

УДК 37.018.46:61(477)

DOI <http://dx.doi.org/10.11603/me.v0i3.4961>

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В АВСТРІЇ ТА ЇЇ ПОРІВНЯННЯ З УКРАЇНОЮ

І. Я. Господарський, Н. В. Харченко, А. Р. Вайда

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

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

POST-GRADUATE EDUCATION IN AUSTRIA AND ITS COMPARATION WITH UKRAINE

I. Ya. Hospodarskyi, N. V. Kharchenko, A. R. Vayda

*SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine”,
National Medical Academy of Postgraduate Education by P. L. Shupyk*

У статті розглянуті особливості післядипломної медичної освіти в Австрії, її переваги і недоліки у порівнянні з післядипломною освітою в Україні. Також обґрунтовано можливість використання певних елементів австрійської моделі в нашій країні.

The article presents the peculiarities of postgraduate medical education in Austria, its advantages and disadvantages compared to postgraduate education in Ukraine. Also there is substantiated the use of certain elements of the Austrian model in our country.

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

Серед перших багатосторонніх пактів на міжнародному рівні стали 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 і підписання наступних багатосторонніх угод про взаємне визнання професійної кваліфікації, і створення наступних законодавчих актів у Європейському Союзі [1].

Тим не менш, у 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 щодо 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 очікувалося, і мало вплинули на заповнення вакантних місць у проблемних регіонах країн Європи [1, 2].

Проте вони 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, по суті, завершився у 90-х роках минулого століття. Принциповим моментом усіх уніфікаційних процесів стало збереження тих національних навчальних традицій у кожній країні,

© І. Я. Господарський, Н. В. Харченко, А. Р. Вайда

які історично склалися протягом попередніх десятиліть і довели свою педагогічну, професійну і економічну доцільність.

Результатом цього стала можливість практично вільного обміну медичними кадрами з метою не тільки 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 основі відповідності мінімальної кількості годин теоретичної та практичної підготовки (Директива 75/362/ЕЕС), в який 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 заснована медицина і достатнє розуміння наукових методів, включаючи методи вимірювання біологічних функцій, оцінки науково встановлених фактів та аналіз даних;

- достатнє розуміння структури і функцій органів і 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” [1].

Основна частина. Досвід Австрії є важливим і цінним, з урахуванням того, що після вступу її до складу Євросоюзу в країні довелося адаптувати до європейських і реформувати чимало аспектів післядипломної підготовки лікарів. Але водночас Австрія залишила незмінними чимало національних особливостей їх навчання, які збереглися ще з післявоєнних часів, але довели своє право на життя, професійну доцільність чи економічну ефективність.

Деякі з них, як-от існування незалежного виборного органу – Австрійської лікарської палати – закріплене в Конституції Республіки. Австрійська лікарська палата підзвітна Міністерству охорони здоров'я, хоча формально йому не

підпорядковується. Лікарська палата відповідає за сертифікацію лікарських амбулаторій як навчальних баз, дає дозвіл лікарям на право навчати інтернів, контролює навчальний процес лікарів-інтернів і організовує екзамен на отримання усіх видів сертифікатів про закінчення післядипломної освіти. Серед інших завдань палати – ліцензування лікарень, амбулаторій і приватно практикуючих спеціалістів, збір професійних і пенсійних внесків з працюючих лікарів, виплата професійних пенсій (додатково до виплат з державних чи приватних пенсійних фондів) тощо [3].

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

Загальна організація медичної освіти в Австрії принципово відрізняється 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 атестата 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 обсяг випуску все ще перевищує потребу в лікарях.

По-друге, на відміну від Сполучених Штатів, в Австрії не бракує фахівців широкого профілю (лікарів загальної практики), з урахуванням того, що австрійське медичне законодавство вимагає від випускників медичних університету 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 сертифіката лікаря-спеціаліста досить небагато. А тому тільки відносно невелика частина бажаючих може розраховувати на ці місця. Решта мусять 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 бажаючих 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 [4].

На жаль, на сьогодні Австрія не має відповідної системи регулювання для забезпечення усім випускникам реального шансу на спеціалізацію. За влучним висловом європейських аналітиків з 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 %) [5]. Змінити вже існуючу спеціальність доволі тяжко – для цього треба “з нуля” проходити 6 років нової спеціалізації, навіть якщо нова спеціальність суміжна зі старою. Добитися перезарахування частини акаде-

мічних годин під час нової спеціалізації теоретично можливо, але на практиці – доволі складно.

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

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

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 [6, 7].

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 по предметах спеціалізації (з урахуванням 45 напрямків медичної спеціалізації в Австрії).

Висновки: 1. Позитивні моменти післядипломної освіти в Австрії:

- усі без винятку лікарі проходять етап підготовки лікаря загальної практики, а тому в Австрії немає нестачі у цих спеціалістах;

- значна тривалість підготовки вузьких спеціалістів зумовлює їх високий професіоналізм;
- весь процес післядипломної освіти контролюється незалежним виборчим органом – австрійською лікарською палатою.

2. Негативні моменти післядипломної освіти в Австрії:

- пересічний лікар стає вузьким спеціалістом (ендокринологом, нейрохірургом тощо) у віці понад 40 років;
- значний конкурс на спеціалізацію зумовлює те, що частина лікарів подає документи на будь-яку вільну вакансію для спеціалізації, без урахування майбутнього фаху.

Список літератури

1. Rowe Alan. Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region / Rowe Alan, García-Barbero Mila. – Publications of WHO Regional Office for Europe EUR /05/5051794c.
2. Basak Okay. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: An overview / Basak Okay, Yaphe John, Spiegel Wolfgang // European Journal of General Practice. – 2009. – Vol. 15. – P. 4–10.
3. Austrian Medical Training Regulations. Federal Law 152, issued by the Federal Ministry of Health.
4. Akademie der Ärzte. Spezialdiplome. <http://www.arztakademie.at/>
5. Spiegel Wolfgang. Allocation of Training Posts to Applicants for Postgraduate Medical Education in Austria: Survey and Analysis / Spiegel Wolfgang, Haoula Diana // ACADEMIC MEDICINE. – Vol. 79, N 7.– P. 703–710.
6. Наказ МОЗ України від 12.09.2008 р. № 522/51 “Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні” [Електронний ресурс]. – <http://zakon.nau.ua/doc>
7. Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 року [Електронний ресурс]. – http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_201012227_p.html

Отримано 18.06.15