

Оптимізація підготовки кадрів для первинної медико-санітарної допомоги з урахуванням міжнародного досвіду

Л.С. Бабінець, І.О. Боровик, С.С. Рябоконт, Н.Є. Боцюк, О.О. Воронцов,
О.І. Криський, Н.О. Марченкова

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

У статті наведено аналітичний огляд викладання загальної практики–сімейної медицини в різних країнах світу. Розкрито основні принципи викладання предмету на кафедрі первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики–сімейної медицини Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського. На основі цього сформульовано пропозиції щодо можливої оптимізації викладання предмету загальної практики – сімейної медицини в Україні.

Ключові слова: сімейний лікар, первинна медико-санітарна допомога, медична освіта, міжнародний досвід.

Розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини (СМ) є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розподілу і раціонального використання ними коштів [7]. Орієнтованість СМ на пацієнта, де він розглядається як активна дійова особа в процесі прийняття рішень, робить СМ безперечно привабливою і для населення. Первинна ланка медичної допомоги – основний інструмент для вирішення завдання досягнення «здоров'я для всіх», фундамент всієї системи медичного обслуговування. Центральною фігурою первинної ланки є лікар загальної практики–сімейної медицини (ЗПСМ) [1, 6].

Згідно з останніми дослідженнями ВООЗ [9], більше 2/3 усіх лікарів ЗПСМ у країнах Західної Європи пройшли професійну підготовку. Найбільш високу частку лікарів, які пройшли спеціальну підготовку, відзначають у Данії (99%), Швеції (96%), Чехії (90%), Швейцарії (86%), Голландії (82%), Великій Британії (71%). Професійна підготовка лікаря загальної практики (ЗП) у країнах Східної Європи знаходиться ще на стадії розвитку, і результати програми підготовки будуть помітні через багато років. Так, профпідготовкою охоплені в Литві – 16%, в Естонії – 12%, у Польщі – 19%, у Франції – 16%, в Італії – 11%, у Болгарії – 15% лікарів. У той же час у низці країн (наприклад у Бельгії та Німеччині) відзначають надлишкову кількість професійно підготовлених лікарів ЗП [2].

Про актуальність зазначеної проблеми в нашій країні свідчать парламентські слухання, що відбулись 5 червня 2013 року: «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України» [4]. Міністр охорони здоров'я України Р.В. Богатирьова доповіла, що процес реформування підтвердив той факт, що первинна ланка не запрацює без сімейних лікарів. Саме перехід до СМ дозволить зробити нашу систему більш гнучкою, конкурентною і наближеною до потреб пацієнтів. Для реформування первинної ланки пілотним регіонам необхідно близько 8,5 тис. сімейних лікарів. Забезпеченість сімейними лікарями становить 20%. У 2013 р. заплановано у півтора рази

збільшити обсяги державного замовлення на підготовку лікарів ЗП – до 7,7 тис. осіб та перепідготувати 3 тис. сімейних лікарів.

Мета дослідження: провести аналітичний огляд викладання ЗПСМ у різних країнах світу; розкрити основні принципи викладання предмету на кафедрі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та ЗПСМ Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського і на основі цього сформулювати пропозиції щодо можливої оптимізації викладання предмету загальної практики–сімейної медицини в Україні.

Всесвітньою організацією національних коледжів, академій та академічних асоціацій загальної практики–сімейних лікарів (WONCA) у 1991 р. був прийнятий документ, в якому були визначені вимоги, що пред'являються до лікаря ЗП. У цьому документі підкреслювався комплексний характер медичної допомоги, що надається лікарями ЗП, який включає не тільки лікувальну допомогу, а й реабілітацію, профілактику і зміцнення здоров'я [5]. Ця допомога повинна бути легкодоступною та надаватися без зволікань.

Прийнято розрізняти чотири фази еволюції ЗП як дисципліни:

- 1) визнання того, що лікарі ЗП володіють окремою областю знань та їм необхідна академічна структура для її розвитку;
- 2) формування такої академічної структури;
- 3) створення спеціальної літератури, де наведені результати використання цієї дисципліни на практиці;
- 4) визнання академічної структури ЗПСМ як дисципліни.

Чотири стадії (фази) відстежуються в досвіді розвитку ЗП у Великій Британії та Нідерландах. Королівський коледж лікарів ЗП був заснований у 1952 р., але його діяльності перешкоджали професійні організації спеціалістів. Вирішальним моментом у розвитку Голландського коледжу була Ваудсотенська конференція, на якій було вироблено базовий опис роботи голландського лікаря ЗП, який згодом став одним з основних положень Левенхорстської групи. Обидва коледжі створили свої наукові журнали.

