



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ДЕН СООГЛУК

Документ исследования политики

Оценка последипломного и непрерывного медицинского образования в Кыргызской Республике

Бишкек - 2013



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

РЕФЕРАТ

В 2005-2008 годах система здравоохранения Кыргызстана столкнулась с проблемой возрастающего оттока медицинских работников. Существующие механизмы распределения и привлечения молодых врачей в сельские и отдаленные регионы, включая повторное введение одногодичной интернатуры, оказались неэффективными. Кроме того, по мнению руководителей организаций здравоохранения из различных регионов страны, отмечается тенденция снижения качества медицинского образования, включая последипломный уровень, ослабление клинических навыков молодых врачей, особенно для оказания услуг в области неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, диабет и др.). В связи с этим, была проведена оценка последипломного и непрерывного медицинского образования в Кыргызской Республике с целью определения путей для дальнейшего улучшения его качества.

Авторы: Г.Мурзалиева (ЦАПЗ), А.Торобаева (АБ), А.Темиров (ЦАПЗ), А.Карипова (ЦАПЗ)

Запросы относительно публикаций Общественного Фонда «Центр анализа политики здравоохранения» следует направлять по адресу:

**ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»
Кыргызская Республика
Бишкек 720040
ул. Тоголок-Молдо, 1 (каб №№201,203,205)**

или по электронной почте: office@hpac.kg

Кроме того, информацию о Центре и подготовленные документы исследований политики, а также информационные обзоры и другие документы можно найти на вебсайте Центра анализа политики здравоохранения www.hpac.kg

Все права принадлежат Центру анализа политики здравоохранения. Документ может цитироваться со ссылкой на данный документ, но не для продажи или в коммерческих целях. Мнение и взгляды, выраженные в данном отчете, основаны на анализе данных, полученных в ходе проведенного исследования, и авторы не несут ответственность за любой ущерб, возникший в результате его использования.

Проведение исследования стало возможным благодаря финансовой помощи, предоставленной Швейцарским Посольством в Кыргызской Республике, и Проекту «Реформы медицинского образования в Кыргызской Республике». Сделанные выводы и их интерпретация в данном документе принадлежат команде, подготовившей отчет.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ	7
ГЛАВА 3. МЕТОДОЛОГИЯ	7
ГЛАВА 4. ОБЗОР СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КР	9
4.1. Организации, предоставляющие медицинское образование	9
4.2. Нормативная правовая база.....	13
4.3. Выводы	16
ГЛАВА 5. ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ИНТЕРНАТУРА И КЛИНИЧЕСКАЯ ОРДИНАТУРА.....	16
5.1. Характеристика отобранных клинических баз	16
5.2. Опыт предоставления последипломного образования на региональных клинических базах	19
5.3. Мнение о сильных и слабых сторонах интернатуры	20
5.4. Мнение о децентрализации практической части последипломного образования.....	24
5.5. Роль ОЗ, МСУ и МГА в создании условий для прохождения интернатуры и клинической ординатуры в регионах.....	25
5.6. Выводы.....	25
ГЛАВА 6. НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	27
ГЛАВА 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ.....	28
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	30

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Центр Анализа Политики Здравоохранения выражает особую благодарность руководителям Областных и Территориальных больниц, и Центров семейной медицины Иссык-Кульской, Таласской, Ошской и Баткенской областей, а также сотрудникам этих организаций за оказанную помощь в сборе данных и сотрудничество в ходе проведения исследования.

Кроме того, мы хотели бы выразить глубокую признательность специалистам, вошедшим в состав рабочей группы в рамках исследовательского проекта, за совместную плодотворную работу, ценные консультации, предоставление рекомендаций при разработке дизайна и инструментов исследования, за неоценимую помощь в сборе информации:

Исмаилов М.А.	- Начальник УОКРиМО МЗ КР
Уметалиева Н.Э.	- Зам.начальника УОКРиМО МЗ КР
Чубаков Т.Ч.	- Ректор КГМИПиПК
Тургунбаев Т.Э.	- Декан ФУВ КГМИПиПК
Субанбаева Г.М.	- Зав. отделом интернатуры, клинической ординатуры и аспирантуры КГМИПиПК
Бримкулов Н.Н.	- Проректор КГМА
Калиев Р.Р.	- Декан факультета последипломного ицинского образования КГМА
Давлеталиева Н.Э.	- Зав. сектором по последипломному образованию УУОиМР КГМА
Мамасаидов А.Т.	- Директор Южного филиала КГМИПиПК
Орозалиева Г.С.	- Менеджер ОО "Инициативы в медицинском образовании"

Проведение данного исследования и подготовка отчета стали возможными благодаря финансовой поддержке Швейцарского Посольства в Кыргызской Республике.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОП	Врач общей практики
КГМА	Кыргызская государственная медицинская академия
КГМИПИПК	Кыргызский медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
КРСУ	Кыргызско-Российский Славянский университет
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МГА	Местные государственные администрации
МСУ	Местное самоуправление
МВШМ	Международная высшая школа медицины
НПА	Нормативные правовые акты
НИИ	Научно-исследовательский институт
НЦ	Национальный центр
НЦКиТ	Национальный центр кардиологии и терапии
НЦОМид	Национальный центр охраны материнства и детства
НХЦ	Национальный хирургический центр
НИЦХСиТО	Научно-исследовательский центр хирургии сердца и трансплантации органов
БНИЦТО	Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
ООб	Областная объединенная больница
ОЦСМ	Областной центр семейной медицины
ОЗ	Организации здравоохранения
ОшГУ	Ошский Государственный университет
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
СМ	Семейная медицина
ТБ	Территориальная больница
ЦСМ	Центр семейной медицины
ФУВ	Факультет усовершенствования врачей

ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ

Начиная с 1996 года, в системе здравоохранения Кыргызской Республики активно проводятся реформы. Многие аспекты предыдущей системы были изменены, например, как финансирование здравоохранения, структура предоставления медицинской помощи, внедрение семейной медицины, и т.д., а также высшее медицинское образование (додипломный, последипломный и непрерывный уровни).

К настоящему времени последипломное образование в стране имеет следующие основные черты:

В 1998 году интернатура была заменена двухгодичной клинической ординатурой (для клинических дисциплин), которая предоставлялась только на центральном уровне в городе Бишкек на базе национальных / городских медицинских учреждений (больницы и ЦСМ);

Имеется несколько образовательных медицинских учреждений (институтов и различных национальных научно-исследовательских центров), предоставляющих последипломное образование на бюджетной и контрактной основах, иногда дублируя друг друга. Студенты чаще предпочитают такие специальности, как акушерство и гинекология, хирургия, кардиология, и гораздо реже такие направления, как семейная медицина, и др. Таким образом, в некоторых программах отмечается переизбыток обучающихся, а в других - их недостаток. Регулирование набора студентов по специальностям почти не учитывает фактические потребности системы здравоохранения;

С одной стороны, избыточное количество студентов в отдельных образовательных медицинских учреждениях/клинических базах г.Бишкек, с другой стороны – недостаточное их оснащение (недостаток учебных комнат, оборудования, пациентов и т.д.), обуславливают в конечном счете ситуацию, когда студенты не имеют соответствующих условий для прохождения клинической практики, что влияет на качество предоставляемых образовательных услуг;

Интенсивно обсуждался вопрос о клинических базах. МЗ КР было разработано Положение о Клинической базе. Однако некоторые аспекты этой проблемы не были решены в полной мере и, по-прежнему, существует необходимость в дальнейших улучшениях. Требуется изучение ситуации на текущий момент;

В 2005-2008 годах система здравоохранения Кыргызстана столкнулась с проблемой возрастающего оттока медицинских работников, молодые врачи, только что закончившие учебу, отказывались ехать в регионы, в связи с чем МЗ КР снова ввел одногодичную интернатуру, основной целью которой являлась децентрализация последипломной подготовки и заполнение вакансий на региональном уровне. Однако оценка данной меры не была проведена;

По мнению руководителей организаций здравоохранения из различных регионов страны, отмечается тенденция снижения качества медицинского образования, включая последипломный уровень, ослабление клинических навыков молодых врачей;

Общее количество выпускников на последипломном уровне и их дальнейшее трудоустройство в системе здравоохранения недостаточно мониторируется на национальном уровне (по специальностям, по регионам и т.д.);

Кроме того, МЗ КР и КГМА совместно и при поддержке Посольства Швейцарии в Кыргызской Республике проводят пересмотр системы медицинского образования на додипломном уровне и, соответственно, имеется необходимость в пересмотре последипломного образования с особым фокусом на предоставление клинической практики, как на до-, так и на последипломном уровнях;

Принимая во внимание, что Кыргызская Республика сталкивается с такими проблемами, как увеличение бремени неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, диабет и др.) и трудности в дальнейшем продвижении семейной медицины в Кыргызской Республике, имеется необходимость в оценке этих двух аспектов.

