

УДК 377.36:61

ORCID 0000-0001-8036-4063

DOI: <https://doi.org/10.33989/2519-8254.2019.5.201345>

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ

Іван Береза

У статті проаналізовано сучасний стан системи вищої медичної освіти в Україні. Обґрунтовано необхідність професійної підготовки кадрів у вищих медичних навчальних закладах в Україні. Визначено актуальність підвищення рівня професіоналізму представників сфери охорони здоров'я у контексті реформування системи охорони здоров'я України. Виявлено, що протягом останніх років відбулася зміна навчальних парадигм із аналітичної на синтетичну, здебільшого направлену на системні рішення – інформатизацію освіти. Автор указує, що ЗВО реалізує процеси синтезу нової інформації завдяки активній роботі носія – педагога або викладача. Зазначено, що педагогічний процес має акцент на самоосвіті майбутнього фахівця, важливим також є застосування інформаційно-комунікативних технологій, що дозволить спростити розробку, тиражування і використання дидактичних матеріалів, а в кінцевому результаті – підвищити якість освіти. Саме тому підготовка лікарів загальної практики – сімейних лікарів потребує оновлення програмних та навчально-методичних ресурсів з метою адаптації спеціалістів для роботи у первинній ланці, у сільській місцевості, забезпечуючи відповідний рівень знань та практичних навичок і умінь не тільки з надання невідкладної допомоги, внутрішньої медицини, хірургії, акушерства та гінекології, але й з питань профілактичної медицини, зокрема санітарно-освітньої та протиепідемічної роботи.

Ключові слова: охорона здоров'я, механізми державного управління, вищий медичний навчальний заклад, медична освіта, професійна підготовка, підвищення кваліфікації.

Актуальність проблеми дослідження. В умовах стрімкого розвитку медичної галузі, впровадження нових методів діагностики та терапії необхідним є перегляд змістового наповнення програм підготовки фахівців для медичної галузі в Україні з урахуванням важливості опиратися на існуючі європейські стандарти лікування, сучасні інформаційні технології, виявляти потенційні можливості опанування практичних навичок роботи із сучасним лікувально-діагностичним обладнанням, що дозволить фахівцям навчатися працювати в єдиному професійному європейському просторі. Не змінивши зміст парадигми базової середньої і вищої медичної освіти в Україні, неможливо наблизити систему охорони здоров'я до діючих світових стандартів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Наразі детерміновано Концепцію реформи медичної освіти в Україні, де чітко визначено мету реформування. Насамперед, це відповідність вітчизняної системи медичної освіти вимогам практичної сфери охорони здоров'я населення, а також підвищення якості підготовки медичних кадрів шляхом введення ефективної системи організації навчального процесу. Ці процеси повинні сприяти гармонізації вітчизняної медичної освіти з вимогами Євросоюзу.

Найбільш складною і затратною є підготовка кадрів для системи охорони здоров'я. Медична освіта здобувається у три етапи в поєднанні теоретичного курсу і практики: додипломна медична освіта – мінімум 6 років, 5500 годин; вимоги: національні стандарти освіти, стандарти вищої медичної фармацевтичної освіти (ВмФО); післядипломна медична освіта – від 2 до 10 років; вимоги: стандарти освіти, стандарти ВмФО, стандарти медичної допомоги (протоколи лікування); безперервний професійний розвиток – 30–40 років; вимоги: стандарти ВмФО, стандарти медичної допомоги, досягнення науки.

Мета дослідження – проаналізувати сучасний стан професійної медичної освіти в Україні.

Виклад основного матеріалу. Вимоги сьогодення потребують підготовки спеціалістів на якісно новому рівні. Пройшовши підготовку на додипломному і післядипломному етапах, кожен випускник повинен бути готовим до роботи для надання первинного або вторинного рівня медичної допомоги. Адже на сьогодні особливо гостро стоїть питання забезпеченості кадровими ресурсами закладів охорони здоров'я саме первинного рівня надання медичної допомоги. Забезпечення галузі лікарями загальної практики – сімейними лікарями, особливо закладів охорони здоров'я сільської місцевості, є і буде пріоритетним напрямом роботи Міністерства охорони здоров'я найближчим часом (Волосовець, П'ятницький, Вітенко, Мельник, & Стецюк, 2012).