Перша кафедра ЗП була заснована в Единбурзі у 1963 р., друга – в Утрехті у 1965 р. Це стало академічним визнанням ЗП. Публікації наукових статей і книг, підвищена академічна діяльність, а також велике число лікарів, які отримали більш високі ступені, зміцнили статус лікаря ЗП у цих двох країнах. У Великій Британії та в Нідерландах існують програми післядипломної підготовки із ЗП, відповідні програми безперервної підготовки. Діють асоціації, які захищають інтереси лікарів ЗПСМ.

У Франції лікар ЗП несе відповідальність за довготривалий медичний патронаж. Його завданням є профілакти-

ка, просвіта, лікування захворювань і травм, які не потребують допомоги спеціалістів, і скерування до фахівця у разі необхідності. Вони слідкують за перебігом важких захворювань з дня у день (у період між гострими кризами, лікування яких вимагає спеціалізованої допомоги). Лікарі ЗП слідкують за епідеміологічним станом території, володіють юридичними правами (констатація травм, видача свідоцтв про смерть, довідок для госпіталізації без згоди у разі психічної недієздатності), надають невідкладну медичну допомогу.

Навчання лікарів ЗП триває шість років в університеті (загальних для всіх медичних спеціальностей) і три роки в якості інтерна. Перший рік навчання в університеті є спільним для стоматологів та акушерів. Рейтингова оцінка після складання екзамену дає можливість обирати подальший напрямок навчання. Наступні два роки присвячені фундаментальним теоретичним наукам: анатомії, фізіології людини, біохімії, мікробіології, статистиці. Протягом наступних трьох років студенти вивчають основи клінічної медицини, вони закінчуються класифікаційними екзаменами, результат складання яких визначає, за якою спеціальністю (ЗП є однією з них) студент може проходити інтернатуру. Інтернатура триває три роки під керівництвом лікаря.

У Німеччині більшість лікарів є лікарями ЗП. Для того, щоб стати лікарем ЗП, необхідно пройти 5 років інтернатури за спеціальністю «Загальна практика» або «Внутрішня медицина».

У Нідерландах спеціалізація лікаря ЗП триває три роки після проходження інтернатури (також три роки). Перший і третій рік навчання проходять на базі відділення ЗП. Другий рік спеціалізації складається з шести місяців навчання у відділеннях невідкладної допомоги, внутрішньої медицини, педіатрії та гінекології, три місяці навчання в психіатричній лікарні або поліклініці і три місяці в геріатричних лікарнях. Протягом усіх трьох років інтерни один день на тиждень навчаються теоретично на базі університету, а в інші дні працюють у лікарні. У перший рік спеціалізації багато уваги приділяється комунікативним навичкам. У подальшому навчання спрямоване на вивчення протоколів лікування, які запропоновані Асоціацією лікарів ЗП Нідерландів. Усі інтерни повинні двічі на рік складати державний іспит на лікаря ЗП. Він складається зі 120 тестових завдань, які стосуються медичних, деонтологічних, юридичних аспектів роботи лікаря ЗП.

ЗП у Нідерландах вважається передовою. Сімейний лікар надає ПМСД 24 год на добу 7 днів на тиждень. У Нідерландах пацієнти не можуть звернутися до вузького спеціаліста в лікарню без відповідного направлення. Більшість лікарів ЗП працюють приватно, хоча такі фахівці є і у великих медичних центрах.

У Бельгії для того щоб стати лікарем ЗП, треба після закінчення університету пройти один рік теоретичного навчання і два роки інтернатури.

У Сполученому Королівстві лікарям, які хочуть стати спеціалістами ЗП, потрібно не менше 5 років після закінчення медичної школи і отримання ступеня бакалавра медицини. До 2005 року спеціалізація лікаря ЗП тривала 3 роки: протягом першого року 6 міс тривав цикл хірургії та 6 міс цикл внутрішньої медицини; другий рік проходив у спеціалізованих гінекологічних, педіатричних, геріатричних клініках, лікарнях невідкладної та екстреної медичної допомоги; на третьому році навчання було зосереджене власне на СМ.