Таким образом, данное исследование поможет восполнить пробелы в информации для лучшего понимания текущей ситуации в области последипломного и непрерывного медицинского образования в стране, и разработать соответствующие рекомендации.

ГЛАВА 2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель

Проведение оценки последипломного и непрерывного медицинского образования в Кыргызской Республике с целью определения путей для дальнейшего улучшения его качества.

Задачи:

1. Анализ нормативных правовых актов в области последипломного и непрерывного медицинского образования;
2. Картирование образовательных медицинских учреждений / клинических баз по последипломному и непрерывному медицинскому образованию в КР;
3. Оценка потенциала отобранных клинических баз на региональном уровне;
4. Оценка сильных и слабых сторон интернатуры (одногодичной программы);
5. Оценка роли МСУ и МГА в реализации деятельности организаций здравоохранения, в том числе в качестве клинической базы;
6. Оценка факторов, влияющих на качество для непрерывного медицинского образования;
7. Разработка рекомендаций.

ГЛАВА 3. МЕТОДОЛОГИЯ

Шаг 1. Кабинетный анализ

- 1) Обзор статистической информации (МЗ КР, РМИЦ, КГМА, КГМИПиПК и другие образовательные учреждения, и т.д.);
- 2) Анализ вторичных источников информации (отчеты, оценки и др.);
- 3) Анализ нормативных правовых актов в области высшего медицинского образования, включая уровни последипломного и непрерывного медицинского образования.

Шаг 2. Разработка и пилотирование инструментов исследования. Для сбора количественной и качественной информации были разработаны и использованы следующие инструменты:

- 1) Анкеты для сбора данных на уровне учреждения (структура ОЗ, кадровый состав, основные показатели деятельности и др.);
- 2) Анкета для проведения глубинных интервью с заинтересованными сторонами и экспертами на национальном и областном уровнях;
- 3) Анкета для проведения полу-структурированных интервью с медицинским персоналом в отобранных медицинских учреждениях /клинических базах;
- 4) Анкета для проведения полу-структурированных интервью с представителями МГА и МСУ.

Шаг 3. Сбор данных

Отбор областей и клинических баз для визита

Для отбора областей и клинических баз для посещения предварительно была изучена деятельность всех ЦСМ и ТБ / ООБ на областном, городском и районном уровнях по таким показателям, как численность населения, количество посещений, число коек, уровень госпитализаций, число родов и операций, укомплектованность кадрами. В 28 из 52 районов и городов (за исключением г.Бишкек и Ош) ОЗ имели такой уровень показателей/деятельности, который мог бы удовлетворить требованиям клинической базы. Из 28 районов и городов решением рабочей группы для оценки ситуации были отобраны 15 областных, городских и районных организаций здравоохранения первичного и стационарного уровней в четырех регионах страны (Таблица 3.1.).

Таблица 3.1. Выборка областей и клинических баз

№	Область	Районы/город	ЦСМ	Стационар
1	Баткенская	г. Кызыл-Кия	1	1
2	Иссык-Кульская	г. Каракол (областной уровень)	1	1
		Джети-Огузский район	1	1
3	Ошская	г. Ош (областной уровень)	1	1
		Карасууйский район	1	1
		Ноокатский район	2	1
4	Таласская	г. Талас (областной уровень)	1	1
	Всего ОЗ		8	7

Данные по количеству проведенных интервью приведены в таблице 3.2.

Таблица 3.2. Количество интервью

№	Респондент	Количество интервью
1	Заинтересованные стороны и эксперты национального и областного уровней	Всего - 10
2	Медицинский персонал в отобранных организациях здравоохранения /клинических базах	Всего - 43
3	Полу-структурированные интервью с представителями МГА и МСУ	Всего - 4

Определенным ограничением при проведении сбора данных были его сроки (конец июля - середина августа 2013 года), которые пришлось на отпускной период в образовательных медицинских организациях, и из-за чего отдельные данные были собраны частично.

ГЛАВА 4. ОБЗОР СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КР

4.1. Организации, предоставляющие медицинское образование

Подготовку врачей на додипломном уровне осуществляют 6 ВУЗов (таблица 4.1.).

Таблица 4.1. Медицинские ВУЗы КР

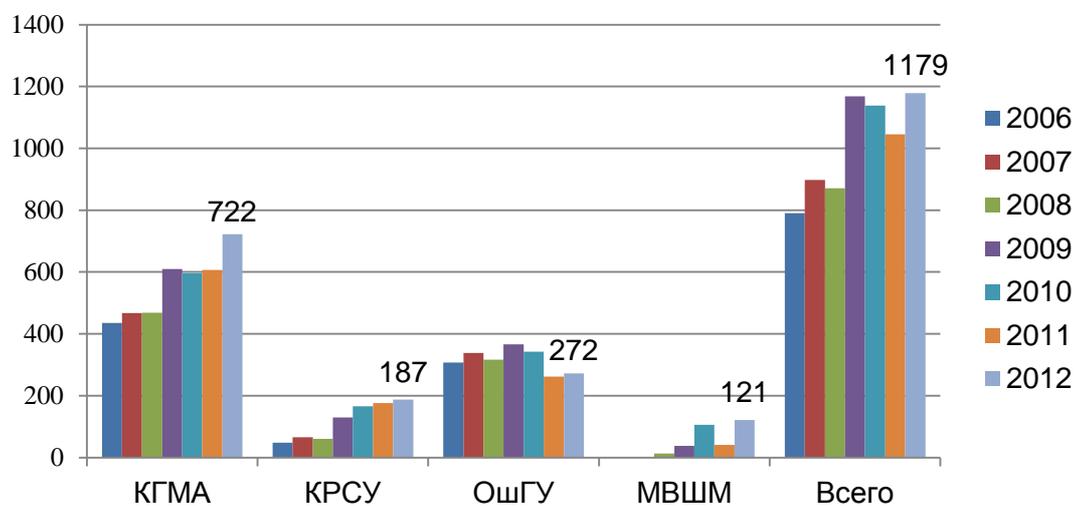
ВУЗ	Факультеты
КГМА	лечебный, педиатрический, общественное здравоохранение, фармацевтический, стоматологический, высшее сестринское образование
КРСУ	лечебный, педиатрический, стоматологический
ОшГУ	лечебный, педиатрический, стоматологический, медико- профилактическое дело
Международная Высшая школа медицины (МВШМ)	лечебный для стран Юго-Восточной Азии, преимущественно Индии и Пакистана
ЖАГУ *	лечебный, фармацевтический
Азиатский медицинский институт (АзМИ)*	лечебный для иностранных граждан, преимущественно Индии и Пакистана

Примечание: *ЖАГУ и АзМИ являются вновь открытыми учреждениями, выпуска еще не было;

Количество выпускников медицинских ВУЗов имеет тенденцию к ежегодному увеличению (Рисунок 4.1.), подготовка молодых врачей ориентирована на удовлетворение потребностей не только внутреннего (местного), но и внешнего рынка. Так, из выпуска 2012 года 28,9% являются иностранцами (337 из 1179 чел.), подавляющее большинство

выпускников обучались на контрактной основе (80,4% или 948 чел.), значительно меньше – по бюджетной форме обучения (19,6% или 231 чел.).

Рисунок 4.1. Подготовка медицинских и фармацевтических кадров по бюджетной и контрактной формам обучения, 2006-2012



Обучение в ВУЗах проводится на лечебном, педиатрическом, стоматологическом, фармацевтическом факультетах, факультетах по медико-профилактическому делу и высшему сестринскому образованию.

Последипломное обучение предоставляется ВУЗаами, национальными центрами (НЦ) и научно-исследовательскими институтами (НИИ), имеющих лицензию на реализацию программ клинической ординатуры и интернатуры (КГМА, КГМИПиПК, Южный филиал КГМИПиПК, КРСУ и 5 НЦ и НИИ). Данные по подготовке интернов и клинических ординаторов за период с 2008 по 2013 гг. приведены в таблицах 4.2. и 4.3.

