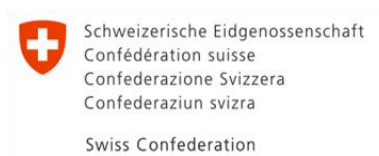


Оценка внедрения программы последипломного образования по специальности «Семейная медицина/ВОП» в Кыргызской Республике



Программа разработана и финансируется Правительством Швейцарии
Programme designed and financed by the Government of Switzerland
www.swisscoop.kg



Контакты

Д-р Гульзат Орозалиева, Менеджер Проекта Реформы медицинского образования в КР (Проект MER),
Бишкек, ул. Разакова 19, к. 401, 20040, Кыргызстан Тел: +996 (312) 398296 E-mail: ime@ime.org.kg

Аида Абдраимова, Старший Аналитик Центра Анализа Политики
Здравоохранения
Бишкек, Тоголок Молдо 1, 720040, Кыргызстан
Тел: +996(312)975057 E-mail: aida@hpac.kg URL: <http://hpac.kg/>

Арнол Самиев
Аналитик Центра Анализа Политики Здравоохранения
Бишкек, Тоголок Молдо 1, 720040, Кыргызстан
Тел: +996(312)975057 E-mail: arnolsamiev@gmail.com

Содержание

Список сокращений	4
Резюме исследования	5
Методологические ограничения	6
1. Введение	7
2. Цель оценки и исследовательские вопросы	8
3. Методология исследования	8
4. Результаты оценки	10
4.1 Общие данные по анкетированию ординаторов	10
4.2 Прогресс в децентрализации ПДМО по специальности «Семейная медицина/ВОП»	11
4.3 Внедрение и реализация учебной программы 1-го года	12
4.4 Использование инструментов текущей/постоянной оценки мониторинга ПДМО	15
4.5 Оценка децентрализованного обучения по специальности «Семейная медицина»	17
4.5.1 Доступ клинических ординаторов к пациентам и приобретение навыков	17
4.5.2 Внедрение дистанционного обучения	22
4.5.3 Проживание клинических ординаторов	25
4.5.4 Заработная плата ординаторов	26
4.5.5 Проблемные вопросы, выявленные оценкой ПДМО в 2019 году, и прогресс в их решении	28
5. Обсуждение	30
6. Рекомендации	32

Список сокращений

АДО	Амбулаторно-диагностическое отделение
ВОП	Врач общей практики
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГСВ	Группа семейных врачей
ДДМО	Додипломное медицинское образование
КБ	Клиническая база
КГМА	Кыргызская государственная медицинская академия
КГМИПипК	Кыргызский государственный институт переподготовки и повышения квалификации
КО	Клинический ординатор
КОФ	Клинические оценочные формы
ННПН	Непосредственное наблюдение за процедурными навыками
ОЗ	Организации здравоохранения
ОшГУ	Ошский государственный университет
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СМ/ВОП	Семейная медицина/Врач общей практики
ТБ	Территориальная больница
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЦОВП	Центр общеврачебной практики
ПДМО	Последипломное медицинское образование
ЮФ КГМИПипК	Южный филиал Кыргызского государственного института подготовки и переподготовки кадров

Резюме исследования

Данное исследование проведено согласно Техническому заданию в период с 15 сентября по 5 ноября 2020 г. Это исследование ставило целью оценить операционные вопросы децентрализации последипломного медицинского образования (ПДМО) в Кыргызской Республике, с фокусом на вопросы развития клинической ординатуры по специальности «Семейная медицина» и их последствий для решения кадровых проблем здравоохранения. Кроме того, данное исследование ставит одной из задач оценить обсуждение и выполнение рекомендаций в результате исследования в 2019 г.

В результате децентрализации ПДМО в рамках Стратегии развития ПДМО на 2014-2020 гг. улучшился доступ клинических ординаторов к такому учебному процессу по специальности «Семейная медицина», где они получают возможность обучаться практическим аспектам выявления, диагностики и ведения пациентов. Приоритетом на последующие периоды должно остаться улучшение качества учебного процесса в клинических базах.

За первые годы децентрализации ПДМО накопился положительный опыт организации работы в клинических базах. В городах Бишкек и Ош, так и в регионах, в том числе в сельской местности, есть отдельные больницы и ЦСМ/ГСВ, где учебный процесс налажен на высоком уровне, отношение наставников к процессу серьезное, соблюдаются процедуры оценки полученных знаний и навыков. К сожалению, таких КБ в стране немного и еще предстоит расширить их опыт по всей стране.

Потенциал большинства клинических баз нуждается в дальнейшем улучшении в части педагогических компетенций наставников, оснащения медицинским оборудованием, соблюдения процедур учебного процесса (в частности, процедур оценки знаний и навыков ординаторов). В Календарном тематическом плане (КТП) КГМИПИПК имеется курс для повышения квалификации врачей в сфере наставничества, однако среди руководителей ОЗ не хватает информированности о наличии этого курса и заинтересованности в том, чтобы наставники проходили этот курс. Отсутствие отдельных видов медицинского оборудования в КБ для обучения клиническим процедурам и специфический для каждой КБ набор случаев и заболеваний (case-mix) вызывают вопросы относительно того, насколько ординаторы могут научиться всем навыкам из Списка компетенций.

Администрирование клинической ординатуры в ВУЗах становится более сложным и объемы работы растут. Число ординаторов по специальности «Семейная медицина», распределяемых с каждым годом растет, а разнообразие мощностей КБ в части обеспечения учебного процесса остается прежним. ВУЗы руководят распределением ординаторов по КБ, ротацией ординаторов по циклам и по КБ классов «А», «Б», «С», каждый год ведут переговоры с КБ и берут на совместительство ежегодно меняющиеся составы клинических наставников. Поэтому от ВУЗов потребуется пересмотреть кадровые и финансовые ресурсы, выделяемые на администрирование ординатуры. Это особенно важно в условиях, когда завершится международная помощь для поддержки мониторинга деятельности клинических баз.

В клинических базах не всегда срабатывает действующая модель поощрения труда клинических наставников. Поощрение наставников со стороны ВУЗов в виде оплаты 25 % или 50% ставок совместителей выглядит ограниченным, так как платить больше не позволяют нормы оплаты труда. Как результат, оплата наставникам (часто это заместители руководителей ОЗ) не всегда ведет к повышению мотивации среди врачей, непосредственно работающих с ординаторами.

Рекомендация предыдущей оценки о целесообразности внедрения договорных отношений между ВУЗами и КБ остается невыполненной.

Реагирование на пандемию COVID-19 в начале и середине 2020 года и участие в нем клинических ординаторов заставила вынести несколько уроков для ПДМО. В учебной программе и учебном процессе необходимо уделять внимание инфекционному контролю, развитию навыков дистанционного консультирования, консультирования пациентов с острой реакцией на стресс, навыков сообщения плохих новостей родственникам, возможности получить второе мнение (телемедицина), навыкам критической оценки медицинской информации (в целях следования принципам доказательной медицины), навыкам межличностной коммуникации.

Содержание и время проведения лекций для Дистанционного Образования (ДО) нуждаются в модификациях. Лекции нуждаются в обогащении данными из клинической фармакологии, особенностями долгосрочного ведения случаев хронических болезней в амбулаторных условиях, лекциями по отдельным клиническим процедурам (в частности, интерпретация ЭКГ) и увеличения времени для обсуждения лекций (интерактивность). Время суток, когда вещаются онлайн-лекции, не подходит большинству ординаторов, так как большинство ординаторов занято в это время работой с пациентами.

График освоения клинических процедур из Списка компетенций не всегда принимает в учет то, выполняется ли данная процедура в стационарах или ЦСМ/ГСВ. К примеру, спирометрия часто выполняется в условиях ЦСМ/ГСВ, а не в стационаре, при этом выполнение спирометрии значится в Списке компетенций как требование 1-го года обучения (когда ординатор СМ находится в стационаре).

Методологические ограничения

Интервью клинических ординаторов удалось провести только в виде онлайн интервью. Очные интервью имели бы ряд преимуществ в части коммуникации между респондентами и интервьюерами.

Интервью с клиническими ординаторами были проведены только с ординаторами 2-го года обучения по специальности «Семейная медицина» (с ординаторами из числа тех, кто начал учиться в 2019 г.). Запланированные интервью с ординаторами 2-го года, поступившими на учебу в 2018 году, не состоялись в силу занятости многих из них в первые месяцы реагирования на пандемию COVID-19 и окончания ими учебы к моменту проведения серий интервью.

Выезды в регионы с непосредственным наблюдением хода учебной работы не состоялись, чему послужили причиной пандемия и связанные с нею ограничения для передвижения и требования по самоизоляции. В этой связи не было получено данных от таких сторон как местные администрации.

1. Введение

В рамках программы реформирования медицинского образования в Кыргызской Республике за последние 7 лет были предприняты ряд мер, такие как, пересмотр государственных образовательных стандартов, где основной акцент был сделан на подготовке семейных врачей/врачей общей практики (ВОП). Были пересмотрены принципы построения учебных программ и методы обучения как в ПДМО, так и в ДМО.

В июне 2018 года состоялся первый выпуск студентов КГМА им. И.К. Ахунбаева, получавших медицинское образование согласно новой программы обучения с фокусом на семейную медицину на додипломном уровне.

Для усиления **последипломного образования**, также был предпринят ряд мер: в течение 2019 года был предпринят ряд мер, направленных на отслеживание процесса последипломного обучения, разработано и начато внедрение Руководства по мониторингу последипломного медицинского образования (ПДМО), создан Координационный Совет по ПДМО, пересмотрена программа последипломного обучения по специальности «Семейная медицина/ВОП», внедрены инструменты постоянной оценки (дневник ординатора, каталог компетенций), создана электронная платформа для ординаторов, дистанционного обучения.

Кроме того, в 2017 году была проведена оценка потенциала организаций здравоохранения, имеющих право проводить обучение по специальности «Семейная медицина/ВОП», их категоризация в соответствии с их возможностями в сфере организации учебного процесса, инфраструктуры и т.д.

Начиная с сентября 2018 года, 115 ординаторов, которые для последипломного обучения выбрали специальность «Семейный врач/ВОП», начали проходить двухлетнюю программу обучения в организациях здравоохранения, являющихся клиническими базами в соответствии с новой программой последипломного обучения.

Предпринятые реформы, в том числе полное бюджетное обучение по специальности ВОП, способствовали тому, что несколько ординаторов (выпускники 2018 года) при переходе на 2-й год обучения выбрали данную специальность. Так, в 2019 году, ординаторы некоторых узких специальностей, после 1-го года обучения поменяли свою специальность на ВОП. Если в начале первого года обучения в 2018 году их количество составляло 115 человек, то к началу второго года обучения их стало 144 человека.

По данным МЗКР в сентябре 2019 года еще 138 ординаторов по специальности ВОП начали первый год обучения в ординатуре, из которых 62% выехали в региональные клинические базы для обучения.

Отслеживание процесса обучения, особенно в регионах, является очень важным, так как модель и программы обучения по общеврачебной практике являются пока новыми, а также для того, чтобы быстро реагировать и вносить изменения в программу обучения.

В 2019 году была проведена базовая оценка внедрения программы последипломного обучения и были выработаны соответствующие рекомендации. В связи с этим, необходимо проведение последующей оценки, с целью отслеживания и дальнейшего внедрения последипломного обучения по специальности «Семейная медицина/ВОП», анализа децентрализации ПДМО, и получения ответов на такие вопросы как: «Насколько были учтены рекомендации базовой

оценки?», «Какие элементы организации ПДМО были улучшены?», а также выявления остающихся барьеров для соответствующего внедрения ПДМО на основе разработанных инструментов.

2. Цель оценки и исследовательские вопросы

Оценить ранние этапы внедрения программы последипломного обучения по специальности «Семейная медицина/Врач общей практики», в том числе возможностей к практическому доступу на клинических базах и эффективности децентрализации.

Исследовательские вопросы

1. Оценить удовлетворенность и результаты обучения ординаторов, которые проходят ординатуру в регионах по сравнению с ординаторами, которые проходят в Бишкеке и Оше, включая узкие специальности.
2. Сравнить результаты обучения ординаторов 1 и 2 года ординатуры по специальности «Семейная медицина/ВОП», с фокусом на результаты ординаторов 2 года обучения.
3. Сравнить результаты анкетирования и опроса ординаторов 2 года (набор 2018-2019 года) и 2 года (набор 2019-2020 года) по специальности «Семейная медицина/ОВП».
4. Оценить удовлетворенность ординаторов учебной программой по специальности «Семейная медицина/ОВП»
5. Оценить внедрение и реализацию учебной программы по ВОП
6. Проанализировать использование инструментов текущей/постоянной оценки мониторинга ПДМО
7. Провести анализ децентрализации ПДМО, насколько децентрализация была эффективной, какие требуются улучшения?
 - а. Доступ к пациентам и приобретение практических навыков в регионах и городах Бишкек Ош, есть ли различия в доступе и возможностях:
 - б. Проживание ординаторов
 - в. Ординаторы, получающие зарплату
 - г. Связь с руководителем от образовательной организации
 - д. Соблюдение нагрузки 1/10 в стационаре и 1/12 в ЦСМ
 - е. Соблюдение категорий клинических баз А, В, С.
8. Оценить результаты внедрения дистанционного обучения
9. Сравнить с результатами прошлой годней оценки и оценить результаты внедрения рекомендаций оценки ПДМО за 2019 год.

