

## НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ВРАЧЕЙ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОЦЕССА

М.М.Сачек, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец, Д.Ф.Куницкий

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск, Республика Беларусь

*Исследован зарубежный опыт по созданию и функционированию системы повышения квалификации и переподготовки медицинских работников с высшим медицинским образованием и оценке качества этого процесса. Выделены причины, обуславливающие необходимость непрерывного медицинского образования (НМО), или непрерывного профессионального развития (НПР) врачей, на современном этапе развития здравоохранения. Установлено, что в последние годы активно осуществляется реформирование системы медицинского образования, при этом особое внимание обращается на последипломное обучение в свете выдвинутого Всемирной федерацией медицинского образования положения о необходимости создания системы НПР медицинских и фармацевтических работников, что является весьма важным для повышения качества медицинского обслуживания населения. НМО во многих странах стало обязательным, поскольку с этим связана аккредитация врача-специалиста и получение соответствующей квалификационной категории. Описаны различные подходы к оценке качества системы повышения квалификации медицинских работников с высшим медицинским образованием.*

*Ключевые слова: врачи; непрерывное медицинское образование (НМО); непрерывное профессиональное развитие (НПР); система повышения квалификации и переподготовки врачей; организация процесса НМО/НПР; оценка качества; зарубежный опыт.*

### Введение

Здравоохранение – одна из важнейших сфер в обеспечении физического и социально-экономического благополучия и здоровья общества. Состояние этой сферы может быть оценено по объективным показателям, которые отражают состояние здоровья населения, доступности и качества медицинской помощи и во многом зависят от качества медицинского образования, то есть подготовленности медицинских кадров. Профессиональная подготовка врача, с одной стороны, является индикатором состояния здравоохранения в целом, а, с другой, – отражает престиж профессии. Известно, что знаний и навыков, приобретенных в ходе додипломного медицинского образования недостаточно для того, чтобы на всем протяжении профессиональной деятельности сохранять компетентность и качественно выполнять свои врачебные обязанности. В связи с этим могут возникать различные проблемы при оказании медицинской помощи, например, диссонанс между ожиданиями пациентов и умениями и навыками врачей, что обуславливает формирование социального заказа на изменение приоритетов в системе последипломного непрерывного медицинского образования (НМО).

Требование непрерывности медицинского образования обусловлено существенно изменившимися

условиями в здравоохранении: резким увеличением объема медицинской информации и скоростью ее обновления (1 раз в 3–5 лет); появлением множества высокоактивных лекарственных средств и высокотехнологичных методов диагностики и лечения; увеличением доли хронических неинфекционных заболеваний в структуре заболеваемости и смертности населения (до 80%); удорожанием медицинской помощи, а также повышением информированности и запросов самих пациентов. В этих условиях, для обеспечения современного, безопасного и экономически рационального лечения пациентов, врач должен непрерывно обновлять и улучшать свои знания и практические навыки, а качество и технологии образования должны отвечать изменившимся условиям. С этой целью в развитых странах государственные органы управления здравоохранением и профессиональные медицинские общества в последние 15 лет активно внедряют систему НМО в практику здравоохранения.

### Концептуальные основы модели непрерывного медицинского образования

Согласно декларации по медицинскому образованию, принятой 39-й Всемирной медицинской ассамблеей в 1987 г. (Мадрид, Испания), все врачи «приговорены к пожизненному обучению. Для обеспечения качества медицинской помощи врач должен

постоянно совершенствоваться, обязан быть в курсе всех достижений медицинской науки и поддерживать необходимый уровень собственных знаний и навыков. За предоставление всем врачам равных возможностей непрерывного совершенствования, ответственность несут медицинские школы, клиники и профессиональные ассоциации. Потребность людей в медицинской помощи, профилактических мерах и консультациях по всем вопросам охраны здоровья на уровне наивысших стандартов определяет соответствующие требования к пред-, последипломному и непрерывному медицинскому образованию» [1].

Владение соответствующими навыками медицинские работники совершенствуют в ходе программ переподготовки или повышения квалификации, которые являются составной частью процесса НМО [2].

Как отмечают эксперты, система непрерывного профессионального образования должна предоставить врачу широкий выбор образовательных возможностей освоения и развития профессиональных компетенций определенного уровня и направленности с учетом профессиональных стандартов и аккредитационных требований. Непрерывное профессиональное образование врачей должно осуществляться различными путями за счет использования модульной, четко структурированной образовательной программы с обозначением целевых профессиональных компетенций [3].

Важным условием предоставления качественного профессионального образования является формирование содержания в виде систематизированной, педагогически адаптированной системы знаний, умений, навыков и отношений в сфере профессиональной деятельности, базирующейся на научных достижениях и социально значимом профессиональном опыте, формирующей универсальные, общепрофессиональные и специальные профессиональные компетенции специалиста. Эффективная модель последипломного образования медработников должна предусматривать наличие балльно-рейтинговой системы оценки изученного материала, уровня приобретенных и освоенных профессиональных компетенций.

Наиболее распространенными концептуальными подходами к разработке модели непрерывного профессионального образования медработников являются [3]:

1. Системно-функциональный, позволяющий определить структуру, этапы, функции и принципы проектирования модели непрерывного медицинского образования, обеспечивающей готовность врачей к формированию и развитию профессиональных компетенций.

2. Компетентностный, определивший механизмы проектирования и реализации образовательных программ на основе целеполагания как системообразующего и связующего звена, позволивший определить содержание и условия реализации образовательной программы, требования к организации учебного процесса, показатели оценки качества и результативности разработки и реализации образовательных программ.

3. Интегративный, предполагающий научный отбор содержания специальных, смежных, фундаментальных дисциплин с учетом профессиональной деятельности врача определенной квалификации.

4. Дифференцированный, учитывающий индивидуальные образовательные потребности и способности слушателей, уровень их начальной подготовки и компетентности, характер и степень необходимой для формирования и развития профессионального творческого мышления личностной мотивации к обучению.

Следует отметить, что в рамках Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО) разработаны международные стандарты по улучшению качества в медицинском образовании. В данных стандартах используется термин «непрерывное профессиональное развитие (НПР) врачей», который, по аналогии с термином «непрерывное медицинское образование (НМО)», можно применить и по отношению к процессу повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей. В соответствии с рассматриваемыми стандартами, НПР должно соответствовать потребностям отдельного врача и проводиться на непрерывной основе. Обучение должно включать интегрированные практические и теоретические компоненты с целью улучшения медицинской практики. НПР должно быть разнообразным и гибким в своем содержании, чтобы способствовать врачам в развитии их практики. Врачам следует выбирать содержание НПР на основе самостоятельных планов обучения, соответствующих различным клиническим ролям.

Содержание НПР, согласно рассматриваемым стандартам, должно включать в себя [4]:

1. Базовые биомедицинские науки (в зависимости от локальных потребностей, интересов и традиций обычно включают анатомию, биохимию, физиологию, биофизику, молекулярную биологию, биологию клетки, генетику, микробиологию, иммунологию, фармакологию, патологию и т.д.).

2. Клинические науки, которые должны включать выбранные клинические и лабораторные дисциплины и другие соответствующие клинические/лабораторные дисциплины.

3. Поведенческие и социальные науки (в зависимости от локальных потребностей, интересов и традиций обычно включают медицинскую психологию, медицинскую социологию, биостатистику, эпидемиологию, гигиену, а также общественное здравоохранение и коммунальную медицину и т.п.). Поведенческие и социальные науки и медицинская этика предоставляют знания, концепции, методы, навыки и отношения, необходимые для понимания социально-экономических, демографических и культурных детерминант причин распространения и последствий медицинских проблем, а также организации систем оказания медицинского обслуживания.

В ходе прохождения НПП медицинский работник должен совершенствовать свое владение такими функциями, как медицинский эксперт, защитник здоровья, проводник идей, сотрудник и член команды, ученый, администратор и менеджер.

