

# ІНТЕРНАТУРА ПО-УКРАЇНСЬКИ: ЧИ МОЖЛИВО ВИХОВАТИ ДОКТОРА ХАУСА?

Те, як нас лікують, залежить від багатьох складових. Але чи не найбільше — від знань і навичок лікаря. Тому високий рівень підготовки кадрів — це знак якості медицини. Від диплома до справжнього лікаря — не один крок, але є перший і вирішальний. Ім'я йому — інтернатура, де граніт науки перетворюється на м'який матеріал для ліпки практичних навичок. Та чи можливо це за наших умов, де лікар-інтерн — це Фігаро, який метушиться між навчальним закладом і лікарнею, камінь на шії свого керівника, якому він «заважає» працювати, і жадливий сон для пацієнта, котрий боїться недосвідченого фахівця? Що потрібно змінити, аби шлях від Лобанова до доктора Хауса став реальним?

ЮРІЙ ВОРОНЕНКО:

## ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗИДЕНТУРИ СУТТЄВО ПОЛІПШИТЬ ПІДГОТОВКУ ЛІКАРЯ



Про те, як стати справжнім лікарем після отримання диплома в Україні та у світі — наша розмова з **ректором НМАПО імені П.Л. Шупика, академіком НАМН України, доктором медичних наук, професором, лауреатом Державної премії України в галузі науки і техніки, заслуженим лікарем України Юрієм ВОРОНЕНКОМ**

**ВЗ Становлення лікаря — складний процес. Який етап цього процесу є найважливішим з урахуванням нових вимог до галузі охорони здоров'я?**

— Існує так звана академічна триада, яка «формує» лікаря, — це педагогічний процес, наукові дослідження і клінічна робота (два останні чинники найбільше стосуються післядипломної освіти). Якщо страждає бодай одна складова — це неодмінно відображається на якості підготовки лікаря. За наших реалій найбільше «кульгає» клінічна складова. Це стало наслідком майже десятирічних неузгоджень у сучасних навчальних кафедр і закладів, які були і є базами цих кафедр, коли «раптом» виявилось, що медвузи повинні платити оренду за використання клінічних баз для підготовки лікарів, у тому числі і тих, що навчаються за державним замовленням.

Дійсно, нині в Україні по-новому працює система охорони здоров'я, вона потребує нових кадрів, адже ми прагнемо йти в Європу, де давно впроваджені стандарти Всесвітньої

федерації медичної освіти, що передбачають чіткі вимоги до тих інституцій, які займаються підготовкою лікарів. На жаль, вітчизняні вимоги до підготовки лікаря залишаються на рівні системи Семашка. Ми зовсім не інтегровані в Європейський простір, тому складнощі виникають навіть в обмінні досвідом між нашими та зарубіжними фахівцями, не кажучи вже про неузгодженість переліку лікарських спеціальностей, термінів підготовки лікарів в Україні та в Європі. Тому сьогодні вкрай потрібно змістити акценти підготовки лікаря з додипломного етапу на післядипломний. Необхідно удосконалити систему післядипломної освіти в цілому. Першочергово — реорганізувати інтернатуру і запровадити резидентуру.

**ВЗ Резидентура — поняття нове і тому багатьох насторожує: чи не надто радикальні зміни пропонуються?**

— Давайте розглянемо світовий досвід. У деяких країнах укоренилася одноетапна система підготовки лікаря, коли випускник, отримавши диплом, іде

в інтернатуру чи резидентуру — на цьому післядипломна освіта завершується і лікар працює за своєю спеціальністю. Візьмо для прикладу Німеччину (свого часу Радянський Союз практично скопіював їхню систему підготовки лікарів). Додипломне навчання там триває трохи більше 12 семестрів, останній рік схожий на нашу колишню субординатуру — це спеціалізація з основних 5-ти спеціальностей, після якої — складний іспит, що триває 5 днів. Той, хто його склав, може працювати в клініці, але тільки під наглядом і як молодший медичний працівник. Така перспектива не влаштує практично нікого, тому всі навчаються далі (до отримання вузької спеціалізації) — у сертифікованій клініці університетської лікарні, де вони працюють на відповідних кафедрах від 4-х до 6 років. І лише після цього лікар має право отримати ліцензію певної спеціальності. Схожа система існує в Ізраїлі, але там база освіта триває 7 років (6 років приблизно як і в наших ВНЗ, сьомий рік — додатковий, на зразок субординатури). Потім упродовж 4-6-ти років випускники