3. Методология исследования

Оценка была основана на опросе трех групп ключевых информантов: клинические ординаторы, специалисты клинических баз и образовательных организаций.

3.1 Оценка удовлетворенности ординаторов была проведена на основе вопросника с использованием платформы дистанционного обучения ординаторов. Всего в анкетировании

приняло участие 1636 ординаторов разных специальностей. Однако, в настоящий анализ были включены только ординаторы по специальности «Семейная медицина» и узких лечебных специальностей (все специальности лечебного дела, включая педиатрию) 1 и 2 года обучения.

Всего для анализа использованы результаты опроса 327 ординаторов 1 года обучения и 165 ординаторов 2 года обучения по специальности «Семейная медицина/ВОП». По узким лечебным специальностям для анализа использованы результаты опроса 394 ординаторов 1 года обучения, и 531 ординаторов 2 года обучения.

Необходимо отметить, что фактическое количество ординаторов 1 и 2 года меньше, чем было отмечено при анкетировании. Мы предполагаем, что ординаторы по *узким специальностям*, которые проходят 1 год общеврачебной практики, отметили свою специальность как «Семейная медицина», что привело к увеличению числа респондентов.

3.2 Фокус-групповые дискуссии с ординаторами «Семейная медицина/ВОП» 2 года обучения были проведены в онлайн формате, с использованием программы Zoom. Эти дискуссии были основаны на вопросах и темах, выявленных по итогам анкетирования «Оценка удовлетворенности клинических ординаторов».

3.3 Опрос мнения руководителей и специалистов клинических баз и образовательных организаций проводился с использованием полу-структурированных интервью. Для этого были разработаны вопросники, учитывающие исследовательские вопросы. Технически, эти вопросники большей частью имели открытые вопросы, призванные побуждать дискуссию и выражение мнения респондентов.

3.4 Основные блоки вопросов для разных респондентов выглядели следующим образом:

Клинические ординаторы 1 и 2 года обучения по специальности «Семейная медицина/ВОП» и ординаторы 1-года по узким специальностям: соответствие ожиданиям, доступ к пациентам, соответствие обучения на местах утверждённой обучающей программе, достаточность практики, основные барьеры для достижения ожиданий, предлагаемые улучшения.

Руководители, специалисты и клинические руководители клинических баз: осведомленность о программах обучения (организация, координация, содержание, взаимодействие и поддержка от образовательных организаций), качество знаний и уровень теоретической подготовки ординаторов, основные барьеры для достижения ожиданий, предлагаемые улучшения.

Руководители и специалисты ПДМО в образовательных организациях (КГМА, КГМИПипК, ЮФКГМИПипК, ОшГУ): вопросы организации, координации, поддержания связи с ординаторами, различия между программами, возможности и ограничения для дистанционного обучения в регионах, сотрудничество с клиническими базами, возможности для регулярного мониторинга процесса обучения.

Для визитов были выбраны клинические базы в городах Бишкек и Ош и 3 регионах, где на момент исследования находится наибольшее количество ординаторов по специальности ВОП.

4. Результаты оценки

4.1 Общие данные по анкетированию ординаторов

В период апрель-май 2020 было проведено онлайн анкетирование ординаторов по удовлетворённости последипломным обучением

Всего в анкетировании приняло участие 1636 ординаторов разных специальностей.

В настоящий анализ были включены только ординаторы по специальности «Семейная медицина» и узких лечебных специальностей (все специальности лечебного дела, включая педиатрию) 1 и 2 года обучения.

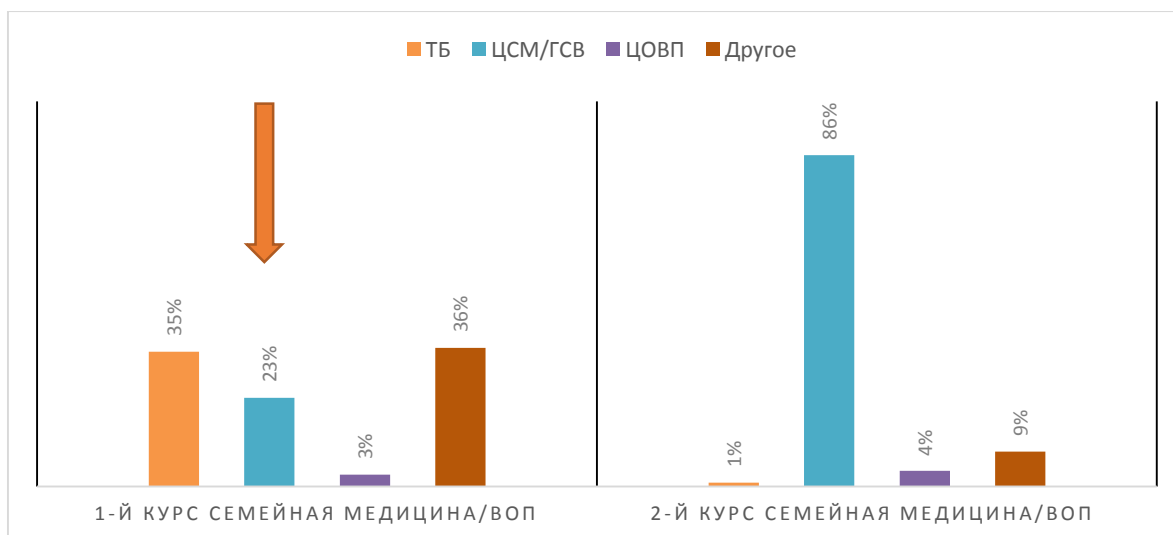
Всего для анализа использованы результаты опроса 327 ординаторов 1 года обучения и 165 ординаторов 2 года обучения по специальности «Семейный врач/ВОП». По узким лечебным специальностям для анализа использованы результаты опроса 394 ординаторов 1 года обучения и 531 ординаторов 2 года обучения (Таблица 1).

Таблица 1. Число клинических ординаторов, принявших участие в анкетировании по годам обучения

Группы специальности	1-й курс	2-й курс
Семейная медицина / ВОП	327	165
Узкие специальности	394	531

Ординаторы распределены на разные уровни ОЗ. Согласно учебной программе по специальности «Семейная медицина/ВОП» 1 год ординатуры должен проходить в стационарах, второй год - в ОЗ первичного уровня. **Вызывает беспокойство то, что четверть ординаторов специальности «Семейная медицина/ВОП» (23%) проходили первый год обучения в ЦСМ/ГСВ, в то время как учебная программа требует прохождение 1-го года в стационарах (Рис. 1).** В 2019 г. доля ординаторов 1-го года, которые были распределены в ОЗ первичного уровня, составляло 49%. Хотя такое распределение идет в разрез учебной программе ВОП первого года ординатуры, имеет место некоторое улучшение в распределении ординаторов 1-го года.

Рисунок 1. Распределение клинических ординаторов 1 и 2 курса «Семейный врач/ВОП» по организациям здравоохранения, %

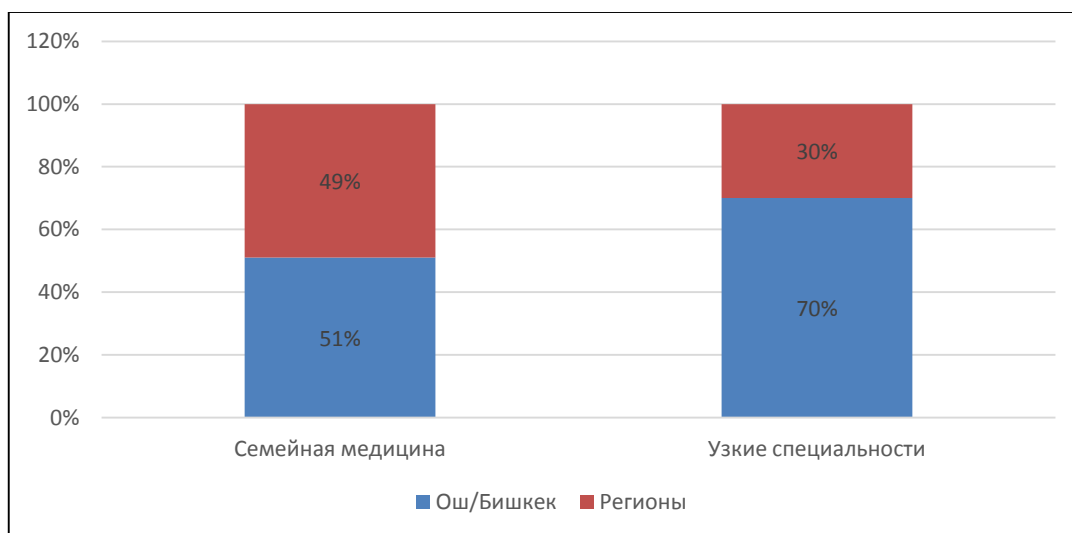


С распределением ординаторов СМ 2-го года особых вопросов нет. 90% ординаторов второго года проходили ординатуру на первичном уровне (ЦСМ/ГСВ и ЦОВП), как это предполагает учебная программа. Около 10% оставались на уровне стационаров – ТБ, областные и республиканские ОЗ и частные клиники.

По данным анкетирования ординаторов - распределение в города и регионы среди ординаторов 1 и 2 года по специальности «Семейная медицина/ВОП» получилось 50 : 50. 49% ординаторов проходят ординатуру в регионах, 51% ординаторов проходили ординатуру в ОЗ в г. Бишкек и Ош. По данным прошлой годней оценки, в 2019 г. по данным анкетирования, количество ординаторов по данной специальности, которые выехали в регионы, составляло 52%.

Количество ординаторов 1 и 2 года узких специальностей, проходящих ординатуру в городах Бишкек и Ош, более чем в два раза превышает количество ординаторов того же профиля, проходящих ординатуру в регионах (Рис. 2). Так 70% ординаторов по узким специальностям проходят обучение в ординатуре в г. Бишкек и Ош, соответственно 30% были направлены в регионы, в районные организации здравоохранения (ТБ, ЦСМ, ЦОВП).

Рисунок 2. Распределение ординаторов «Семейная медицина/ВОП» и узких специальностей по клиническим базам, расположенным в городах Бишкек /Ош и регионах, %



4.2 Прогресс в децентрализации ПДМО по специальности «Семейная медицина/ВОП»

Период реализации Стратегии развития ПДМО на 2014-2020 гг. заканчивается в 2020 году. Она делает упор на смещение внимания учебных программ на получение практических навыков, использование онлайн лекций для сбалансированного получения теоретических знаний, возможность смены изначально выбранной специальности после первого года обучения по базовой подготовке по общеклиническим дисциплинам (педиатрия, терапия, хирургия, акушерство и гинекология и неотложная помощь).

Доля времени на теоретическую подготовку продолжает сокращаться: так, в 2020 году в КГМА и КГМИПипК ранее двухмесячные вводные курсы сократили до двух недель. Целесообразность столь существенного сокращения времени на теоретические и вводные курсы спорная и нуждается в обсуждении. Однако сам факт наличия потребности клинических баз в быстрейшем прибытии

ординаторов в клиническую базу после каникул наталкивает на положительные ожидания от выбранной стратегии преобразований ПДМО.

Действительно, в условиях децентрализованного ПДМО клинические ординаторы по специальности «Семейная медицина» получили возможность улучшить знания и навыки посредством доступа к приему, осмотру, постановке и дифференциации диагноза, назначению лечения для пациентов. Уместность и правильность решения о децентрализации ПДМО по специальности «Семейная медицина» подтверждается отзывами большинства опрошенных клинических ординаторов.

Вместе с тем, остаются вопросы обеспечения качества обучения в клинических базах. Список клинических баз (КБ), составленный на основе оценки отобранных организаций здравоохранения, нуждается в регулярном обновлении. Некоторые КБ, по словам отдельных опрошенных руководителей ОЗ, не соответствуют требованиям, предъявляемым к клиническим базам. Эти оценки ссылались на два фактора: 1) недостаток педагогических компетенций среди практикующих врачей и заведующих отделений (которые чаще всего становятся наставниками клинических ординаторов), и 2) недостаток отдельных видов медицинского оборудования. Первая причина подтверждается тем фактом, что большая часть опрошенных наставников не проходили тренинги по наставничеству, несмотря на то что Проект по реформам медицинского образования проводил частичное обучение наставников, в том числе в регионах. Вторая причина не могла быть объективно проверена в данном исследовании в условиях пандемии.

