність акцентування в період первинної спеціалізації (інтернатури) на здобуття практичних навиків в клінічному обстеженні хворого. Для цього необхідно збільшити тривалість самостійної роботи лікарів-інтернів, в тому числі кількість чергувань.

4. Останнє десятиліття в українській медицині поряд з іншими процесами було позначене також тим, що деонтологія була мимоволі витіснена на другий план. Корені цього явища слід шукати насамперед в економічній кризі, яку переживаємо.

Разом з тим моральність у міжлюдських стосунках, що завжди присутні в роботі лікаря, є визначальною засадою збереження і прогресу суспільства взагалі та демократичного зокрема, а також основою біологічного, соціокультурного та духовного розвитку людини.

В цьому сенсі надзвичайно важливим є усвідомлення та уміння реалізувати лікарем засадничі принципи людської етики та деонтології, такі, як творити благо, бути компетентним, професійно незалежним, сумлінним, чесним і порядним, поважати автономність та компетентність пацієнта, ставити його інтереси вище своїх особистих і т. і.

Шлях до цього відкриває «Етичний кодекс українського лікаря». Цей кодекс, на нашу думку, повинен ретельно опрацьовуватись під час навчання в інтернатурі (резидентурі) і при її завершенні кожний, хто приступає до самостійної практичної діяльності, повинен ствердити (можливо і письмово) свою згоду керуватись його принципами.



## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В НАПРЯМКУ ПЕРВИННОЇ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ (ІНТЕРНАТУРИ)

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Згідно з діючим «Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівня акредитації», затвердженого наказом від 19.09.1996 р. № 291 МОЗ України, первинна лікарська (провізорська) спеціалізація – інтернатура є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівня акредитації незалежно від підпорядкування та форми власності. Після закінчення навчання в інтернатурі лікарям надається кваліфікація лікаря (провізора) – спеціаліста певного фаху. На даний час в інтернатурі проводиться підготовка з 34 спеціальностей, перелік яких затверджений МОЗ України.

Головні навчальні цілі інтернатури: поліпшення практичної підготовки випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти; підвищення їх професійного рівня та підготовка до самостійної професійної діяльності за основними медичними спеціальностями. Під час навчання в інтернатурі випускник вищого медичного навчального закладу перетворюється на фахівця, здатного самостійно та відповідально вирішувати лікувально-діагностичні завдання. Головна мета виховної роботи в інтернатурі – це формування у молодих лікарів, поряд з підготовкою фахівця європейського рівня, морально-етичних якостей, які забезпечать виконання професійних обов'язків на найвищому рівні, згідно вимог сучасної медицини та біоетики. Для удосконалення гуманітарної освіти і виховної роботи в інтернатурі необхідно створити оновлену «Концепцію гуманітарної освіти і виховної роботи» відповідно до вимог державних і відомчих законодавчих і нормативних документів, в яких чітко окреслені теоретико-методологічні принципи, структура, організаційно-практичне забезпечення та оцінка діяльності викладацького складу.

Діяльність вищих медичних навчальних закладів з післядипломної освіти протягом останніх років спрямовувалася на забезпечення плану прийому до інтернатури, побудову навчального процесу згідно з навчальними програмами та освітньо-кваліфікаційними характеристиками відповідно до вимог кредитно-модульної системи, розробку нових програм інтернатури згідно вимог МОЗ України, щорічних планів прийому до інтернатури, (і) забезпечення необхідних для цього кадрових ресурсів для процесу навчання. Одночасно навчальні заклади по-

стійно працюють над поповненням національного та університетського банків тестових завдань, підготовку до складання і проведення інтегрованого ліцензійного іспиту «Крок-3», який дозволяє визначити рівень знань та вміння лікаря правильно вирішити типові або складні клінічні задачі.

Основним завданням інтернатури є поглиблення теоретичних знань, здобуття практичних навичок та розвиток вмінь професійного рівня з метою підготовки лікарів-інтернів до самостійної роботи в сучасній медичній практиці на рівні світових стандартів. Реформування системи післядипломної медичної освіти вимагає впровадження в навчальний процес положень доказової медицини; системи стандартизації у галузі охорони здоров'я; морально-етичних і правових основ взаємин лікар – пацієнт; гуманізації лікарської діяльності.

