

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Повышение качества первичной медико-санитарной помощи через реформу медицинского образования в Таджикистане

Helen Prytherch^{1,2}, Renato L. Galeazzi^{1,2}, Муазамма Джамалова³, Наргис Рахматова⁴, Зухра Касимова⁴, Greta Ross⁴, Шахло Ярбаева⁴, Kaspar Wyss^{1,2}

¹ Швейцарский институт тропической медицины и общественного здравоохранения, Базель, Швейцария

² Базельский университет, Базель, Швейцария

³ Швейцарское агентство по вопросам развития и сотрудничества, Швейцарское бюро по сотрудничеству, Душанбе, Республика Таджикистан

⁴ Представительство Швейцарского института тропической медицины и общественного здравоохранения, Душанбе, Республика Таджикистан

Автор, отвечающий за переписку: Helen Prytherch (адрес электронной почты: helen.prytherch@swisstph.ch)

АННОТАЦИЯ

Исходная информация. От советской эпохи Таджикистан унаследовал в высшей степени централизованную, функционирующую на базе стационаров систему здравоохранения. После распада СССР и последовавшей за этим гражданской войны в стране была начата программа сокращения бедности, включавшая масштабную реформу сектора здравоохранения (РСЗ). Вот уже более 20 лет Швейцарское агентство по вопросам развития и сотрудничества оказывает поддержку Правительству Таджикистана в усилиях по развитию сектора здравоохранения. В данной работе представлены результаты одной из конкретных задач этого процесса – реформы медицинского образования с целью подготовки квалифицированных семейных врачей и медсестер в рамках системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Подходы и результаты. В работе представлен анализ четырех параллельных инициатив: (i) реформа программы додипломного образования в целях укрепления клинических навыков врачей и среднего медицинского персонала; (ii) двухгодичная программа последипломной специализированной подготовки по семейной медицине, в рамках которой подготовлено более 100 семейных врачей для работы в сельских районах; (iii) концепция создания групп «Равный равному» (ГРР) для работы с семейными врачами и медсестрами как низкочастотная, обладающая высоким потенциалом модель непрерывного профессионального

развития (НПР); (iv) инициатива наставничества, в рамках которой недавно завершившие обучение семейные врачи и медсестры получают поддержку более опытных коллег.

Выводы. В стране достигнут прогресс в области реформирования систем додипломного и последипломного образования и внедрения программы наставничества для семейных врачей и медсестер. Тем не менее эти достижения, которые могут быть интересны другим странам в регионе, осуществляющим аналогичные реформы, все еще носят неустойчивый характер. Для обеспечения качества додипломного медицинского образования и экономического обоснования того, что более высокие затраты на внедрение структурированной, эффективно контролируемой двухгодичной программы последипломного специализированного образования оправданы с точки зрения потенциальных преимуществ более качественной ПМСП, необходимы политические обязательства и предсказуемое финансирование на среднесрочную и долгосрочную перспективу. И наконец, что касается НПР, потребуется время для того, чтобы новаторские модели, такие как самостоятельное обучение при поддержке ГРР, получили такое же признание, какое имеет ныне функционирующая традиционная система НПР, основанная на получении теоретических, специализированных знаний.

Ключевые слова: ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА, РЕФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ТАДЖИКИСТАН, РЕФОРМА СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСХОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

От советской эпохи Республика Таджикистан унаследовала в высшей степени централизованную, функционирующую на базе стационаров систему здравоохранения,

в которой наиболее престижной считалась профессия врача узкой специализации. Эти специалисты преимущественно работали в общих или специализированных стационарах в крупных городах, а также в учреждениях районного уровня и джамоатов. Первичная

медико-санитарная помощь (ПМСП) сельским жителям обычно предоставлялась фельдшерами и акушерками в месте первого контакта (1). Эти сотрудники могли предложить базовую помощь, однако их основная задача состояла в сортировке и перенаправлении пациентов к узким специалистам. После распада СССР, и особенно после гражданской войны в Таджикистане (1992–1997 гг.), эта система распалась ввиду прекращения финансирования, и многие работники здравоохранения эмигрировали или устроились на работу в других отраслях. После подписания мирного договора в 1997 г. международное сообщество поддержало Таджикистан в реализации программы сокращения бедности. Эта программа включала масштабную реформу сектора здравоохранения (РСЗ), в рамках которой предусматривалось создание системы ПМСП по принципам семейной медицины, где основные функции по предоставлению услуг выполняют семейные врачи и медсестры.