Таблица 4.2. Подготовка клинических ординаторов, 2008-2013 гг.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
КГМА	170	62	66	80	116	189
КГМИПиПК	65	28	40	57	63	51
Южный филиал КГМИПиПК	238	72	72	60		95
КРСУ	73	90	78	110		120
НЦКиТ	13	15	11	11		15
НЦОМид	1	4	0	6		
НХЦ	4	3	5	12	17	17
НИЦХСиТО	0	4	3	3		
БНИЦТО	5	7	8	15	5	16
Всего	569	285	283	354	379	503*

*Примечание: *цифра не включает данные 2х НЦ и НИИ*

Таблица 4.3. Подготовка врачей-интернов, 2008-2013 гг.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
КГМА	137	144	149	211	162	156
КГМИПиПК	8	5	9	16	14	13
Южный филиал КГМИПиПК	224	167	125	102		98
КРСУ	0	0	48	56		61
Всего	369	316	331	385	365	328

При этом за период 2008-2013 гг. большая часть врачей-интернов и клинических ординаторов обучалась на контрактной основе (57,6-61,3% и 59,0-69,3% соответственно).

Подготовка среднего медицинского персонала осуществляется 14 медицинскими училищами во всех регионах страны по направлениям: сестринское дело, сестринское дело-массаж, лечебное дело, акушерское дело, лечебно-акушерское дело, стоматология ортопедическая, стоматология, медико-профилактическое дело и лабораторная диагностика. Общее количество подготовленных специалистов также имело тенденцию к ежегодному увеличению (Таблица 4.4.).

Таблица 4.4. Подготовка среднего медицинского персонала

Медицинское училище	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Бишкекское	347	572	516	382	536	616	365
Токмокское	100	120	128	137	170	214	315
Таласское	99	144	151	131	144	122	122
Карабалтинское	205	267	281	265	277	307	336
Караколское имени академика И.Ахунбаева	113	90	82	98	97	107	151
Нарынское	82	74	97	98	86	103	123
Кызылкийское	280	336	349	375	360	376	347
Джалалабадское	465	427	575	469	432	501	501
Майлусуйское	120	117	96	129	132	132	137
Ошское	300	340	350	358	360	349	337
Медучилище при КГМА	43	41	50	69	10	10	10
Медучилище при ОшГУ	139	232	232	512	458	617	633
Узгенское медучилище при ОшГУ	88	87	115	123	106	106	106
Медучилище при КУУ	118	508	303	320	374	385	395
Всего	2499	3355	3325	3466	3542	3945	3878

Во время визита в Ошскую область была получена информация об открытии нескольких частных учебных центров, где ведется 2х-месячная подготовка медицинских сестер-сиделок. На национальном уровне информации о количестве обученных и качестве обучения в данных центрах нет.

В настоящее время одной из основных проблем при предоставлении до- и последипломного образования в КР является слабая практическая подготовка обучающихся, связанная преимущественно с недостатком клинических баз. Так, 16 организаций здравоохранения г. Бишкек одновременно являются клиническими базами для четырех ВУЗов - КГМА, КГМИПиПК, КРСУ и МУК. Несмотря на недостаточное количество помещений, ограниченность коечного фонда в одних и тех же отделениях расположены однопрофильные кафедры указанных четырех ВУЗов. Например, на базе Национального госпиталя (НГ) это отделения офтальмологии, отоларингологии, терапевтическое отделение, отделение урологии и Клиника Ахунбаева.

Отмечается большая проходимость студентов, скученность, ограничен доступ студентов, интернов и клинических ординаторов к пациентам и проведению различных манипуляций во время прохождения практических занятий. Например, по данным 2012 года, по специальности «хирургия» на базе клиники И.К. Ахунбаева НГ проходили подготовку 36 клинических ординаторов и 1 врач – интерн (КГМА-18, КГМИПиПК-1, КРСУ-17, 1 врач-интерн); по специальности «урологии» на базе урологического центра НГ 44 клинических ординаторов (КГМА-13, КГМИПиПК-7, КРСУ–24) и 2 врача-интерна (КГМА); по

специальности «дерматовенерология» 24 клинических ординаторов (КГМА-4, КГМИПГК-2, КРСУ-18) и 4 врача-интерна (КГМА); по специальности «акушерство-гинекология» на базе Роддома №2 г. Бишкек 35 клинических ординаторов (КГМА-26, КРСУ-9) и 2 врача-интерна (КРСУ), всего 37 человек; на базе НЦО обучаются 47 клинических ординаторов (КГМА-20, КГМИПГК-7, КРСУ -20).

В связи со сложившейся ситуацией возникает необходимость решения вопроса о расширении использования возможностей региональных клинических баз.

4.2. Нормативная правовая база

Общий перечень нормативных правовых актов, регулирующих вопросы медицинского образования (высшее, среднее, до-, последипломное и непрерывное), включает 19 документов (Законы, Постановления Правительства, Приказы МЗ КР) (Приложение 1). Последипломное образование и процесс проведения клинической практики регламентируется следующими основными документами:

- **Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31.07.07. № 303 «О медицинском последипломном образовании в КР».** Данным Постановлением были утверждены Положения об интернатуре и ординатуре. **Однако в них не содержится четкого описания** (i) цели возврата к одногодичной специализации (интернатуре); (ii) каким образом теперь соотносятся между собой интернатура и клиническая ординатура, т.е. каковы принципиальные отличия двух видов специализаций: преимущества того или иного сертификата, например, при трудоустройстве, присвоении квалификационной категории, уровне заработной платы, влиянии на дальнейшую карьеру и т.д.; (iii) кем они являются по статусу в период прохождения специализации – обучающимися или работающими, не отмечено в какой должности они могут трудоустроиться.

Неясность в этом вопросе поддерживается *Перечнем медицинских специальностей*, по которым предусматривается прохождение интернатуры¹ (перечень меньше, но он практически идентичен с клинической ординатурой - каковы процедура и критерии отбора в этом случае?), и *условиями оплаты труда*², который также одинаков: «...Врачебному персоналу со средним профессиональным образованием, *врачам-интернам, врачам-ординаторам*, среднему медицинскому персоналу, не имеющему среднего профессионального образования, базовый оклад устанавливается на 10 процентов ниже базового оклада по должности».

Постановлением установлен норматив учебной нагрузки руководителей последипломного медицинского образования из расчета: интернатура - 1:5 (один преподаватель на пять обучающихся), клиническая ординатура - 1:4 по бюджетной и контрактной основе обучения. **Однако не указаны нормативы нагрузки для самих**

¹ Приказ МЗ КР №297 от 15.08.2007;

²(1)Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31.07.07. № 303, (2) Постановление Правительства Кыргызской Республики от 6 июня 2006 года N 411 "Об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики", и (3) Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики» от 26 мая 2011 года N 246;

интернов и клинических ординаторов (обучающийся: количество пациентов), что не позволяет адекватно оценивать пропускную способность клинической базы.

Также в большей части НПА прописан пункт, о том, что «...В период обучения врачи-интерны/клинические ординаторы, при необходимости, обеспечиваются организацией здравоохранения служебной жилой площадью...». На местах этот пункт не реализуется.

Эти же требования прописаны в трех-стороннем договоре³, который заключают выпускник, образовательное учреждение и ОЗ для обязательной отработки после окончания специализации. Однако идет взаимное невыполнение обязательств основной части пунктов данного Договора.

- **Приказ МЗ КР №297 от 15.08.2007** – содержит общий перечень **клинических баз** для интернатуры (251 организаций здравоохранения, включая ОЗ районного уровня *по всем регионам КР*) и клинической ординатуры (139 организаций здравоохранения КР, *частично включая* ОЗ районного уровня в Ошской, Жалалабадской и Баткенской областях).
- **Приказ МЗ КР №54 от 12.08.2008** – содержит информацию по распределению клинических баз по образовательным учреждениям (высшее и среднее) (таблица 4.5.).