Вимоги до сучасного лікаря: високий професіоналізм; високі особисті морально-етичні якості; гуманізм; національна самосвідомість; патріотизм і активна суспільна позиція; здоровий спосіб життя і вміння його пропагувати та відстоювати серед оточуючих; широка лікарська та загальноосвітня ерудиція. Адже сучасний лікар – це людина широкого світогляду, що знаходиться в курсі найважливіших подій не лише в своїй галузі, але й цікавиться філософією та політикою, художньою літературою і мистецтвом, іноземними мовами та спортом. Професійне та етичне становлення молодого лікаря в інтернатурі на сьогодні відбувається за досить складних умов. Тому завдання наставника полягає в тому, щоб допомогти інтернам максимально безболісно і ефективно подолати всі перешкоди та лабіринти на цьому шляху та постійно рухатися вперед.

Професорсько-викладацькому складу слід активізувати роботу по розробці вітчизняних і впровадженню міжнародних стандартів діагностики та лікування при найпоширеніших захворюваннях, створення підручників і навчальних посібників для післядипломної освіти. Для запровадження європейських стандартів у підготовку медичних кадрів та інтеграції вітчизняної вищої медичної школи до європейського освітнього простору пріоритетними напрямками роботи на післядипломному етапі навчання будуть: адаптація чинних нормативних актів післядипломної медичної підготовки фахівців до сучасних європейських стандартів відповідно до вимог Болонської декларації з урахуванням надбань національної медичної освіти та потреб практичної

охорони здоров'я. Основним принципом післядипломної медичної освіти є безперервність і ступеневість (що забезпечить підготовку висококваліфікованих лікарів широкого профілю і подальше поглиблення знань в певному напрямку медицини). Для забезпечення об'єктивного контролю рівня якості підготовки фахівців використовуються практично-орієнтовні іспити та постійно удосконалюється ліцензійні інтегровані іспити «Крок-3» відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційних характеристик; створюється необхідне матеріально-технічне та інформаційне забезпечення навчального процесу на післядипломному етапі (комп'ютерні та тренажерні класи, інтернет, веб-сторінки тощо). На сьогоднішньому етапі вкрай необхідне формування університетських клінік та проведення їх сертифікації відповідно до чинних вимог. Для вирішення саме цього питання і слід організувати університетські клініки

(консультативно-лікувальні центри) та поліклініки, які мають вирізнятися рівнем медичного обслуговування, кадровим складом, формами співпраці з пацієнтами, тобто готовність пацієнта виконувати рекомендації лікаря (комплаєнс), дизайном та матеріально-технічним забезпеченням. Такі клінічні бази дозволять впровадити різноманітні форми навчання, максимально наблизити їх до умов практичної роботи сучасного лікаря, поліпшити кадровий склад та матеріально-технічне забезпечення клінічних кафедр і підвищити ефективність використання медичного обладнання. Адже пріоритетним для нас є питання покращання процесу підготовки майбутніх лікарів і наступного підвищення їх кваліфікації, інтенсифікація процесу навчання та впровадження у нього сучасних методик інформації, ознайомлення інтернів з новітньою технологією діагностики захворювань та лікування.

О. М. Заліська, Б. Л. Парновський, М. В. Слабий, О. Є. Січкоріз, А. І. Бойко

## КОНЦЕПЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ ШЛЯХОМ ІНТЕГРАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ І НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ (ДОСВІД КАФЕДРИ ОРГАНІЗАЦІЇ І ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ ФАКУЛЬТЕТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ)

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

**Вступ.** Відповідно до прийнятого Закону України від 01.07.2014 року № 1556-VII ст. 47, «післядипломна освіта – це спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки шляхом поглиблення, розширення та оновлення її знань, умінь і навичок на основі здобутої раніше вищої освіти (спеціальності) та практичного досвіду». Навчальний процес у системі післядипломної освіти передбачає системне використання результатів наукових докторських та кандидатських досліджень працівників кафедри, а також профільних вищих національних та закордонних наукових шкіл.

**Основна частина.** Кафедра організації і економіки фармації та технології ліків ФПДО (перша назва «удосконалення провізорів») створена у 1979 році в ЛНМУ імені Данила Галицького. Протягом 35 років діяльності кафедра проводить передатестаційні цикли (ПАЦ), цикли стажування, спеціалізації, інтернатури для провізорів Волинської, Закарпатської, Івано-Франківської, Львівської, Рівненської, Тернопільської, Хмельницької, Чернівецької областей.

У зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я України, впровадженням підходів до реімбурсації витрат на ліки, використання провізорами інформаційно-комунікаційних технологій для пошуку інформації у базі даних є професійною потребою, що вимагає відповідного навчання. Кафедра отримала значний досвід на основі інтеграції, що направлена на розвиток дидактики класичних та нових фармацевтичних дисциплін, викладання яких у вищій фармацевтичній школі України було започатковано на кафедрі організації і економіки фармації та технології ліків ФПДО.

Це такі навчальні дисципліни: «Фармацевтична інформатика» (вперше в Україні з ініціативи кафедри введена до робочої програми ПАЦ «Провізор-організатор», «Провізор») та «Фармакоеконіміка» (вперше в Україні з ініціативи кафедри введена до робочої програми ПАЦ «Провізор-організатор», «Провізор» з 1999 року, до типової програми ПАЦ «Організація і управління фармацією», «Загальна фармація» з 2003 року). Підготовлені навчальні посібники «Фармацевтична інформатика» (2008), «Фармакоеконіміка» (2002, 2007), «Фармакоеконіміка і раціональне використання ліків» (2014) з грифом МОН України.

З 2013 року на кафедрі проводиться цикл спеціалізації зі спеціальності «Організація і управління

фармацією» для молодих керівників аптечних закладів за спеціально підготовленою робочою програмою (автори – проф. Б. Л. Парновський, доц. Г. Ю. Яцкова, декан доц. О. Є. Січкоріз, 2012). На кафедрі з 2013 року проводиться тематичне удосконалення (ТУ) «Інформатизація рецептурного обігу в Україні» для керівників аптечних закладів (автор – доц. А. І. Бойко). Навчальний план тематичного удосконалення включає розгляд питань комп'ютеризації та інформатизації роботи провізора, можливості запровадження електронних рецептів. У 2013 році проведено ТУ щодо обігу антигіпертензивних препаратів, у 2014 – ТУ для підготовки до запровадження державного регулювання цін для лікування цукрового діабету. На семінарських заняттях в плані обміну досвідом вивчаються питання Пілотного проєкту щодо відшкодування вартості ліків, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 року № 340.

В основу тематики ПАЦ, ТУ покладені результати наукових досліджень кафедри організації і економіки фармації та технології ліків у напрямі реформування фармацевтичної складової України в єдності з медичною допомогою. Відповідно до Указу Президента «Про стан виконання рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29.03.2013 року «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами», передбачено обов'язкове визначення терапевтичної ефективності, наявності більш високих фармакоеконімічних характеристик препаратів, тому актуальним є набуття знань з доказової медицини і фармації, фармакоеконімічного аналізу лікарських засобів та оволодіння слухачами навичками оцінки препаратів за показником «витрати-ефективність». Закономірно, що в навчальному процесі значна увага приділяється фармакоеконімічній складовій фармацевтичної допомоги, були видані навчальні посібники, підручник з фармакоеконіміки (О. М. Заліська, 2000, 2002, 2007, 2014). Використовуються елементи інформаційно-комунікаційних технологій для дистанційної освіти з фармакоеконімічного аналізу на базі сайту [www.uspor.org](http://www.uspor.org), який інформує про напрями діяльності Українського відділу Міжнародного товариства фармакоеконімічних досліджень – USPOR, що діє при кафедрі.

Ми накопичили значний досвід навчання з фармакоеконіміки за 2000–2014 роки, лекції і семінари було

проведено для більш ніж 10 000 слухачів циклів та провізорів-інтернів у 8 областях Західного регіону з використанням інформаційно-комунікаційних технологій.

При вивченні тем з фармакоелекономіки провізори ознайомлюються із системою оцінки медичних технологій, коли інтегруються дані фармакоелекономічного аналізу, етичних, соціальних аспектів медичних технологій. Для поглиблення знань провізорів-інтернів, слухачів курсів та оволодіння навичками фармакоелекономічної оцінки різних груп лікарських засобів видані методичні рекомендації «Фармакоелекономіка та оцінка медичних технологій» (Заліська О. М. і співавт., 2012). Також використовуються 6 дистанційних навчальних модулів з фармакоелекономіки, які доступні на сайті <http://www.ispor.org/DLP/Index.aspx?DLPLang=Ukrainian> українською мовою.