Вот уже более 20 лет Швейцарское агентство по вопросам развития и сотрудничества (ШАРС) является основным партнером Правительства Таджикистана в усилиях по развитию сектора здравоохранения. На начальном этапе акцент делался на создании базовой, хорошо функционирующей инфраструктуры, однако вскоре стало понятно, что внедрение качественных услуг семейной медицины, отвечающих принципам финансовой и физической доступности и подотчетности, невозможно без развития квалифицированного кадрового ресурса семейных врачей и медсестер, для чего требовалась безотлагательная реформа медицинского образования.

С 2009 г. ШАРС оказывает поддержку Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗ и СЗН РТ) и связанным с ним учреждениям, а также Министерству образования и науки Республики Таджикистан, нацеленную на проведение комплексной реформы додипломного и последипломного образования семейных врачей и медсестер, а также системы их непрерывного образования. В данной статье приведено описание и изложен анализ четырех параллельных инициатив, реализуемых в рамках комплексного подхода к укреплению потенциала семейных врачей и медсестер в области предоставления качественной помощи на уровне учреждений первичного звена; цель статьи – содействовать распространению информации об успехах, проблемах и уроках, усвоенных в ходе этого процесса.

ПОДХОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

1. ДОДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР

Додипломная подготовка в Таджикистане традиционно основывалась на методиках заучивания информации и приобретения теоретических знаний. После реформирования учебной программы в 2010 г. был сделан больший упор на обучение, ориентированное на решение проблем, а также на развитие практических и клинических навыков. Новая программа была внедрена в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино (до 2016 г. являвшимся единственным учреждением в стране, предоставлявшим высшее медицинское образование) и включала практическую отработку навыков в клинической лаборатории с третьего года обучения, с последующей практикой в центральных и периферийных больницах и работой в центрах здоровья на шестом, заключительном году обучения. В настоящее время в Таджикистане функционируют 132 клинические базы, расположенные в 58 медицинских учреждениях в 17 районах и городах и принимающие студентов-медиков для прохождения практики на шестом году обучения. Кроме того, в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино (ТГМУ) была внедрена система зачетов («кредитов») в рамках Болонского процесса, в систему оценки знаний и практических навыков по всем клиническим темам добавлен Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) и проведено улучшение процессов мониторинга и оценки качества обучения, предоставляемого наставниками на децентрализованных клинических учебных базах.

Образование по специальности «сестринское дело» студенты получают в медицинских колледжах, оборудованных, хотя и в меньшей степени, клиническими учебными базами. В этих колледжах потоки «сестринское дело» и «акушерское дело» в первые три года следуют общей программе обучения, а на четвертом, заключительном году обучения студенты начинают подготовку по выбранной специальности (2). Программа поддержки нацелена на повышение педагогической компетентности наставников из числа среднего медицинского персонала в колледжах городов Душанбе и Куляб. Для того чтобы повысить престижность и признание роли семейной медсестры, эта программа укрепления потенциала осуществляется с участием практикующих медсестер из Швейцарии.

2. ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ»

С 2013 г. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (ГОУ ИПОвСЗ РТ) проводит двухгодичную программу последипломной специализированной подготовки семейных врачей. Эта программа обучения (клиническая ординатура) по семейной медицине включает теоретический компонент (20%), преподаваемый либо в институте, либо на учебных базах в периферийных медицинских учреждениях. Ординаторы проходят клиническую практику в городских, районных и сельских центрах здоровья под руководством обученных и сертифицированных семейных врачей (клинических наставников) и ГОУ ИПОвСЗ РТ. Ординаторы входят в группу ПМСП, и по мере обучения в течение двух лет их функции расширяются. В таблице 1 представлено количество ординаторов, поступивших на курс обучения по специальности и завершивших его.