Таблица 4.5. Распределение клинических баз

№	ВУЗы	Количество клинических баз	Комментарии
1	КГМА	99	Наряду с Республиканскими ОЗ, НЦ и НИИ, ОЗ городов Бишкек и Ош, областными ОЗ ООБ, ОЦСМ, узкоспециализированные учреждения, стоматологические поликлиники и областные отделы гос.сан-эпид службы), также включает ТБ и ЦСМ районного уровня в Ошской и Жалалабадской областях
2	КГМИПиПК	53	Только Республиканские ОЗ, НЦ и НИИ, ОЗ городов Бишкек и Ош, ООБ и ОЦСМ
3	КРСУ	40	Только Республиканские ОЗ, НЦ и НИИ, ОЗ городов Бишкек и Ош, ООБ и две частные* структуры (по направлениям: стоматология и акушерство-гинекология)
4	ОшГУ	32	Областные и городские ОЗ, расположенные на территории г.Ош и районные ТБ и ЦСМ Ошской области
5	МВШМ	16	Республиканские и городские стационары, расположенные на территории г.Бишкек, и только один ЦСМ (№7)
6	Южный филиал КГМИПиПК	50	Областные, городские и районные ОЗ (стационары, ЦСМ, центры гос.сан-эпид службы, стоматология и др.), расположенные в Ошской, Жалалабадской и Баткенской областях

Примечание: * Частные структуры разрешены законодательством КР

³ Приказ МЗ КР №297;

- **Постановление Правительства КР № 425 от 5 августа 2008 года** - Ведущая роль в регулировании взаимоотношений между образовательными учреждениями и клиническими базами отводится Министерству здравоохранения КР: утверждение типовой формы договора (по согласованию с Министерством образования), вопросы размещения кафедр, участие в разрешении споров.

Важным является положение, что «...в качестве клинических баз могут выступить ОЗ, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, которые оказывают различные виды медицинской помощи, имеют достаточный уровень материально-технического оснащения и кадровый потенциал...». В настоящее время есть примеры, когда часть интернов и клинических ординаторов (особенно по специальностям стоматология, акушерство-гинекология) проявляют инициативу, самостоятельно находя частные структуры для прохождения практики (*из интервью, г. Ош*).

Оговариваются задачи и организация работы клинических баз. Однако, как показывают данные проведенных интервью, утвержденные правила *соблюдаются не в полной мере* (особенно в ОЗ на территории г.Бишкек). На сегодняшний день ведущая роль кафедральных работников в деятельности ОЗ существенно ослабла, их доступ к пациентам и практике во многом ограничен и большей частью регулируется зав.отделениями самого ОЗ. Условия использования клинических баз разными ВУЗаи также отличается, что в большей мере зависит от возможностей ВУЗа и оговоренных условий в договорах (оплата коммунальных услуг, размер аренды, и др.).

- **Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики» от 26 мая 2011 года N 246.** Действующим законодательством в период прохождения специализации⁴ предусматривается оплата труда и интернам/клиническим ординаторам, и их клиническим руководителям: «...Руководителям врачей-интернов/клинических ординаторов в организациях здравоохранения повышается должностной оклад на 10 процентов...». Но на практике это не осуществляется по нескольким причинам: (i) ни в одном документе не оговаривается в должности кого интерны и клинические ординаторы могут трудоустроиваться в ОЗ (например, средний медицинский работник, фельдшер, лаборант и т.д.), т.к. в качестве врача по избранной специальности интерны и клинические ординаторы могут начать работать только при наличии «...диплома о высшем медицинском образовании и сертификата (удостоверения) последипломного образования...»⁵; (ii) для осуществления оплаты интернам и клиническим ординаторам и их клиническим руководителям организации здравоохранения должны *заранее* предусмотреть дополнительные средства в годовом бюджете. Для этого ОЗ должны располагать точным планом приема/распределения интернов/ординаторов. Поскольку их количество в течение года варьирует (в зависимости от общего набора и набора по определенным специальностям в текущий год, от циклов учебной

⁴(1) см. также Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31.07.07. № 303, и (2) Постановление Правительства Кыргызской Республики от 6 июня 2006 года N 411 "Об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики";

программы и т.д.), то планирование средств на практике выполнить сложно, особенно учитывая, что формирование бюджета идет по календарному, а не по учебному году.

4.3. Выводы

- Деятельность ВУЗов КР ориентирована на удовлетворение потребностей не только внутреннего, но и внешнего рынка. Поскольку подготовка медицинских кадров в КР имеет тенденцию к ежегодному увеличению, то на сегодняшний день остро встал вопрос о нехватке клинических баз и обеспечения качества предоставляемого образования, особенно в части приобретения практических навыков;
- Действующее законодательство по вопросам образования не содержит каких-либо ограничений для дальнейшей децентрализации обучения практическим навыкам в интернатуре и клинической ординатуре, т.к. большая часть ОЗ областного и районного уровней включены в утвержденный список клинических баз;
- Имеются некоторые несоответствия между Приказами №297 и 54, например перечень клинических баз для прохождения интернатуры в первом Приказе гораздо шире, чем во втором. Кроме того, часть организаций были реорганизованы и изменили название, что требует обновление перечней;
- *Косвенными препятствиями* для децентрализации могут явиться вопросы финансирования и создания условий: (i) НПА предусматривает оплату для клинических руководителей и интернов/клинических ординаторов, однако предусмотренные механизмы оплаты оказались неэффективными, не работают на практике и требуют дополнительной проработки (статус интернов/ординаторов, больше внимание вопросам планирования и коммуникации между ВУЗами и ОЗ, планирование бюджета); (ii) НПА обязывает руководителей клинических баз и МСУ/МГА создавать условия для прохождения обучения (жилье, льготы, выделение земельных участков и т.д.). Но на практике реализация этих положений не происходит; (iii) в НПА отсутствуют нормативы нагрузки для интернов/ординаторов (количество пациентов на одного обучающегося), что затрудняет оценку пропускной способности клинических баз;
- Взаимоотношения ВУЗов и ОЗ регулируются договорными отношениями. Сохраняющиеся в течение длительного времени спорные вопросы свидетельствуют о необходимости пересмотра Типового Договора с целью обеспечения равных условий для всех ВУЗов и учета пропускной способности клинических баз;
- Ведущая роль в регулировании взаимоотношений между образовательными учреждениями и клиническими базами отводится Министерству здравоохранения КР.

ГЛАВА 5. ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ИНТЕРНАТУРА И КЛИНИЧЕСКАЯ ОРДИНАТУРА

5.1. Характеристика отобранных клинических баз

В рамках данного исследования была изучена деятельность, инфраструктура, оснащение 8 ЦСМ и 7 стационаров в четырех областях страны с целью оценки их потенциала в качестве клинических баз. Основные характеристики деятельности ЦСМ (показатели №1-2) и ТБ/ООБ (показатели №3-6) приведены в таблице 5.1.

⁵ Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31.07.07. № 303

Таблица 5.1. Характеристика отобранных организаций здравоохранения

	Область	Баткен	Иссык-Куль			Ош			Талас
№	Район/город	г.Кызыл-Кия	г.Каракол	Жети-Огуз	г.Ош	Кара-Суу	Ноокат	Алай	г.Талас
1	Среднегодовая численность нас., тыс.чел.	45,9	69,7	84,3	258,1	366,7	250,9	76,4	33,8
2	Число посещений на ПМСП, всего, из них:	230856	382638	192165	1298854	1093562	656762	134340	127969
	амбулаторный прием	179241	328645	128052	1011966	746547	534670	108144	98626
	на дому	14105	34673	26234	132672	300142	50798	13413	16365
3	Число коек	510	487	110	952	400	605	190	275
4	Число госпитализаций	20130	21777	4579	59733	26260	28582	7281	15377
5	Число родов	2512	3116	1169	5118	7729	5877	1368	2720
6	Число хир. операций, всего, из них:	3349	4597	643	17883	4493	2619	1148	1830
	акушерских	752	922	297	2070	674	733	399	713
	гинекологических	105	929	189	1086	1089	67	302	165

Как видно из приведенных данных, наиболее активно населением используются организации здравоохранения областного уровня (города Каракол, Ош и Талас), а из районных ОЗ – это ЦСМ и ТБ в Ошской области (Кара-Суу, Ноокат). Наименьший уровень активностей (число посещений, госпитализаций, родов, операций) отмечен в Жети-Огузском районе, хотя по численности населения, мощности коечного фонда и т.д. он сопоставим с Алайским районом.

Эти различия в использовании услуг ЦСМ и ТБ обуславливаются различиями в имеющейся инфраструктуре, оснащении лабораторно-диагностическим оборудованием, а также укомплектованности квалифицированным врачебным персоналом.