В Європі та США екстемпоральне виготовлення лікарських засобів уже тривалий час позиціонують як препарати для потреб конкретного споживача (personal drug – персональні ліки). За індивідуальними прописами готують ліки: всі аптеки (Австрія, Великабританія, Ірландія, Люксембург, Нідерланди, Німеччина, Фінляндія, Франція); більшість аптек (Італія, Норвегія, Польща) та мало аптек (Греція, Данія, Швеція, Україна).

На даний час вивчення провізорами фармацевтичної технології на післядипломному етапі повинно бути спрямоване на оволодіння вміннями і навичками виготовлення рецептурних прописів, які на сьогодні виготовляються в діючих аптеках з екстемпоральними відділами. Проблематика виробничої функції аптек обговорюється на конференціях із практичними провізорами.

Розвиваючи концепцію «персональних лікарських засобів», можна ефективно впливати на фармакокінетичні та фармакодинамічні аспекти використання препаратів, зокрема, суттєво покращуючи точність дозування. Особливо актуально це при лікуванні вагітних та годуючих матерів, людей похилого віку, дітей, а також при хронічних захворюваннях у кардіології, неврології, гастроентерології, ендокринології, офтальмології, коли хворий повинен тривалий час приймати ліки і потребує коригування дози.

Розробляються правові основи національної системи лікарського забезпечення, проблематика відпуску контрольованих препаратів (О. Б. Блавацька, 2002, 2013) з урахуванням вимог Європейсько-

го Союзу. Для слухачів актуальними є загальні принципи правознавства в Україні та практичні аспекти їх застосування у фармацевтичній діяльності, що викладаються у лекційному курсі, а також на семінарських заняттях.

З кінця 90-х років кафедра опрацьовує питання правового, організаційного, інформаційного забезпечення фармацевтичної опіки в Україні. На засадах фармацевтичної опіки обґрунтована та опублікована концепція «сімейної фармації» в Україні (Б. Л. Парновський, Г. Ю. Яцкова). Оскільки в умовах конкурентного середовища фармацевтична опіка є інструментом, який забезпечує раціональне використання лікарських засобів, відповідні питання розглядаються в лекційному курсі, а також на практичних і семінарських заняттях. Провідними напрямками спеціалізації є допомога вагітним і дітям, геріатричним хворим. Запропоновано створення нового виду аптек для обслуговування хворих на епілепсію з організацією відповідного екстемпорального виробництва ліків (Я. О. Гриньків, Б. Л. Парновський).

Впроваджено ряд рекомендацій для оптимізації роботи дитячих аптек (Ю. В. Качерай), з раціонального планування родини, з акцентом на фармацевтичну опіку при відпуску гормональних препаратів (О. М. Заліська, А. І. Бойко), геріатричним хворим (К. І. Сметаніна), обґрунтування здорового способу життя (О. Б. Блавацька). З тематики належних практик у фармації викладаються питання належної практики виробництва, зберігання, дистрибуції та логістичних підходів у діяльності аптек (К. І. Сметаніна, І. Ю. Ревяцький).

Значна увага приділяється інформаційному забезпеченню фармацевтичної опіки, набуттю слухачами знань і навичок при відпуску фітотерапевтичних препаратів. Розглядаються питання застосування сучасних рослинних препаратів, у т.ч. на основі екстрактів з чорниці (О. З. Барчук).

Таким чином, післядипломна освіта провізорів вимагає системного впровадження наукових досліджень у навчальний процес та інтегрування з напрямками реформування європейської і національної охорони здоров'я і належної аптечної практики. Враховуючи сучасні європейські тенденції, післядипломна підготовка повинна бути спрямована на неперервний саморозвиток провізора як професіонала, який постійно підвищує свою кваліфікацію.

#### Список літератури

1. Парновський Б. Л. Исследования в области теории и практики фармацевтической информации: Автореф. дисс. ... доктора фарм. наук. - Москва, 1978. - 22 с.
2. Заліська О. М. Теоретичні основи та практичне використання фармакоелекономіки в Україні: Автореф. дис. ... доктора фарм. наук. - Львів, 2004. - 33 с.
3. Слабий М. В. Аналіз стану та шляхи оптимізації системи фармацевтичних кадрів в Україні: Автореф. дис. ... доктора фарм. наук. - Львів, 2010. - 46 с.