В предшествующем исследовании одним из подходов было предложено внедрение аккредитации клинических баз посредством оценки ОЗ на предмет соответствия требованиям КБ. В данном исследовании не было обнаружено данных за то, что эта рекомендация серьезно рассматривается деятелями в сфере ПДМО.

Обеспечение качества учебного процесса должно также исходить и от ВУЗов. Ротация ординаторов по циклам и клиническим базам категории «А», «В» и «С» являются инструментами, которыми ВУЗы могут и должны пользоваться для принятия во внимание все разнообразие КБ в плане обеспеченности кадрами, оборудованием, а также разнообразие в профиле (структуре) обслуживаемых случаев (case-mix) и выполняемых медицинских вмешательств.

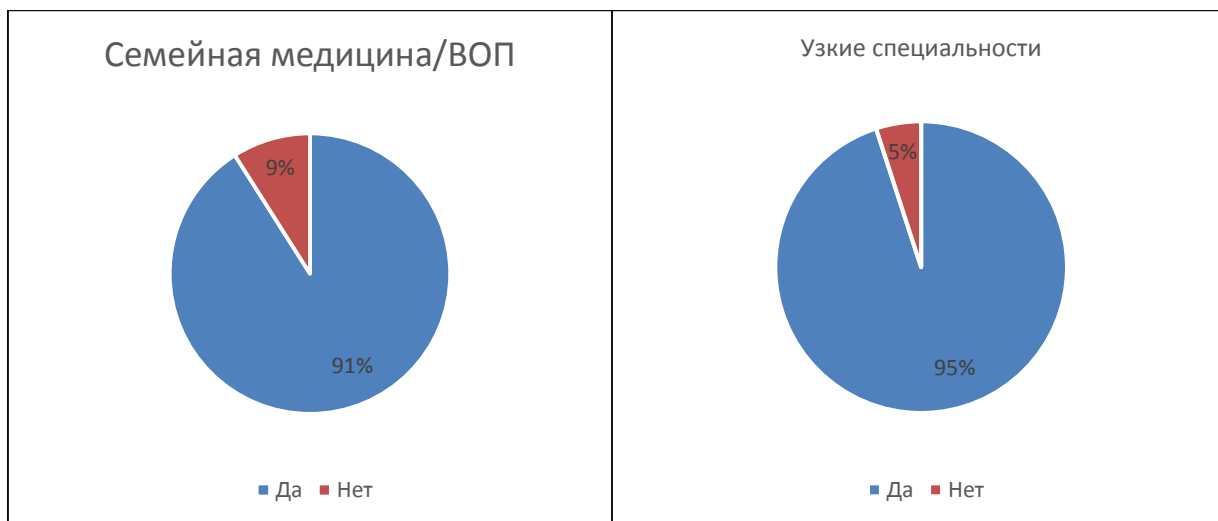
4.3 Внедрение и реализация учебной программы 1-го года

Учебная программа 1-го года клинической ординатуры как по узким специальностям предполагает базовую практическую подготовку по 5 общеклиническим дисциплинам (педиатрия, терапия, хирургия, акушерство и гинекология и неотложная помощь). Клинический ординатор должен пройти практическое обучение в соответствующем отделении стационара, следуя индивидуальному плану и графику ротаций.

Большинство опрошенных ординаторов специальности «Семейная медицина» и узких специальностей, которые проходили 1-й год обучения по ВОП в период 2019-2020 гг., сообщили, что прошли ротацию согласно учебной программе (Рис. 3). В дополнение, руководители от ВУЗов отмечали, что ротации по циклам в 1-й год учебы идут без особых недостатков, потому что практически все районные ТБ являются клиническими базами категории «А», поэтому при умелом

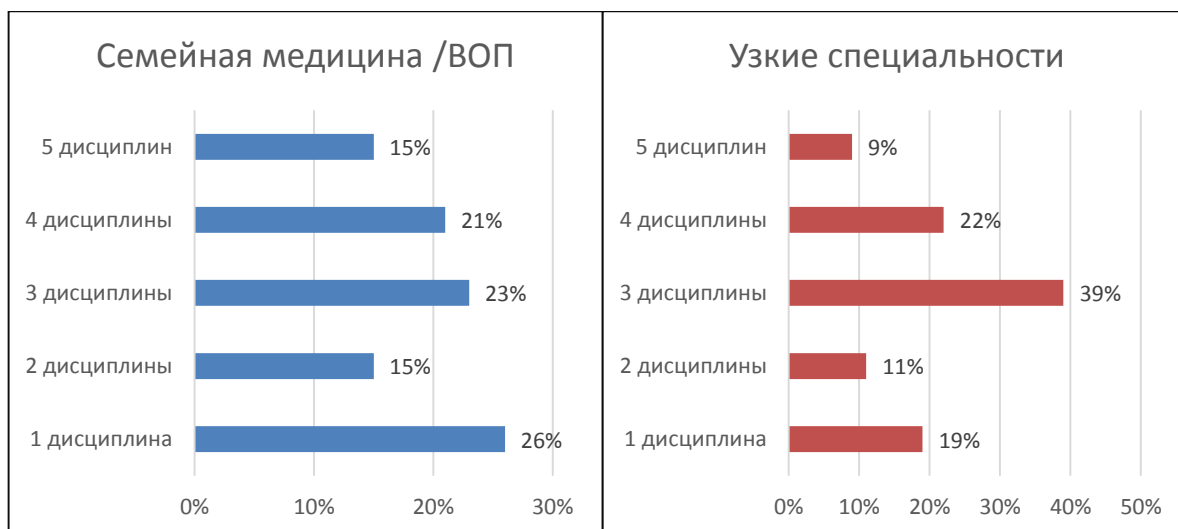
управлении ротацией в КБ ординаторы, находящиеся в КБ классов «Б» и «С», имеют доступ ко всем видам циклов.

Рисунок 3. Ответы ординаторов 1-го года обучения на вопрос «Проходили ли вы ротацию по отделениям стационара?», %



При рассмотрении ротации по 5 циклам в стационарах ординаторами по специальности «Семейная медицина/ВОП» (Рис 4), более 40% ординаторов по специальности «Семейная медицина» прошли 4 цикла: чаще всего это терапевтический, хирургический, педиатрический и акушерство, и гинекология. Меньше всего ординаторы проходят подготовку по интенсивной терапии и реанимации. 26% ординаторов отметили, что прошли обучение только по одной специальности. Только 15% ординаторов прошли ротацию согласно программе обучения по всем 5 базовым дисциплинам. Аналогичная ситуация у ординаторов по узким специальностям: в 1 год общеврачебной практики большинство прошли 3 или 4 дисциплины, только 9% ординаторов смогли пройти все 5 циклов, как было предусмотрено учебной программой.

Рисунок 4. Прохождение 5 циклов обучения по программе ВОП в стационаре ординаторами 1 года обучения



Большинство ординаторов не смогли пройти все циклы в связи с пандемией COVID-19, так как большинство стационаров закрыли профильные отделения и прекратили прием плановых госпитализаций. Другой частой причиной не прохождения всех циклов ординаторы женского пола называли беременность, роды и уход за ребенком.

ВУЗы администрируют учебный процесс в стационарах посредством наставников, которых ВУЗы нанимают на совместительство, оплачивая 0,25 или 0,5 ставки работников ВУЗов. Чаще всего наставниками являются заместители директоров ОЗ. В зависимости от размеров ОЗ и числа ординаторов, наставники либо ведут учебный процесс сами, либо делегируют часть функций наставничества заведующим отделений или практикующим врачам.

Мнения опрошенных наставников относительно учебного процесса по специальности ВОП в стационарах были разные. Одни утверждали, что большинство ординаторов получают хорошие возможности для обучения, оказывают помощь ОЗ, а сами наставники с каждым годом все лучше знают процедуры оценки навыков и получают некоторую пользу в виде возможности повторять теоретические и практические материалы. Однако были и такие наставники, которые категорически утверждали, что времени у них для качественного администрирования учебного процесса мало, а линейные врачи и заведующие отделений не обладают навыками наставничества, в частности, не всегда могут хорошо объяснять выполнение процедур, проводить формальную оценку, давать отзывы.

Выполнение учебной программы ВОП в регионах и городах Бишкек и Ош сильно зависело от особенностей стационаров: насколько руководство привержено ведению учебного процесса, насколько отделения стационаров оснащены врачами, дисциплина, способствующая учебной атмосфере. Это обстоятельство непременно говорит о том, что **руководители ОЗ должны проявлять лидерство и понимать важность децентрализованную модель ПДМО для кадрового обеспечения их же организаций.** Здесь отдельно стоит выделить территориальные больницы в г. Ноокате, с. Ат-Баши, г. Кара-Суу, ЖД Больницу и клинику «Элдик» в Бишкеке.

Фокус-групповые дискуссии с ординаторами выявили несколько случаев, когда не выполнялись требования учебной программы 1-го года. К примеру, одна клинический ординатор прошла весь первый год в условиях ФАПа одного из сел в окраинах Бишкека. По причине наступления беременности и бытовых обстоятельств ее определили в ФАП. Назначенного клинического наставника у нее не было и ей пришлось работать врачом в ФАП уже с первого года учебы (осень 2019 г.) после того как врач ФАП получила травму и находилась дома. На вопрос о том, как теперь она собирается пройти пропущенные циклы (по хирургии, акушерству-гинекологии, реанимации и интенсивной терапии, педиатрии) внятного ответа от ординатора и ВУЗа получить не удалось.

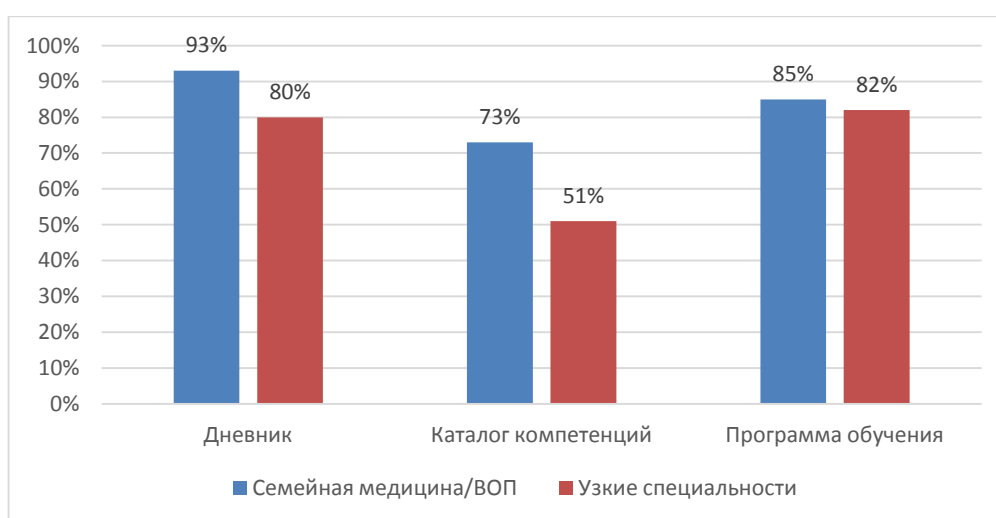
Наряду с этим есть ряд положительных примеров, когда руководители ОЗ и наставники достигали полного соблюдения требований учебной программы 1-го года. Некоторые КБ в районах, например, Ноокатская и Кара-Сууйская ТБ, предоставляют широкие возможности получать практические навыки по всем 5 циклам. Ординаторы делятся опытом и рекомендуют друг другу прохождение учебы в этих КБ, в том числе ординаторам, не проживающим в этих регионах.

В силу того, что пропуски циклов по причине беременности среди ординаторов женского пола представляется частым явлением, ВУзам рекомендуется выработать специальные меры по учету ротации и обеспечению прохождения пропущенных циклов для этой группы ординаторов.

4.4 Использование инструментов текущей/постоянной оценки мониторинга ПДМО

Вопрос наличия у ординаторов инструментов оценки не был существенной проблемой. Результаты опроса показали, что большинство ординаторов - 93% ординаторов по семейной медицине и 80% узких специальностей имеют в наличии Дневники ординаторов. Каталог компетенций имеют 73% ординаторов по семейной медицине, только около половины – 51% по узким специальностям. Это может быть связано с тем, что не по всем узким специальностям разработаны каталоги компетенций. Программы обучения также большинство ординаторов по семейной медицине имели в наличии – 85% и 82% ординаторов узкой специальности, имели их в наличии.

Рисунок 5. Доли клинических ординаторов, у которых есть в наличии Дневник, Каталог компетенций и Программа обучения, %



Оценка знаний и навыков с применением форм мини-КОФ и ННПН в организациях здравоохранения проходит в разных формах и с разным уровнем соблюдения формальных процедур. Описаны случаи, в частности в Ноокатской ТБ, ЖД Больнице и частной клинике «Элдик» в Бишкеке, когда процесс оценки ведется с соблюдением всех требований, в атмосфере высокой дисциплины и организованности. В этих клиниках следует отметить, что отношения между наставниками и ординаторами строятся на условиях равноправия.