ТАБЛИЦА 1. КОЛИЧЕСТВО ОРДИНАТОРОВ, НАЧАВШИХ И ЗАВЕРШИВШИХ ДВУХГОДИЧНУЮ ПРОГРАММУ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

| Период | Количество ординаторов, участвующих в двухгодичной программе обучения по специальности | Количество обученных семейных врачей, завершивших ординатуру |
|---------------|--|--|
| 2013–2015 гг. | 20 | 20 |
| 2014–2016 гг. | 30 | 30 |
| 2015–2017 гг. | 30 | 29 |
| 2016–2018 гг. | 31 | 26 |
| 2017–2019 гг. | 37 | Продолжают обучение |
| 2018–2020 гг. | 22 | Продолжают обучение |

3. НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Традиционный формат непрерывного профессионального развития (НПР) предусматривает прохождение курсов теоретического обучения один раз в пять лет. Эти курсы преимущественно проводятся в учреждениях, расположенных в столице страны – городе Душанбе, но также

организуются и в других городах (Худжанд, Курган-Тюбе, Куляб, Хорог) и завершаются экзаменом. Они открывают врачам дорогу к продвижению по службе и более высоким уровням зарплат, делают больший акцент на знаниях, а не на компетенциях, и отличаются недостаточной прозрачностью и риском возникновения коррупционных явлений. Другие формы НПР, такие как участие в международных конференциях или выпуск публикаций, обычно не входят в сферу компетенции семейных врачей.

При поддержке Швейцарии в Таджикистане была внедрена концепция групп «Равный равному» (ГРР). Это группы семейных врачей и/или медсестер, обычно работающих в одном или в соседних сельских центрах здоровья определенного района, которые проводят регулярные (как правило, ежемесячные) встречи для обсуждения клинических вопросов и поиска решений проблем, с которыми они сталкиваются в ежедневной практике. В каждой ГРР выбирается фасилитатор, который помогает координировать встречи, и за счет этого работа групп не требует высоких затрат и имеет высокий потенциал к устойчивому функционированию. В таблице 2 представлено количество семейных врачей и медсестер, участвующих в работе ГРР в семи пилотных районах. В 2018 г. МЗ и СЗН РТ внедрило пробную кредитную систему для НПР, официально включающую такой компонент деятельности, как ГРР.

ТАБЛИЦА 2. КОЛИЧЕСТВО СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР, УЧАСТВУЮЩИХ В РАБОТЕ ГРР, КОЛИЧЕСТВО ГРР И ЧАСТОТА ПРОВОДИМЫХ ВСТРЕЧ, С РАЗБИВКОЙ ПО ГОДАМ

| Год | Количество врачей в ГРР | Количество медсестер в ГРР | Количество ГРР | Общее количество встреч в год |
|------|-------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------|
| 2013 | 200 | 151 | 31 | 312 |
| 2014 | 226 | 181 | 38 | 384 |
| 2015 | 267 | 196 | 43 | 456 |
| 2016 | 284 | 235 | 52 | 539 |
| 2017 | 292 | 245 | 56 | 624 |
| 2018 | 345 | 331 | 64 | 684 |

4. НАСТАВНИЧЕСТВО ДЛЯ НЕДАВНО ОБУЧЕННЫХ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ СО СТОРОНЫ БОЛЕЕ ОПЫТНЫХ КОЛЛЕГ

В 2007 г. была внедрена система наставничества для недавно обученных семейных врачей, в рамках которой семейные врачи из Швейцарии приезжают с визитом к недавно сертифицированным таджикским семейным врачам и в течение трех недель наблюдают за их ежедневной работой. Основная роль наставника заключается в предоставлении обратной связи и передаче опыта семейному врачу из Таджикистана, а также в оказании помощи в развитии клинических навыков. Этот подход был особенно важен в начале реализации программы, когда в стране еще не было достаточного количества местных семейных врачей для передачи опыта. В последние годы программа наставничества была расширена и теперь включает наставничество со стороны таджикских семейных врачей, имеющих обширный опыт и авторитет. В январе 2018 г. МЗ и СЗН РТ подписало Положение № 186 о внедрении общенациональной программы наставничества для семейных врачей и медсестер на основе руководства о наставничестве, разработанного Республиканским учебно-клиническим центром семейной медицины, и опыта данной инициативы.