Цей процес змінився в рамках програми модернізації системи медичної освіти. З 2005 року лікарям після закінчення медичної школи треба пройти як мінімум 5

років післядипломного навчання: два роки основного навчання (Foundation Training), протягом яких стажер працює 6 разів по 4 міс або 8 разів по 3 міс у хірургічному відділенні та у відділенні ЗП. Три роки інтерн проходить програму спеціалізації із ЗП (GP Specialty Training Program), яка включає 18 міс роботи в якості помічника лікаря гінекологічних, педіатричних, геріатричних стаціонарів та 18 міс стажування як лікаря ЗП. У програму навчання спеціальності ЗП включено вивчення різних показників, які необхідні для роботи практичного лікаря. Інтерни здають теоретичний іспит (Applied Knowledge Test), який складається з питань з декількома варіантами відповіді. Практичний іспит має вигляд імітації, у якій лікарю представлено 13 клінічних випадків і проводиться оцінювання збору скарг, анамнезу, об'єктивного обстеження, лікування, навичок міжособистісного спілкування. Оцінювання практичних навичок (Clinical Skills Assessment) проводиться 3 або 4 рази на рік у спеціально створеному для цього центрі.

Раніше членство у Королівському коледжі ЗП не було обов'язковим, однак починаючи з 2008 року без участі у цій асоціації лікарі не можуть бути допущені до практичної діяльності.

Для того щоб стати лікарем в Канаді, необхідно пройти декілька етапів підготовки: здобути ступінь бакалавра медицини (закінчивши медичний коледж) та пройти резидентуру. Для того щоб вступити до медичного навчального закладу, треба здати вступний іспит (Medical College Admission Test), який є обов'язковим. Він триває 9 год. Навчання у медичному коледжі зазвичай триває 4 роки. Протягом перших двох років студенти вивчають теоретичні предмети: медичну термінологію, анатомію, фізіологію, фармакологію. Наступні два роки навчання мають клінічне спрямування. Студенти працюють у різних відділеннях лікарень з пацієнтами. Їхня навчальна програма дуже схожа на план проходження резидентури. Після закінчення коледжу необхідно здати ліцензований іспит, який запропонований Медичною радою Канади. Наступним кроком є проходження резидентури і отримання дозволу на самостійну лікарську практику. Для того щоб стати лікарем ЗП, треба обов'язково протягом 2 років пропрацювати в лікарні у якості резидента. Після цього можна ще пройти вузьку спеціалізацію, однак це займе ще 2 або 3 роки. Треба зазначити, що 40 відсотків канадських лікарів є лікарями ЗПСМ.

У США підготовка лікарів триває 11–15 років. У медичний коледж можна вступити тільки після отримання ступеня бакалавра. Першим етапом отримання медичної освіти є складання вступного іспиту (Medical College Admission Test). Протягом перших двох років навчання студенти вивчають анатомію, фізіологію, імунологію, гінекологію, акушерство, педіатрію, внутрішню медицину, невідкладну допомогу викладають на базі клінік з практичним спрямуванням. На останньому курсі студенти вирішують, в якій галузі вони хотіли б працювати, і шукають місце для проходження резидентури. Резидентура – це стажування у гінекологічних, педіатричних, терапевтичних стаціонарах. Підготовка лікаря ЗП триває 3 роки. Після цього резиденти офіційно отримують звання лікаря після складання ліцензованого медичного іспиту (U.S. Medical Licensing Examination), який є обов'язковим для лікарів усіх спеціальностей. Наступний етап – це так звана пострезидентура, тобто практична діяльність під наглядом більш досвідченого лікаря. Протягом цього часу пострезиденти здають екзамени, які визначені кожним конкретним штатом. Лише після цього лікар може працювати самостійно. Доцільно зазначити, що у США розділяють

поняття лікар ЗП та сімейний лікар. Лікар ЗП – це лікар, який виконує свої обов'язки після проходження резидентури і складання екзаменів. Щоб стати сімейним лікарем, необхідно додатково пройти ще 3 або 4 роки спеціалізованого навчання в резидентурі. Проте більшість лікарів в США є сімейними.

У країнах Центральної та Східної Європи використовували різні підходи до впровадження вивчення СМ. Курси ЗПСМ є у всіх європейських медичних навчальних закладах, а у вищих медичних закладах Польщі, Чехії, Естонії, Словенії відкрито окремі кафедри СМ. Однак незважаючи на це, в цих країнах сімейними лікарями часто стають лікарі інших спеціальностей, які пройшли перепідготовку.

Відповідно до Європейської директиви у всіх країнах Центральної та Східної Європи було розроблено програми підготовки лікарів ЗП. Післядипломна освіта лікарів ЗП триває від 3 (Естонія, Литва, Латвія, Румунія) до 4 (Словацька, Польща, Словенія) і 5 років (Чехія та Угорщина).