Тем не менее, превалирует практика оценки на основе общего представления наставника в ОЗ об успеваемости и навыках ординатора, отношений между ними, часто без назначения даты и времени процедуры оценки и других организационных моментов. Это особенно заметно в тех КБ, где отношения между наставниками и ординаторами строятся по принципу «клинический ординатор есть помощник врача».

В оценке ПДМО в 2019 году отмечалось, что часто наставники в организациях здравоохранения не знают процедуры оценки и не умеют заполнять формы оценки. В данном исследовании несколько руководителей КБ заявляли, что многие наставники уже научились применению форм оценки. Однако руководители от ВУЗов признают, что процедура оценки остается одним из слабых мест учебного процесса из-за непонимания важности процедур, недостаточное умение пользоваться формами оценки со стороны многих наставников. Любопытно, что **практически 100% ординаторов 1 и 2 года обучения по всем специальностям отметили, что имеют руководителя, более 91 % отметили довольно высокую удовлетворенность работой руководителя от ВУЗа.**

Рисунок 6. Удовлетворенность клинических ординаторов 1-го года всех специальностей работой руководителей от ВУЗа / Кафедры, %

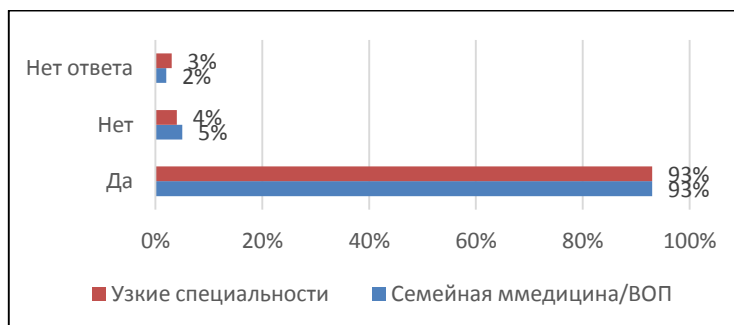
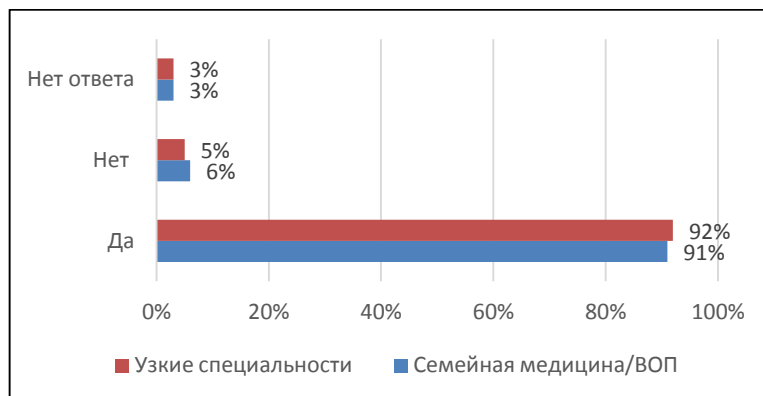
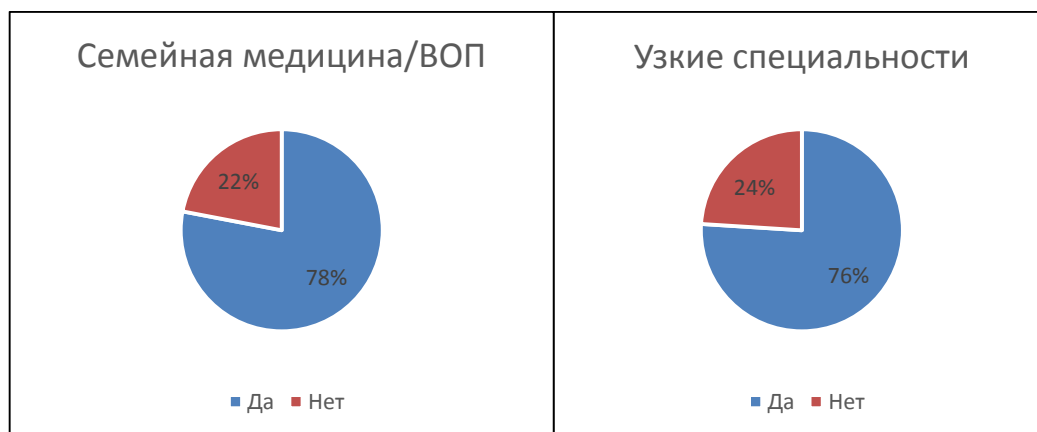


Рисунок 7. Удовлетворенность клинических ординаторов 2-го года всех специальностей работой руководителей от ВУЗа / Кафедры, %



Около 76%-78% ординаторов 1 и 2 курса по всем специальностям имеют наставников в организациях здравоохранения. На основании приказа МЗКР от 15.03.2019г. №138 утверждена «Инструкция для руководителей ОЗ, являющихся КБ по прохождению ординатуры», на основании которой ОЗ должны приказом обязательно назначать клинического наставника.

Рисунок 8. Ответы клинических ординаторов всех специальностей на вопрос «Есть ли у Вас клинический наставник в организации здравоохранения?»



Опрос ординаторов, насколько они удовлетворены клиническими наставниками в ОЗ показал, что удовлетворенность ординаторов составила от 20 до 78%. Стоит отметить, что часть ординаторов, не дала ответа, насколько они удовлетворены работой наставника.

Рисунок 9. Удовлетворенность клинических ординаторов 1-го года работой клинического наставника в клинических базах, %

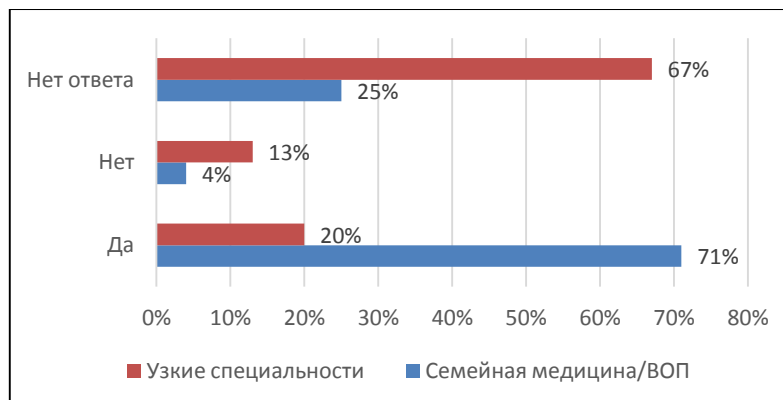
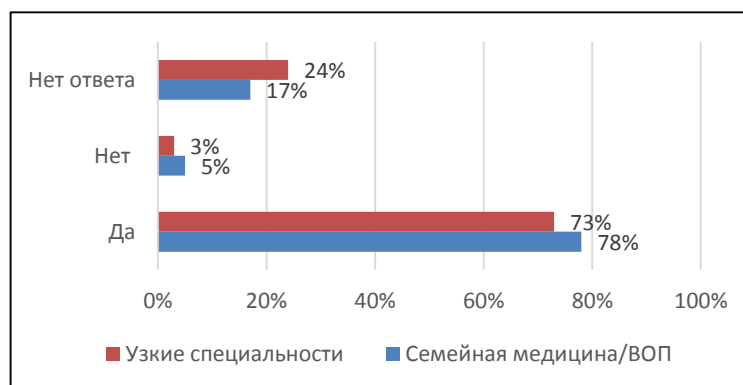


Рисунок 10. Удовлетворенность клинических ординаторов 2-го года работой клинического наставника в клинических базах, %



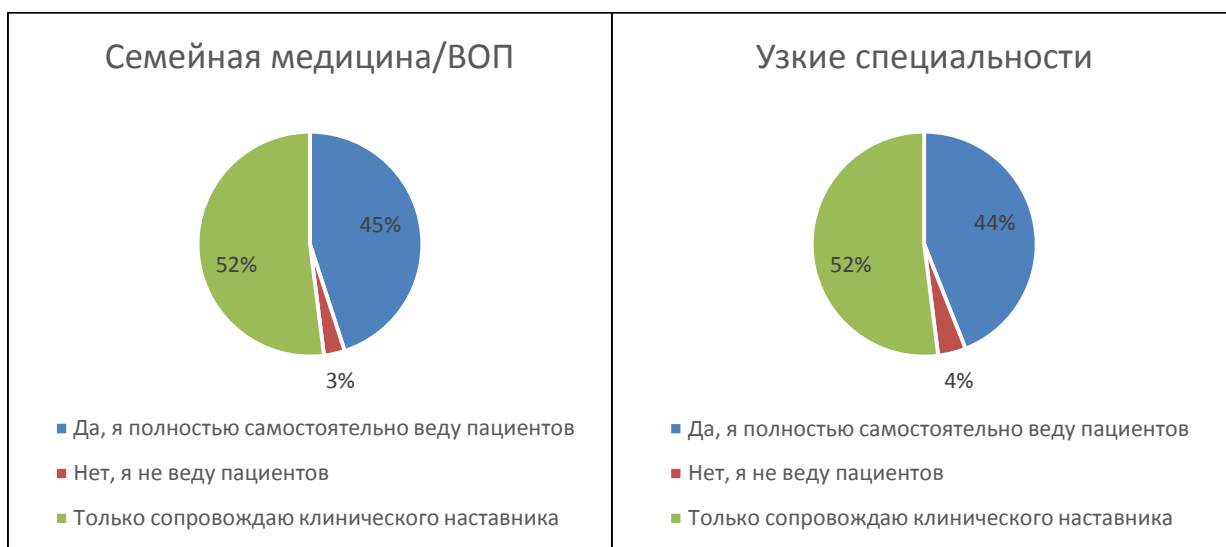
Мы предполагаем, что данная ситуация связана с тем, что ординаторы имеют несколько наставников, например, в ОЗ официально может быть наставником зам. директора ОЗ, в каждом отделении также разные наставники, поэтому ординаторам сложно было дать оценку его работе. Это, возможно, потребует в будущем корректировки анкеты, когда ординатор может оценивать удовлетворенность каждым наставником, в зависимости от цикла.

4.5 Оценка децентрализованного обучения по специальности «Семейная медицина»

4.5.1 Доступ клинических ординаторов к пациентам и приобретение навыков

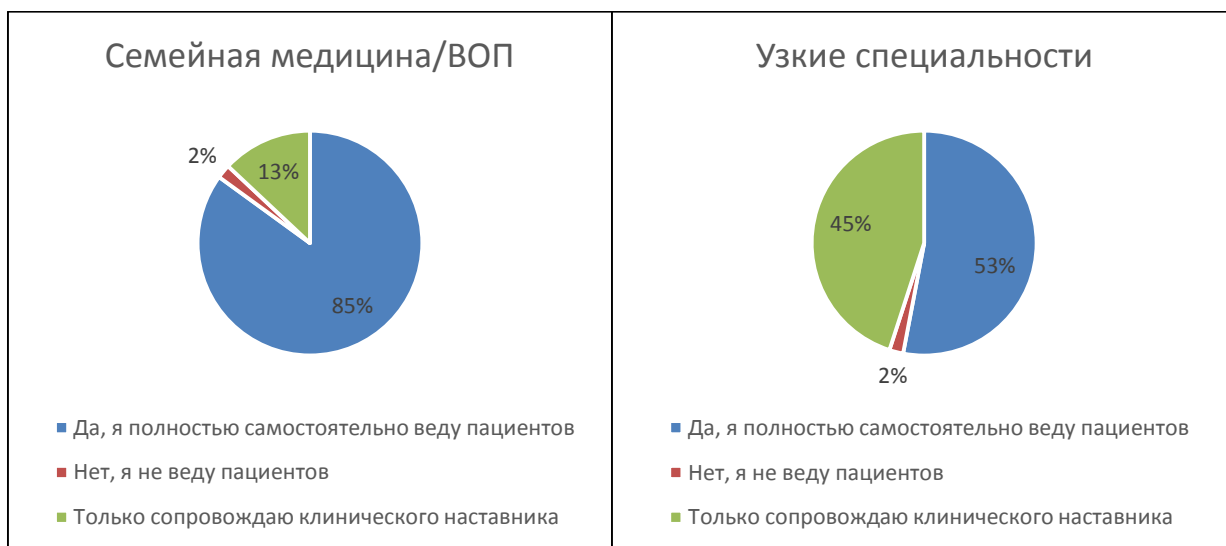
Отмечается существенный доступ клинических ординаторов к пациентам и этот доступ на втором году обучения значительно увеличивается. Среди ординаторов СМ/ВОП 1-го года 45% ответили, что полностью и самостоятельно ведут пациентов, 52 % ординаторов ответили, что ведут пациента под руководством клинического наставника, остальные 3 % отметили, что не ведут пациентов.