ОБСУЖДЕНИЕ

ДОСТИГНУТЫЙ ПРОГРЕСС И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Оценка изменений в качестве медицинского образования – задача не из легких, поскольку конечный результат реформ проявляется в статистике здравоохранения лишь через определенное время. Тем не менее существует ряд полезных инструментов для проведения предварительной оценки. Один из них – Готовый инструмент Университета Данди для оценки образовательной среды (DREEM). Это признаваемый на международном уровне валидированный общий инструмент, предназначенный для оценки восприятия студентами образовательной среды в образовательных медицинских учреждениях (3). Также существует Мини-клинический экзамен (Mini-CEX) – инструмент, основанный на обратной связи, который может применяться в каждодневной клинической практике. На основе этих инструментов в Таджикистане была проведена оценка преобразований в медицинском образовании, результаты которой освещаются в представленных ниже исследованиях. По каждому из этих исследований доступен полный цитируемый отчет, соблюдены этические принципы и получено одобрение МЗ и СЗН РТ.

Исследование демографической ситуации и состояния здоровья в Таджикистане, проведенное в 2017 г., продемонстрировало важные улучшения в показателях материнского и детского здоровья – индикаторах, высокочувствительных к возможностям и качеству услуг на уровне ПМСП. Так, показатели смертности детей в возрасте до пяти лет снизились с 51 случая смерти на 1000 живорождений в исследовании за 2003–2007 гг. до 33 случаев смерти на 1000 живорождений в новом исследовании за 2013–2017 гг. Как показывают данные этих же исследований, также улучшились некоторые показатели материнского здоровья, в т. ч. количество визитов в женские консультации для дородового наблюдения или количество родов, принимаемых в медицинских учреждениях, хотя информация о перинатальной материнской смертности отсутствует. Несмотря на это, большинство суррогатных маркеров здоровья, приведенных в исследовании, демонстрируют тенденцию к улучшению (4).

1) БАЗОВОЕ ДОДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

а) Достигнутый прогресс в обучении врачей

Наиболее важный прогресс в области реформирования додипломного образования заключается в том, что ТГМУ начал реализацию адаптированной, современной программы обучения, подготовленной для международной аккредитации, а также усовершенствовал методики интерактивного обучения и добавил ОСКЭ для оценки навыков. Основные улучшения связаны с внедрением программы развития клинических навыков и практической подготовки студентов шестого курса на базе стационаров в г. Душанбе и сельских районах. Также была создана система управления обучением, в рамках которой учащимся предоставляется доступ к материалам курса и цифровым ресурсам.

В результате этого из медицинского вуза выпускаются и переходят в систему последипломного образования более разносторонне развитые студенты с превосходными клиническими навыками. Опосредованное воздействие этой инициативы наблюдается и в самих образовательных учреждениях, где преподаватели клинических дисциплин получают интенсивную дополнительную подготовку в области преподавания клинических навыков, чтобы затем выступать в качестве экзаменаторов ОСКЭ. Помимо этого, по некоторым данным, преподаватели клинических дисциплин видят, что уровень запросов студентов повышается, и стремятся усовершенствовать свои знания и навыки.

б) Достигнутый прогресс в обучении медсестер

Интенсивное совершенствование навыков преподавания наставников из числа медсестер проводится на базе двух медицинских колледжей в городах Душанбе и Куляб. Впоследствии с помощью инструмента DREEM была проведена оценка восприятия образовательной среды студентами второго и четвертого курсов обучения по семейному сестринскому делу, охватившая пять компонентов: обучение, преподавание, академическое самовосприятие, атмосфера и социальное самовосприятие. По всем компонентам было продемонстрировано улучшение, в особенности в таких областях, как восприятие студентами своих возможностей в обучении, студентоориентированное обучение и межличностные навыки педагогической работы, качество учебных материалов и доступная инфраструктура, справедливость процедур проведения экзаменов и наличие системы поддержки студентов (5).