Следует отметить, что перечень выполняемых клинических, биохимических, бактериологических, серологических/иммунологических тестов, а также доступность ЭКГ, УЗ-исследований в ОЗ на районном и областном уровнях практически одинаков, на областном уровне перечень проводимых тестов расширяется за счет серологических/иммунологических и цитологических тестов. Такие методы обследования, как ЭхоКГ, эндоскопические (ректороманоскопия, фиброгастроскопия, бронхоскопия, взятие материала на биопсию и др.) проводятся обычно только на областном уровне.

В отношении укомплектованности квалифицированным врачебным персоналом ситуация значительно варьирует (таблица 5.2.).

Таблица 5.2. Характеристика работающего персонала отобранных клинических баз

№	Область Район/город	Баткен	Иссык-Куль		Ош			Талас	
		г. Кызыл- Кия	г. Каракол	Жети- Огуз	г. Ош	Кара- Суу	Ноокат	Алай	г. Талас
1	Штаты ЦСМ, врачи, всего	68,5	128,75	64,25	537,75	259,25	218,75	67,25	72
	занятые	69	118	55	397	230	174	49,75	57
	физ.лица	65	109	41	339	185	136	35	38
	Коэффициент совместительства	1,1	1,1	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5
2	Штаты стационаров, врачи, всего	112,25	159,25	37,25	257,25	160,25	124,5	61,5	118,75
	занятые	112,25	158,25	23,75	255,75	154,75	120,75	53,75	118,75
	физ. лица	96	105	17	215	150	79	26	60
	Коэффициент совместительства	1,2	1,5	1,4	1,2	1,00	1,5	2,1	2,0
3	Повышение квалификации, врачи, %	13,6	20,9	2,9	16,2	21,9	28,8	26,2	61,6
4	Повышение квалификации, средние, %	9,7	14,8	46,1	9,9	24,5	18,3	13	43,2
5	Работающие пенсионеры, врачи, %	10,4	26,5	43,5	11,2	2,3	10,7	32,3	22,4
6	Работающие пенсионеры, средние, %	6,7	15,4	8,5	5,4	2,9	7,3	18,8	6,3

Примечание: Показатели № 3-6 указаны в целом для ЦСМ и стационаров в процентах к общему числу персонала.

В половине отобранных ЦСМ и ТБ/ООБ отмечен высокий коэффициент совместительства (1,3-2,1), а также высокий процент работающих пенсионеров (22,4 – 43,5%), которые преимущественно уже не проходят курсов повышения квалификации. Эти обстоятельства оказывают значительное влияние на возможность ОЗ функционировать полноценно в качестве клинической базы для образовательных учреждений.

5.2. Опыт предоставления последипломного образования на региональных клинических базах

На уровне каждого ЦСМ и ТБ/ООБ были опрошены руководители, заведующие отделениями или сотрудники отделений, задействованные в образовательном процессе. На основании опроса респондентов была получена информация об организации учебного процесса и имеющихся проблемах.

Набор и распределение. Каждое государственное образовательное учреждение обычно имеет план набора интернов и клинических ординаторов с контрольными цифрами, который определен МЗ КР. Однако на практике набор интернов и клинических ординаторов по различным специальностям больше зависит от количества желающих и не привязан к плану или возможностям клинических баз. В связи с этим количество обучающихся по определенным специальностям может значительно варьировать по годам и клиническим базам. Наиболее часто выбирают направления акушерство-гинекология, хирургические специальности, стоматология. На попытки переориентировать будущего интерна или клинического ординатора на другие специальности, где отмечается дефицит специалистов и повсеместно имеются вакансии, встречаются такие аргументы, как «в дальнейшем я буду работать в частной организации», «планирую уехать за пределы страны», др. Будущие стоматологи чаще сами подбирают себе организацию для прохождения обучения (как правило, частная структура).

Клиническое руководство и оплата. В г.Бишкек ответственность за клиническое руководство несет ответственное образовательное учреждение без особого вовлечения самого ОЗ. В регионах клинический руководитель определяется из числа сотрудников ОЗ. В функции клинического руководителя входит распределение обучающихся по специалистам/кабинетам/отделениям, контроль посещаемости и т.д. При этом клинический руководитель и практические врачи, задействованные в обучающем процессе, не оплачиваются, или оплачиваются частично (0,25-0,5 ставки) самим образовательным учреждением (ситуация в разных регионах разная). Многие из них не имеют опыта преподавания или какой-либо специализации в области педагогики.

Слабая связь между клинической базой и образовательным учреждением. Клинический руководитель и сотрудники клинических баз в основном плохо осведомлены об учебной программе, требованиях, графике обучения интернов и клинических ординаторов, не всегда имеют полные списки обучающихся к началу учебного года. Некоторые интерны и клинические ординаторы начинают обучение с опозданием на 1-2 месяца. На практике имеется недостаток клинических руководителей, когда фактическое соотношение превышает норматив в несколько раз.

Качество обучения. Говоря о качестве последипломного образования, многие респонденты отметили, что одним из факторов обуславливающих трудности в обучении является слабая базовая подготовка. Например, практически повсеместно был отмечен низкий уровень базовых знаний и навыков у выпускников ОШГУ («...нет знаний по анатомии, патофизиологии и др.», «...не могут заполнять истории болезни, писать эпикризы», «...не может отличить рентген – снимки плеча и предплечья» и др.). В связи с этим время для прохождения определенного модуля затрачивается на частичное восполнение недостатка знаний, идет неполное усвоение запланированного учебного материала. Многие специалисты не мотивированы вкладываться в обучающий процесс

поскольку нет соответствующего вознаграждения. В целом руководители ОЗ и отделений отметили слабую дисциплину интернов и клинических ординаторов и слабый контроль за посещениями занятий со стороны образовательных учреждений, отметили низкую заинтересованность и мотивацию к обучению среди обучающихся.

Оценка обучающихся. Работа интернов и клинических ординаторов не оплачивается, обучение в основном платное. Контроль полученных знаний и навыков осуществляется 1 раз в полгода. В случаях, когда будущий интерн или клинический ординатор для прохождения обучения выбирает ОЗ в отдаленном районе, ему выписывается направление и он сдает экзамены чаще только по итогам года.

5.3. Мнение о сильных и слабых сторонах интернатуры

Интернатура или одногодичная специализация была введена в 2007 году⁶ в качестве одной из мер по улучшению обеспечения молодыми врачебными кадрами ОЗ регионов, особенно в сельской местности, включая ПМСП. Предполагалось, что сокращение общего срока обучения и прохождение ее на региональных клинических базах будут способствовать закреплению молодых специалистов на местах.

Следует отметить, что с момента введения интернатуры основная часть врачей-интернов КГМА и КГМИПиПК все равно проходила обучение в г.Бишкек. Так, в 2013 году на региональных клинических базах обучалось только 15,2% врачей-интернов КГМА (таблица 5.3.) и 100% врачей-интернов КГМИПиПК.

Таблица 5.3. Распределение врачей-интернов КГМА по клиническим базам, 2012-2013

КГМА	Общее количество интернов	Клинические базы г.Бишкек	Клинические базы в регионах
Лечебное дело	50	33	17
Медико-профилактическое дело	22	14	8
Педиатрия	3	3	0
Стоматология	89	89	0
Всего	164 (100%)	139 (84,5%)	25 (15,2%)

Примечание: Данные на 01.01.2013 год

Аналогичная ситуация сохраняется и по трудоустройству. Так, например, только 24,6% выпускников интернатуры КГМИПиПК продолжили свою трудовую деятельность в регионах (таблица 5.4.). Если принимать во внимание только **бюджетных** врачей-интернов и клинических ординаторов, то ситуация по трудоустройству в регионах выглядит более благоприятной (на примере КГМА, таблица 5.5.).