В стандартах ВФМО содержится утверждение, что НПП должно быть признано как интегральная часть медицинской практики, отраженная в бюджетах, ассигнованных ресурсах и запланированном времени и не подчиненная требованиям предоставления медицинских услуг. Его целью должна быть ликвидация пробелов медицинских работников в знаниях, навыках, отношениях и менеджменте, выявленных при проверке деятельности по предоставлению медицинских услуг или индивидуального осмысления практики и личных интересов. НПП следует использовать для внедрения данных научного развития и улучшения организации и практики сектора здравоохранения. Врачи должны нести максимальную ответственность за планирование и осуществление НПП для своих индивидуальных потребностей.

Стандарт ВФМО также предусматривает, что [4]: главной основой для планирования мероприятий по НПП должно стать обращение к потребностям клинической практики и общественного здравоохранения; медицинская общественность должна определить осознанные потребности врачей и доводить их до сведения отвечающих за планирование НПП; необходимо создание систем, предоставляющих документально подтвержденные данные для осведомления врачей и заинтересованных сторон о качестве практики, ее конечных результатах в динамике и результатах сравнения с группами коллег;

должны быть созданы системы для систематического и ясного документирования официально одобренных мероприятий по НПП; документация НПП должна использоваться как инструмент формативного обучения, а также для обеспечения обратной связи в отношении соответствия и качества для планирования НПП; задачей любой системы

документирования НПП следует считать подтверждение реального обучения и, там где это уместно, повышения компетентности, а не только лишь участия в мероприятиях по НПП; врачам следует составлять индивидуальные учебные портфолио, которыми можно было бы поделиться с коллегами;

деятельность врачей в рамках НПП следует основывать на обучающих стратегиях, ведущих к улучшению качества оказания помощи и включающих, по мере возможности, обучение в междисциплинарных командах;

медицинские вузы должны осуществлять руководство в улучшении качества НПП, через образовательную программу базового медицинского образования сформировать мотивацию и развивать у студентов способность заниматься НПП, подготавливая их к обучению на протяжении всей жизни; по возможности, медицинским вузам следует проводить мероприятия по НПП, исследования по изучению НПП; НПП должно проходить в условиях и при обстоятельствах, благоприятных для эффективного обучения;

медицинская общественность в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами должна создавать системы поощрения и признания участия в местных, национальных и международных курсах НПП, научных собраниях и других официальных мероприятиях; врачи должны иметь возможность присутствовать на таких мероприятиях по НПП;

медицинская общественность должна сформулировать политику по использованию экспертизы в области образования, относящейся к планированию, проведению и оценке НПП;

медицинская общественность должна сформулировать политику, гарантирующую свободу передвижения для поддержки возможностей врачей приобретать опыт путем прохождения обучения в различных местах подготовки внутри и за пределами страны и т.д.

#### **Организация процесса непрерывного медицинского образования в некоторых странах дальнего и ближнего зарубежья**

Каждое государство имеет свою систему повышения квалификации и переподготовки медицинских работников. Тем не менее, можно выделить общие тенденции [5]:

1. Непрерывность медицинского образования, то есть повышение квалификации проходит не периодически, например, 1 раз в 5 лет, а ежегодно, путем накопления определенного числа кредитов.

2. Переход НМО из моральной обязанности медицинских работников в законодательно закрепленную норму, предусматривающую санкции за

ее несоблюдение (реализуется через такие механизмы, как лицензирование врачей, заключение контрактов с работодателями с учетом ежегодного повышения квалификации и др.).

3. Усиление регулирующей роли государства в обеспечении качества последиplomного образования (реализуется через усиление государственного контроля над качеством и результатами труда врачей).

4. Активное использование в образовании современных технологий – электронных, информационных, телекоммуникационных. Проблемное обучение в малых группах, образование через специально разработанные электронные образовательные «модули», обмен опытом с коллегами в специальных электронных «чатах». Обучение непосредственно во время практической деятельности врачей, путем внедрения клинических рекомендаций, электронных систем поддержки принятия клинических решений, клинических путей.

5. Качественное изменение содержания образования – увеличение часов на рациональную фармакотерапию хронических неинфекционных заболеваний, обучение методам профилактики, предотвращения осложнений и реабилитации этих заболеваний. Преподавание экономики здравоохранения, в том числе, обучение методам принятия экономически эффективных решений; преподавание вопросов организации и управления здравоохранением, включая организацию этапности и преемственности в лечении пациентов. Обучение вопросам клинической эпидемиологии, медицинской информатики, навыкам работы в междисциплинарных командах и эффективного взаимодействия с пациентами.

Рабочей группой Европейского союза медицинских специалистов (UEMS) по постдипломной подготовке подготовлен проект документа, предусматривающий гармонизацию различных аспектов подготовки медицинских специалистов в Европе. В этом документе акцент сделан на доступ к подготовке, учебные планы (глава 6 хартии по постдипломной подготовке UEMS), качество подготовки (ассигнования на обучаемых и преподавателей, показатели качества, наблюдения и контрольные посещения), сертификацию, признание квалификаций [6].

В 2000 г. опубликованы результаты исследования, в котором обобщен опыт по реализации непрерывного медицинского образования в 18 европейских странах (Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Исландия, Ирландия, Италия, Великобритания, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция, Швейцария). Было выявлено, что в 17 из них НМО считается необходимым; в 6 – регламентиру-

ется законом, в 13 – предоставляется профессиональными медицинскими обществами. С целью мотивации врачей к НМО используются следующие механизмы: получение НМО является условием релицензирования и карьерного роста, учитывается при заключении контракта и выплате премии, число кредитов, набранное каждым врачом, публикуется в реестре лицензированных врачей (то есть эта информация является достоянием коллег, а в ряде случаев, и пациентов). Финансируется НМО из самых различных источников и их сочетаний: самими медицинскими работниками, работодателями (лечебно-профилактическими учреждениями), фармацевтическими компаниями, государством и страховыми компаниями [7].

Полученные медицинскими работниками в ходе программ переподготовки и повышения квалификации знания учитываются в форме условных единиц – кредитов. Кредиты – это баллы или условные единицы измерения значимости образовательного мероприятия. В большинстве стран за 1 кредит принят 1 час, то есть длительность образовательного мероприятия, и сдачи итогового экзамена не требуется. Например, 10 часов очных практических занятий приравниваются к 10 кредитам. Иногда при оценке значимости мероприятия учитывается не только его длительность, но и качество. Например, равные по длительности мероприятия могут иметь разные кредиты: посещение национальной конференции по специальности приравнено к 5 кредитам (5 часов), а международной – к 7 кредитам за те же 5 часов [8].

Ответственность за качество последиplomного образования традиционно несут профессиональные медицинские ассоциации (палаты, общества), которые разрабатывают образовательные программы и квалификационные требования, а также зачастую сами проводят образовательные мероприятия.

В Австрии программа непрерывного медицинского обучения для лицензированных врачей (Diplom-Fortbildungs-Programm) была одобрена в декабре 2001 г. и предусматривает выдачу удостоверений о прохождении трехгодичных циклов. Врачи должны накопить 150 зачетных баллов непрерывного медицинского обучения, 120 из которых необходимо получить в сертифицированных программах, имеющих отношение к специальности врача, и минимум 40 зачетных баллов – непосредственно по узкой специальности. Зачетные баллы также даются за прохождение коллегиальных проверок. С 2001 г. новый медицинский закон придал обязательный характер участию в программах непрерывного медицинского обучения и постоянно-го профессионального развития, ответственность

за соблюдение этих требований несет Австрийская медицинская палата. За практическое осуществление программы отвечают подразделения подготовки кадров Австрийской академии врачей. По мнению Палаты, система непрерывного медицинского обучения должна быть независимой, конкурентоспособной в международном отношении, отвечать высоким научным стандартам и быть свободной от экономической заинтересованности [7, 9, 10].

**В Бельгии** врачи общей практики и специалисты обязаны по закону соответствовать определенным профессиональным стандартам, они получают финансовые стимулы для достижения более высоких уровней аккредитации. Решением министра здравоохранения присваиваются лицензии на право практики. Врачи общего профиля, среди прочих требований, должны обеспечивать регулярное развитие и поддержание уровня своих знаний, навыков и показателей практической деятельности. Доказательством по последнему критерию может служить аккредитация. В качестве альтернативного варианта врач должен представить свидетельство о 20 часах непрерывного медицинского обучения в течение года по программам, признанным лицензионным комитетом врачей общей практики. Специалисты должны поддерживать и повышать уровень своей компетентности путем соответствующей практической и научной деятельности на протяжении всей карьеры.