в) Трудности в обучении врачей

К сожалению, в первые годы додипломной подготовки почти не проводится обучение клиническим навыкам работы с настоящими пациентами, однако с третьего курса студенты начинают знакомиться с работой в Центре обучения практических навыков ТГМУ, которая продолжается вплоть до заключительного года обучения (шестого курса), на котором студенты также проходят пятимесячную практику по специальностям, организуемую по принципу ротации. Однако взаимодействие между учебными учреждениями, стационарами и центрами здоровья не развито в достаточной степени, поэтому общий объем работы студентов с пациентами нельзя назвать оптимальным, и эта практика требует тщательного контроля. В частности, несмотря на то, что заключительный год обучения называется годом практики, из-за финансовых трудностей и ограниченного числа клинических учебных центров продолжительность практической работы в настоящее время составляет лишь пять месяцев, хотя делается все возможное для того, чтобы расширить практику хотя бы до девяти месяцев.

В прошлом клинические навыки студентов оценивались преимущественно на основе устных собеседований и письменных тестовых заданий. И хотя достигнут определенный прогресс в освоении принципов и технологий ОСКЭ и применении Отчета по оценке в процессе обучения (ITER) в качестве метода формативной оценки студентов последнего года обучения, для полного укоренения изменений в существующих условиях потребуется значительное количество времени.

г) Трудности в обучении медсестер

В контексте продолжающихся реформ процессы обучения сестринского персонала не получали достаточного внимания, а эта профессия во многом недооценивалась медицинским сообществом. Вышеупомянутое исследование DREEM показало наличие сохраняющихся проблем с обучением медсестер, в частности таких как недостаточная клиническая практика, слабая педагогическая компетентность факультета и ограниченное применение компетентностного подхода к обучению. Семейные медсестры обычно проходят обучение у врачей, поэтому практически не имеют образцов для подражания в модели сестринского образования.

Однако в социальном контексте сестринское дело – наряду с преподаванием – было одной из первых и по-прежнему остается одной из немногих профессий в Таджикистане, в которых женщины смогли утвердиться. В сельских районах именно медсестер и преподавателей обычно выбирают в качестве представителей интересов сообщества в местных организациях или комитетах.

2) ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

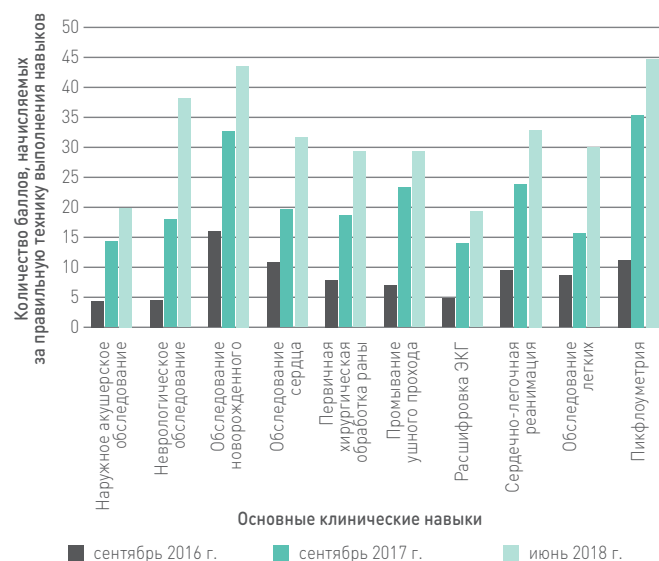
а) Достигнутый прогресс

Сравнение результатов исследований DREEM, проведенных среди ординаторов, проходящих двухгодичную ординатуру, и интернов традиционных одногодичных программ специализированного обучения (интернатура), показало следующее.

- i) Ориентированная на практическую работу двухгодичная программа последипломной специализированной подготовки по семейной медицине продемонстрировала более высокие результаты, чем одногодичная интернатура, особенно в категориях, связанных с преподаванием и обучением практическим навыкам.
- ii) Ординаторы, проходящие двухгодичную ординатуру, сообщали о более высоком уровне удовлетворенности возможностью работы в клинических условиях, развитием навыков и возможностью принятия самостоятельных решений в ходе практической работы (6).