⁶ Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31.07.07. № 303 «О медицинском последипломном образовании в КР»

Таблица 5.4. Трудоустройство врачей-интернов КГМИПиПК

Год выпуска	Всего	Бишкек	Регионы	За пределы республики
2008	8	2	н/д	1
2009	5	2	2	1
2010	9	7	2	0
2011*	16	6	5	2
2012*	14	8	4	1
2013*	13	6	3	1
Всего	65 (100%)	31 (47,7%)	16 (24,6%)	6 (9,2%)

*Примечание: * - Часть данных недоступна*

Таблица 5.5. Трудоустройство врачей-интернов и клинических ординаторов КГМА

	2008	2009	2010	2011	2012
ВЫПУСК, всего	170	206	215	291	278
В т.ч. Бюджет	123	92	82	99	77
Баткен	8	10	11	4	10
Жалалабат	6	4	12	8	8
Ош	11	11	6	7	4
Нарын	3	1	0	3	2
Талас	2	1	5	4	3
Ыссыккуль	8	3	5	6	6
Чуй	42	22	12	15	12
ИТОГО в регионах	80 (65%)	52 (57%)	56 (68%)	47 (47%)	45 (58%)
Бишкек	43	40	26	52	32

Кроме того, данные проведенных интервью показали, что (i) большая часть опрошенных не осведомлены о целях введения интернатуры, воспринимают интернов как «будущих практических врачей», а клинических ординаторов – как «будущих научных работников», прозвучало мнение, что «...в интернатуру идут с целью экономии средств на обучение...»; (ii) общим мнением было, что одного года недостаточно для подготовки врача, способного в дальнейшем работать самостоятельно. Было отмечено, что после окончания интернатуры часть выпускников вынуждены возвращаться и проходить первичную специализацию; (iii) прозвучало предложение усилить контроль за качеством обучения на додипломном уровне.

Как известно, одним из основных направлений реформирования здравоохранения в Кыргызстане было укрепление ПМСП и развитие семейной медицины. В период реализации программы «Манас» (1996-2005 гг.) были достигнуты определенные успехи: увеличение доли финансирования ПМСП, разработка учебных программ, переобучение имеющегося врачебного и сестринского персонала, изменение содержания практики и др. Были введены клиническая ординатура и интернатура по специальности «Семейная медицина». Предполагалось, что состав семейных врачей будет непрерывно пополняться. Однако престиж семейной медицины в силу многих причин продолжает

падать, идет отток кадров с уровня ПМСП, особенно в сельских регионах, количество желающих обучиться по специальности «Семейная медицина» также ежегодно уменьшается, несмотря на то, что МЗ КР выделяется от 15 до 40 бюджетных мест в год⁷ (таблица 5.3.). Введение интернатуры в этом смысле также не оказала влияния на ситуацию, студенты по-прежнему продолжают преимущественно выбирать для обучения специальности узкого профиля.

Таблица 5.3. Количество интернов и клинических ординаторов, обученных по специальности «Семейная медицина», 2009-2013 гг.

№	ВУЗ	2009	2010	2011	2012	2013
1	КГМА	16	4	10	7	0
2	КГМИПипК	0	4	7	4	0
	Всего	16	8	17	11	0

Были изучены также учебные программы по специальности «ВОП» (интернатура, клиническая ординатура, программы для врачей и медицинских сестер). Ниже (в качестве примера) приводится структура учебной плана подготовки врачей-интерна (Рисунки 5.1.и 5.2.).

⁷ Проект Концепции последипломного и непрерывного медицинского образования Кыргызской Республики.

Рисунок 5.1. Распределение часов по дисциплинам

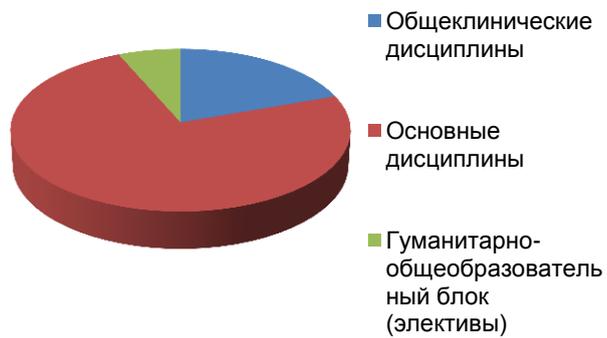
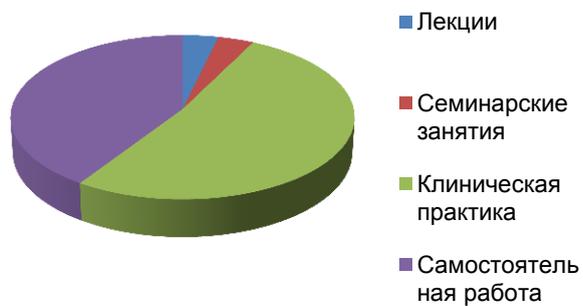


Рисунок 5.2. Распределение часов



Анализ предыдущих лет показывает, что подготовка по «Семейной медицине» проводилась в основном на клинических базах городов Бишкек и Ош, где модель семейной практики не прижилась и не работает. Несмотря на то, что учебная программа содержит достаточное количество практических часов, интерны и клинические ординаторы проходили практику в стационарах третичного уровня (особенно в г.Бишкек), а на амбулаторном уровне – по узким специалистам, т.е. не имели возможности составить полную модель работы «семейного врача».

По мнению респондентов, высокая нагрузка, большое количество бумажной работы и низкая заработная плата являются причинами низкого престижа данной специальности («...необходимо максимально сократить объем бумажной работы, что можно – автоматизировать, улучшить оснащение на ПМСП, т.е. сделать работу более привлекательной для молодежи..»)

5.4. Мнение о децентрализации практической части последипломного образования

Во всех ОЗ, отобранных для посещения, а также на национальном уровне было получено мнение респондентов о возможности дальнейшей децентрализации практической части обучения в интернатуре и клинической ординатуре. Мнения разделились.

Большая часть опрошенных положительно отнеслась к данной идее:

- Считают, что многие ОЗ районного уровня, особенно районы с большой численностью населения, имеют достаточный уровень оснащения и кадровый потенциал для выполнения функции клинической базы (например, ТБ Кара-Сууйского района);
- Руководители и заведующие отделениями в районных стационарах отметили, что могут принять от 2 до 4 интернов и клинических ординаторов в каждое отделение (акушерство-гинекология, хирургия, общая соматика и др.);

Из числа тех, кто выразил сомнения, привели следующие аргументы:

- Низкий профессиональный уровень и потенциал кадров на районном уровне. Было отмечено, что одним из основных препятствий может явиться недостаток квалифицированного персонала, обладающего педагогическими навыками и способного взять на себя функции клинического руководителя;
- Кроме того, было высказаны мнения, что ограниченный перечень активностей и манипуляций в регионах (например, хирургических операций) может привести к дальнейшему ухудшению качества обучения;
- В ЦСМ районного уровня было отмечено, что они *«могут обеспечить прохождение практических занятий, но теоретическую часть интерны и клинические ординаторы должны получать в г.Бишкек или Ош, т.к. у нас тех, кто мог бы преподавать...»*;
- Значительно меньше беспокойств было выражено в отношении соответствия требованиям, предъявляемым к клиническим базам в отношении инфраструктуры и оснащенности лабораторно-диагностическим оборудованием.

Всеми респондентами были озвучены такие проблемы, как (i) обеспечение жильем обучающихся и (ii) подготовка клинических руководителей и предоставление им оплаты и, при необходимости, командировочных.

5.5. Роль ОЗ, МСУ и МГА в создании условий для прохождения интернатуры и клинической ординатуры в регионах

На основании опроса руководителей ОЗ и представителей МСУ и МГА были получены следующие результаты.

Мнение руководителей ОЗ:

- В Таласской области выразили готовность в предоставлении жилья для интернов/ординаторов и молодых врачей и другого обеспечения при условии наличия Приказа со стороны МЗ КР;
- В Ноокатском районе Ошской области руководители всех опрошенных учреждений отметили, что могут содействовать в решении вопроса жилья;
- В городе Каракол в Иссык-Кульской области отметили, что имеются неиспользуемые помещения, которые можно переоборудовать под общежитие, нужна небольшая помощь в ремонте, но коммунальные услуги больница могла бы взять на себя.

Мнение представителей МСУ и МГА:

Проведенный опрос среди представителей МСУ и МГА (областной и районный уровни) показал, что в целом возможности местных органов власти небольшие, что связано с ограниченным бюджетом (например, многие районы Ошской области находятся на дотации). Но везде есть озабоченность по поводу обеспечения кадрами и качества услуг. На сегодняшний день содействие местных органов власти заключается в оказании помощи местным ОЗ в решении проблем хозяйственного характера (текущий ремонт, и др.). В разных регионах возможности разные, например:

- В Карасуйском районе Ошской области отметили, что жилье является проблемой, ежемесячная аренда дорогая (до 5000 сом, около 100 USD) из-за близкой расположенности большого торгового рынка. Опыта помощи для работников здравоохранения у них нет, но есть примеры, когда они поддержали молодых учителей (10 000 сом (около 200 USD) в качестве однократной помощи, выделение земельного участка);
- В городе Кызыл-Кия отметили, что жилищный вопрос решить не могут.