Рисунок 11. Ответы клинических ординаторов 1-го года на вопрос «Ведете ли Вы самостоятельно пациентов?»



На втором году обучения доступ к пациентам значительно лучше: ординаторы 2 года обучения – 85% по СМ указали, что ведут самостоятельно пациентов и 53% по узким специальностям. Около 2% ординаторов по обоим специальностям указали, что не ведут прием пациентов.

Рисунок 12. Ответы клинических ординаторов 2-го года на вопрос «Ведете ли Вы самостоятельно пациентов?»



Анкетирование не показало существенной разницы между городами и регионами, хотя в дискуссиях в фокус группах с ординаторами и интервью с руководством ОЗ и наставниками отмечалось, что в городах Бишкек и Ош клинические базы традиционно располагают большим числом ординаторов, которые пребывают здесь наряду со студентами додипломного обучения.

Опрошенные ординаторы в ОЗ в городе Бишкек не отмечали доступ к пациентам как значимую проблему. Но и восторга, который можно было услышать от многих ординаторов в региональных КБ, среди ординаторов в городских КБ не было. Действительно, хотя в регионах также растет число

ординаторов, особенно в областных центрах и крупных районных ТБ, большой перегруженности здесь не наблюдается. Многие опрошенные ординаторы четко заявляли, что доступ к пациентам и практике в регионах лучше. Более того, они рекомендовали прохождение первого года именно в региональных КБ.

Отдельные наставники отмечали, что сами ОЗ также получают выгоды от клинических ординаторов. Клинические ординаторы по всем специальностям сыграли важную роль во время реагирования на пандемию COVID-19. Всем ординаторам был дан выбор между тем, чтобы уйти на самоизоляцию или помогать ОЗ. Многие опрошенные ординаторы работали на телефонах Горячей линии 118, были и те, кто работал непосредственно с больными. Для нескольких ординаторов работа в стационарах во время первых месяцев пандемии стало возможностью получить широкую практику в реанимации и интенсивной терапии, и даже в хирургии и акушерстве-гинекологии.

Кроме того, ротации отдельных ординаторов зависели от текущих приоритетов в КБ. К примеру, в одном из стационаров, после прохождения цикла «Педиатрия» в Детском отделении и перевода в отделение Хирургии осенью 2019 года, нескольким ординаторам пришлось вернуться в Детское отделение, потому что начался большой поток поступлений детей с ОРВИ.

Отдельно следует отметить важность постоянного обновления знаний ординаторов, с применением принципов доказательной медицины. В клинике «Элдик» в Бишкеке ординаторы, наряду с врачами, готовят и проводят презентации и лекции по заданным темам, с использованием ресурса UpToDate и других источников доказательной информации. Внедрение такого рода практики подготовки лекций или презентаций в других клинических базах могло бы принести несколько выгод. В частности, укрепилось бы понимание необходимости постоянного обновления знаний, приобретались бы навыки поиска и критической оценки медицинской информации, навыки презентации, ведения профессиональной дискуссии со ссылкой на конкретные случаи заболеваний, встречающихся во время пребывания в клинических базах.

Перечень практических навыков для ординаторов нуждается в пересмотре, чему есть несколько причин. Некоторые клинические манипуляции для программы ВОП (1-й год обучения в стационаре), например, Спирометрия, чаще всего проводятся в условиях ПМСП, а не в стационарах первичного и вторичного уровня. Поэтому целесообразно пересмотреть список компетенций и их распределение по годам учебы.

«Я сейчас работаю в ГСВ в селе в Чуйской области. Очень хочу, чтобы у ординаторов была возможность практиковать процедуры неотложной помощи в течение всего учебного года, а не только в начале сентября на первом курсе.»

(Клинический ординатор 2-го курса)

Некоторые компетенции, такие как коникотомия, процедуры при травмах груди, едва ли могут быть освоены в условиях большинства КБ. В условиях сокращения вводных лекций в начале 1-го года с 2-х месяцев (в ранние годы реформы ПДМО) до 3-х недель (в 2020 году), для отработки этих процедур требуется доступ к муляжным центрам и эти процедуры должны отрабатываться в специально выделенное время в течение учебного года.

В самооценке практических навыков ординаторов 1-го года в городах Бишкек и Ош и регионах сильно отличающихся и существенных различий не выявлено, хотя по некоторым дисциплинам можно наблюдать, что ординаторы в регионах выше оценивают свои навыки по тем или иным вмешательствам. Например, значительно большее количество ординаторов в г. Бишкек и Ош отметили, что не знают, как выполнять некоторые манипуляции, по сравнению с ординаторами в

регионах: по неврологическому обследованию, расшифровка ЭКГ, проведение пикфлоуметрии, наружное акушерское обследование, ведение родов.

Таблица 2. Самооценка практических навыков КО специальности «Семейный врач/ВОП» 1-го курса в городах Бишкек и Ош, %

Перечень вмешательств/манипуляций	Знаю, как выполнять	Могу выполнять под наблюдением наставника	Могу выполнять самостоятельно	Не знаю, как выполнять
Неврологическое обследование	12	55	19	14
Измерение АД и интерпретация результатов	16	6	75	3
Расшифровка ЭКГ	14	53	7	26
Пикфлоуметрия	22	13	40	25
Первичная хирургическая обработка ран	25	26	43	6
Наложение швов	20	36	21	23
Наложение гипса	23	34	12	31
Промывание желудка	26	32	27	15
Сердечно-легочная реанимация	25	31	31	13
Наружное акушерское обследование	26	29	21	24
Ведение физиологических родов	28	37	4	31
Оценка состояния новорожденного	32	34	14	20

Таблица 3. Самооценка практических навыков КО специальности «Семейный врач/ВОП» 1-го курса в регионах, %

Перечень вмешательств/манипуляций	Знаю как выполнять	Могу выполнять под наблюдением наставника	Могу выполнять самостоятельно	Не знаю как выполнять
Неврологическое обследование	14	58	22	6
Измерение АД и интерпретация результатов	20	4	76	0
Расшифровка ЭКГ	14	59	13	14
Пикфлоуметрия	25	14	52	9
Первичная хирургическая обработка ран	29	31	36	4
Наложение швов	22	42	17	19
Наложение гипса	25	34	20	21
Промывание желудка	27	38	24	11
Сердечно-легочная реанимация	23	36	26	15
Наружное акушерское обследование	25	28	34	13
Ведение физиологических родов	25	49	9	17
Оценка состояния новорожденного	26	39	24	11

Результаты самооценки практических навыков у ординаторов 2 года обучения по специальности «Семейная медицина/ВОП» показали, что во 2-й год ординаторы значительно выше оценивают свои навыки как в гг. Бишкек и Ош, так и регионах, по сравнению с 1-м годом обучения. Следует отметить, что данные ординаторы, как в регионах, так и городах, в большинстве отметили отсутствие навыков по выполнению двух манипуляций – это наложение швов и наложение гипса. Практически около четверти ординаторов отметили что, не знают, как выполнять данные манипуляции.

На второй год значительно выше оценивают свои навыки по использованию пикфлоуметрии, поскольку данную манипуляцию, ординаторы могут освоить только на второй год обучения, на уровне ПМСП.

Получение навыков в большинстве зависит также от количества случаев во время нахождения в том или ином отделении. Например, в течение 2 недельного цикла не могут быть больные, которым нужна была сердечно-легочная реанимация, промывание желудка и другие. Ординаторы предлагали и просили организовать муляжи и специальные пункты, где можно учиться и повторять эти манипуляции.

Таблица 4. Самооценка практических навыков КО специальности «Семейный врач/ВОП» 2-го курса в городах Бишкек и Ош, %

Перечень вмешательств/манипуляций	Знаю как выполнять	Могу выполнять под наблюдением наставника	Могу выполнять самостоятельно	Не знаю как выполнять
Неврологическое обследование	22	46	31	1
Измерение АД и интерпретация результатов	20	1	79	0
Расшифровка ЭКГ	22	47	24	7
Пикфлоуметрия	25	16	54	5
Первичная хирургическая обработка ран	30	21	42	7
Наложение швов	25	34	19	22
Наложение гипса	16	33	18	33
Промывание желудка	40	27	29	4
Сердечно-легочная реанимация	28	40	31	1
Наружное акушерское обследование	33	29	35	3
Ведение физиологических родов	21	55	8	16
Оценка состояния новорожденного	19	35	41	5

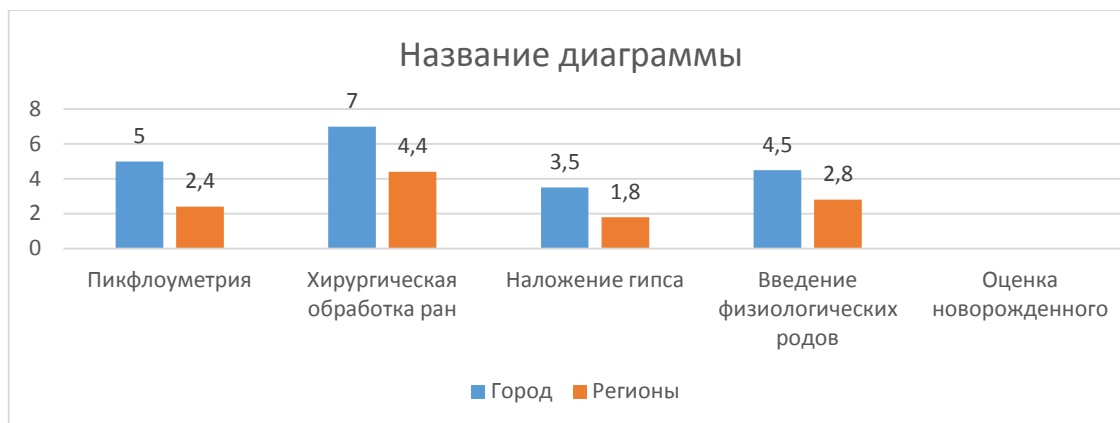
Таблица 5. Самооценка практических навыков КО специальности «Семейный врач/ВОП» 2-го курса в регионах, %

Перечень вмешательств/манипуляций	Знаю как выполнять	Могу выполнять под наблюдением наставника	Могу выполнять самостоятельно	Не знаю как выполнять
Неврологическое обследование	11	49	32	8
Измерение АД и интерпретация результатов	20	5	75	0
Расшифровка ЭКГ	7	55	25	13
Пикфлоуметрия	29	15	53	3
Первичная хирургическая обработка ран	32	27	37	4
Наложение швов	28	32	18	22
Наложение гипса	23	38	14	25
Промывание желудка	35	20	38	7
Сердечно-легочная реанимация	29	25	40	6
Наружное акушерское обследование	26	28	45	1
Ведение физиологических родов	28	39	20	13
Оценка состояния новорожденного	30	23	45	2

Сравнение самооценки полученных навыков ординаторами по некоторым манипуляциям, которые проходили обучение в регионах и городе показывает некоторые преимущества в регионах.

Так, в регионах 2,4% опрошенных ординаторов отметили, что не знают, как проводить пикфлоуметрию, тогда как в городах и Бишкек и Ош около 5% ординаторов отметили, что не знают, как проводить данную манипуляцию. По другим манипуляциям, как хирургическая обработка ран, наложение гипса, ведение физиологических родов и оценка состояния новорожденного, также меньше ординаторов в регионах, чем в городах отметили, что не знают, как выполнять данные манипуляции.

Рисунок 13. Сравнительная характеристика отдельных навыков, которые клинические ординаторы не знают, как выполнять



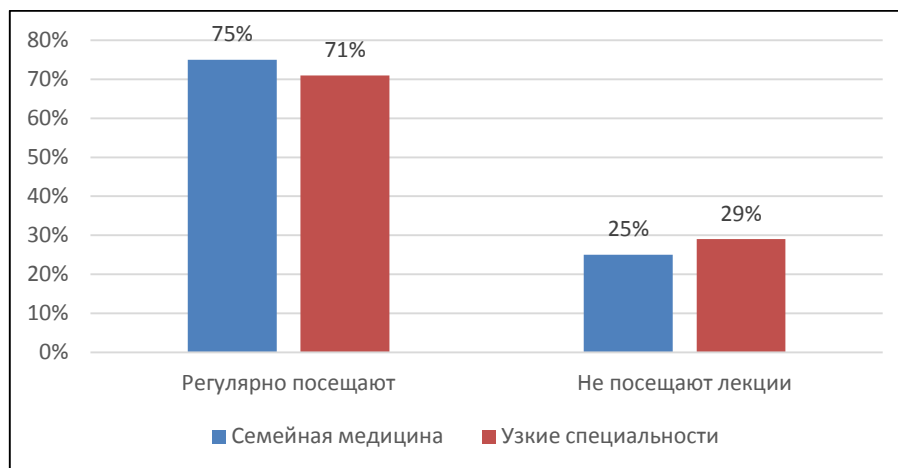
4.5.2 Внедрение дистанционного обучения

Согласно обучающей программе после 2-х месячного очного обучения лекционный материал в течение учебного года по наиболее важным темам дисциплины преподносится в виде вебинаров/дистанционных онлайн лекций продолжительностью 2 учебных часа один или два раза в неделю. В дальнейшем запись видео-лекции помещается на веб-сайт в электронную библиотеку для свободного доступа.