На рис. 1 продемонстрированы улучшения показателей по десяти основным клиническим навыкам в текущей когорте ординаторов 2016–2018 гг. с момента поступления на двухгодичный курс до окончания первого и второго года обучения.

РИСУНОК 1. СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ДЕСЯТИ ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ НАВЫКАМ СРЕДИ ОРДИНАТОРОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ДВУХГОДИЧНОЙ ПРОГРАММЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ, ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ, ПО ОКОНЧАНИИ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ И ПО ОКОНЧАНИИ КУРСА



К настоящему времени двухгодичную программу последипломной специализированной подготовки завершили 105 резидентов (табл. 1), и все они были распределены МЗ и СЗН РТ на работу в должности семейного врача в сельских районах. Представители местных органов управления здравоохранением чрезвычайно удовлетворены тем, что в их учреждениях ПМСП теперь работают молодые семейные врачи. В некоторых районах эти обученные и сертифицированные семейные врачи стали первыми специалистами, пополнившими кадровые ресурсы ПМСП за последние десять лет.

В настоящее время МЗ и СЗН РТ разрабатывает нормы и положения в области медицинского образования, в частности в отношении специализированной последипломной подготовки для всех врачей, и пересматривает программу подготовки медицинских кадров на период до 2030 г. Двухгодичная программа последипломной специализированной подготовки по семейной медицине будет взята за основу при подготовке аналогичных учебных программ по другим специальностям.

б) Трудности

К сожалению, после реформирования программы додипломного образования с целью подготовки студентов по общему, неспециализированному профилю базового медицинского образования возможность сделать следующий логический шаг – соответствующим образом пересмотреть программу специализированного последипломного образования – представилась не сразу. Поэтому большинство новых выпускников вуза поступили на одногодичный курс интернатуры и получили диплом по конкретной специальности. Это противоречило стандартам и практике Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО). К настоящему времени эта проблема частично решена за счет внедрения двухлетней ординатуры по семейной медицине. Однако эти изменения не коснулись всех медицинских учреждений страны и, помимо этого, по международным стандартам два года – недостаточный срок для подготовки по специальности. Кроме того, МЗ и СЗН РТ до сих пор не издало официальный приказ о расширении программ подготовки по всем специальностям как минимум до двух лет, хотя в МЗ и СЗН РТ была создана рабочая группа, цель которой заключается в разработке соответствующего постановления. При этом сохраняется вероятность того, что, если международная поддержка будет прекращена, практика двухлетней ординатуры в стране не приживется.

3) НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

а) Достигнутый прогресс

Исследование 2017 г. показало, что семейные врачи в районах, где функционируют ГРР, более активно участвуют в мероприятиях по НПР и положительно воспринимают гибкость содержания и сроки проведения встреч по НПР, а также сами мероприятия по НПР. И наоборот, семейные врачи из районов, где нет ГРР, жаловались на недостаточный доступ к повышению клинической квалификации и ограниченный выбор тематических направлений. Как и в других странах, в традиционной системе НПР среди основных барьеров к участию отмечались финансовые проблемы и отдаленность мест проведения мероприятий по НПР (7).

б) Трудности

Для формирования системы НПР, соответствующей стандартам ВФМО и построенной на основе современных

методик обучения взрослых, МЗ и СЗН РТ необходимо внедрить прозрачную, общенациональную систему НПП на основе зачетных единиц («кредитов») для всех специальностей. Через год будет проведена оценка эффективности применяемой МЗ и СЗН РТ пилотной системы кредитно-зачетной технологии обучения в рамках НПП для семейных врачей и медсестер, внедренной в одном районе, в целях ее возможного применения по всей стране. Однако необходимо признать, что существует большая заинтересованность в сохранении функционирующей в настоящее время системы с риском коррумпированности, в рамках которой врачам достаточно просто заплатить за прохождение курсов, чтобы сохранить или повысить свое положение в системе оплаты труда. Другие трудности могут быть связаны с тем, что не все специалисты готовы участвовать в длительном обучении, а также с нехваткой оборудованных площадок и преподавателей высокого уровня. Кроме того, в долгосрочной перспективе необходимо усилить роль профессиональных ассоциаций и создать независимое агентство аккредитации в целях обеспечения качества НПП, предоставляемой образовательными учреждениями.

