

УДК: 614.12./252:658.3:378.046.4:614.256:378.014.15

DOI: 10.15587/2519-4984.2019.185630

СОЛІДАРНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ, ПРОФЕСІЙНОЇ СПІЛЬНОТИ ТА МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ КАДРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В. В. Краснов

У зв'язку з виходом 302 постанови Кабінету міністрів, в Україні змінилася парадигма підготовки професійних медичних кадрів. Введено безперервний професійний розвиток (БПР) лікарів, який ґрунтується на процесах самопідготовки. Реформування системи охорони здоров'я (ОЗ) та підготовки медичних кадрів несе основний ризик: відсутність відповідального за кінцевий результат – здоров'я суспільства. Виникає проблема пошуку шляхів гармонізації існуючої системи ОЗ та нових підходів до підготовки лікарів. Метою даного дослідження є обґрунтування та визначення суб'єктів, які несуть відповідальність за забезпечення якості медичної освіти. Проведено аналіз складових моделей підготовки лікарів в США і Європі (модель Дональда Кіркпатріка для корпоративного навчання і таксономія Дональда Мура для безперервного професійного розвитку). Показана інтеграція процесів роботодавця і провайдера. При цьому роботодавець виявляє необхідність з формування компетентностей у персоналу для забезпечення якості медичної послуги і розміщує замовлення у провайдера. Провайдер формує компетентності і спільно з роботодавцем оцінює результативність процесу навчання. Зроблено висновок про доцільність забезпечення солідарної відповідальності: провайдера освітніх послуг, роботодавця і професійної спільноти. Введення інформальної освіти (самоосвіти) покладає на самого лікаря також особисту відповідальність за: визначення потреби в нових компетентностях, вибір провайдера, результати навчання. Таким чином, з огляду на сучасні тенденції в розвитку професії та вимог, які суспільство висуває перед професією, зроблено висновок про необхідність формування такої системи підготовки професійних кадрів, в якій солідарна відповідальність за якість покладалася б на самого лікаря, професійне співтовариство і організатора (провайдера) навчання

Ключові слова: солідарна відповідальність, підготовка медичних кадрів, безперервний професійний розвиток, якість підготовки

Copyright © 2019, V. Krasnov.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

1. Вступ

Система підготовки медичних кадрів України багато років будувалася на підставі персональної відповідальності системи освіти за якість професійного рівня лікаря. Специфіка підготовки медиків ґрунтувалася на тому, що науково-педагогічний працівник клінічної кафедри одночасно був і практикуючим лікарем, який добре знає потреби охорони здоров'я (ОЗ) і відображає їх в характеристиках компетентностей лікарів.

2018 року в історії охорони здоров'я України відбулася знаменна подія — Постановою Кабінету Міністрів України №302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» в систему підготовки професійних кадрів було вперше введено поняття безперервного професійного розвитку (БПР) [1].

З моменту набуття чинності цієї постанови Україна взяла курс на систему міжнародних стандартів, які регламентують підготовку лікарів за трьохетапною моделлю:

- 1) додипломна освіта;
- 2) післядипломна освіта;
- 3) безперервний професійний розвиток.

В свою чергу, у квітні 2019 року опубліковано Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі пи-

тання безперервного професійного розвитку лікарів». Цей Наказ регламентував низку положень 302-ї Постанови Кабміну, зокрема: перелік заходів формальної, неформальної та інформальної освіти [2].

Таким чином в системі підготовки професійних кадрів ОЗ відбулися фундаментальні зміни – було виокремлено фазу БПР з обов'язковою складовою, пов'язаною із інформальною освітою (самоосвітою). Разом з тим виникла проблема пошуку шляхів гармонізації існуючої системи ОЗ та нових підходів з підготовки медичних кадрів.

2. Літературний огляд

У світі є різні моделі регуляції системи БПР. Спроби їх регламентувати на міжнародному рівні здійснюються вимогами таких стандартів, як: стандарти Всесвітньої федерації медичної освіти (WFME) щодо організації БПР лікарів [3], ISO 29993 щодо провайдерів освітніх послуг [4] тощо.