Вищі навчальні заклади мають створити навчально-практичні тренінгові центри на базі закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги, в яких студенти, окрім теоретичної підготовки, самостійно та під контролем викладача чи лікаря загальної практики – сімейного лікаря повинні брати участь у наданні медичної допомоги, вивчати медичну документацію, займатись питаннями диспансеризації та санітарно-освітньої роботи з населенням. З цією метою навчальні бази студентів потрібно укомплектувати сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням.

Нове законодавство призвело до зміни парадигми – відбулося укрупнення спеціальностей, впроваджено національну рамку кваліфікацій, нові ступені вищої освіти, здійснено перехід від діяльнісного принципу до компетентнісного з чітким визначенням результатів навчання (Банчук, Москаленко, & Михайличенко, 2011).

МОЗ України впроваджує сучасний підхід до навчання лікарів – безперервний професійний розвиток. Це означає, що лікарі вдосконалюватимуть свої професійні вміння не лише для проформи і від атестації до атестації, а впродовж усього періоду лікарської практики. Саме від лікаря залежить здоров'я та життя пацієнта, тому актуальні знання і компетенції є ключовими аспектами професії. Стара система передбачала регламентований перелік видів навчання та не стимулювала лікарів вдосконалюватися. Як наслідок, навчання лікарів здебільшого припадало на останній рік перед процедурою атестації.

Безперервний професійний розвиток принципово відрізняється тим, що з його впровадженням лікарі навчатимуться постійно впродовж життя. Лікарі самі обиратимуть і заходи професійного розвитку – відвідати конференцію з питань серцево-судинних захворювань чи взяти участь у семінарі з подолання туберкульозу, пройти стажування в закордонній клініці чи записатись на курси тощо. Це дозволить пристосовувати навчання до потреб конкретної медичної практики у конкретному лікувальному закладі і надасть безумовні переваги як для лікарів, так і для пацієнтів.

Для ефективної зміни професійного змісту вищої медичної освіти в Україні доцільним є здійснити наступні кардинальні зміни. Серед яких важливе місце займає реформування всіх етапів навчального процесу та встановлення чітких критеріїв, встановлення фіксованої квоти на набір студентів за контрактною формою освіти, з врахуванням того, що вона повинна бути не меншою, ніж обсяги державного замовлення (Шаповал, Дмитрієва, & Одринский, 2005).

Особливого контролю вимагає процес зарахування ЗВО студентів-іноземців. Не зважаючи на те, що фінансовий стан більшості медичних ЗВО залежить від фінансових надходження студентів іноземного походження, але досить актуальним є питання щодо якості наданих освітніх послуг.

Необхідно усвідомити, що наука та навчальний процес нерозривно пов'язані. Для усвідомлення даного зв'язку потрібно створити мережу університетських клінік, на базі яких проходитимуть підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичні працівники.

При цьому варто акцентувати увагу на професійній відповідності викладачів займаним посадам. Нажаль, все ще у медичних вищих навчальних закладах частина викладацького складу не володіє англійською мовою. При цьому Міністерство охорони здоров'я визнає виключно наукові публікації в англійській реєт-review виданнях. Тому доцільно включити перевірку на предмет академічної доброчесності до співбесіди під час прийому на роботу. Варто відмовитися від загальноакадемічних кафедр у медичних університетах, передавши існуючі повноваження викладачам ЗВО відповідного профілю (Булах та ін., 2003).