проходять спеціалізацію (за 54-ма спеціальностями), складають іспит. Тобто лише після 11-13 років підготовки лікар отримує право на медичну практику.

**ВЗ Така система підготовки лікаря поширена у світі?**

— Більш поширеною є двоступенева система, коли після отримання диплома лікар спочатку проходить навчання в інтернаті за базовими спеціальностями, потім в резидентурі чи на курсах спеціалізації за певними напрямками. Додипломне навчання лікаря у Швеції, як і в більшості європейських країн, триває 5,5 років, потім випускники йдуть на 1,5-2 роки на спеціалізацію чи на стажування за основними лікарськими спеціальностями.

**Шановні читачі! Відкриваючи «Дискусійний клуб», ми ставили за мету дати кожному лікарю можливість висловитися за приводу найбільшого. Тема нашого наступного обговорення — «МІСЦЕВІ СТИМУЛИ — РЯТІВНИЙ ЧОВЕНІ ЧИ СОЛОМІНКА ДЛЯ ПОТОПАЮЧИХ?». Чекаємо ваших листів на адресу: 04211, м.Київ, а/с 138, редакція газети «Ваше здоров'я» або на e-mail: vz@vz.kiev.ua**

У Великої Британії, мабуть, найскладніша для сприйняття система: додипломна освіта (5-річна для лікаря, 4-річна для стоматолога), але потім це компенсується специфічною 2-річною підготовкою. Перший рік — закріплення випускниками знань і навичок, набутих на стадії додипломної підготовки за основними напрямками, включаючи організацію охорони здоров'я. Другий рік — базова спеціалізація з хірургії, терапії, акушерства тощо (але тільки

4 жовтня 2013 року

за основними спеціальностями). Далі — іспит. Але для того, щоб працювати в Британії кваліфікованим лікарем, потрібно навчатися в системі, яку можна назвати резидентурою (мінімум 6 років для хірургічного профілю і 3 роки — для терапевтичного). Після іспитів фахівець терапевтичного профілю може працювати сімейним лікарем, а той, хто завершив 6-річне навчання, — головним консультантом з усіх лікарських спеціальностей.

Не менш популярною у світі є триступенева система підготовки: інтернатура, резидентура, спеціалізація вузьких спеціалістів (США, Франція, Польща). У США вона децю відрізняється від традиційної, бо перший етап починається в медичному коледжі (навчання там триває 4 роки), закінчення якого є необхідною умовою для вступу в медичну школу. Якщо ж хтось не бажає вчитися далі, він може працювати помічником лікаря, медсестрою. Ті, хто бажають, навчаються ще 4 роки у медичній школі. Тобто перші 2 етапи — це 8-річне навчання плюс іспит, який дає право тим, хто його склав, вступити на третій етап — у резидентуру (від 3-х до 5-ти років). Дехто з фахівців вважає, що у США навіть чотирьохетапна система підготовки, адже після резидентури є ще спеціалізація в дужі вузьких спеціальностях, однак оскільки їх там лише 4-5, можна не вважати це етапом загальної підготовки лікарів.

У США перший рік в резидентурі, незалежно від спеціальності, викладають загальні медичні дисципліни, тому якщо хтось припинить навчання після першого року, той має право в деяких штатах працювати, хоча й з обмеженнями.