В целом в настоящее время распространена практика, когда для прохождения интернатуры/ординатуры в регионах приезжают в основном те, у кого там есть семьи и условия для проживания.

5.6. Выводы

- Потенциал клинических баз варьирует. Более подготовленными в плане оснащения кадрами и оборудованием являются областные ОЗ. Но как областные, так и выборочно районные ОЗ нуждаются в подготовке и усилении потенциала преподавательского состава;
- Изучение текущей ситуации по предоставлению последипломного образования на региональных базах выявило наличие организационных проблем: недостаток в планировании и контроле за учебным процессом, слабая связь образовательного учреждения с клиническими базами, нарушения дисциплины и низкая

заинтересованность со стороны обучающихся, нерешенность вопроса адекватной оплаты клинического руководства и др.;

- По мнению опрошенных специалистов одного года для качественной подготовки молодых врачей недостаточно (исключение могут составить отдельные теоретические дисциплины). Введение интернатуры не имело особого влияния на увеличение трудоустройства в регионах, включая ПМСП;
- Возможное расширение децентрализации практической части последипломного образования была поддержана большей частью респондентов. Необходимы целенаправленные инициативы, обсуждения и совместная с МСУ и МГА разработка разных механизмов по созданию условий (жилье, оплата) для прохождения молодыми специалистами в регионах специализации, закрепление их на законодательном уровне, т.к. на местах все же имеются неиспользованные возможности;
- Кроме того, следует отметить, что на национальном уровне **нет каких-либо официальных отчетных статистических форм**, требующих от ВУЗов, НЦ и НИИ предоставление на ежегодной основе информации **по интернатуре и клинической ординатуре** (количество, специальность, контракт/бюджет, граждане КР/иностранцы, граждане, место прохождения и трудоустройство). Эти данные обычно предоставляются по мере необходимости и только по запросу МЗ КР.

ГЛАВА 6. НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

В ходе опроса респондентам также были заданы вопросы о непрерывном образовании для врачей и медицинских сестер. В отношении качества обучения и существующих проблем были получены следующие мнения:

- **Качество и возможности обучения в областных учебных центрах считают ограниченными**, из-за чего нет возможности обрести реальное повышение квалификации. Результаты опроса работающих специалистов на областном и районном уровнях показывают, что предпочтительным местом для прохождения повышения квалификации они считают город Бишкек или, при наличии возможности – выезд за пределы республики;
- **Большая часть специалистов считают, что непрерывное образование врачей необходимо концентрировать в г.Бишкек**, но согласны и поддерживают идею децентрализации интернатуры/ординатуры с прохождением ее в областных и районных ОЗ;
- **Существуют финансовые ограничения при предоставлении курсов по непрерывному повышению квалификации**. Обучение оплачивается из средств государственного бюджета, но чаще – за счет личных средств врачей или в рамках реализации проектов международных донорских организаций;
- **Качество прохождения практики при обучении медицинских сестер остается низким**, по мнению специалистов, трехгодичная учебная программа содержит достаточное количество практических часов, но по завершении обучения выпускники практически не имеют практических навыков. Это происходит по нескольким причинам: (i) загруженность клинических баз (особенно г.Бишкек); (ii) преподавателями являются врачи, а не специалисты сестринского дела; (iii) ограничения в НПА – на уровне предоставления непрерывного образования нет пункта, разрешающего допуск опытных/квалифицированных специалистов сестринского дела к обучающему процессу (для додипломного разрешения есть);
- **Остается неясность в отношении ниши в практическом здравоохранении для медицинских сестер с высшим образованием**. Большим пробелом, по мнению специалистов, является факт, что учебная программа по высшему сестринскому делу также преподается врачами, а не медицинскими сестрами;
- **В стране имеется наработанный опыт по внедрению «сестринского процесса»** (на основе пилота в Нарынской области), разработаны все необходимые нормативные положения и рекомендации. Однако этот опыт не находит своего распространения в стране. Необходимо поддержка со стороны МЗ КР и законодательное закрепление данной инициативы, что внесло бы вклад в повышение качества обучения в медицинских колледжах.

Таким образом, несмотря на то, что учебные программы по непрерывному образованию постоянно дорабатываются с выделением достаточного количества часов на практическую работу (приложение 3), качество обучения, содержание программ и формы предоставления непрерывного образования требуют дальнейшего совершенствования.

ГЛАВА 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

В целом следует заключить, что большинство действующих ныне НПА, регламентирующих последипломное обучение, устарели и не соответствуют требованиям сегодняшнего дня. Они не взаимосвязаны с истинной потребностью в кадрах, наличием материально-технической базы для обучения, современными требованиями к качеству обучения. Фактически само их несовершенство и ориентация на подготовку все большего количества врачей узких специальностей являются барьером для дальнейшей децентрализации. Большинство НПА, особенно узковедомственных, требуют глубокой переработки в соответствии с вновь разрабатываемой «Концепцией реформирования последипломного и непрерывного высшего медицинского образования в Кыргызстане». При этом приоритет должен быть отдан подготовке врача общей практики и на первый план должны выйти требования повышения качества подготовки, а не увеличение количества подготовленных специалистов, особенно по узким специальностям.

Действующее законодательство по вопросам образования формально не содержит каких-либо ограничений для дальнейшей децентрализации обучения практическим навыкам в интернатуре и клинической ординатуре, т.к. большая часть ОЗ областного и районного уровней включены в утвержденный список клинических баз. ***Косвенными препятствиями для децентрализации могут явиться вопросы финансирования и создания условий:*** НПА предусматривает оплату для клинических руководителей и интернов/клинических ординаторов, однако предусмотренные механизмы оплаты оказались неэффективными, не работают на практике и требуют дополнительной проработки (статус интернов/ординаторов, налаживание коммуникации между ВУЗами и ОЗ по вопросам планирования, планирование бюджета). НПА обязывает руководителей клинических баз и МСУ/МГА создавать условия для прохождения обучения (жилье, льготы, выделение земельных участков и т.д.). Но на практике реализация этих положений также не происходит. Нет нормативов нагрузок для самих интернов и клинических ординаторов (обучающийся : количество пациентов), что не позволяет адекватно оценивать пропускную способность клинической базы. Потенциал клинических баз варьирует, но как областные, так и выборочно районные ОЗ нуждаются в подготовке и усилении потенциала преподавательского состава.

По мнению опрошенных специалистов одного года для качественной подготовки молодых врачей недостаточно (исключение могут составить отдельные теоретические дисциплины). После прохождения интернатуры, многим приходится возвращаться и дополнительно проходить первичную специализацию по избранной специальности.

Необходимы целенаправленные инициативы, обсуждения и совместная с МСУ и МГА разработка разных механизмов по созданию условий (жилье, оплата) для прохождения молодыми специалистами в регионах специализации, закрепление их на законодательном уровне, т.к. на местах все же имеются неиспользованные возможности.

Качество обучения, содержание программ и формы предоставления непрерывного медицинского образования также требуют совершенствования.

Принимая во внимание актуальность вопросов планирования, распределения и трудоустройства выпускников интернатуры и клинической ординатуры.

На национальном уровне отсутствует регулярный сбор детальной информации по выпускникам интернатуры и клинической ординатуры, который отражался бы в официальных статистических формах. Информация доступна только по запросу МЗ КР.