В 2019-2020 году КГМИПипК пересмотрел учебную программу, в результате чего вводные очные сессии, проводимые в начале сентября, были сокращены до 3 недель. ВУЗы успевают за это время прочитать лекции лишь по самым базовым предметам.

Это сокращение вводного курса, по задумке руководителей, может быть с успехом компенсировано за счет лекций дистанционного обучения (ДО). Однако результаты онлайн-анкетирования клинических ординаторов показали, что 29% ординаторов по узкой специальности и 25% ординаторов по семейной медицине не посещают лекции ДО.

Рисунок 14. Посещение клиническими ординаторами сессий дистанционного обучения, %



Клинические ординаторы давали следующие объяснения такому низкому уровню посещаемости лекций ДО:

- **Время лекций ДО в 14.00 неудобно. Это время, когда КО заняты в больнице с больными.** Многие ординаторы не успевают просмотреть лекцию, так как много работы, вечерние смотреть получается лучше, но и то не всегда. Иногда эти ординаторы пропускали лекции ДО несколько недель подряд. Один ординатор смогла за год просмотреть лекцию в онлайн-режиме лишь один раз, остальные лекции смотрела вечером в записи.
- **Просмотр лекций ДО сопровождался техническими проблемами,** особенно в начальных стадиях внедрения ДО. Платформа несколько раз перестраивалась и претерпевала изменения, что вело к тому, что у некоторых ординаторов обнулялся пароль доступа и, вместе с ним, данные о посещаемости. Веб сайт иногда просто не работал, приходилось обращаться к администраторам.
- **Лектор не заинтересован оставлять время на вопросы, часто не заинтересован давать ответы на задаваемые вопросы.** Диалога и дебатов не бывает, т.е. происходит полностью односторонняя коммуникация (без диалога или интерактивности).
- **В лекциях много практически незначимых аспектов.** Часто это нагромождение теоретических данных об этиологии, патогенезе. Хотя несколько респондентов указали, что содержание лекций по педиатрии было хорошим, как результат общего снижения интереса к ДО, ценность этих лекций, возможно, затерялась среди других проблем ДО.
- **У нескольких ординаторов были проблемы с Интернетом,** который работает лучше ночью. Поэтому она смотрела ночью. Ни разу не посмотрела лекции в онлайн-режиме. *Как стимул ждать ночи и смотреть запись работал административный ресурс (баллы, начисляемые за посещение лекций и добавляемые к оценке при прохождении переводного экзамена), нежели содержание лекций.*

С другой стороны, один руководитель со стороны ВУЗа объясняла низкую посещаемость лекций ДО следующими причинами:

- У ординаторов бывает так, что у них мало времени, Интернет связь плохая,

- У многих ординаторов культура пользования ДО пока еще не развита.
- Многие ординаторы имеют низкие значения успеваемости еще с додипломного образования,
- Часто ординаторы женского пола выходят замуж или беременеют
- Среди ординаторов нет конкуренции за хорошую успеваемость в учебе, что ведет к низкой мотивации.
- Наставники не всегда привержены тому, чтобы ординаторы уделяли время на лекцию ДО.
- Качество лекций ДО требует улучшения.

Клинические ординаторы СМ озвучили следующие просьбы и дали следующие **предложения по улучшению лекций ДО**:

1. По логистике лекций ДО:
 - Сократить продолжительность лекций ДО.
 - Поменять время лекций ДО на более подходящее время.
 - Чтобы в конце лекции была сессия «Вопросы и ответы», желательно с присуждением баллов за правильные ответы.
2. По содержанию лекций ДО:
 - Нужно больше акцента на работу врача ПМСП, особенно долгосрочного ведения пациентов с хроническими расстройствами в амбулаторных условиях.
 - Нужно больше лекций, которые охватывают заболевания и проблемы, с которыми ординаторы сталкиваются чаще всего.
 - Неотложная педиатрия,
 - Клиническая фармакология, например, лекарственные взаимодействия, препараты выбора против препаратов второго ряда и т.п.
 - Интенсивная терапия и реанимация.
 - Больше данных о дифференциальной диагностике.

«Тема «Антимикробная резистентность» должна быть частью содержания лекций, так как на практике вижу, что в нашей больнице назначают сразу Цефтриаксон, Карбапенемы и т.п., в то время как в КГМА нас учили начинать с более «простых» антибиотиков. Хотелось бы знать принципы АМР для применения их в дискуссиях с врачами.»

(Клинический ординатор КГМА 2-курса)

Были также озвучены и более экстремальные пожелания. Одна ординатор, проходившая 1-й год в сельской ГСВ, выразила мнение о целесообразности онлайн-платформы для второго мнения (телемедицина) от клинического руководителя, эксперта или специалиста, или наставника. Хотя такая платформа вряд ли нужна всем ординаторам -1-го года, она могла бы быть хорошим инструментом для ординаторов 2-го года в отдаленных районах, где в ОЗ ПМСП часто не хватает врачей определенных специальностей.

Лекции ДО разрабатываются и читаются каждым ВУЗом по-своему, отдельно. Это связано с мотивом работников ВУЗов выполнять свои академические часы в Учебном плане и, соответственно, получать финансовые средства на ставки, выделяемые этим ВУЗам. Эта ситуация для многих респондентов не представляется проблемной, потому что ВУЗы являются отдельными и автономными учреждениями, могут иметь свои специфические кадровые ресурсы, свои

стратегии институционального развития. Однако также можно считать целесообразным в будущем объединять усилия ВУЗов по ДО.

Одним из вариантов может быть разработка общего содержания лекций ДО, хотя бы для 1-го года обучения (ВОП). Отдельные лекции, включающие клинические вопросы по направлениям могли бы разрабатываться специализированными учреждениями или даже профессиональными ассоциациями. Например, лекции по хирургии разрабатываются НЦХ или Ассоциацией хирургов, а лекции по Кардиологии разрабатываются кафедрой кардиологии в НЦКиТ или Ассоциацией кардиологов. Еще одной альтернативой, или даже дополнительным шагом, может быть размещение записанных лекций на сайтах, для чего подходят веб сайты МЗ КР, профессиональных ассоциаций. Такой вариант снижает административные рычаги для ВУЗов для обеспечения посещаемости ординаторов, однако при условии достижения интересного содержания лекций выгоды от улучшенной успеваемости ординаторов будут ценнее нынешних отчетов о посещаемости лекций ДО.

4.5.3 Проживание клинических ординаторов

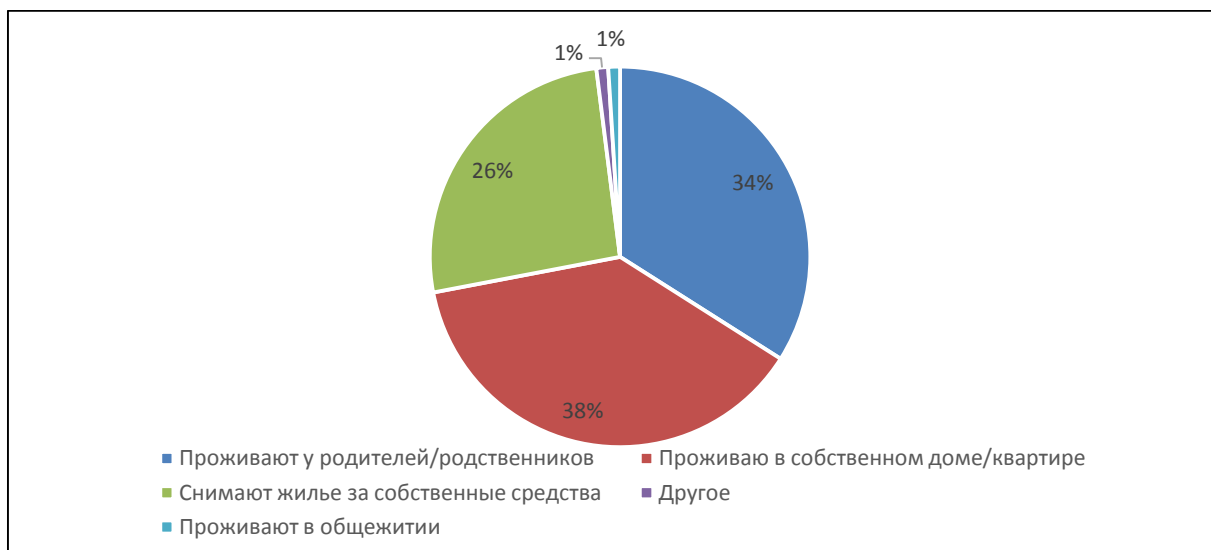
Децентрализация последипломного обучения предполагает выезд ординаторов в регионы, при этом проблематичным считается обеспечение ординаторов доступом к жилью в таких регионах. Большинство ординаторов выезжают в регионы по месту основного проживания. ВУЗы всегда поощряют выезд ординаторов, которые сами решили ехать в регионы. В КГМА, если раньше распределение в регионы ординаторов СМ ранее было по желанию, то теперь есть Комиссия, которая занимается распределением и одна из ее задач - убеждение ординаторов ехать в регионы.

Тем ординаторам, которые самостоятельно не выбрали КБ, руководители ВУЗов предлагают на выбор КБ, куда они смогут поехать и где им смогут обеспечить проживание или заработную плату. Однако ординаторы рассказали о случае, когда по направлению ВУЗа несколько их сокурсников (у которых не получилось взять интервью) выехали в регион, где местная администрация обещала поддержку в виде жилья; эти условия не были выполнены, и они были вынуждены вернуться в г. Бишкек.

Однако в целом, во время дискуссий фокус-групп ординаторы не отмечали проблему проживания как нечто важное, объясняя это тем, что большинство в регионах проживали в собственных домах. Некоторые ординаторы из КБ в г. Бишкек и г. Ош отмечали, что они снимают жилье и были к этому готовы.

72% всех опрошенных ординаторов по специальности СМ и узких специальностей отметили, что проживают в собственном доме или у родителей/родственников и не тратят средства на аренду жилья. 26% опрошенных ординаторов отметили, что арендуют жилье и оплачивают стоимость аренды жилья из собственных средств. Из них 84% - это ординаторы, которые проходят ординатуру в гг. Бишкек и Ош. Около 1% ординаторов проживают в общежитиях при ОЗ или предоставляемых местными администрациями, они не тратят средства на аренду жилья.

Рис. 15. Проживание клинических ординаторов



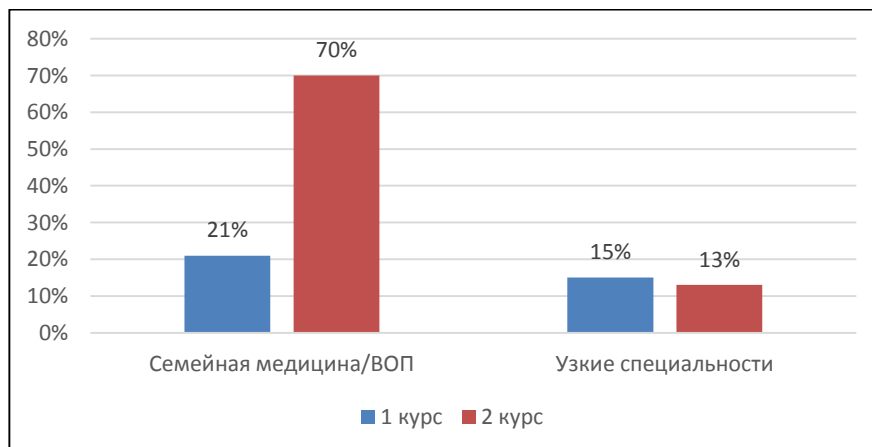
4.5.4 Зарботная плата ординаторов

Ординаторы, которые проходят обучение в ОЗ, которые являются клиническими базами, могут быть приняты в штат организации здравоохранения и получать заработную плату. Согласно постановления Правительства КР от 26 мая 2011 года №246 «Положение об оплате труда работников здравоохранения КР», ординаторам устанавливается базовый оклад на 10 % ниже базового оклада по должности.

Есть небольшая разница в получении заработной платы ординаторами в зависимости от специальности: 21% ординаторов по специальности «Семейная медицина/ВОП» получают заработную плату, ординаторы по узкой специальности в 15% случаев получают заработную плату.