Лікарем ЗП в Естонії можна стати після закінчення медичного університету та проходження інтернатури і резидентури. Навчання в університеті триває 6 років, після цього необхідно пройти 1 або 2 роки інтернатури та 3 роки практичного стажування в резидентурі. В Естонії курси перекваліфікації СМ започаткували ще у 1991 році. СМ стала спеціальністю у 1993 році, а у 1995 році була впроваджена ординатура з СМ. Організація роботи лікарів ЗП в Естонії вважається однією з найкращих серед країн Центральної та Східної Європи.

На основі міжнародного досвіду, власних багаторічних напрацювань України щодо формування лікарів ЗПСМ, а також потреб і вимог сьогодення та вимог майбутнього, вважаємо за доцільне запропонувати наступні кроки оптимізації підготовки кадрів для ПМСД:

- Необхідність внесення змін на державному рівні до навчальної програми вищих медичних навчальних закладів у зв'язку з пріоритетністю формування лікаря ЗПСМ як на додипломному, так і на післядипломному рівнях.
- Починаючи з перших курсів навчання, вводити до існуючої програми роботи кафедр, особливо клінічних, мотиваційні матеріали щодо потреби формування майбутнього лікаря ЗПСМ (як у європейських та північно-американських вишах).
- Повна переорієнтація практики студентів після п'ятого курсу вищих навчальних закладів на рівень ПМСД (центри ПМСД у містах та амбулаторіях сімейного лікаря (АСЛ) у сільській місцевості, а також спеціально створені навчально-практичні центри ПМСД).
- Доцільність створення кафедр ЗПСМ з викладанням дисципліни «Загальна практика–сімейна медицина» на шостому курсі медичних університетів із розробленням та затвердженням МОЗ України типової робочої програми з включенням наступних дисциплін: внутрішні хвороби, педіатрія, хірургія, акушерство та гінекологія тощо
- Прикладом і можливим зразком для розроблення типової програми могла б стати створена у нашому університеті робоча навчальна програма кафедри ПМСД та ЗПСМ, яка проходить вдосконалення практикою протягом 15 років.

Кафедра була створена у 1999 році за ініціативи нашого ректора чл.-кор. НАМН України проф. Л.Я. Ковальчука. Під його патронатом створена й інноваційна полідисциплінарна робоча програма із акцентом на відпрацюванні практичних навичок і вмінь майбутніх сімейних лікарів на

базі закладів ПМСД – центрів ПМСД у місті та навчально-практичних центрів ПМСД у сільській місцевості.

Оптимізація і чітке впровадження на державному рівні відпрацювання наскрізної програми практичних навичок та вмінь сімейного лікаря на всіх кафедрах медичних університетів під патронатом і контролем єдиного центру на рівні вишу (кафедри сімейної медицини університетів та адміністрація вишів).

Формою контролю за якістю засвоєння наскрізної програми практичних навичок та вмінь сімейного лікаря [3] на рівні медичних вишів могла б стати впроваджена в нашому університеті система матрикуляції (досвід Віденського університету).

Упровадження міжнародної практики компетентнісного підходу до навчання і подальшої діяльності лікаря ЗПСМ (Рекомендації Всесвітньої асоціації сімейних лікарів WONCA. 2005 р.) і включення цих рекомендацій до навчальної програми вишів [2], а саме:

- Управління (менеджмент) ПМСД.
- Зосереджена на людині (пацієнтові) допомога.
- Всебічний, комплексний підхід.
- Орієнтація на громаду.
- Навички вирішення спеціальних (медичних) проблем.
- Холістичний підхід.

Усі професіонали охорони здоров'я та медичні фахівці, що працюють на рівні ПМСД, повинні пройти додипломну, післядипломну підготовку, а також безперервну професійну освіту за концепцією та змістом ПМСД [8].

ЗП повинна бути частиною додипломної програми підготовки. Усіх студентів-медиків слід ознайомити із ЗП; вони повинні розуміти необхідність співпраці всіх секторів системи охорони здоров'я. Щоб стати сімейним лікарем, потрібно пройти післядипломну підготовку, яка орієнтована на первинну допомогу і заснована на ЗП [10].

Уважаємо доцільним запровадження 3-річної інтернатури (резидентури) із дисципліни «Загальна практика–сімейна медицина» з акцентом на відпрацюванні практичних навичок згідно із кваліфікаційною характеристикою лікаря ЗПСМ на первинному рівні системи охорони здоров'я (США, Канада та ін.), а також у майбутньому створення науково-дослідного академічного закладу з питань СМ.

Необхідним є узгодження питань медичної освіти з Асоціацією сімейних лікарів України, що дозволило б урахувати думку практикуючих сімейних лікарів на основі міжнародного досвіду.