Национальный институт страхования по болезням и инвалидности Бельгии предоставляет аккредитацию в том случае, если деятельность врача соответствует дополнительным требованиям, включая участие в программах непрерывного медицинского обучения и коллегиальных проверках. Несмотря на то, что аккредитация носит добровольный характер, она дает возможность врачам повысить уровень расценок на предоставляемые пациентам услуги, оплачиваемые за счет страховки, что приводит к повышению годового дохода врача приблизительно на 4%. Аккредитация действительна в течение трех лет. Для ее обновления специалисты и врачи общей практики должны представить 200 зачетных баллов участия в программах непрерывного медицинского обучения и пройти не менее двух коллегиальных проверок в течение года. Врачи стационаров обязаны участвовать в мероприятиях коллегиальной оценки вне зависимости от того, стремятся ли они к получению аккредитации [7, 9, 11].

**Во Франции** наличие НМО (прохождение курсов повышения квалификации) рекомендовано, но не обязательно для врачей. Вопросами организации НМО во Франции занимается Совет по медицине. В этой стране внедрена система, содержа-

щая элементы переаттестации, со специальной целью сдерживания расходов, обусловленных отсутствием рациональных унифицированных подходов в оказании помощи. В 2004 г. независимо друг от друга были внедрены система непрерывного медицинского обучения и медицинские аудиты (оценка профессиональной практики). Оба подхода были задуманы как обязательные, с оценкой участия каждые пять лет. Однако генеральный инспектор по социальным делам выразил критику в их адрес, поскольку мониторинг работы ни той, ни другой системы не проводится [9, 11, 12].

**В Великобритании** образовательные услуги по НПР (термин получил большее распространение в Соединенном Королевстве по сравнению с НМО) предоставляют образовательные учреждения и профессиональные медицинские общества по специальностям. За проведение оценки подготовленности врачей к профессиональной практике отвечает Генеральный медицинский совет (General Medical Council), который регулирует кадровую политику, выдает лицензии, ведет реестры врачей, разрабатывает программы для базового, специального образования и НПР и, совместно с государственными и профессиональными органами, механизмы переаттестации. В июле 2006 г. на общественное обсуждение был вынесен вопрос о путях дальнейшего развития, в соответствии с которым было предложено разбить процесс переаттестации на два следующих этапа [13]:

повторное лицензирование для разрешения продолжения практики в качестве медицинского работника;

повторная сертификация для осуществления практики в качестве врача общей практики или специалиста.

Повторное лицензирование должно происходить каждые пять лет на основе пересмотренной модели оценки, используемой Национальной службой здравоохранения и применяемой ко всем врачам вне зависимости от места работы, включающей общие и специальные стандарты Генерального медицинского совета, а также учет мнений пациентов и коллег (система полной обратной связи). Повторная сертификация врачей производится в соответствии с процедурами, разработанными каждой из Королевских коллегий. Врачи, которые не смогут выполнить требования на том или ином этапе, в течение определенного периода будут работать под наблюдением более квалифицированных коллег. В феврале 2007 г. этот двухэтапный подход был одобрен Министерством здравоохранения. Фактические данные в поддержку повторной сертификации могут поступать из различных источников (в зависимости от специаль-

ности), включая клинические проверки, теоретические экзамены, отзывы пациентов, оценки руководителей по месту работы, участие в мероприятиях постоянного профессионального развития, наблюдение за практической деятельностью. За качество всего процесса отвечает Генеральный медицинский совет. Минимальные требования для врачей – получение 50 образовательных кредитов в год, 25 из которых получены по результатам внешнего аудита [7, 9, 11, 13, 14].

**В Нидерландах**, начиная с 2005 г., переаттестация (ревалидация) является условием сохранения членства во врачебном реестре: врачи обязаны систематически участвовать в программах непрерывного медицинского обучения и проходить проверку силами коллег каждые пять лет. Эти проверки («визитации») группой из трех врачей, в том числе одного, недавно инспектированного, и одного, которому предстоит проверка, включают всестороннюю оценку практики с обсуждением вопросов соблюдения клинических рекомендаций и анализом отзывов пациентов. Минимальные требования – получение 40 кредитов НМО за 5 лет [9, 11].

**В Федеративной Республике Германии** врачи получают лицензию на практику от региональных министерств, и их работа регламентируется через региональные палаты (профессиональные ассоциации). За период с 2004 г., когда был принят Акт о модернизации общественного страхования здоровья, ряд механизмов аккредитации был введен на федеральном уровне. Схема переаттестации, принятая в Германии, требует от врачей в течение каждых пяти лет набирать установленный объем участия в программах непрерывного медицинского обучения (250 зачетных баллов, где 1 балл составляет примерно 45 минут обучения). Для врачей, находящихся в договорных отношениях с общественными фондами страхования здоровья и работающих в учреждениях амбулаторной помощи, нет жестких ограничений по темам, которые должны быть охвачены в процессе непрерывного обучения. В противоположность этому, специалисты, работающие в больницах, должны продемонстрировать, что 70% их постдипломного обучения посвящено темам, относящимся к их узкой специальности. Рентгенологи, осуществляющие визуальный анализ маммограмм, обязаны проходить процедуру дополнительной повторной сертификации. Для врачей, работающих только в рамках частной практики, эти программы являются факультативными. В случае несоблюдения установленных требований региональные ассоциации врачей страховых фондов могут снижать уровни возмещения стоимости услуг: через 1 год – на 10%, через 2 года – на

25%. Если удостоверение о пройденных курсах НМО не получено в течение двух лет после предусмотренного срока, аккредитация может быть аннулирована. Во всех регионах (за исключением земли Баден-Вюртемберг) внедрены компьютерные системы регистрации процессов НМО. С 2009 г. проводится аналитическая оценка системы НМО. Запланировано ее объединение с системами обеспечения качества, что будет способствовать более широкому подходу к непрерывному профессиональному развитию [9, 11].

В ФРГ практически каждая медицинская высшая школа имеет факультет повышения квалификации и предлагает учебные курсы различной продолжительности в соответствии со своей спецификацией. Каждый врач имеет право на дальнейшую специализацию в желаемой им области медицины и здравоохранения [15].

Одними из главных управленческих структур медицинской сферы ФРГ считаются врачебные палаты. Они выступают субъектами, от принятия решений которых зависит дальнейшее развитие медицинского потенциала, в первую очередь кадров. «Рекомендации по повышению квалификации врачей», принятые Федеральной врачебной палатой ФРГ, определяют повышение квалификации как «значимый инструмент сохранения качества в медицине». Повышение квалификации должно учитывать индивидуальные потребности врачей, соответствующие их личным желаниям дальнейшего углубления и закрепления медицинских знаний и расширения способностей, и исходящую из развития медицинской науки необходимость повышения уровня профессиональной компетентности.

Различные индивидуальные подходы к обучению обуславливают и особый подход к методам повышения квалификации врачей в Германии. В их перечень входит [15]:

медиаопорное самообучение – за основу берется специализированная литература: научные статьи и книги, поиск необходимых источников на электронных носителях или в сети Интернет (например, MedLine), использование банков данных с литературой, имеющей научно-методологические критерии, например, Cochrane Library, а также компьютерные, сертифицированные программы, позволяющие расширить предметно-специфические знания и тренировать профессиональные навыки;

участие в конгрессах, семинарах, коллоквиумах, кружках и т.д. при представлении возможности интерактивного обучения, обеспечивающего, в частности:

проблемно-ориентированное обучение;  
групповое обучение;

выявление личных потребностей обучающихся;  
опытно-ориентированное обучение;  
обратную связь;  
мотивирование к повышению уровня профессиональных знаний и умений;

клиническое обучение (вытекает из обмена информацией и практическим опытом и принимает форму коллегиальных консилиумов или консультаций экспертов).