На етапі випуску кадрів МОЗ підтримує використання західного стандарту оцінювання медичних знань – проведення ліцензійних іспитів «Крок». У майбутньому до нього буде додано об'єктивний структурований клінічний іспит (Objective Structured Clinical Examination – OSCE). Щоб іспит, який складає український випускник, не відрізнявся від іспиту випускника Йельського університету. Знання майбутніх лікарів у всьому світі повинні бути однаковими. Серед українських студентів не склали 3,4%; це більше 25% випускників приватних навчальних закладів, 2,3% студентів ЗВО МОЗ України та 7,2% студентів ВНЗ МОН України (Булах та ін., 2003).

Що стосується випускників – громадян іноземних держав не здало 10,4%. Серед них: 7,8% випускників ЗВО, підпорядкованих МОЗ; 19,1% випускників ЗВО, підпорядкованих МОН; 41,7% випускників приватних навчальних закладів. Це яскраво демонструє якість освітніх послуг, які надають державні та приватні медичні ЗВО (Поляченко, Передерий, & Волосовец, 2005).

Тенденція останніх років свідчить про зростання кількості іноземних громадян, які не складають іспит. Це обумовлено суттєвим збільшенням в окремих ЗВО цього контингенту, що призвело до погіршення підготовки студентів.

Активно обговорюється питання тривалості проходження інтернатури та резидентури. У Європейських університетах така форма навчання триває від 3 до 5 років у залежності від обраного напрямку. Загалом у світі паралельно успішно функціонують одноетапне (безперервне навчання в інтернатурі або резидентурі), двоетапне (базова спеціальність та поглиблене навчання), трьохетапне (інтернатура з загальної практики, резидентура I рівня, резидентура II рівня). Проте, на думку фахівців, перший варіант є неприйнятним для України, оскільки протягом 3–5 років країна не отримує фахівців та немає проміжного етапу, коли можна перервати навчання та попрацювати лікарем за фахом. Оптимальними є дво- та трьохетапні моделі.

Сьогодні 2/3 лікарів працюють за 16 базовими спеціальностями, які охоплюють первинний та вторинний рівень медичної допомоги; решта – за 111 вузькими спеціальностями. Тому, можливо, в інтернатурі доцільно готувати виключно 12 базових спеціальностей (12), а решту 45 передати на резидентуру чи спеціалізацію. Якщо до резидентури будуть вступати за конкурсом близько 20% випускників інтернатури, то можна бути покрити 95% всіх лікарських спеціальностей (Банчук, Москаленко, & Михайличенко, 2011).

Готувати вузьких фахівців дуже дорого, це високотехнологічні напрямки, тому доцільно застосовувати квотний принцип – визначити, скільки і яких спеціалістів потрібно. Наприклад, якщо потрібно 20 кардіохірургів, то можна створити 10 бюджетних та 10 контрактних місць, розподіливши їх між навчальними закладами (Волосовец, П'ятницький, Вітенко, Мельник, & Стецюк, 2012).

Стосовно безперервного професійного розвитку актуальним є: запровадження ліцензування на провадження медичної практики для кожного лікаря; внесення щорічного накопичення балів (кредитів), у тому числі і за рахунок запровадження дистанційного навчання та портфолію;

кожні 5 років проводити атестацію фахової кваліфікації та подовження ліцензії; поетапно скасувати лікарські (провізорські) кваліфікаційні категорії відповідно до закінчення терміну їх дії;

посилити участь професійних лікарських товариств у державному регулюванні безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів через контроль якості надання медичної допомоги (безпеки та ефективності лікування пацієнтів);

забезпечити публічність інформації про якість надання медичної допомоги лікарями (відкриті реєстри із зазначенням освітньої активності, рейтинги лікарів тощо) (Громова, Трапицын, & Тимченко, 2006).