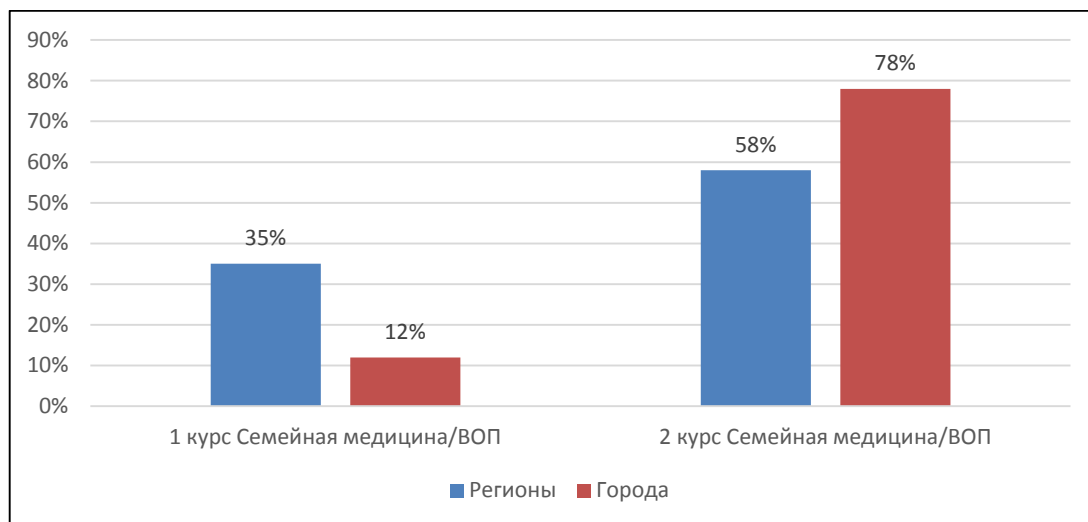
Есть существенная разница при получении заработной платы, в зависимости от года обучения по специальности «Семейная медицина/ВОП», около 70% ординаторов, отметили получение заработной платы.

Рисунок 16. Получение заработной платы клиническими ординаторами 1 и 2 курсов, %



Анкетирование ординаторов по специальности «Семейная медицина/ВОП», показало существенную разницу при получении заработной платы ординаторами в зависимости от того, где они проходят ординатуру, в городе или регионах. На 1-м году обучения 35% ординаторов из регионов указали, что получают заработную плату, в городах – 12%. На 2-м году обучения 58% ординаторов (в ОЗ ПМСП) в городах Бишкек и Ош отметили о получении заработной платы, в регионах - 58% ординаторов.

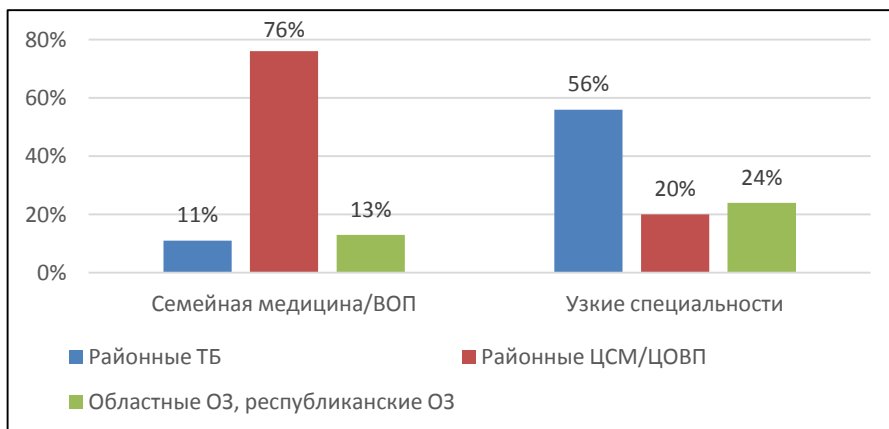
Рисунок 17. Получение заработной платы клиническими ординаторами 1 и 2 курса по специальности «Семейная медицина»



Получение ординаторами заработной платы на второй год обучения на уровне ПМСП однозначно связано с тем, что ПМСП имеют большую нехватку врачей и свободные ставки. Наибольшее количество ординаторов, которые получают заработную плату, работают на уровне ПМСП (ЦСМ, ЦОВП).

Также 13% ординаторов по СМ и 24% ординаторов по узким специальностям отметили, получают заработную плату в ОЗ областного и республиканского уровней.

Рисунок 18. Число клинических ординаторов, получающих заработную плату, по уровням организаций здравоохранения, %



4.5.5 Проблемные вопросы, выявленные оценкой ПДМО в 2019 году, и прогресс в их решении

При опросе ординаторы отмечали проблемы, которые, по их мнению, являются актуальными и требуют решения. Были выделены семь основных проблем, которые наиболее часто отмечались. Это вопросы заработной платы, проживание ординаторов в регионах, доступность практики для получения навыков, доступность дистанционного обучения, содержание теоретического обучения.

Результаты показали, что обозначенные проблемы у ординаторов по семейной медицине в регионах и г. Бишкек отличаются не значительно. Есть некоторые различия в обозначении проблем, связанных с заработной платой и доступу к пациентам, в зависимости от места прохождения ординатуры. В регионах 14% ординаторов обозначили отсутствие заработной платы как значимую проблему, в городе – 25% ординаторов. Ограниченный доступ к пациентам обозначили в 10% случаев в городских ОЗ и только 2% ординаторов, проходящих обучение в региональных ОЗ отметили, что ограничен доступ к пациентам.

Если сравнивать обозначенные проблемы с оценкой, которая проводилась в 2019 году, то в прошлом году самым проблематичным отмечалось доступность к получению практических навыков – 32%. В текущем году проблемы доступа к получению практических навыков обозначены немного меньшим количеством случаев – 22% в регионах и 27% в городах.

В текущем году, большее количество ординаторов отметили проблему недостатка теоретического обучения (23%, 27%, хотя в прошлом году только в 15% случаев эта проблема обозначалась актуальной. Конкретные проблемы, связанные с теоретическим/дистанционным обучением очень подробно обсуждали с ординаторами при фокус-групповых дискуссиях и освещены в данном отчете выше, в разделе о дистанционном обучении.

Есть динамика снижения проблематичности относительно опыта клинических наставников в ОЗ, в прошлом году в более 16% случаях отмечали данную проблему. В текущем году опрос ординаторов показал, что только 2% ординаторов, как в городе, так и в регионе, отмечают недостаток опыта работы у наставников, как проблему.

Рисунок 19. Проблемы ординаторов по специальности «Семейная медицина/ВОП», %





Оценка внедрения ПДМО, проводимая в 2019 году, одним из важных достижений отмечала, что децентрализация последиplomного образования уже начала показывать положительную тенденцию, поскольку ежегодно все большее количество ординаторов выезжают в регионы. В текущей оценке, отмечено, что эта динамика продолжает сохраняться и поддерживается как образовательными организациями, так и самими ординаторами.

В 2019 году отмечалось о незапланированном распределении ординаторов на КБ в соответствии с требованиями обучающей программы для обеспечения качества практического обучения. Несмотря на то, что были разработаны ряд НД, которые позволяют оценивать потенциал и возможности КБ в зависимости от категории (А, В, С) и проводить запланированное распределение, это пока остается на том же уровне, направление на клинические базы большей частью является желанием ординаторов, согласно основному месту проживания.

На клинических базах не всегда оснащенность и клинические случаи позволяют освоить все манипуляции/вмешательства, описанные в дневнике ординатора, при этом образовательные организации не могут полностью контролировать соблюдение ординаторами циклов, предусмотренных программой, особенно в ОЗ в регионах.

Есть существенные сдвиги распределения ординаторов на соответствующие уровни здравоохранения в зависимости от года обучения. В текущей оценке, большинство ординаторов первого года проходили ординатуру на стационарном уровне и второй год на первичном.

В учреждениях, где нет врачей, ординаторы работают и самостоятельно ведут пациентов, то есть работают без наставников. Это проблема была обозначена также в прошлогодней оценке, в текущей оценке также имелись подобные случаи. Это вызывает озабоченность со стороны образовательных организаций и руководителей ОЗ, поскольку ординатор обязательно должен иметь клинического наставника и не может нести полную ответственности в случае осложнений или других экстренных случаях.

В прошлогодней оценке наиболее актуальным отмечалась проблема аттестации, регулярной оценки знаний и навыков ординаторов, в этом году эта проблема также обозначалась образовательными организациями, отсутствие единых подходов и финансовых средств к проведению регулярной аттестации и мониторинга непосредственно на местах.

Остаются актуальными решение вопросов об оплате труда клинических наставников и клинических ординаторов. Необходимы соответствующие подходы и механизмы со стороны ОЗ для выплат

врачам, которые являются наставниками, и постоянная оплата заработной платы ординаторам, которая не будет ограничивать выполнение обучающей программы в полном объеме.

Как и при прошлогодней оценке, остаются актуальными вопросы, связанные с дистанционным обучением, непосредственно с его содержанием, которые больше должны быть ориентированы на клинические случаи, и создание возможности постоянного получения ответов на вопросы в он-лайн режиме.

Частично реализованы вопросы, связанные с повсеместным обучением клинических наставников на КБ программам последипломной подготовки, вопросам педагогики. Эта работа большей частью поддерживалась швейцарским Проектом по реформам медицинского образования. Эта работа требует дальнейшего усиления со стороны самих образовательных организаций.

Вопросы совершенствования договорных отношений между организациями здравоохранения и образовательными организациями, которые будут предусматривать ответственность ОЗ за результаты клинического обучения ординаторов и обязательства учебного заведения по использованию ОЗ в качестве клинической базы, рекомендованные в оценке 2019 года, также не были реализованы.

5. Обсуждение

В 2020 году завершается период реализации Стратегии развития ПДМО в Кыргызской Республике на 2014-2020 годы. Прогресс децентрализации, одной из основных направлений Стратегии, очевиден и он особенно заметен в развитии ординатуры по специальности «Семейная медицина/ВОП». Задокументированный рост числа выпускников медицинских ВУЗов, поступающих на учебу по этой специальности, а также случаи перехода ординаторов из узких специальностей на эту специальность на втором году обучения, являются доказательством того, что условия и организация децентрализованного ПДМО в Кыргызстане в целом срабатывают. На практике уже имеются примеры клинических баз, успешно организовавшие процесс учебы для ординаторов СМ/ВОП, и, соответственно, создающие задел для решения своих кадровых недостатков в ближайшем будущем.

Продолжающиеся дебаты вокруг учебной программы, в частности вокруг длительности ПДМО, непременно должны учитывать достижения, задокументированные в данной оценке. С учетом негативного мнения нескольких респондентов для данного исследования о низком качестве додипломного медицинского образования в некоторых ВУЗах, учебная программа ПДМО с такой длительностью, которая бы позволяла вначале пройти базовые дисциплины (ВОП) и только потом учиться по выбранной специальности, выглядит наиболее уместной и адекватной. Наглядным следует считать пример Ноокатского района, где, после первого года обучения в территориальной больнице, ординаторы СМ/ВОП распределяются в ГСВ, расположенные в перифериях этой крупной территории, и продолжают подвергаться педагогическому воздействию со стороны клинических наставников и руководителей. Дисциплина и организованность процесса учебы здесь безусловно достигается лидерством руководителей здравоохранения в районе, однако условия для этого созданы децентрализованной системой ПДМО.

Баланс между решением недостатков в кадровом обеспечении в ОЗ и эффективным обучением ординаторов достигается достаточно хорошо. В исследовании были зафиксированы примеры,

когда ординаторы по несколько месяцев проводили в отделениях педиатрии во время сезонных ОРВИ, помогая таким образом клинической базе решать проблему нехватки кадров в такие сезоны. Первые месяцы реагирования на пандемию, когда множество ординаторов стояли на посту вместо пожилых врачей, также показали положительные эффекты децентрализации.

Учитывая культурные особенности и тот факт, что большинство ординаторов СМ/ВОП женского пола, приближенность места учебы и работы к месту жительства дает большие удобства для девушек, выбравших эту специальность. Многие опрошенные ординаторы открыто признались, что приближенность места учебы и работы к месту проживания дает им возможность учиться, работать, и вести семейную жизнь. Вместе с тем, ВУЗам и КБ еще предстоит найти способы обеспечения прохождения всех циклов первого года (ВОП) девушками, которые уходят в декретный отпуск во время учебы.

Исследование выявило, что остается ряд структурных барьеров для достижения целей децентрализации ПДМО. В частности, существующие подходы к поощрению труда клинических наставников из числа врачей и заведующих отделений не всегда срабатывают так, чтобы они были мотивированы вести процесс обучения и оценки ординаторов с энтузиазмом и соблюдением требуемых процедур. Кроме того, проблемы с жильем не позволяют ординаторам СМ/ВОП, желающим учиться в конкретных клинических базах с хорошей репутацией, выезжать туда для получения желаемого уровня практики и качества учебы.