Повышение квалификации медицинских работников подтверждается выдачей сертификатов после проведения соответствующей оценки активности обучающихся в образовательном процессе по оценочной шкале в баллах только в том случае, если врач в период обучения (от трех до пяти лет) принял участие в мероприятиях, обеспечивающих в сумме от 150 до 280 баллов. Положения по повышению квалификации закреплены и в «Правилах повышения квалификации». Например, в «Правилах повышения квалификации врачебной палаты» г. Кобленца (ФРГ) отмечено, что «цель повышения квалификации – получение и длительная актуализация профессиональной компетенции. По содержанию повышение квалификации должно охватывать как предметно-специфические, так и междисциплинарные и выходящие за предметные рамки знания и тренировку клинико-практических навыков. Сюда же относится совершенствование коммуникативной и социальной компетенций» [15].

Все большее распространение в системе повышения квалификации и переподготовки медицинских работников в Германии приобретают междисциплинарные мероприятия. Главным из них, проводимым в согласовании с медико-научными специализированными обществами, является междисциплинарный форум «Прогресс и повышение квалификации в медицине». Цель данного форума – презентация актуальных медицинских достижений, в частности:

1. Междисциплинарная дискуссия о новых результатах исследования и их релевантности для практической медицины.

2. Критическая оценка и контроль используемых методов.

3. Разъяснение отношений «затраты/выгода», «затраты/эффективность» представленных методов и возможности обеспечения качества.

Значительную роль по рассматриваемой проблематике играет еще одно мероприятие – «Междисциплинарный центральный конгресс для специалистов профессий сферы здравоохранения». Данный ежегодный конгресс охватывает мероприятия для различных медицинских специалистов, в его ходе, помимо передач специальных знаний, большое значение уделяется профессиональному общению.

В последнее время все большее предпочтение в системе повышения квалификации медработников в Германии отдается телемедицинским технологиям. По утверждению некоторых исследователей, они могут стать заменой для всех форм обучения и гарантировать доступность к информации любой группе интересующихся.

Телемедициность включает в себя телекоммуникацию и мультимедийные технологии и применима в различных научных отраслях, в том числе и медицине. Она предлагает новый подход в актуализации знаний и связанных с этим изменениях в учебных материалах, но, самое главное, делает образовательный процесс индивидуальным, квалифицированным, гибким, кооперативным, независимым от места и времени. Многие проекты в медицинских высших школах направлены на развитие обучающих систем и эффективной технической инфраструктуры. Обучение становится мультимедиальной услугой и проходит интерактивно, адаптивно, в любое время и в любом месте. Например, существуют системы, базирующиеся на анализе случаев из практики, для которых важную роль играет дидактическая концепция “Goal-Based Scenarios”. Внимание здесь уделяется возможностям коммуникации (e-mail, чаты, online-тесты), и совместной работе в Интернет, контактам с медицинскими тьюторами. Всего существует 18 проектов в области медицины, принятых Министерством образования ФРГ в рамках программы «Новые коммуникативные средства в образовании + специальная информация».

Давнюю историю имеет система НМО в США. Следует отметить, что в США действует система сертификации советами по специальности. Изначально это была добровольная система, при этом на врачей оказывалось всяческое давление, с тем, чтобы они стремились получить сертификат, а затем и пройти ресертификацию; в результате, по состоянию на 2006 г, в США были сертифицированы 87% врачей. Одна из причин этого – растущее движение за права потребителей в области здравоохранения. Вторая причина заключается в том, что организации, осуществляющие медицинское обслуживание (managed care plans), стали предпочитать сотрудничать с врачами, прошедшими сертификацию советами по специальности. Третья причина реализовалась в 2002 г., когда все 24 совета в рамках Американского совета медицинских специальностей пришли к соглашению о сравнимых стандартах сертификации, проводимой советами, включая требования по ресертификации, а для сохранения сертификации было включено новое условие – оценка показателей практической деятельности [9].

Вне зависимости от специальности для подтверждения сертификации требуется соблюдение следующих четырех условий:

активная и неограниченная лицензия в том штате, где практикует врач;

самооценка уровня знаний в целях повышения и укрепления стандартов НМО, включая способность продемонстрировать значительные успехи в обучении;

прохождение строгой экзаменационной проверки уровня знаний, без права пользования дополнительными источниками информации (пособиями, учебниками) в ходе экзамена;

оценка практических навыков на рабочем месте.

Во главе процесса НМО в США стоит Американская Медицинская Ассоциация (АМА), которая разрабатывает требования к НМО, выдает лицензии на право занятия медицинской деятельностью (с учетом получения кредитов НМО), ведет реестр врачей (в котором указывается число набранных кредитов), предоставляет информацию об образовательных мероприятиях, предлагает типовые планы прохождения НМО для различных специальностей [8].

Например, врач-педиатр в США имеет довольно широкий выбор возможностей для постоянной работы над повышением уровня своих знаний и умений. Прежде всего, это разнообразные курсы от Американской ассоциации педиатрии (AAP), такие как, PREP courses, охватывающие до 30 направлений в педиатрии (здоровье подростков, аллергия и иммунология, кардиоваскулярные расстройства и т.д.) [16].

Однако эти курсы могут быть и относительно узконаправленными, посвященными, например, неотложной педиатрии. Они базируются на том же контенте, что используется для проведения экзаменов по ресертификации. Этим курсов может быть 3 за год, в различных регионах страны, но проходят они за 5 дней, включая субботу и воскресенье. Занятия могут проводиться с 7.30 до 17.30. За день они включают 7–8 лекций по 40 минут, а также 6–7 параллельных повторяющихся семинаров с представлением пациентов длительностью по 1,5 часа, из которых за день можно посетить два. Абсолютное большинство преподавателей (всего их на таких курсах около 20 человек) – это профессора различных медицинских университетов/колледжей, они же являются руководителями отделений университетских клиник.

Приглашаются и специалисты – руководители некоторых центров или клиник, специализирующихся, например, на спортивной медицине. Причем, преподавателей из одного университета может быть не более 2–3 человек, стараются приглашать боль-

ше преподавателей из разных регионов страны, чаще из недалеко расположенных, хотя этот критерий не является главным. Каждый преподаватель проводит (обычно за 2 дня) 4–5 занятий. Может проводиться пре- и пост- online-тестирование. Всего за данный курс можно получить 37 так называемых AMA PRA Category 1 кредитов, которые в дальнейшем учитываются в процессе ресертификации [16].

Другой вариант – облегченный (сочетание обучения и отдыха) – это практические курсы педиатрии, которых может быть около 8 в год, проводящиеся в различных регионах страны. Они проводятся в течение 3 дней, с пятницы по воскресенье, с 7.30 до 14.00. Включают в себя лекционные и параллельные семинарские занятия, а также сессии вопросов и ответов. В данных курсах участвует 6 преподавателей, в их число входят профессора различных медицинских университетов, у которых по 2 занятия в день – лекция и семинар. За данный курс можно получить 17 AMA PRA Category 1 кредитов [16].

Одно из наиболее значительных событий в системе НМО США – ежегодная национальная конференция с наличием образовательной программы, проводящаяся в течение 4–5 дней (с рабочими днями в субботу и воскресенье). Она включает в себя целый ряд курсов, семинаров, а также интерактивных занятий. Это могут быть представления случаев из практики с последующим обсуждением и возможностью индивидуально контролируемых ответов с суммированием результатов, работа в малых группах для тренировки навыков, обсуждение собственных практических ситуаций с экспертами и коллегами за завтраком или ланчем. Активное участие в такой конференции может дать до 53 кредитов [16].

Выбрать время и место повышения уровня знаний можно через Интернет, в частности, на сайте AAP, там же зарегистрироваться и оплатить свое участие в курсах, заранее запланировать участие в определенных семинарах. Причем часть занятий оплачивается дополнительно. В целом оплата за участие в курсах может составлять 0,5–1% среднегодовой зарплаты американского педиатра. Брошюра с расписанием, регистрационной формой, адресами отелей, картой и туристическими программами также доступна в электронном виде.