4) НАСТАВНИЧЕСТВО ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ СО СТОРОНЫ БОЛЕЕ ОПЫТНЫХ КОЛЛЕГ

а) Достигнутый прогресс

В период с 2007 по 2018 гг. более 225 семейных врачей хотя бы один раз работали с наставниками. В группе семейных врачей, работавших с наставниками более одного раза с 2015 по 2017 гг., были отмечены важные улучшения по таким показателям, как навыки коммуникации (сбор анамнеза и консультативные навыки), физическое обследование, терапевтические навыки, и в особенности навыки обоснования клинического диагноза. Эти улучшения были зафиксированы через многократное применение инструмента обратной связи Mini-CEX и анализ документации, составленной при непосредственном наблюдении за ежедневной работой семейного врача (8).

б) Трудности

Расширение системы наставничества с включением обученных местных наставников – положительный шаг вперед, однако при этом крайне важно, чтобы эти наставники были соответствующим образом отобраны и удовлетворяли определенным требованиям, таким как большой опыт в семейной медицине, клинические навыки

и уважение среди коллег. В системе Таджикистана, как и во многих других странах постсоветского пространства, остаются некоторые «карательные» элементы, т. е. вмешательство вышестоящего лица в первую очередь ассоциируется с обвинениями и поиском недостатков, поэтому существует риск того, что наставничество со стороны местных коллег будет не так положительно воспринято, как наставничество семейных врачей международного уровня. В этой связи важно провести четкое разделение между наставничеством и контролем или мониторингом, поскольку в секторе здравоохранения Таджикистана эти процессы, к сожалению, глубоко укоренились в сознании как меры контроля.

СОХРАНЯЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМЫ

Несмотря на усилия МЗ и СЗН РТ и вышеупомянутые положительные сдвиги, система здравоохранения Таджикистана продолжает испытывать последствия постоянного недофинансирования, что приводит к искажению систем подотчетности и появлению неправильных стимулов. Это проявляется в том, что пациенты воспринимаются как источник дохода, подобно тому, как в системе медицинского образования в качестве источника дохода рассматриваются студенты. Контролирующие визиты представителей центральных органов зачастую заканчиваются обвинением семейных врачей и наложением на них штрафов – например, за несоблюдение требований к ведению объемной документации по каждому пациенту. Также необходимо обеспечить более эффективную защиту прав врачей, поскольку вину за ошибки других специалистов или больниц зачастую возлагают на семейного врача, из-за чего семейную медицину выбирает небольшое количество выпускников медицинского вуза.

Также наблюдается столкновение интересов секторов здравоохранения, образования, труда и финансов, имеющих конкурирующие повестки дня. Министерство экономического развития и торговли рассчитывает на повышение числа учащихся вузов, поскольку они платят за обучение, т. е. являются важным источником дохода для медицинских университетов и колледжей, занимающихся подготовкой медсестер. Как и в других странах, этот фактор существенно осложняет задачу, связанную с сокращением слишком большого числа студентов, что необходимо для повышения качества медицинского образования. Несмотря на большое количество выпускников медвузов, лишь немногие предпочитают узкой специализации семейную медицину, поскольку эта профессия имеет низкий статус и воспринимается в системе ПМСП как тяжелая и низкооплачиваемая. Помимо этого, семейные

врачи имеют меньше возможностей для дополнительного заработка от диагностических процедур и анализов. Вопросы межличностных отношений и повышения доверия и взаимоуважения среди семейных врачей, медсестер и пациентов также остаются актуальными проблемами в свете стремлений Таджикистана к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения. И наконец, сектор здравоохранения серьезно страдает от продолжающейся утечки высококвалифицированных специалистов в другие страны – преимущественно в Россию, где уровень дохода существенно выше.