Трендовий аналіз освітніх послуг у галузі медицини показав світову спрямованість у розвитку та застосуванні сучасних інформаційних технологій («e-learning», TEN 155, GEANT). Викладач відіграє центральну важливу роль як «носій» та «промоутер» інформаційної компетенції, функціями якого стають направленість зусиль, контроль знань і вмінь, а також консультування студента. Відповідно акценти зміщені до самоосвіти, необхідною передумовою якої є абсолютна зацікавленість і мотивація майбутніх медиків. Достеменно цінна роль у забезпеченні якісної медичної освіти належить безпосередній роботі студентів-медиків старших курсів з пацієнтами, що поглиблює наявне клінічне мислення.

Підготовка кадрів для галузі має враховувати її реальну потребу в конкретних спеціалістах. Нині дефіцит тільки первинної ланки у кадровому забезпеченні становить 2,4 тис лікарів загальної практики – сімейних лікарів та більше 900 педіатрів. Загальна кількість вакантних посад лікарів становить 21,7 тис, у тому числі майже 6 тис. – у закладах охорони здоров'я на селі. Не вистачає лікарів у фтизіатричній, патологоанатомічній, рентгенологічній, лабораторній службах. І ці кадрові потреби галузі не компенсуються навіть тим, що щороку випускається понад 10 тис спеціалістів. Крім того, спостерігається стійка негативна тенденція відтоку фахівців зі сфери охорони здоров'я – щороку країна втрачає понад 7 тис фахівців, які емігрують, влаштовуються на роботу до фармкомпаній тощо (Шаповал, Дмитриева, & Одринский, 2005).

Потребують опрацювання питання щодо обсягів державного замовлення на наступні роки (до 2020 р.), необхідних для ліквідації кадрового дефіциту галузі та поліпшення укомплектованості посад медичних працівників у закладах охорони здоров'я за конкретними спеціальностями, зокрема первинної ланки, оскільки ефективна кадрова політика в галузі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери, а від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їх професійного рівня залежить якість та доступність надання медичної допомоги (Москалюк, Сидорчук, & Сорохан, 2012).

Висновки. Роль вищих медичних навчальних закладів України у процесі реформування медичної галузі полягає в забезпеченні викликів сьогодення щодо підготовки лікаря нової якості, який повинен бути насамперед готовим до роботи у первинній ланці системи охорони здоров'я та в умовах запровадження страхової медицини. Медичні університети мають відігравати провідну роль у подальшому ході реформування організації вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги шляхом розробки й упровадження високотехнологічних методів діагностики і лікування й забезпечення післядипломного навчання лікарів відповідних спеціальностей.

Завдання, які стоять перед вищою медичною школою у ході реформування сфери охорони здоров'я, будуть вирішені за умови подальшого формування єдиного медичного простору, забезпечення інтегруючої ролі вищих медичних навчальних закладів як потужних регіональних центрів надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню в системі охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

- Богатирьова, Р. В. (2011). *Детермінанти здоров'я та національна безпека*. Київ: Авіценна.
- Волосовець, О. П., П'ятницький, Ю. С., Вітенко, І. С., Мельник, І. В., & Стецюк, Р. А. (2012). Удосконалення засвоєння практичних навичок і методик студентами та лікарями-інтернами – важлива складова кадрової перебудови первинної ланки медичної допомоги населенню України. *Медична освіта*, 3, 5-7.
- Громова, Л. А., Трапицын, С. Ю. & Тимченко, В. В. (2006). *Качество образования в контексте программы ЮНЕСКО "Образование для всех": российское видение*. Санкт-Петербург: РГПУ им. А. И. Герцена.
- Поляченко, Ю. В., Передерий, В. Г., & Волосовець, А. П. (2005). *Медицинское образование в мире и в Украине*. Харьков: Контраст.
- Банчук, М. В., Москаленко, В. Ф., & Михайличенко, Б. В. (2011). *Медичне законодавство: правова регламентація лікарської діяльності*. Київ: Медицина.
- Международная стандартизация. Стандартизация и сертификация в управлении качеством // [www / standart_ISO / section6 / 14327. html](http://www/standart_ISO/section6/14327.html).
- Москалюк, В. Д., Сидорчук, А. С., Сорохан, В. Д. (2012, Квітень). Шляхи оптимізації навчання іноземних студентів за кредитномодульною системою викладання на кафедрі інфекційних хвороб та епідеміології. В *Впровадження нових технологій за кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ (Ф) НЗ III-IV рівнів акредитації: матеріали всеукр. навч.-наук. конф.* (с. 354-355). Тернопіль: Укрмедкнига.
- Булах, І. С., Волосовець, О. П., Вороненко, Ю. В., Гончарук Є. Г., Дзяк, Г. В., Казаков, В. М., & Москаленко, В. Ф. (2003). *Система управління якістю медичної освіти в Україні*. Донецьк: "АРТ-ПРЕС".
- Про Стратегію державної кадрової політики на 2012–2020 роки. № 45/2012. (2012). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/45/2012>
- Шаповал, С. Д., Дмитрієва, С. Н., & Одринский, В. А. (2005). Методические аспекты последипломного образования и непрерывного профессионального развития врачей общей практики. *Міжнародний медичний журнал. Спец. вип.*, травень, 157.