Мероприятия по НМО предоставляют самые различные организации (от образовательных академических учреждений до коммерческих фирм). Но все эти организации (а их в США более 600) должны быть аккредитованы для осуществления образовательной деятельности с целью подтверждения соответствия необходимым стандартам и возможности присвоения кредитов. Эту функцию

выполняет аккредитационный совет, созданный с участием вышеупомянутой Ассоциации.

В соответствии с положениями Американского совета по медицинским специальностям, семейные врачи, врачи-терапевты общего профиля и педиатры общего профиля считаются специалистами. В настоящее время возобновление сертификатов требуется каждые 6–10 лет, в зависимости от специальности. Медицинская лицензия – это юридическое требование, необходимое для осуществления медицинской практики в США, в то время как сертификация, полученная от совета по специальности, является факультативной. Считается, что одно из основных преимуществ этой системы – независимость национальных органов оценки от прямого влияния профессионального сообщества [9].

В Канаде прохождение НМО для врачей обязательно, для переаттестации за 5 лет необходимо получить 400 кредитов, участвуя в образовательных мероприятиях по выбору в соответствии со своей специальностью [7].

В Новой Зеландии участие в одной из утвержденных программ стало обязательным условием подтверждения регистрации в качестве специалиста. Новозеландский закон о деятельности практических медицинских работников (1995 г.) устанавливает, что неудовлетворительное прохождение повторной сертификации или программ повышения квалификации может приводить к ограничению или приостановке действия сертификата врачебной регистрации или сертификата практики, что ведет к необходимости повторной регистрации и допуску к лечебной работе только под наблюдением более квалифицированных врачей. С 2001 г. каждый врач, занимающийся независимой практикой, должен проводить не менее 50 часов в год в рамках программ по ресертификации, включая внешние проверки, коллегиальную оценку, анализ результатов оказания помощи и применение метода «вдумчивого анализа» собственного клинического опыта (reflective practise). При соблюдении этих условий врачи ежегодно получают от Медицинского совета Новой Зеландии сертификат на право занятий медицинской практикой. Невыполнение определенных стандартов может приводить к исключению из регистра Совета. За установление стандартов повторной сертификации отвечают Медицинские коллегии [7, 9].

Среди современных форм организации повышения квалификации медицинского персонала наиболее распространенными являются конференции, обучающие семинары (лекции), семинары-тренинги (ролевые игры; игры-фантазии, деловые игры). Повышение квалификации может проводиться на рабочем месте, в своем учреждении.

Предлагаемые в развитых странах программы «Куррикулум» представляют собой разновидность курсов повышения квалификации. Само понятие Curriculum заимствовано в начале семидесятых годов из опыта работы американских организаций и обозначает определение целей и содержания учебного процесса, а также регулирование самого учебного процесса и образовательных учреждений. Цель данных программ – передача знаний, навыков и установок в равных объемах теоретического материала, упражнений, рассмотрения проблемных случаев. К организационным формам учебных занятий относятся [15]:

многодневные блочные занятия (например, по выходным дням): углубленный анализ тематических комплексов в теории, упражнениях и т.д.;

однодневные занятия;

полудневные занятия;

группы продвинутого этапа: продолжительность обучения – один год, представляются доклады (краткий обзор в форме пленарных и фронтальных занятий; беседы с пациентами или видеопроказ; работа в малых группах).

Семинары по рассмотрению проблемных случаев определяются как мероприятия по повышению квалификации с концептуально предусмотренным участием каждого обучающегося, где на основе примеров, особых случаев расширяются и закрепляются знания и навыки. Они разделяются на модули – коммуникация, социальное обслуживание, этика.

Анализируя современные методы образовательного процесса медицинского персонала в зарубежных странах, следует указать, прежде всего, на те, которые получили положительную оценку обучающимися [15]:

1. Модульное обучение, которое заключается в том, что небольшая часть учебного материала выделяется в отдельную тему и подается в программе изучаемого курса.

2. Дистанционное обучение, которое характеризуется разделением обучающего и обучающегося во времени или пространстве, использованием учебно-методических материалов, разработанных с применением различных медиа, двусторонней коммуникации.

3. Виртуально-тренинговая технология, основой которой является моделирование всех элементов учебного материала с применением тренажеров.

4. Метод модерации, который основывается на интенсивном обмене информацией, мнениями и оценками, где модератор выступает не в роли ведущего, а в роли методиста, предоставляющего обучающимся методы и техники для достижения поставленной цели.

Использование описанных выше технологий мотивирует медицинских работников к обновлению знаний, навыков и умений и нацеливает их на самостоятельное овладение учебным материалом и поиск дополнительных информационных ресурсов. В итоге, расширяются когнитивные способности и укрепляется сознание в самообразовании, что позволяет в полной мере утверждать об эффективности обучающих стратегий когнитивного аспекта, которые призваны облегчить обучающимся усвоение современной информации.

Стратегии повторения позволяют удержать полученные знания в словесной форме в кратковременной памяти и создать предпосылки для того, чтобы информация перешла в долговременную память. Это: списывание текста, повторение заученного. Стратегии разработки пытаются активизировать уже имеющиеся знания и добавить к ним новые. Сюда относятся: обдумывание примеров, формулирование выученного своими словами.

Организационные технологии помогают внутри новой области знаний установить порядковые отношения и расширить представление по теме. Это: написание обобщений по текстам, составление плана по какой-либо тематике. Во многих университетских клиниках появляются педагогические кадры, именуемые «менторами», имеющие наряду с профессиональным опытом работы в той или иной области медицины педагогическую квалификацию. Они координируют свои цели с действующими преподавателями и осуществляют практическое обучение.

В большинстве развитых стран врачи обязаны и имеют возможность непрерывно повышать свою квалификацию как с помощью традиционных образовательных технологий (обучение в образовательном учреждении путем прохождения курса лекций и практических занятий), так и более современных, например, путем самостоятельного изучения специальных электронных образовательных материалов (модулей) или на рабочих местах, используя системы поддержки принятия клинических решений [5].

Сегодня, в целях признания уровней и качества образования практикующих специалистов между странами Евросоюза и США, разрабатываются единые согласованные требования к непрерывному медицинскому образованию и кредитам. Например, Европейский Совет медицинских специальностей (European Union of Medical Specialties) планирует создать комиссию для аккредитации качества образовательных мероприятий по различным специальностям. Американская Медицинская Ассоциация (American Medical Association – AMA) также будет привлечена к этой работе. Первая транснациональная аккредитован-

ная система кредитов уже разработана Федерацией европейских обществ по онкологии (Federation of European Cancer Societies).

**Российская Федерация.** Согласно Федеральному закону Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», за предоставление всем врачам равных возможностей непрерывного совершенствования своего образования ответственность несут медицинские школы, клиники и профессиональные ассоциации [17]. Развитие системы НМО происходит в целях выполнения положений Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где установлено, что медицинские работники обязаны повышать свою квалификацию и не реже 1 раза в 5 лет проходить аккредитацию в соответствии с порядком, установленным Минздравом России. Переподготовка медицинских работников в России направлена на освоение ими образовательных программ для выполнения нового вида работы или группы работ. Переподготовка не обеспечивает получения нового уровня образования в соответствии с государственными образовательными стандартами, но она дает возможность изменить направление профессиональной деятельности на уже имеющемся уровне образования [18].

Кроме того, действует приказ Министерства образования и науки России от 01.07.2013 г. №499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам». В соответствии с данным документом, дополнительное профессиональное образование в России осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки). Реализация программы повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации. В структуре программы повышения квалификации должно быть представлено описание перечня профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения. Реализация программы профессиональной переподготовки направлена на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации [19].

Содержание программ повышения квалификации и переподготовки специалистов должно учитывать профессиональные стандарты, квалификационные требования, указанные в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям, или квалификационные требования к профессиональным знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей, которые устанавливаются в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации о государственной службе.

Для определения структуры дополнительной профессиональной программы и трудоемкости ее освоения может применяться система зачетных единиц. Количество зачетных единиц по дополнительной профессиональной программе устанавливается организацией, предоставляющей образовательные услуги [19].