Проводяться спроби й гармонізувати взаємодію між системою ОЗ та системою підготовки кадрів. У 2010 році 130 організацій і приватних осіб з усього світу, відповідальних за медико-санітарну освіту, професійні стандарти і визначення політики, виробили глобальний консенсус щодо соціальної підзвітності медичних закладів вищої освіти [5]. У цьому до-

кументі пропонувалося покласти відповідальність на медичні заклади вищої освіти за «консультування органів ОЗ на всіх рівнях з питань розробки політики та стратегій для створення систем ОЗ, пристосованих до потреб суспільства» [6].

У свою чергу, стандарти Всесвітньої федерації медичної освіти (WFME) щодо організації БПР лікарів, чітко підкреслюють необхідність ініціації в суспільстві фахової дискусії щодо виконання низки завдань щодо забезпечення здоров'я та реалізації механізмів їх досягнення [3]. Таким чином, рішення експертів медичної освіти та ОЗ світового рівня підкреслюють важливість узгодження діяльності систем підготовки кадрів і забезпечення ОЗ [7, 8].

Але на даний час в Україні склалася ситуація, коли законодавчі вимоги не мають механізмів їх реалізації. Від того, наскільки вдасться врахувати ризики, які можуть виникнути під час інтеграції теоретичної моделі БПР із існуючою системою післядипломної освіти, залежить якість підготовки медичних кадрів в найближчому майбутньому.

3. Мета та задачі дослідження

Метою даного дослідження є обґрунтування та визначення суб'єктів, які несуть відповідальність за забезпечення якості підготовки професійних медичних кадрів.

Для досягнення мети були поставлені такі задачі:

1. Ідентифікувати ризики, що виникають в системі підготовки медичних кадрів в умовах реформування системи ОЗ.

2. Проаналізувати основні моделі організації підготовки медичних кадрів в Європі та США.

3. Запропонувати вектор найближчих дій для системи підготовки професійних медичних кадрів України.

4. Аналіз складових моделей підготовки лікарів в США і Європі.

Зміни, що відбулися, в досить великій мірі обумовлені впливом Європейської та Американської моделей організації підготовки лікарів.

Але якщо вивчати ці моделі досить прискіпливо, то можна побачити, що для оцінки результатів Рада з акредитації безперервної медичної освіти США (АССМЕ) використовує таксономію, розроблену Дональдом Муром з Медичної школи Університету Вандербільта, який, в свою чергу, засновував свої дослідження на «рівнях Кіркпатріка», що активно використовуються в корпоративному навчанні.

Дональд Мур поставив перед собою мету розробити таксономію, за допомогою якої можна було б отримати відповідь на питання: «Чи дійсно заходи СМЕ покращують догляд за пацієнтами?». Він запропонував семи-ступінчасту метрику з послідовним зміщенням моніторингових заходів, спрямованих на вимірювання результативності освітніх подій, з боку постачальника освітньої послуги на бік замовника цієї послуги.

Модель Мура в табличній формі являє собою такий перелік (табл. 1) [9].

Таблиця 1

Модель Мура

Рівень	Опис змісту рівнів	Підтвердження досягнення
1. Участь	Кількість осіб, які взяли участь у заході	Записи відвідувань
2. Задоволення	Ступінь, в якій виправдалися очікування щодо результатів і процесу навчання	Опитувальник після навчання
3а. Результати навчання (декларативні знання)	Ступінь, в якій учасники заявляють, що цілі навчання досягнуті: «знаю, що робити»	Пре-і пост-тестування знань; самозвіт про ступінь отримання знань
3б. Результати навчання (процедурні знання)	Ступінь, в якій учасники заявляють, що цілі навчання досягнуті: «знаю, як робити»	Пре-і пост-тестування знань; самозвіт про ступінь отримання вмінь
4. Компетентність	Ступінь, в якій учасники демонструють в освітньому середовищі як робити те, що їм необхідно, виходячи з цілей навчання	Спостереження в освітньому середовищі; самозвіт про компетентності; намір змінюватися
5. Продуктивність	Ступінь, в якій учасники можуть на практиці робити те, що їм необхідно, виходячи з цілей навчання	Спостереження за роботою в умовах догляду за пацієнтом; карти пацієнтів; адміністративні бази даних; самозвіт про продуктивність
6. Здоров'я пацієнта	Ступінь поліпшення стану здоров'я пацієнтів у зв'язку зі змінами в професійній поведінці учасників навчання	Показник стану здоров'я, записаний в картах пацієнтів або адміністративних базах даних; звіт пацієнта про стан здоров'я
7. Здоров'я суспільства	Ступінь зміни стану здоров'я спільноти через зміни в професійній поведінці учасників навчання	Епідеміологічні дані і звіти; самозвіт спільноти