REFERENCES

- Volosovets, O. P., P'iatnytskyi, Yu. S., Vitenko, I. S., Melnyk, I. V., & Stetsiuk, R. A. (2012). Udoskonalennia zasvoieniia praktychnykh navychok i metodyk studentamy ta likariamy-internamy – vazhlyva skladova kadrovoyi perebudovy pervynnoi lanky medychnoi dopomohy naselenniu Ukrainy [Improvement of mastering of practical skills and techniques by students and interns is an important component of personnel restructuring of the primary link of medical care to the population of Ukraine]. *Medychna osvita*, 3, 5-7 [in Ukrainian].
- Gromova, L. A., Trapitsyn, S. Iu. & Timchenko, V. V. (2006). *Kachestvo obrazovaniia v kontekste programy IuNESKO "Obrazovanie dlia vsekh": rossiiskoe videnie* [Quality of education in the context of UNESCO's Education for All Program: A Russian Vision]. Sankt-Peterburg: RGPU im. A. I. Gercena [in Russian].
- Poliachenko, Iu. V., Perederii, V. G., & Volosovets, A. P. (2005). *Meditsinskie obrazovanie v mire i v Ukraine* [Medical education in the world and in Ukraine]. Kharkov: Kontrast [in Russian].
- Banchuk, M. V., Moskalenko, V. F., & Mykhailychenko, B. V. (2011). *Medychnye zakonodavstvo: pravova rehlamentatsiia likarskoi diialnosti* [Medical legislation: legal regulation of medical activity]. Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].
- Mezhdunarodnaya standarty`zacy`ya. Standarty`zacy`ya y` serty`fy`kacy`ya v upravleny`y` kachestvom // [www / standart_ISO / section6 / 14327. html](http://www/standart_ISO/section6/14327.html).
- Moskaliuk, V. D., Sydorchuk, A. S., & Sorokhan, V. D. (2012, April). Shliakhy optymizatsii navchannia inozemnykh studentiv za kredytnomodulnoi systemoi vykladannia na kafedri infektsiinykh khvorob ta epidemiolohii [Ways to Optimize the Study of Foreign Students in the Credit-Module Teaching System at the Department of Infectious Diseases and Epidemiology]. In *Vprovadzhennia novykh tekhnolohii za kredytno-modulnoi systemy orhanizatsii navchalnoho protsesu u VM (F) NZ III-IV rivniv akredyatsii* [Implementation of new technologies in the credit-module system of organization of the educational process in the VM (F) NZ III-IV accreditation levels]: *Proceedings of the International Scientific Conference* (pp. 354-355). Ternopil: Ukrmedknyha [in Ukrainian].
- Bulakh, I. Ye, Volosovets, O. P., Voronenko, Yu. V., Honcharuk Ye. H., Dziak, H. V., Kazakov, V. M., & Moskalenko, V. F. (2003). *Systema upravlinnia yakistiu medychnoi osvity v Ukraini* [Quality Management System for Medical Education in Ukraine]. Donetsk: "ART-PRES" [in Ukrainian].
- Pro Stratehiiu derzhavnoi kadrovoy polityky na 2012–2020 roky [About the Strategy of the state personnel policy for 2012-2020]. № 45/2012. (2012). Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/45/2012> [in Ukrainian].
- Shapoval, S. D., Dmytryeva, S. N., & Odrynskyi, V. A. (2005). Metodicheskiye aspekty posledyplomnoho obrazovanyia y nepreryvnoho professyonalnoho razvytyia vrachei obshchei praktyky. *Mizhnarodnyi medychnyi zhurnal. Spets. vyp.* [International Medical Journal. Spec. vol.], May, 157 [in Russian].