Польща також має трьохетапну систему підготовки лікарів: 6 років додипломне навчання, 13 місяців стажування для всіх без винятку (здебільшого це стажування із загальної практики по основних спеціальностях), потім іспит, після якого можна працювати в клініці під наглядом лікаря. Там випускники

завзвичай після стажування йдуть в резидентуру (від 2-х до 4-х років) за 40-ка спеціальностями. На третьому етапі — спеціалізація, або резидентура 2-го, специфічного, рівня (28 вузьких спеціальностей, ще 2-4 роки). Тобто сумарно резидентура в Польщі може в окремих випадках тривати до 8 років. Як наслідок — упродовж останніх років багато польських випускників приїждять до нас на навчання, щоб отримати диплом лікаря швидше. Так само приїждять і з Грузії (там після отримання диплома також потрібно навчатися 5 років).

**ВЗ А яку країну можна вважати взірцем підготовки лікаря?**

— На думку експертів, найскладніша і водночас найдосконаліша система підготовки лікарів у Франції. У світі вважається дуже престижним отримати диплом французького медуніверситету. Таких фахівців цінують у міжнародних організаціях, приватних структурах тощо. 6-річна додипломна медична освіта у Франції доповнюється 3-річною інтернатурою із загальної практики для усіх випускників. Далі — резидентура, яка своєю чергою має три етапи: навчання впродовж 4-5 років за 33-ма спеціальностями, потім ще 4-5 років за цими ж спеціальностями і третій етап — вузька спеціалізація терапевтичного чи хірургічного профілю.

**ВЗ Такий широкий вибір — зручний шанс «розгубитися» і нічого не змінювати Україні або ж спокуса вигадати власний велосипед...**

— Нічого принципово нового вигадати неможливо. Вважається, що в Україні зараз двохетапна система (з інтернатурою і спеціалізацією). Але фактично вона є трьохетапною, бо маємо ще й клінічну ординатуру (але це не для всіх). А те, що йти в ногу зі світом — вимога дня, також факт очевидний. Нині уже підготовлено та узгоджено з багатьма медичними ВНЗ документ, який об'єднує нові зміни в підготовці лікаря, — Стра-

тегія розвитку системи післядипломної освіти в Україні. Адже незастано одного лише наказу МОЗ, щоб її модернізувати. Це складний процес — зміни мають бути комплексними.

**ВЗ Наскільки наші реалії далекі від світових зразків?**

— У нас випускник медичного вишу вступає в інтернатуру, де навчається одразу за 34-ма спеціальностями. Тобто можна йти в інтернатуру по нейрохірургії, не значучи... основ хірургії. Тому є пропозиція скоротити перелік спеціальностей в інтернаті — до 15-17-ти. Після завершення навчання в інтернаті за базовими спеціальностями (1-3 роки залежно від обраного фаху; якщо це не дуже високотехнологічна спеціальність, можливо, достатньо й 1 року) і складання іспиту можна буде отримати ліцензію на медичну практику та працювати за базовими спеціальностями — хірургом, терапевтом, акушером, педіатром, сімейним лікарем. На переконачення соціологіє, 60-70% лікарів це влаштує, решта підуть вчитися далі і на конкурсній основі вступають у резидентуру (на другий етап навчання, який триватиме приблизно 3 роки) вже за іншими спеціальностями, які є клінічними в Україні. Втім, щоб запровадити резидентуру в Україні, необхідно розширити мережу університетських клінік. Для того, щоб регулювати кількість таких фахівців у галузі, своє слово повинні сказати лікарські асоціації — вони разом із МОЗ мають визначати квоти по підготовці нейрохірургів, акушерів тощо. І це один важливий аспект — розподіл лікарів у наших ВНЗ відбувається на початку 6-го курсу. Потім за три роки навчання випускники в інтернаті штати лікарів, куди його направили, змінюються, його «віртуально» місце роботи можуть зайняти чи скоротити. І часто після закінчення інтернатури у нього виникають проблеми з працевлаштуванням, тобто державний розподіл перетворюється в профанацію. Тож пропонуємо про-

водити його по завершенню навчання в резидентурі. Зрештою очіку можуть обрати клінічну ординатуру з найбільш вузьких спеціальностей і продовжити навчання — ті скасовано не буде.