4. Пиняжко Р. М., Парновський Б. Л. Вопросы фармацевтической информации. - Москва, Медицина. - 1979. - 152 с.
5. Заліська О. М. Основи фармакоелекономіки / За ред. Б.Л. Парновського. - Львів, Афіша, 2002. - 360 с.
6. Правові, медичні основи створення, реалізації лікарських засобів в Україні / за ред. Б. Л. Парновського, Т. Г. Калинюка / О. Б. Блавацька, Л. Є. Зарума, Т. Г. Калинюк, Б. Л. Парновський, О. Р. Пиняжко, Г. Ю. Яцкова. - Львів, 2002. - 360 с.



7. Блавацька О. Б. Правові основи фармації / Під ред. Б. Л. Парновського. – Львів: ВНТЛ- Класика, 2004. – 656 с.
8. Заліська О. М. Фармакоєкономіка / За ред. Б.Л.Парновського. – Львів, Афіша, 2007. – 400 с.
9. Заліська О. М. Фармакоєкономіка: Підручник / За ред. Б. Л. Парновського. – Львів, Афіша, 2007. – 376 с.
10. Фармацевтична профілактика та її кадрове забезпечення / Г. Ю. Яцкова, М. В. Слабий, Г. В. Крамаренко, Б. Л. Парновський. – Львів, Кварт, 2007. – 198 с.
11. Фармацевтична інформатика / Б. Л. Парновський, М. В. Слабий, О.М. Заліська, А. І. Бойко, О. Б. Блавацька, Г. В. Крамаренко, Г.Ю.Яцкова, А. А. Лендяк, О. В. Парамош, К. І. Пушак, Ю. В. Майнич, І.Г. Мудрак, М. Я. Підгірна. – Львів, Кварт, 2008. – 446 с.
12. Заліська О. М. Використання методів фармако-економічної оцінки лікарських засобів в Україні: Методичні рекомендації / МОЗ України, Укрмедпатентінформ. – Львів, 2002. – 24 с.
13. Методичні рекомендації з безперервної професійної освіти з фармакоєкономіки для провізорів зі спеціальностей «Організація та управління фармацією», «Загальна фармація» між передатестаційними циклами / О. М. Заліська, М. В. Слабий, Б. Л. Парновський, І. Г. Мудрак. – Львів, 2009. – 18 с.
14. Концепція інтеграції навчального процесу і наукових досліджень кафедри організації і економіки фармації та технології ліків ФПДО / О.М.Заліська, Б. Л. Парновський, М.В. Слабий, О. Є. Січкоріз, Г. Ю. Яцкова, О. Б. Блавацька, А. І. Бойко, Ю. В. Качерай, К. І. Сметаніна, С. О. Климишина, О. З. Барчук, І. Ю. Ревяцький, Р. І. Гавалко, Я. О. Гриньків, Н. М. Максимович: Методичні рекомендації для слухачів передатестаційних циклів, циклів індивідуального стажування, спеціалізації зі спеціальностей «Організація і управління фармацією», «Загальна фармація». – Львів, ЛНМУ ім.Данила Галицького, 2014. – 70 с.
15. Zaliska O.N. The first steps of Pharmacoeconomics in Ukraine // ISPOR Fourth Annual European Congress.- Program.- Cannes, 2001.- France.- P.21.
16. Zaliska O., Parnovsky B. The use of pharmacoeconomics for creation of State Formulary in Ukraine // Value in Health.-Vol. 8, № 6. Abstracts ISPOR 8<sup>th</sup> Annual European Congress. Florencia, Italy. - 2005.- P.191.
17. Zaliska O., Slaby M., Tolubaiev V., Revyatsky I. Development of education on pharmacoeconomics in Ukraine // Journal of Health Policy & Outcomes Reseach.- 2013.- №1.- P.8-12.
18. Zalis'ka O., Maksymovych N., Zalis'ky O. Analysis of Adverse reactions of Medicine in Ukraine // Value in Health.- 2103.-Vol. 16, Issue 7. Dublin, Ireland - A.464.

Підп. до друку 04.09.2014. Формат 60x84/8.  
Папір офсет. №1. Гарн. "Arial Cyr". Друк офсет.  
Ум. друк. арк. 29,3. Обл.-вид. арк. 27,5.  
Тираж 300 пр. Зам. № 182

Видавець і виготівник  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний  
університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів  
видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005