У свою чергу, рівні Дональда Кіркпатріка для оцінювання ефективності навчання є 4-х ступінчастою таксономією, яку коротко можна представити таким чином [10]:

Рівень 1. РЕАКЦІЯ (отримується відповідь на запитання - чи сподобалося навчання?).

Рівень 2. НАВЧАННЯ (які знання змінилися і наскільки?).

Рівень 3. ПОВЕДІНКА (чи змінилася поведінка на робочому місці?).

Рівень 4. РЕЗУЛЬТАТИ (що покращилося для організації-замовника освітньої послуги?).

Обидві описані моделі вводять в систему оцінювання результативності освітнього процесу двох основних учасників. На перше місце в цій системі виходить замовник освітньої послуги (роботодавець). Його завдання полягає в обов'язковому здійсненні послідовності апріорних і апостеріорних дій. Для моделі Дональда Кіркпатріка апріорні дії такі:

- аналіз якості процесу надання медичної послуги в своїй організації;

- визначення необхідного рівня та / або набору компетентностей персоналу, як ключового чинника забезпечення якості цієї послуги;

- розробка індикаторів якості, на які вплине зміна компетентностей персоналу;

- опис вимог до компетентностей (визначення цілей навчання);

- розміщення у постачальника замовлення про надання освітньої послуги.

Апостеріорні: визначення ступеня досягнення цілей, які були поставлені перед освітньої послугою.

Наступний учасник освітнього процесу - безпосередньо організація, яка проводить навчання. Ця організація несе відповідальність за якість формування необхідних компетентностей. У концепції БПР України, подібна організація носить назву організатора (провайдера) заходів безперервного професійного розвитку, за які нараховуються бали.

Відповідно до нормативних документів провайдер – це суб'єкт надання освітніх послуг у сфері професійного навчання; фізична або юридична особа (заклад освіти, підприємство, установа, організація будь-якої форми власності), що провадить освітню діяльність, міжнародні та іноземні установи, організації, які реалізують відповідні програми, проекти міжнародної технічної допомоги [11].

З введенням БПР в системі ОЗ України істотно змінюється парадигма підготовки професійних кадрів. Вектор відповідальності в здобутті фахівцями професійних компетентностей зміщується в бік самого лікаря. Саме самоосвіта стає ключовим підходом у забезпеченні професійного рівня ОЗ. На лікаря покладається професійна відповідальність не тільки у визначенні навчальної траєкторії (особисте освітнє портфоліо) але і у визначенні компетентностей, які йому необхідні для якісної лікарської діяльності.

5. Результати дослідження та їх обговорення

Таким чином, в системі оцінювання результативності освітнього процесу стає важливою вимога взаємодії провайдера з замовником. Завдання провайдера розширюються «зі своєї території» у вигляді забезпечення формування замовлених компетентностей, на «територію замовника», де з'являється необхідність супроводу навченого персоналу для того, щоб упевнитися, що сформовані компетентності застосовуються правильно.

Разом з тим, модель Мура, яка була розроблена для системи ОЗ, пропонує подальше розширення за межі пари взаємодії «роботодавець-провайдер». У цю взаємодію додається професійне співтовариство, яке, в свою чергу, виконує соціальне замовлення вищого рівня - забезпечення благополуччя суспільства. У моделі Мура ця вимога до системи підготовки професійних кадрів формулюється як: «ступінь зміни стану здоров'я спільноти через зміни в професійній поведінці учасників навчання».

В цю систему взаємодії включається, також, сам лікар, який в межах особистої відповідальності за якість медичної діяльності, набуває відповідальності і за самоосвіту.