На жаль, через об'єктивні фінансово-економічні обставини в нашій країні ми не зможемо поки що повністю скопіювати європейські зразки тривалості навчання, але із впровадженням резидентури підготовка лікаря у нас суттєво поліпшиться.

**ВЗ Нинішні інтерни скаржаться, що вони нікому не потрібні, хоча формально у них дві «няньки» — ВНЗ і лікарня.**

— Це також повинно змінитися з впровадженням резидентури. Зараз інтерни дійсно працює в лікарні, а за його підготовку відповідає проректор ВНЗ. Приміром, на перший курс навчання до НМАПО імені П.Л. Шупика прийшло 2 тисячі інтернів. Усі вони будуть зареєстровані у нас тільки після зарахування на посаду лікаря-інтерна в медичному закладі, де отримуватимуть зарплату, де у них є свій керівник. Але цей керівник офіційно не відповідає за їхню підготовку, а той, хто навчає і відповідає, не має жодних повноважень! Цю систему необхідно змінити! Хоча це тільки маленька частина того, що бажано було б удосконалити у післядипломній освіті наших лікарів.

**ВЗ Що саме необхідно змінити в прохідній інтернаті, аби усунути існуючі на сьогодні недоліки і як не допустити, щоб резидентура перетворилася на продовження інтернатури з усіма її проблемами?**

— Необхідно зробити дуже багато. Першодусім, післядипломна освіта потребує системних змін згідно із сучасними світовими і європейськими рекомендаціями та традиціями. Тут і оновлення нормативно-правової бази системи, і модернізація змісту освіти, розробка освітніх стандартів навчання в інтернаті та резидентурі. Відповідно, на часі

— внесення суттєвих змін і доповнень до восьми-десяти наказів МОЗ України, які затверджені в Міністерстві України, сумісна робота з МОН України щодо розробки і затвердження стандартів.

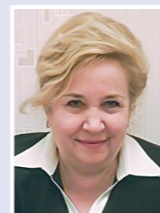
Потрібно розв'язати вкрай важливі фінансово-економічні проблеми — адже буде скорочено значну кількість посад лікарів-інтернів у різних закладах охорони здоров'я, відповідно, вагому частину фонду заробітної плати нішішніх лікарів-інтернів потрібно буде з місцевих бюджетів передати до Державного бюджету для виплати у ВНЗ статпендій майбутнім резидентам. У зв'язку зі збільшенням педагогічного навантаження на вузівські колективи буде потрібно змінити штатні розклади науково-педагогічного персоналу і відповідно збільшити фонд заробітної плати.

Можуть виникнути проблеми з фізичним забезпеченням резидентів робочими місцями на клінічних базах вищих навчальних закладів, адже вчителі майбутніх лікарів-спеціалістів треба лише біля ліжка хворого, шляхом постійного збільшення практичних навичок, які вони мусять поступово опанувати.

Досвід Литви, Латвії, Естонії, Молдови, Польщі, Словаччини і багатьох інших країн колишньої соціалістичної співдружності свідчить, що значні проблеми — складні, але їх можна розв'язати. Зрештою, «не святі горшки ліплять». А через розв'язання цих проблем вища школа в Україні отримає гарантії того, що скорочення переліку спеціальностей інтернатури до базових і впровадження резидентури з вузьких лікарських фахів неуможливить повторення проблем нішішньої інтернатури. Але не проводити радикальні реформи в післядипломній підготовці лікарів — означає назавжди подоготити «пасти задніх» у Європі, зупинитися в процесі поліпшення якості медичної допомоги населенню України.

Світлана ТЕРНОБА, «ВЗ»

### ТОЧКА ЗОРУ



**Надія ЛИТОВЧЕНКО, начальник юридичного відділу Донецького національного медичного університету ім. М. Горького**

**С**пробуємо з'ясувати, як такий лікар-інтерн, який його права та обов'язки, і що таке інтернатура — навчання чи робота?