Рекомендации

Нормативные правовые акты

Необходим пересмотр действующих НПА с целью:

- Более четкого определения целей и различий интернатуры и клинической ординатуры;
- Разработки нормативов учебной нагрузки интернов и клинических ординаторов (обучающийся : количество больных);
- Разработки и утверждения эффективных механизмов оплаты труда клинических руководителей и интернов/клинических ординаторов;
- Разработки механизмов по дополнительному финансированию ОЗ, являющихся клиническими базами;
- Совершенствование Типового Договора, заключаемого между ВУЗом и ОЗ, и решение вопроса по перераспределению клинических баз между ВУЗами с учетом их пропускной способности;
- Решения других противоречий, препятствующих качественному предоставлению непрерывного образования для врачей и медицинских сестер;

Последипломное образование

- Упорядочение процесса отбора, распределения и оценки при прохождении интернатуры и клинической ординатуры;
- Дальнейшего укрепления потенциала отобранных клинических баз для прохождения интернатуры и клинической ординатуры, прежде всего на областном уровне (подготовка ППС, помещения, учебные материалы);
- Решения вопроса по изысканию возможностей для создания жилищных условий на период прохождения последипломного образования;
- Доработка Концепции развития последипломного образования в Кыргызской Республике;
- Принимая во внимание актуальность вопросов планирования, распределения и трудоустройства выпускников интернатуры и клинической ординатуры рекомендуется наладить сбор ежегодной официальной статистической информации от ВУЗов, НЦ и НИИ, вовлеченных в образовательный процесс.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Перечень нормативных правовых актов по медицинскому до- и последипломному образованию

Основные НПА по медицинскому последипломному образованию в КР

1. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31.07.07. №303 «О медицинском последипломном образовании в КР».
2. Приказ Минздрава КР от 15.08.07. № 297 «О реализации постановления Правительства КР от 31.07.07. «О медицинском последипломном образовании в КР»

Общие НПА по медицинскому образованию в КР

3. Закон Кыргызской Республики от 30 апреля 2003 года № 92 «Об образовании».
4. Закон Кыргызской Республики от 9 января 2005 года №6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».
5. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 3 февраля 2004 года №53 «Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих деятельность образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования Кыргызской Республики».
6. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 5 августа 2008 года №425 «О дополнительных мерах по реализации Закона Кыргызской Республики "Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике».
7. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31 мая 2011 года №270 «Об утверждении Инструкции о порядке исчисления заработной платы работников образовательных организаций».
8. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 26 мая 2011 года №246 «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики».
9. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 24 мая 2012 года №309 «О Национальной программе реформирования здравоохранения Кыргызской Республики "Денсоолук" на 2012-2016 годы».
10. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 27 мая 2013 года №291 «Об утверждении Соглашения о порядке допуска специалистов, имеющих право на занятие медицинской или фармацевтической деятельностью в одном из государств-членов Евразийского экономического сообщества, к аналогичной деятельности в других государствах- членах Евразийского экономического сообщества, подписанного 28 сентября 2012 года в городе Ялта».
11. Постановление Правительства Кыргызской Республики 10 июня 2013 года №324 «Об утверждении Соглашения о сотрудничестве государств- членов Евразийского экономического сообщества в области подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических кадров, обмена научными и медицинскими специалистами, подписанного 28 сентября 2012 года в городе Ялта».
12. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 12 февраля 2008 года №54 «Об утверждении перечня клинических баз высших и средних медицинских образовательных организаций Кыргызской Республики».
13. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 8 августа 2008 года №406 «О накопительной системе зачета часов (кредит-часах) в системе

- непрерывного медицинского образования республики».
14. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 19 января 2009 года №10 «Об утверждении типового Договора о взаимодействии организаций здравоохранения и медицинскими образовательными организациями по вопросам практического обучения студентов, подготовки и переподготовки кадров».
 15. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 24 июня 2011 года №325 «О реализации постановления Правительства Кыргызской Республики от 31 мая 2011 года N 270 «Об утверждении Инструкции о порядке исчисления заработной платы работников образовательных организаций».
 16. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 8 июля 2011 года №354 «Об утверждении Методического руководства по оплате труда».
 17. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 4 июля 2011 года №338 «Об утверждении Положения об аттестации и регистрации специалистов системы здравоохранения Кыргызской Республики».
 18. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 21 ноября 2012 года №630 «О создании Центра тестирования».
 19. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 5 июля 2012 года №384 «Об утверждении плана мероприятий и индикаторов мониторинга по реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук» на 2012- 2016 годы».

Проекты новых НПА, подготовленных для рассмотрения и утверждения

20. Проект Закона Кыргызской Республики «О высшем и последипломном медицинском и фармацевтическом образовании».
21. Проекты Государственных образовательных стандартов высшего и последипломного медицинского образования по всем специальностям, учебные планы и программы.
22. Проект Концепции последипломного и непрерывного медицинского образования Кыргызской Республики.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Типовой учебный план подготовки врача интерна по специальности «Врач общей практики», срок обучения в интернатуре 1 год

№		Аудиторная часть 10%		50%	40%	100%	Всего нед.
		Лекции часов	Семинар. часов	Клиническая практика часов	Самост. работа часов	Всего уч.час	
I.	Общеклинические дисциплины					486	9
	Лучевая диагностика	2	2	28	22	54	1
	Дерматовенерология	2	2	28	22	54	1
	Неврология, Нейрохирургия	4	4	56	44	108	2
	Психиатрия	2	2	28	22	54	1
	Онкология	4	4	56	44	108	2
	Профпатология	2	2	28	22	54	1
	Клиническая фармакология	2	2	28	22	54	1
II.	Основная дисциплина					1836	34
	Врач общей практики /поликлиника	10	10	140	110	270	5
	Терапия (фтизиатрия, инфекционные болезни)	16	16	224	176	432	8(9)
	Педиатрия (педиатрия, детские инфекции, детская хирургия)	12	12	168	132	324	6
	Акушерство и гинекология	10	10	140	110	216	4(5)
	Хирургия (хирургия, ЛОР, глазные, урология, травматолог.)	16	16	224	176	378	7(8)
	Скорая и неотложная помощь	4	4	56	44	108	2(3)
	Симуляционный курс (в рамках освоения модулей)					108	2
III.	Гуманитарно-образовательный блок (элективы)	6	6	84	66	162	3
	Иностранный язык Педагогика и психология Информатика и медицинская статистика Организация здравоохранения						
	ВСЕГО	92	92	1288	1012	2484	46

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Примеры структур учебных программ по непрерывному образованию.

Учебные программы составлены по установленным стандартам и состоят из пояснительной записки, двух рецензий на программу, содержания, учебно-тематического плана с почасовой нагрузкой, контрольных тестовых вопросов и списка обязательной и рекомендуемой литературы.

Таблица А. Разбивка учебных часов по некоторым НИЗ, для врачей

№	Тема	Количество разработанных программ	Общая часовая нагрузка	Из них, теория+семинары	Из них, практические
1	ССЗ	2 клинических цикла (КЦ) (2 недели), 3 тематических усовершенствования (ТУ) (1 мес), 1 первичная специализация (ПС) (3,5 мес)	1101	336,5	764,5
2	ХОБЛ	6 КЦ и 1 ТУ	368	153	215
3	Эндокринология	3 КЦ и 2 ТУ	486	181	305
4	Онкология	5 КЦ и 2 ТУ	554	183	371
5	Паллиативная помощь	3 КЦ	248	66	182

Таблица В. Разбивка учебных часов по «Семейной медицине», для врачей

№	Тема	Количество разработанных программ	Общая часовая нагрузка	Из них, теория/семинары	Из них, практические
1	«Артериальная гипертензия»	Дистанционное обучение - 2 ТУ по 4 недели	144	40/40	64
2	«Избранные вопросы семейной медицины»	2 КЦ по 2 недели	72	16/16	40
3	«Актуальные вопросы семейной медицины»	37 КЦ по 1 недели	36	6/6	18

Таблица С. Разбивка учебных часов по учебным программам для медсестер

№	Тема	Количество разработанных программ	Общая часовая нагрузка	Из них, теоретически /16семинарские	Из них, практические
1	«Актуальные вопросы сестринского дела в терапии» (уход за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сестринские навыки при заболеваниях респираторной системы, ВИЧ/СПИД в практике м/с, основы неотложной помощи в практической деятельности м/с)	3 КЦ по 2 недели	72	16	40
2	«Актуальные вопросы сестринского дела» для м/с ГСВ/ЦСМ	2 ТУ по 1 мес	156	40/40	76
3	Актуальные вопросы сестринского дела» для м/с ГСВ/ЦСМ	1 КЦ 2 недели	72	16/16	40
4	«Сестринское дело в семейной медицине»	1 ПС– 2 мес	312	80/80	152

Таблица D. Разбивка учебных часов по учебным программам для фельдшеров

№	Тема	Количество разработанных программ	Общая часовая нагрузка	Из них, теоретически /16семинарские	Из них, практические
1	«Актуальные вопросы фельдшерского дела в семейной медицине»	1 тематическое усовершенствование (ТУ)	156	40/40	76
2	«Актуальные вопросы фельдшерского дела в семейной медицине»	1 общее усовершенствование (ОУ)	288	80/80	128