ЗПСМ є не тільки клінічною спеціальністю, спрямованою на ПМСД, але й академічною, клінічною і науковою дисципліною з власним освітянським змістом, дослідницькою роботою, доказовою базою. Тому вона потребує запровадження аспірантури за фахом «Загальна практика–сімейна медицина» для підготовки більш ефективних і якісних викладацьких і наукових кадрів для системи медичної освіти за названим вище фахом.

ВИСНОВОК

Усі професіонали охорони здоров'я та медичні фахівці, що працюють на рівні ПМСД, повинні пройти додипломну, післядипломну підготовку, а також безперервну професійну освіту за концепцією та змістом ПМСД, яка має відповідати проаналізованому основним світовим тенденціям медичної освіти, а також могла б урахувати отриманий досвід викладання сімейної медицини у вишах України і запропоновані пропозиції.

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне проаналізувати досвід викладання дисципліни у різних країнах світу.

Оптимизация подготовки кадров для первичной медико-санитарной помощи с учетом международного опыта

Л.С. Бабинец, И.О. Боровик, С.С. Рябоконт, Н.Е. Боцюк, А.А. Воронцов, О.И. Крыськив, Н.А. Марченко

Optimization training for primary health care relying on international experience

L.S. Babinets, I.O. Borovyk, S.S. Ryabokon, N.Ye. Botsyuk, O.O. Vorontsov, O.I. Kryskiv, N.O. Marchenkova

В статье приведен аналитический обзор преподавания общей практики–семейной медицины в разных странах мира. Раскрыты основные принципы преподавания предмета на кафедре первичной медико-санитарной помощи и общей практики–семейной медицины Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского. На основе этого сформулированы предложения по возможной оптимизации преподавания предмета общей практики–семейной медицины в Украине.

Ключевые слова: *семейный врач, первичная медико-санитарная помощь, медицинское образование, международный опыт.*

The article describes an analytical overview of the teaching of general practice and family medicine around the world. The basic principles of teaching the subject at the department of primary health care and general practice - family medicine Ternopil State Medical University. by I.Ya. Horbachevsky. Based on these propositions on the possible optimization of teaching the subject of general practice and family medicine in Ukraine.

Key words: *family physician, primary health care, medical education, international experience.*

Сведения об авторах

Бабинец Лилия Степановна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14. E-mail: lilyanet@tut.by

Боровик Ирина Олеговна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14. E-mail: boroter@mail.ru

Рябоконт Светлана Степановна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14. E-mail: svetaryabokon@mail.ru

Боцюк Наталия Евгеньевна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14. E-mail: bned@mail.ru

Воронцов Александр Александрович – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

Крыськив Ольга Ивановна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

Марченкова Наталья Алексеевна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гиріна О.М. Сімейна медицина: У 3-х кн. – Кн. 1. Організаційні основи сімейної медицини (Світовий досвід): Довідник / За ред. В.Ф. Москаленка, О.М. Гиріної. – К.: Медицина, 2007. – 392 с.
2. Ден Экстерт А., Херманс Х., Досляк М., Буссе Р. Система здравоохранения: время перемен. Нидерланды. – ВОЗ, 2004. – 144 с.
3. Наскрізна програма підготовки студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи

- на посадах лікарів за спеціальністю «Загальна практика–сімейна медицина». – К., 2011. – 16 с.
4. Парламентські слухання «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформ у сфері охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130605_4.html
5. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. – ВОЗ, 2008. <http://drvilkov.chat.ru/pub/mypub72.pdf>
6. Підготовка сімейних лікарів на сучасному етапі: вирішені та невирішені

- проблеми / [Лисенко Г.І., Яценко О.Б., Хіміон Л.В. та ін.] // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 5–6.
7. Рифат А.А. //ВОЗ. Региональный офис Европейской сети доказательного здравоохранения. Имперский колледж. – Лондон. – Январь, 2004. – 27 с.
8. Удосконалення засвоєння практичних навичок і методик студентами та лікарями-інтернами – важлива складова кадрової перебудови первинної ланки медичної допомоги населенню України / [О.П. Волосовець, Ю.С. П'ятницький, І.С. Вітенко, І.В. Мельник] // Медична освіта. – 2012. – № 3. – С. 5–6.

9. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Организационно-правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Сообщение 3 // Медицинские новости. – 2011. – № 1. – С. 31–40.
10. Яковлева О.О. Соціально-економічні передумови формування особистості спеціалістів у медицині / О.О. Яковлева, К.В. Півторак, Л.А. Вознюк // Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів-медиків: матеріали XI міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 23 березня 2011 року). – К., 2011. – С. 124.

Статья поступила в редакцию 16.12.2013