Відповідно до ст. 53 Закону України «Про вищу освіту» — інтерни належать до осіб, які навчаються у вищих навчальних закладах. Спеціалізоване удосконалення освіти та професійної підготовки на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду належить до післядипломної освіти. У наказі МОЗ України №291 від 19.09.96 р. зі змінами, внесеними наказом МОЗ №47 від 07.02.2001 р., також зазначено, що інтернатура — обов'язкова форма післядипломної підготовки випускників. Інтернатуру як вид післядипломної освіти можна визначити так: це поєднання спеціалізації і стажування.

Тож на підставі вказаних документів можна говорити про те, що інтернатура — це навчання (післядипломне). Але як тоді пов'язати таке визначення з тим, що це проходження інтернатури зараховується до трудового стажу, лікарю-інтерну виплачується заробітна плата, з якої утримуються всі види податків, визначаються посадові обов'язки лікаря-інтерна, його зараховують до штату лікувального закладу, він повинен дотримуватися правил внутрішнього трудового розпорядку лікувальної установи, отримувати права та пільги, встановлені для медичних працівників цієї установи, виконувати свою посадову інструкцію, дотримуватися обов'язку відповідальності за свої дії на рівні з іншими лікарями? Виходить, що інтернатура — це трудова діяльність. В системі адміністративного управління лікар-інтерн підпорядковується керівництву базової лікувально-профілактичної установи, його безпосереднім керівником є завдувач відповідного відділення.

Тож вважаю за доцільне визначити, що інтернатура — це поєднання трудової діяльності з навчанням у вигляді стажування, оскільки лікар-інтерн знаходиться з лікувальним закладом у трудових відносинах, а не в цивільно-правових, тому у наказі №291 необхідно внести відповідні корективи і визначити статус лікаря-інтерна як працівника лікувального закладу. До речі, у довідку кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я є типова кваліфікаційна характеристика лікаря-інтерна, в якій бере участь у виконанні всіх видів лікарської діяльності, передбачених вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики. Лікар-інтерн — це стажер, який проходить післядипломне стажування для отримання права закінчення інтернатури права на самостійну роботу.

На жаль, до цього часу не визначено правовий статус лікаря-інтерна, який проходить курс підготовки в інтернаті за контрактною формою навчання, оскільки

Положення про інтернатуру, затверджене наказом МОЗ України, не містить відомостей про контрактну інтернатуру. Лікар-інтерн-контрактник — це по суті майже привид, оскільки він не має визначених прав і обов'язків, не перебуває у трудових відносинах з лікувальним закладом, де проходить основну частину стажування, тому його відсутність на базисі стажування можна не помічати. З іншого боку, в адміністрації лікувального закладу не існує важелів впливу на недобросовісних інтернів із числа контрактників. Якщо такий інтерн не зарахований до числа працівників закладу, він не може нести відповідальність за свою медичну діяльність. Це дуже прищеплює положення, оскільки не захищений на посаду лікар-інтерн не має права на медичну діяльність взагалі. Тож без визначення статусу інтерн-контрактника неможливо вимагати від нього добросовісного і належного ставлення до роботи, як і покладати на завдувача відділення лікувальної установи відповідальність за підготовку інтерна на етапі заочного навчання.

В існуючому Положенні про інтернатуру сказано, що лікар-інтерн повинен самостійно, під керівництвом свого безпосереднього керівника забезпечувати діагностичний і лікувальний процес, виконувати всі види діяльності, передбачені вимогами кваліфікаційної характеристики та індивідуальним навчальним планам підготовки лікарів (провізорів)-інтернів. Втім існує лише типова кваліфікаційна характеристика лікаря-інтерна, яка містить виключно загальні вимоги, тому і підстав для визначення конкретних вимог до роботи цього лікаря також не існує.