Согласно приказу №499, программа профессиональной переподготовки в России разрабатывается организацией, предоставляющей образовательные услуги, на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального и (или) высшего образования к результатам освоения образовательных программ. Результаты обучения по программе профессиональной переподготовки должны соответствовать результатам освоения основных профессиональных образовательных программ, а также быть направленными на приобретение новой квалификации, требующей изменения направленности (профиля) или специализации в рамках направления подготовки (специальности) полученного ранее профессионального образования, должны определяться на основе профессиональных компетенций, соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов, образовательных стандартов.

Формы обучения и сроки освоения дополнительной профессиональной программы определяются образовательной программой и (или) договором об образовании. Срок освоения дополнительной профессиональной программы должен обеспечивать возможность достижения планируемых результатов и получение новой компетенции (квалификации), заявленной в программе. При этом в России минимально допустимый срок освоения программ повышения квалификации не может быть менее 16 часов, а срок освоения программ профессиональной переподготовки – менее 250 часов [19].

При реализации дополнительных профессиональных программ организацией, предоставляющей образовательные услуги, может применяться форма организации образовательной деятельности, основанная на модульном принципе представления содержания образовательной программы и построения учебных планов, использовании различных образовательных технологий, в том числе дистанционных образовательных технологий и электронного обучения. Обучение по индивидуальному учебному плану в пределах осваиваемой дополнительной профессиональной программы, осуществляется в порядке, установленном локальными нормативными актами организации, предоставляющей образовательные услуги.

При освоении дополнительных программ профессиональной переподготовки возможен зачет учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), освоенных в процессе предшествующего обучения по основным профессиональным образовательным программам и (или) дополнительным профессиональным программам, порядок которого определяется организацией самостоятельно. Освоение программ повышения квалификации и переподготовки специалистов в России завершается итоговой аттестацией обучающихся в форме, определяемой соответствующей образовательной организацией самостоятельно.

Лицам, успешно освоившим соответствующую дополнительную профессиональную программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдаются документы о квалификации: удостоверение о повышении квалификации и (или) диплом о профессиональной переподготовке. Квалификация, указываемая в документе о квалификации, дает его обладателю право заниматься определенной профессиональной деятельностью и (или) выполнять конкретные трудовые функции, для которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке определены обязательные требования к наличию квалификации по результатам дополнительного профессионального образования [19].

В приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.1997 г. №148 «Об утверждении типового положения о факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов» указано, что образовательные программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов отрасли в высших медицинских учебных заведениях реализуют создаваемые для этих целей факультеты повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов [20].

Общими задачами факультетов повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в России являются:

1. Удовлетворение потребностей работников здравоохранения в получении новых знаний о достижениях отечественной и зарубежной медицинской науки и техники, передового опыта и научной организации труда.

2. Проведение повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, высвобождаемых работников, подготовка их к выполнению новых трудовых функций.

3. Послевузовская подготовка специалистов (интернатура, ординатура, аспирантура, докторантура).

4. Консультативная деятельность.

Следует отметить, что по развитию непрерывного медицинского образования Россия находится в самом начале пути – приказ Минздрава Российской Федерации №837 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций» подписан 11 ноября 2013 г., модель реализовывалась с 1 декабря 2013 г. по 31 января 2015 г. [21].

В утвержденном приказом №837 Положении определено, что организации, осуществляющие образовательную деятельность, в рамках реализации модели (образовательные организации), разрабатывают дополнительные профессиональные программы повышения квалификации по специальностям «Педиатрия», «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (образовательные программы) с участием общественных профессиональных организаций и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

При разработке образовательных программ учитываются следующие принципы:

образовательная программа имеет модульный принцип построения;

объем подготовки по образовательной программе составляет более 100 часов;

доля дистанционных образовательных технологий и электронного обучения в образовательной программе составляет не менее 50%;

не менее 15% содержания образовательной программы составляет региональный компонент;

образовательная программа согласована общественной профессиональной организацией и органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, принимавшими участие в ее разработке;

образовательной программой предусмотрены различные виды образовательной активности;

в случае если образовательная организация в рамках реализации модели осуществляет взаимодействие с несколькими субъектами Российской Федерации, образовательные программы по специальностям разрабатываются отдельно для каждого из них.

При реализации образовательной программы с использованием сетевой формы допускается участие в образовательном процессе нескольких образовательных и иных организаций, в том числе общественных профессиональных организаций.

Методическое сопровождение, анализ текущих и итоговых результатов реализации модели, а также формирование отчета о реализации модели и направление его в адрес Минздрава России осуществляет государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Врачи принимают участие в реализации модели на добровольной основе. Добровольное согласие подтверждается путем заключения между врачом и образовательной организацией договора об образовании в рамках государственного задания на подготовку специалистов, установленного образовательной организацией учредителем.

Общественные профессиональные организации принимают участие в реализации модели при условии заключения с образовательной организацией договора о сетевой форме реализации образовательной программы.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, выразившие согласие на участие в реализации модели, формируют перечень врачей и представляют его в образовательную организацию. Общее количество врачей в субъекте Российской Федерации не должно быть менее 15 человек.

Для проведения сертификационного экзамена у врачей, успешно завершивших обучение по образовательной программе, привлекаются представители общественных профессиональных организаций и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, принимавших участие в разработке образовательной программы.

В Методических рекомендациях по реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых,

врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций [22], согласованных Минздравом России и Некоммерческим партнерством «Национальная Медицинская Палата» и разработанных в целях реализации приказа №837, дано определение ряда понятий (дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников; зачетная единица (кредит) – унифицированная единица измерения трудоемкости учебной нагрузки слушателя, включающая в себя все виды его учебной деятельности; квалификация – уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности; непрерывное медицинское образование (НМО) – система образования, обеспечивающая непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций; повышение квалификации – обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации, направленное на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации), указаны целевые показатели реализации модели (доля слушателей, завершивших обучение, не менее 75%; доля слушателей, успешно прошедших итоговую аттестацию, от числа завершивших обучение, не менее 98%; доля слушателей, успешно сдавших сертификационный экзамен, от числа успешно прошедших итоговую аттестацию, не менее 98%; доля слушателей, удовлетворенных качеством и формой реализации образовательных программ, не менее 75%; доля работодателей, удовлетворенных качеством и формой подготовки работников, не менее 75%), установлено, что реализация модели осуществляется с учетом следующих принципов:

внедрение непрерывности обучения работника (в течение всего календарного года, отдельными циклами или модулями, путем прохождения отдельных учебных мероприятий);

применение в обучении ДОТ и электронного обучения с учетом лучшего опыта в мировой практике;

формирование программ с учетом наиболее актуальных проблем практического здравоохранения субъектов Российской Федерации;

сетевое взаимодействие образовательных и профессиональных общественных организаций в интересах объединения усилий и популяризации лучших образовательных практик.

Образовательные программы для реализации модели по специальностям «Педиатрия», «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)» разрабатываются в соответствии с приказом Минобрнауки России от 01.07.2013 г. №499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» и с учетом принципов, установленных приказом Минздрава России №837.

Общая трудоемкость образовательной программы должна составлять не менее 144 зачетных единиц, в том числе компоненты программы, рекомендуемые общественными профессиональными организациями, – 36 зачетных единиц.

Совершенствующаяся система дополнительного профессионального образования предполагает активное внедрение накопительной системы повышения квалификации. На основании инструктивных документов Министерства здравоохранения Российской Федерации в ряде российских медицинских вузов, реализующих программы дополнительного профессионального образования, разработаны положения о накопительной системе повышения квалификации специалистов с высшим медицинским образованием. Положение Северного государственного медицинского университета (СГМУ, г. Архангельск) определяет, что накопительная система повышения квалификации осуществляется с целью создания условий для реализации врачами и руководителями медицинских организаций возможностей непрерывного образования, позволяя им самостоятельно конструировать образовательную программу повышения квалификации с учетом своих профессиональных потребностей, согласованных с потребностями организации, а также выбирать наиболее приемлемые сроки и формы ее освоения. При этом форма организации образовательного процесса основана на объединении модульных технологий обучения и системы зачетных единиц. Распределение зачетных единиц (250 за пять лет) в процессе дополнительного образования предполагает очное обучение на базе учебного заведения (144 зачетных единицы) и обучение на рабочем месте – самостоятельное обучение (106 зачетных единиц) (рис.). Очное обучение на базе учебного заведения не исключает использование дистанционных технологий (от 36 до 108 зачетных единиц). Обучение на рабочем месте возможно через ме-

дицинские ассоциации или как самостоятельное обучение.