Практически все опрошенные ординаторы согласны с тем, что врачи ПМСП сильно загружены работой с пациентами и административными нагрузками (отчеты, проверки), имеют достаточно низкие заработки, не имеют времени учиться и самосовершенствоваться. Хотя взаимоотношения наставников и ординаторов складываются хорошо, навыки клинических наставников в организациях здравоохранения требуют улучшений.

Существующая классификация клинических баз по трем категориям – А, Б, и С, - позволяет достаточно эффективно вести ротацию ординаторов СМ/ВОП. Однако важно, чтобы каждая клиническая база имела соответствующий потенциал и могла выполнять роль КБ. Это ожидание не всегда исполняется на практике, о чем свидетельствуют факты, когда ординаторы в некоторых ГСВ и ФАПах работают без супервизии со стороны наставника и не могут отрабатывать некоторые клинически манипуляции и процедуры.

Лидерство и мониторинг обучающего процесса со стороны ВУЗов - важные в нынешней ситуации элементы ПДМО – в целом происходят на высоком уровне. Однако имеются потребности в улучшении администрирования все растущего числа ординаторов СМ/ВОП, улучшения организации мониторинга, и вовлечения в более тесные отношения с местными администрациями, которые представляют ресурс для решения вопросов жилья и также отвечают за будущее кадров на своих административных территориях.

6. Рекомендации

Рекомендации по итогам оценки и анализа данных представлены для четырех ключевых сторон, вовлеченных в процессе обучения клинических ординаторов по специальности «Семейная медицина». Рекомендации дополнены обсуждениями возможных направлений для поиска выполнения рекомендаций и технических решений.

I. Для руководителей клинических баз (директора и заместители директоров ОЗ):

- **Рассмотреть целесообразность внесения изменений в существующие типовые договора КБ с ВУЗами, которые могут обеспечивать реальную финансовую мотивацию для клинических наставников.** Внесение изменений должно основываться на тщательной оценке имеющихся механизмов и новых моделей оплаты труда наставников. При этом, договора, должны учитывать ответственность КБ за качество знаний и навыков ординаторов
- **Создавать нефинансовые формы поощрения клинических наставников за обучение ординаторов.** Такими факторами мотивации могут быть награждения, преференции при выборе претендентов на участие в конференциях или семинарах и другие способы выражения признания и поощрения за труд. Кроме того, необходимо рассмотреть возможность начисления кредит-часов наставникам за кураторство над ординаторами, с четкими механизмами, которые будут оценивать, как качество обучения ординатора, так и педагогическую работу наставников в ОЗ.
- **Обеспечить регулярное обучение клинических наставников из числа врачей и заведующих отделений,** совместно с ВУЗами.
- **Улучшить организацию процессов оценки навыков клинических ординаторов,** пребывающих в отделениях стационаров больниц и ЦСМ/ЦОВП/ГСВ.
- **Продолжать улучшение учебной атмосферы для клинических ординаторов,** посредством поощрения их участия во врачебных конференциях и ночных дежурствах, доступа в отделения, разрешать участие в разборах случаев, в том числе смертных случаев.
- **Продолжать улучшение оснащения лекционных залов, устойчивой Интернет связи для онлайн-лекций.**
- **Взаимодействовать с местными администрациями в вопросах обеспечения жилья и проезда для клинических ординаторов из других регионов.** Это требует регулярной и активной информационной работы, и лидерства со стороны руководителей ОЗ.

II. Для клинических наставников (заместители директоров ОЗ, практические врачи, заведующие отделений):

- **Поощрять клинических ординаторов в самостоятельной подготовке к клиническим манипуляциям и процедурам,** в том числе посредством докладов и даже лекцией.

- **Стараться соблюдать процедуры и формальные шаги для оценки и дачи отзывов клиническим ординаторам.** Это включает такие шаги как назначение даты, времени и места оценки, порядка оценки и дачи отзыва. В настоящее время многие наставники оценивают ординаторов в более неформальных обстоятельствах, опираясь на свою память о качестве выполненных ординаторами процедур, отношения с ординаторами.
- III. Для руководителей образовательных организаций (КГМИПипК, ЮФ КГМИПипК, КГМА, КРСУ, ОшГУ) и Заведующих Кафедр «Семейная медицина» в этих организациях:
- **Оценить эффективность существующей модели поощрения педагогической работы клинических наставников** в клинических базах. Работа на совместительстве руководителей ОЗ не всегда транслируется в высокую мотивацию практических врачей и заведующих отделений для работы с ординаторами.
 - **Рассмотреть целесообразность внесения изменений в существующие типовые договора ВУЗов с КБ, которые обеспечивают реальную финансовую мотивацию для клинических наставников.** Внесение изменений должно основываться на тщательной оценке модели оплаты труда наставников и дополнительной юридической оценке содержания государственных образовательных услуг, оказываемых на платной основе и включенных в «Единый реестр платных услуг». Образовательные организации последипломного образования получают дополнительное финансирование за счет платных услуг (по преискуранту, в том числе при контрактном обучении клинических ординаторов). При этом они предоставляют только теоретическую часть подготовки клинических ординаторов, которая составляет 10 % программы обучения (согласно требований к минимуму содержания образовательных программ ординатуры). Практическая часть подготовки клинических ординаторов составляет 90% и предоставляется клинической базой и не финансируется за счет платных услуг. Образовательные организации могли бы заключать договора с КБ по совместному осуществлению образовательного процесса и определять условия по распределению бюджетных финансовых средств за образовательные услуги.
 - **Усилить процесс администрирования последипломного медицинского образования.** Это усиление должно охватывать процессы бюджетирования, планирования, распределения ординаторов по регионам, ротации по циклам и клиническим базам, переговоров с КБ и местными администрациями, мониторинга.
 - **Совместно с Министерством здравоохранения, усилить информационную работу с местными администрациями регионов о децентрализации, важности приема ординаторов на учебу и работу в КБ, обеспечения жильем на время учебы.**
 - **Наставники должны получать тренинги по процедурам оценки и дачи отзыва клиническим ординаторам.** Эти тренинги должны быть ориентированы не только на руководителей КБ, но и на практических врачей и заведующих отделений и проводиться на регулярной основе.
 - **Рассмотреть возможность демонстрации опыта продвинутых клинических баз наставникам из других КБ.** В Кыргызстане уже есть примеры КБ, где работа наставников и ординаторов поставлена на высоком уровне. Здесь ординаторы проходят обучение в атмосфере высокой дисциплины, проходят оценки и получают отзывы с соблюдением

требуемых процедур, а также готовят и читают лекции на основе самостоятельно подобранной медицинской информации.

- **Мониторинг в долгосрочном периоде должен приобрести характер реальной супервизии клинической базы, наставников, и ординаторов.** Мониторинг уже применяет инструменты и формы, опирающиеся на индикаторы и целевые показатели. Однако он еще должен включать наблюдение за выполнением ординаторами манипуляций и процедур, а также за тем, как наставники ведут обучение, проводят оценку и дают отзывы. Пока же имеют место факты, когда краткосрочные выезды в регионы включают мониторинг совместно с проведением экзаменов, сбора дневников, вручением грамот и другими административными работами.
- **Как урок после начальных стадий пандемии COVID-19, в учебные программы включить обучение трем важным навыкам:**
 - *навыки ведения телефонных консультаций,*
 - *коммуникация с гражданами с острой реакцией на стресс,*
 - *навыки критической оценки и понимание основ доказательной медицины.*
- В первые месяцы реагирования на пандемию клинические ординаторы стали важным ресурсом на фоне кадрового кризиса во многих ОЗ, где многие врачи оказались возрастными и имели медицинские ограничения для работы с инфицированными больными. Многие граждане обращались по телефону и пребывали в стрессовом состоянии.
- Наконец, в условиях обилия информации и дезинформации в социальных сетях о схемах лечения, а также пробелов в коммуникации и быстро меняющихся алгоритмов ведения пациентов, стало актуальным умение критически оценивать информацию о доказательности лекарственных средств и методов лечения заболевания, вызываемого новым типом коронавируса. Клинические ординаторы должны понимать, что врачу приходится учиться в течение всей своей карьеры, и навыки критической оценки и оценки доказательности облегчат обучение.
- **Дистанционное обучение** нуждается в следующих усовершенствованиях:
 - **Содержание онлайн-лекций** должно делать акцент на клиническую фармакологию, ведение пациентов с хроническим заболеваниями в амбулаторных условиях, педиатрию, интенсивную терапию;
 - **Пересмотреть время онлайн-лекций;**
 - **Включить элементы интерактивности,** в частности, выделить больше времени для вопросов-ответов и улучшить навыки лекторов в этом направлении.
- **Обеспечить круглогодичный доступ ординаторов к муляжным центрам.** Клинические ординаторы имеют доступ к муляжам лишь во время вводных курсов в течение 1-го года обучения. Вместе с тем, отработка некоторых важных навыков (СЛР, коникотомия и др.) практически невозможна даже в реанимационных отделениях стационаров, особенно в регионах. Такие учебные залы и мощности имеются, однако они расположены в Бишкеке и Оше и их графики работы не дает доступ к муляжам для ординаторов.
- **Способствовать внедрению телемедицины и платформам для получения второго мнения.** В настоящее время клинические ординаторы имеют доступ к реаниматологам для

получения мнения по вопросам интенсивной терапии, со слов руководителей ВУЗов. Однако эта работа строится на телефонных консультациях и вряд ли может быть полноценной альтернативой телемедицине и другим платформам получения второго мнения. В условиях, когда ординаторы устраиваются на работу в ЦСМ/ГСВ во время ординатуры, такие технологии могли бы способствовать более эффективному обучению ординаторов с соблюдением безопасности для пациентов.

- Рассмотреть целесообразность тренингов по так называемым мягким навыкам: **навыки презентации информации, навыки межличностной коммуникации.**
- Найти **способы обучения соответствующим дисциплинам ординаторов, пропустивших циклы по причине декретного отпуска или других причин.** Это могут быть прохождение циклов во время летних каникул или другие формы «отработки» по причине пропуска.

IV. Для Министерства здравоохранения:

- Рассмотреть **включение индикаторов, связанных с поощрением учебного процесса в ОЗ, в существующие списки индикаторов эффективности ОЗ и финансирования на основе результатов (ФОР).**
- Рассмотреть **вопросы бюджетного финансирования последипломного образования, с распределением средств с учётом предоставления образовательных услуг, когда 10% получает образовательная организация и 90% получает клиническая база.** Необходимо четко определить размеры бюджетного финансирования за каждого ординатора и механизмы финансирования КБ.
- Совместно с ВУЗами, **усилить информационную работу с местными администрациями регионов о децентрализации, важности приема ординаторов на учебу и работу в КБ, обеспечения жильем на время учебы.**
- **Способствовать включению вопросов последипломного обучения в планы развития административных районов.** Это можно воплощать посредством взаимодействия с районными/территориальными Координационными Советами в местных администрациях.
- **Продолжать работу над увеличением размеров заработной платы и других форм поощрения семейных врачей и престижности этой специальности.** Такие формы поощрения работы врачей в регионах как **Депозит врача** должны получить новые возможности в связи с тем моментом, который сейчас создан децентрализацией последипломного медицинского образования (ПДМО).
- **Планирование числа ординаторов на КБ** – ряд оценок, направленных на оценку КБ в городах Бишкек, Ош и регионах, показали, что в городах в КБ количество ординаторов намного больше, чем позволяет потенциал КБ, а также низкие возможности для получения соответствующих навыков. В связи с этим необходимо планирование количества ординаторов на каждой клинической базе. Эту работу должны проводить МЗ совместно с образовательными организациями. Необходимо введение ограничивающих критериев для набора ординаторов, особенно на КБ в городах Бишкек и Ош.

- **Целесообразно проводить аккредитацию КБ по каждой специальности**, на основе которой должен быть определён список КБ и их потенциал (специальности для ординатуры и возможности по количеству ординаторов). Распределение ординаторов по специальностям и количеству должно проводиться только по аккредитованным КБ. При этом бюджетное финансирование должно проводиться только для аккредитованных КБ.
- **Способствовать созданию в клинических базах залов для обучения на муляжах, с обеспечением круглогодичного доступа для ординаторов и даже врачей.** Финансированию и организации таких залов Министерству могут помочь программы международной помощи, проекты государственно-частные партнерства, пожертвования частных лиц, местных администраций, частных клиник.

Способствовать развитию телемедицины и платформ для получения второго мнения от экспертов. В первые месяцы пандемии COVID-19 экспертам в области инфекционных болезней, пульмонологии и реанимации приходилось вести эту работу имеющимися ресурсами, в частности такими ресурсами социальной сети как Whatsup, Zoom, TrueConf. Однако наличие официальных ресурсов Телемедицины значительно облегчило бы процесс и с высокой вероятностью улучшило бы исходы случаев. Эти же системы уже востребованы и клиническими ординаторами.