Відповідальність за виконання лікарями (провізорами)-інтернами індивідуальних навчальних планів проходження стажування під час заочної частини інтернатури повинно бути покладене на завдувачів профільних відділень лікувальних закладів для забезпечення повної та якісної підготовки інтерна.

В цілому, Положення про спеціалізацію (інтернатуру) необхідно переглянути з урахуванням вимог сьогодення, підготовка в інтернаті повинна проводитися за європейськими стандартами і має відповідати сучасному рівню медицини і медичної науки.



**Валерій КОНЄВ, кандидат медичних наук, Заслужений лікар України**

**Л**атинське «internus» означає «внутрішній», тобто інтерн — це молодий спеціаліст, який перебуває «всередині клініки» — працює в ній та одночасно вчиться. За радянських часів так було. Інтерн практично завжди працював у клініці, перебуваючи там і вдень, і вночі. З розпадом Союзу цей практику було втрачено. А от за кордоном інтерни безпосередньо живуть у медичних місцях при великих клініках. Так, у знаменитій аме-

риканській клініці Мейо, яка є еталоном і лікувальної, і навчальної бази, працює 2700 штатних лікарів та 3300 інтернів.

В медуніверситеті, якщо порівняти це з грою в шахи, студент вчиться лише ходити фігурами. А щоб зіграти партію, йому потрібно післати студентські лави працювати деякий час рядовим лікарем, після цього навчається в інтернаті і роками відточувати свою майстерність. Тобто до проходження інтернатури і вузької спеціалізації випускник медичного вишу має отримати базові знання та навички лікаря, пропрацювавши 1-3 роки в лікувальній установі. При цьому його знання, отримані у виші, «розкладаються по полицях».

Головна проблема нашої інтернатури — відсутність наставництва, важливість якого прописана ще у клятві Гіппократа. На жаль, довершеної практики наставництва в Україні сьогодні немає, слабо воно було розвинене й за радянських часів. А от за кордоном інститут наставництва дуже розвинений. І в медичних при клініці разом із інтернами живуть і їхні наставники, до яких інтерни можуть звертатися у будь-який час доби.

В інтернаті колишній студент має почернувати краще, тому проходить інтернатуру слід у найсучасніших клініках — потужних, багатопрофільних. Там він працюватиме з багатьма хворими, що даватиме велику практику, яка і буде гарантією того, що він під час самостійної роботи не потрапить у якусь занадто складну для нього клінічну ситуацію.

Фінансування освіти лікаря має бути загальнодержавною прерогативою — на рівні державної програми, оскільки медична освіта найвартішша (після фінансування підготовки пілотів). Молодий лікар також повинен мати можливість навчатися за кордоном. На жаль, в Україні зараз такої можливості немає — передує фінансової, або й через незнання іноземної мови. Тому в інтернаті слід обов'язково поглиблено вивчати англійську. А стимулом для цього послужить практика за кордоном з відраження кращих інтернів.

Інтерна треба готувати на випередження — на 10 років наперед (а не із запізненням на 50 років). А для цього він має навчатися на найновітнішому обладнанні. Приміром, майбутній хірург повинен обов'язково опанувати класичну загальну хірургію, але сьогодні з'явилася нова хірургія — лапароскопічна, яка є абсолютно іншою технологією і інструментами. Сьогодні загальна хірургія у світі вишла на рівень трансплантології. І надалі будуть з'являтися нові медичні технології. У Польщі, Хорватії, Словаччині, Угорщині, Австрії вже давно проводять лапароскопічні операції на підшлунковій залозі, шлунку, інших органах, трансплантацію внутрішніх органів (печінки, товстої та тонкої кишок, підшлункової залози). І це — рутинні операції, які не викликають здивування. В Україні ж хірургія в цілому утримується на рівні 80-90 років минулого століття, трохи проанувавши лише в окремих напрямках. Тож, готуючи нове покоління лікарів, ми повинні усвідомлювати, що нам треба надзгодити свої. Інакше й надалі пацієнти хатимуть оперуватися за кордо-