Один из самых дискутируемых вопросов заключается в определении видов и форм повышения квалификации в рамках накопительной системы, которые в настоящее время включают:

- участие в научно-практических конференциях;
- участие в семинарах (по специальности);
- разработку методических пособий и рекомендаций;
- участие в инновационных проектах;
- участие в профессиональных конкурсах;
- публикацию тезисов, статей;
- прохождение дистанционных образовательных программ;
- прохождение тематического усовершенствования (72 ч);
- прохождение стажировки.

Что касается участия в научно-практических конференциях и семинарах, то оно предполагает выступления с докладами по специальности. Участие в инновационных проектах необходимо завершать отчетом о результатах. Завершение обучения по дистанционным образовательным программам фиксируется документом о результатах итоговой аттестации, так же как и прохождение тематического усовершенствования и стажировки. В то же время, по мнению ряда исследователей [23], должны учитываться и написание диссертации, и внедренческие разработки, и патенты, и рационализаторские предложения (например, внедрение lean-технологий и др.).

Развитие дистанционного обучения обуславливает формирование электронного образовательного портала. Его создание является одновременно и условием, и возможностью их активного внедрения, так как обеспечивает:

- возможность освоения образовательных программ по месту жительства;

организацию и управление процессом обучения с применением ДОТ;

разработку электронных образовательных ресурсов;

повышение эффективности самостоятельной работы на основе возможностей Интернет;

самоконтроль в течение всего процесса обучения;

оперативный мониторинг качества учебного процесса;

повышение уровня научного, методического и технического потенциала вуза;

формирование единой информационно-образовательной среды системы дистанционного образования.

Следует отметить, что эффективное функционирование системы дистанционного образования невозможно без формирования единой информационно-образовательной среды.

Таким образом, переподготовка и повышение квалификации медработников в России осуществляются на основе следующих принципов [24]:

1. Обеспечение непрерывности повышения квалификации.
2. Гармонизация с международными нормами (международные нормы в области НМО формируются Европейским союзом медицинских специалистов (UEMS), Ассоциацией по медицинскому образованию в Европе (АМЕЕ), Национальным советом медицинских экзаменаторов (NBME), Федерацией медицинских советов Штатов (FSMB), Всемирной федерацией медицинского образования (WFME)).
3. Партнерство с профессиональными организациями.
4. Комплексность обучения (получение профессиональных навыков и умений, знаний по экономике, управлению, этике и общению).
5. Удобство для врача (предоставление заинтересованному лицу возможности дистанционно-

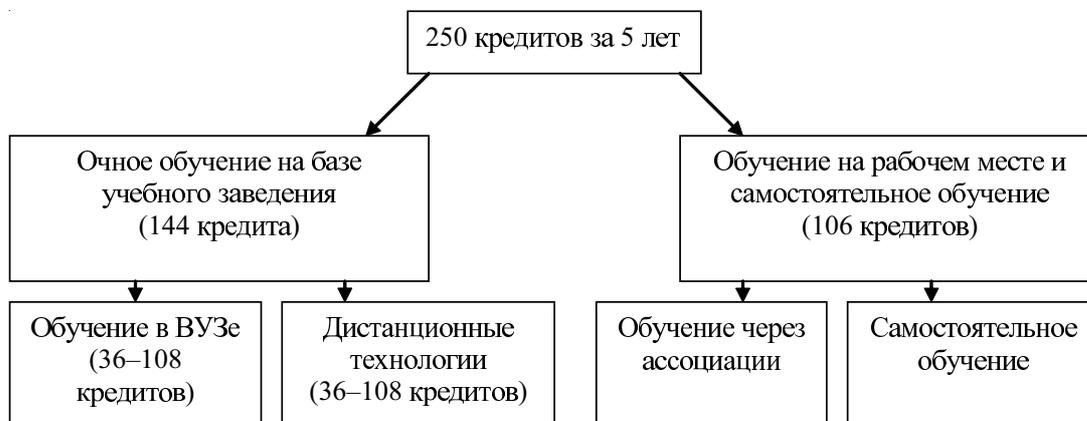


Рис. Распределение зачетных единиц в процессе дополнительного образования (СГМУ, г. Архангельск) [23]

го обучения на рабочем месте, возможность осуществления во время прохождения переподготовки и повышения квалификации всех видов образовательной активности – наставничество, участие в патологоанатомических разборах, обучение в симуляционных центрах, выступления на конференциях, научная работа и другая активность).

6. Применение инновационных технологий (обучение через Интернет, электронное обучение, обучающие курсы в симуляционных центрах).

7. Высокое качество (единые требования к программам и образовательным мероприятиям).

8. Независимость образования (отсутствие монорекламы производителей, создание кодекса этики участия спонсоров в НМО).

9. Система мотивации к обучению (использование системы кредитов: накопленные кредиты учитываются при продлении с работником договора по работе по специальности, при их аттестации и оплате труда).

10. Бесплатность для медицинских работников (в бюджетах всех уровней и бюджете обязательного медицинского страхования (ОМС) заложены расходы на повышение квалификации и переподготовку медицинских работников; также на эти цели используются средства медицинских и фармацевтических производителей с учетом кодекса этики участия спонсоров в НМО).

В научной литературе имеются и критические отзывы по поводу функционирования системы последипломного образования медработников в России. В частности, отмечается, что прохождение программ повышения квалификации и переподготовки 1 раз в 5 лет – это явно недостаточно, при этом 15% российских врачей не проходят обучение в положенные сроки. Как полагают специалисты, программы повышения квалификации медицинских кадров в России требуют актуализации (большая практическая направленность, дистанционные образовательные технологии). К числу недостатков российской системы относится и низкая доступность для врачей современных, основанных на доказательной медицине клинических рекомендаций, электронных библиотек и систем поддержки принятия клинических решений [25].

Тема повышения квалификации медработников нашла свое отражение в проекте Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период с 2015 до 2030 года. В этом плане большая роль отводится развитию общественных медицинских организаций, сформированных по территориальному и профессиональному принципам, созданию вертикальных профильных медицинских интеграционных систем.

Поэтапное создание условий для участия общественных медицинских организаций в непрерывном профессиональном развитии медицинских работников, организации наставничества и обеспечении квалификации специалистов на всех уровнях оказания медицинской помощи поможет в итоге повысить общую ответственность за состояние системы здравоохранения и обеспечить качество и доступность медицинской помощи [26].

Повышению квалификации медицинских работников и повышению доступности и качества медицинских услуг, согласно Стратегии, будет способствовать и всеобщая информатизация системы здравоохранения, создание единой государственной электронной информационной системы. На базе ведущих организаций здравоохранения, осуществляющих научно-исследовательскую, образовательную и медицинскую деятельность, в федеральных государственных учреждениях будут организованы центры телекоммуникационной медицины, что обеспечит внедрение дистанционных образовательных курсов и программ непрерывного обучения медицинского персонала.

**Украина.** В настоящее время система последипломного образования в стране включает интернатуру, магистратуру, клиническую ординатуру, аспирантуру, тематические и предаттестационные циклы и курсы стажировки. Перечисленные формы существуют давно, в основном являются сформировавшимися и нуждаются в дальнейшем совершенствовании методического и информационного обеспечения.

Исследователи отмечают, что резкое увеличение объема медицинской информации обуславливает необходимость непрерывного профессионального развития и последипломного образования врачей и провизоров. Так, активная профессиональная жизнь врачей продолжается 30–40 лет, и в течение всего этого времени они должны постоянно обновлять знания, ведь массив медицинских и фармакологических данных меняется каждые три года. Обновляются также технологии диагностики, повышаются требования к качеству предоставления медицинской помощи, поэтому система последипломного медицинского образования требует немедленного реформирования. Переход к концепции непрерывного медицинского образования – дело новое не только для Украины, но и для многих стран мира, поскольку в различных странах функционируют разные ее элементы, а в целостном виде она еще не сложилась нигде [27, 28].