ВЫВОДЫ

Стратегическое лидерство имеет решающее значение для будущего системы здравоохранения в Таджикистане и сохранения достигнутых к настоящему времени результатов реформ. Как и в других странах региона, вопросы обеспечения предсказуемости финансирования и увеличения его объема по-прежнему имеют принципиальное значение; их решение требует более активного участия Министерства финансов, а также Министерства экономического развития и торговли. Помимо обеспечения адекватного финансирования системы здравоохранения и, в частности, сектора ПМСП, Таджикистану необходимо продолжать реформу медицинского образования, показавшую свою эффективность в тех областях страны, где были внедрены и успешно функционируют качественные учебные программы. Для применения и адаптации к реалиям Таджикистана международных стандартов необходимы гибкие подходы. Положительным моментом для Таджикистана и для других стран является то, что ТГМУ сумел внести фундаментальные изменения в свою учебную программу и модернизировать ее содержание; эти положительные изменения необходимо столь же решительно внедрить на уровне системы последипломной ординатуры и программ НПР. Это потребует укрепления усилий по обеспечению добросовестного управления с опорой на четкие нормативно-правовые инструменты, а также усиления регулирующих функций и механизмов мониторинга и надзора за работой специалистов здравоохранения и процессами предоставления качественных услуг. Важную роль в этой будущей деятельности будут играть независимые агентства аккредитации и профессиональные ассоциации, занимающиеся лицензированием профессиональной деятельности.

Многолетний опыт подобных реформ, накопленный в Таджикистане, представляет более широкий интерес

для других постсоветских стран, инициировавших сходные процессы. Этот опыт в первую очередь подтверждает, что реформа медицинского образования – комплексный, постоянный на протяжении времени процесс, требующий непрекращающейся усиленной поддержки в течение нескольких десятилетий, а также поэтапной координации работы всех вовлеченных учреждений и специалистов разного профиля. С течением времени, при условии сохранения поддержки, Таджикистан сможет увидеть результаты этой работы, по мере того как в стране будет повышаться количество квалифицированных семейных врачей и медсестер, готовых начать работу в системе здравоохранения, сохранять верность своей профессии и предоставлять отвечающие принятым обязательствам, высококачественные – а значит, более эффективные с точки зрения затрат – услуги ПМСП жителям сельских районов, где потребность в них особенно высока.

Выражение признательности: авторы благодарят д-ра Дильбар Давлятову за систематический мониторинг деятельности, представленной на рис. 1.

Источники финансирования: опыт работы и результаты, описанные в данной статье, получены в рамках Проекта реформирования медицинского образования по мандату трехэтапной реализации, финансируемого Швейцарским агентством по вопросам развития и сотрудничества (Кредитное предложение 7F-07030.03.01, Договор № 81037114).

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Kühlbrandt C, Boerma W. Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: success and challenges. *Eurohealth Incorporating Euro Observer* 2015; 21(2): 3–7 (<https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=5881>).

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 6 декабря 2018 г.

2. Parfitt BA, Cornish F, 2007. Implementing family health nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Soc Sci and Med* 65: 1720-1729. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.06.007.
3. Roff S: The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)-a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. *Med Teach* 2005;27:322-325. doi: 10.1080/01421590500151054.
4. Statistical Agency under the President of the Republic of Tajikistan MoHSP and ICF: Tajikistan Demographic and Health Survey 2017: Key Indicators. Rockville, Maryland, USA: Statistical Agency under the President of the Republic of Tajikistan (SA), Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan (MoHSP) and ICF; 2018 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR93/PR93.pdf>).
5. Schubiger M, Khamidova M, Van Twillert E, Lechthaler F: Evaluation of the Educational Environment of the Nursing Colleges in Dushanbe and Kulob in Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2016.
6. Menges D, Kasymova Z, Von Twillert E: Evaluation of the Learning Environment of Residents in Family Medicine Specialty Training Programs in Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2015.
7. Rakhmatova N, Lechthaler F, Yarbaeva S, Mueller A: Evaluation of the challenges of Continuing Medical Education among family doctors in pilot and non-pilot districts of the Republic of Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2017.
8. Mortaz Hejri S, Jalili M, Shirazi M, Masoomi R, Nedjat S, Norcini J: The utility of mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) in undergraduate and postgraduate medical education: protocol for a systematic review, *Syst Rev* 2017; 6: 146. doi: 10.1186/s13643-017-0539-y. ■