Таким чином, з огляду на сучасні тенденції розвитку професії та вимог, які суспільство висуває перед професією, необхідно сформувати таку систему підготовки професійних кадрів, в якій би солідарна відповідальність за якість покладалася б на самого лікаря, на роботодавця / професійну спільноту та організатора (провайдера) навчання.

Даний вид відповідальності передбачає спільне функціонування всіх трьох учасників щодо забезпечення і моніторингу якості підготовки кадрів на рівнях: індивідуальному; корпоративному; соціальному. Перехід до нової парадигми взаємовідносин передбачає суттєві зміни:

- у професійній картині світу всіх учасників професійного медичного співтовариства;

- у стандартах освітніх процедур;

- у законодавчому полі системи ОЗ України;

- у розумінні суспільством своєї відповідальності за підтримку якості системи ОЗ.

6. Висновки

1. Реформування системи ОЗ та підготовки медичних кадрів несе основний ризик: відсутність відповідального за кінцевий результат – здоров'я суспільства.

2. Існуючі у світі моделі підготовки лікарів будуються на інтеграції освітнього процесу та процесу надання медичної послуги.

3. Нова модель підготовки медичних кадрів та розвитку системи ОЗ повинна будуватися на концепції солідарної відповідальності лікаря, роботодавця/професійної спільноти та медичної освіти (організатора (провайдера) навчання). Законодавче забезпечення реформ ОЗ та освіти повинно прописати механізми солідарної відповідальності всіх учасників цього процесу на рівнях: індивідуальному; корпоративному; соціальному.

Література

1. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України № 302. 28.03.2018 р. // Офіційний вісник України. 2018. № 36. Ст. 1264. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF> (Дата звернення: 26.11.2019)
2. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ МОЗ України № 446. 22.02.2019. // Офіційний вісник України. 2019. № 26. Ст. 937. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0293-19> (Дата звернення: 26.11.2019)
3. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. Effective from 2017-08. WFME (World federation for medical education). Office University of Copenhagen Denmark. International Standards 2015. 56 p. URL: <https://wfme.org/standards/cpd/> (Last accessed: 15.11.2019)
4. ISO 29993:2017. Learning services outside formal education – Service requirements. Services de formation fournis en dehors du cadre de l'enseignement Formel – Exigences de services. Effective from 2017-08. ISO copyright office, Geneva: International Standards, 2010. 10 p. URL: <https://ru.scribd.com/document/429127445/ISO-29993-2017> (Last accessed: 15.11.2019)
5. Функціональні та структурні зміни в організації безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів в контексті реформ охорони здоров'я України / Вороненко Ю. В., Вдовиченко Ю. П., Толстанов О. К., Краснов В. В. // Медична освіта. 2019. № 3. С. 30–34.
6. Глобальный консенсус по социальной подотчетности медицинских институтов. URL: <http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2012/07/GCSA-Consensus-Documents-Russian.pdf> (Дата звернення: 05.11.2019)
7. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world / Frenk J., Chen L., Bhutta Z. A., Cohen J., Crisp N., Evans T. et. al. // The Lancet. 2010. Vol. 376, Issue 9756. P. 1923–1958. doi: [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61854-5](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61854-5)
8. WHO consultation On THE transformative scale-UP OF medical, nursing and midwifery education. FIRST technical reference group meeting: medical education experts. 2010. P. 28–29. URL: https://www.who.int/hrh/resources/medical_experts_first_meeting.pdf?ua=1 (Last accessed: 15.11.2019)
9. Moore D. E., Green J. S., Gallis H. A. Achieving desired results and improved outcomes: Integrating planning and assessment throughout learning activities // Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2009. Vol. 29, Issue 1. P. 1–15. doi: <http://doi.org/10.1002/chp.20001>
10. Kirkpatrick D. Revisiting Kirkpatrick's four-level-model // Training & Development. 1996. Issue 1. P. 54–57.
11. Про затвердження Положення про систему професійного навчання державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад: постанова Кабінету Міністрів України № 106. 06.02.2019 // Офіційний вісник України. 2019. № 19. Ст. 648. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/106-2019-%D0%BF> (Дата звернення: 26.11.2019)

Received date 17.09.2019

Accepted date 15.10.2019

Published date 30.11.2019

Краснов Володимир Володимирович, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112

E-mail: ppmfp.nmapo@gmail.com