I. BEREZA

CURRENT STATE OF PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF MEDICINE

In the article the current state of the system of higher medical education in Ukraine is analyzed. The necessity of professional training in higher medical educational institutions in Ukraine is grounded. The importance of professional level improvement of health care representatives in the context of the health care system's reformation of Ukraine is determined. It has been discovered that over recent years there has been a change in educational paradigms from analytical to synthetic, mostly aimed at system solutions, – informatization of education. The author points out that the university education implements the processes of synthesis of new information due to the active work of the bearer – the pedagogue or the lecturer. It is noted that the pedagogical process is focused on the self-education of a future specialist; the use of information and communication technologies is also important, it will simplify the development, replication and use of teaching materials, and ultimately improve the quality of education. That is why the training of general practice doctors – family doctors – requires updating of programme and methodological teaching resources to adapt specialists for work at primary level, in rural areas, providing the appropriate level of knowledge and practical skills and abilities not only for the provision of emergency assistance, internal medicine, surgery, obstetrics and gynecology, but also for preventive health care, in particular sanitary and educational and anti-epidemic work.

It is determined that changes in medical education are fully integrated into the logic of higher education reformation, beginning from 2014 with the adoption of the new law “On Higher Education». The initiated reform is being built around the idea of expanding university autonomy. Despite the fact that broad autonomy is an integral part of modern successful higher educational systems, it does not exclude external quality control. This issue is especially important for so-called «regulated professions” – those whose work provides for particularly high level of responsibility for safety and health of people. These include lawyers, pilots, doctors, and in some countries, access to the profession of teacher, architect, etc., is also regulated. Regulated profession status implies that access to it is only possible through compliance with mandatory requirements for the level of education, preparation of special examinations, obtaining a license or membership in a professional association. Discussions about the introduction of «regulated profession» concept in the legislation are only ongoing, but de facto the certain part of professions has special regulation already. Educational legislation also provides that for certain professions the state may conduct an independent assessment of educational results in the form of a single state qualification examination. Science is international, medicine is developing all over the world, and the most up-to-date scientific articles, the best studies are published today in English. Therefore, without its understanding, the probability that a medical student will read new books, receive relevant knowledge, is very low. Future Ukrainian doctors will know the international language of modern science, and the incentive for this will be a mandatory English test. Not only university education is important for the medical profession, but also a constant increase of the professional level for already working doctors. Still, this requirement is formally provided by the system of “advanced training” in the form of pre-certification cycles in institutions of postgraduate education, every five years. The new Cabinet of Ministers of Ukraine resolution, initiated by the Ministry of Education and Science, changes the system of one-time (and, frankly, rather formal) training and creates the preconditions for the comprehensive system of continuous professional development. According to the new model, there should be a monopolization of education – now the choice of place or organization is given to the doctor, recognized: education received abroad, participation in professional seminars and conferences, online courses, workshops held in Ukraine by international organizations and professional associations.

Key words: *health care, mechanisms of state administration, higher medical educational institution, medical education, professional training, advanced training.*

Надійшла до редакції 16.08.2019 р.