С начала нынешнего века Минздрав Украины инициировал работы по поиску оптимальной для страны системы непрерывного образования врачей и провизоров. В работах украинских исследо-

вателей подчеркивается, что в связи с новыми требованиями необходимо находить новые технологии передачи медикам знаний и навыков, создавать системы измерения их качества и мотивации повышения квалификации. Одним из путей решения вопроса может быть дистанционное образование и кредитно-модульная система последипломного обучения. Дистанционные технологии предоставляют возможность проводить мастер-классы и научно-практические конференции, а за участие в них можно было бы начислять соответствующие баллы врачам и учитывать их во время аттестации.

Согласно украинскому законодательству, врачам необходимо проходить аттестацию на повышение или подтверждение квалификации каждые 5 лет. Аттестация является экзаменом, определяющим уровень медицинских знаний работника. Для врачей установлено 3 типа аттестации [29]:

1. Аттестация, определяющая знания и практические навыки на присвоение или подтверждение звания «врач-специалист». Этот вид аттестации предусматривает проведение экзамена в комиссиях, созданных на базе высших медицинских учебных заведений III–IV уровня аккредитации. Также комиссии могут быть созданы в заведениях последипломного образования.

2. Аттестация для определения и присвоения квалификационной категории. Данный вид проверки знаний медработником проводится также комиссиями, созданными при центральных и региональных государственных органах здравоохранения Украины. Этот вид аттестации проводится по желанию самого врача. Все же врачи, которые в течение года, после истечения пятилетнего срока со дня последнего прохождения ими аттестации, не захотели опять ее проходить, в обязательном порядке проходят первый вид аттестации на подтверждение звания «врач-специалист».

3. Аттестация, которая должна подтвердить квалификационную категорию.

В соответствии с приказом Минздрава Украины от 07.07.2009 г. №484 «Об утверждении изменений в Положении о проведении испытаний на предаттестационных циклах», непрерывное самообразование врачей и провизоров стало обязательным. Так, «компьютерный контроль уровня знаний осуществляется у врачей (провизоров), которые успешно выполнили учебный план и программу и набрали необходимое количество баллов в соответствии со Шкалой значений различных видов деятельности врачей (провизоров) в период между предаттестационными циклами. Лица, не набравшие необходимого количества баллов для соответствующей врачебной (провизорской) квалификационной катего-

рии, проходят компьютерный контроль уровня знаний на категорию, которой соответствует набранное ими количество баллов с учетом пройденного предаттестационного цикла, или на подтверждение сертификата врача-специалиста (провизора-специалиста), что дает право продолжать работать в должности врача-специалиста (провизора-специалиста) по определенной врачебной (провизорской) специальности» [30]. Приказом №484 утверждены указанная Шкала значений различных видов деятельности врачей (провизоров) в период между предаттестационными циклами, в которой определено соответствующее количество начисляемых баллов за различные виды деятельности (обучение на предаттестационном цикле в учреждениях (на факультетах) последипломного образования; повышение квалификации на циклах тематического усовершенствования в учреждениях (на факультетах) последипломного образования различной продолжительности (1–6 недель); повышение квалификации по дистанционной форме обучения в учреждениях (на факультетах) последипломного образования; чтение лекций (за исключением преподавателей); обучение на курсах информации и стажировки; научно-педагогическая (педагогическая) работа в высших медицинских (фармацевтических) учреждениях образования и учреждениях (на факультетах) последипломного образования; руководство группой интернов на базе стажировки; участие в научно-практической конференции, съезде, конгрессе, заседании профессиональной ассоциации по специальности различного уровня с выступлением с докладом или без доклада; издание учебного пособия, монографии по специальности; публикация статьи в специализированных изданиях; получение патента; издание методических рекомендаций, участие в разработке нормативных документов; внедрение в практическую деятельность инновационных разработок и технологий, новых методов диагностики, лечения, фармацевтического анализа; публикация тезисов; присвоение званий; занятие должности главного внештатного специалиста района, города, области; защита диссертации; окончание клинической ординатуры, магистратуры, аспирантуры, докторантуры; работа (не менее 3 лет) в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности) и Критерии соответствия Шкалы значений определенной врачебной (провизорской) категории (табл.). Таким образом, получение соответствующих квалификационных категорий в Украине непосредственно связано с непрерывным профессиональным развитием (прохождением циклов повышения квалификации, в том числе, дистанционно, и самообразованием) врачей и провизоров.

**Критерии соответствия Шкалы значений различных видов деятельности врачей (провизоров) в период между предаттестационными циклами определенной врачебной (провизорской) категории [30]**

Для высшей квалификационной категории			
Год	Постоянная часть, баллы начисляются за обучение на предаттестационных циклах в учреждениях (на факультетах) последиplomного образования III–IV уровней аккредитации	Вариативная часть	Всего
2010	40 баллов	8 баллов	48 баллов
2011		16 баллов	56 баллов
2012		24 балла	64 балла
2013		32 балла	72 балла
Начиная с 2014 года		40 баллов	80 баллов
Для первой квалификационной категории			
Год	Постоянная часть, баллы начисляются за обучение на предаттестационных циклах в учреждениях (на факультетах) последиplomного образования III–IV уровней аккредитации	Вариативная часть	Всего
2010	40 баллов	6 баллов	46 баллов
2011		12 баллов	52 балла
2012		18 баллов	58 баллов
2013		24 балла	64 балла
Начиная с 2014 года		30 баллов	70 баллов
Для второй квалификационной категории			
Год	Постоянная часть, баллы начисляются за обучение на предаттестационных циклах в учреждениях (на факультетах) последиplomного образования III–IV уровней аккредитации	Вариативная часть	Всего
2010	40 баллов	4 балла	44 балла
2011		8 баллов	48 баллов
2012		12 баллов	52 балла
2013		16 баллов	56 баллов
Начиная с 2014 года		20 баллов	60 баллов

**Оценка качества системы повышения квалификации и переподготовки медицинских работников с высшим медицинским образованием в зарубежных странах**

Ряд международных документов, принятых в последние 15 лет, включая документы ЮНЕСКО, Евросоюза, СНГ, актуализируют проблему совершенствования систем управления качеством образования. Программный документ ЮНЕСКО «Реформа и развитие высшего образования» (1995 г.) определяет качество образования главным ориентиром глобальной политики ЮНЕСКО и ООН, выделяя три основных принципа деятельности в области высшего образования: соответ-

ствие требованиям современности, качество и интернационализацию.

Рекомендации Совета Европейского союза (1998 г.) определяют ключевую цель качества образования через предоставление механизмов гарантии качества и сотрудничество между национальными агентствами гарантии качества. Всемирная декларация «Высшее образование XXI века» (1998 г.) подчеркивает международное значение качества образования и выделяет важность не только внутренней, но и внешней оценки [31]. Берлинская декларация министров образования (2003 г.) устанавливает ряд общих требований, которым должны соответствовать национальные системы гарантии качества образования: ответствен-

ность образовательных учреждений, всестороннюю оценку вузовских программ, процедуры аккредитации и сертификации, международное измерение [32]. В рамках построения европейского пространства высшего образования вопросы качества образования нашли свое выражение в Бергенских принципах (2005 г.), определяющих в качестве базы общего образовательного пространства Европы принципы качества, прозрачности и согласованные европейские стандарты качества (стандарты ENQA) [33–35].

В настоящее время в мировой образовательной практике используется три основных вида международных стандартов качества [35]:

1. Стандарты серии ИСО 9001 Международной организации по стандартизации.

2. Европейская модель совершенства Европейского фонда управления качеством (EFQM Excellence model), в частности, применяемая учебным заведением для самооценки и сравнения своей деятельности с лучшими в определенном классе достижениями других вузов или показателями мирового уровня в данной области (технология бенчмаркинга), которая также может быть полезной при сравнении с поставленными ранее целями при повторных оценках степени достижения этих целей. Введение в практику работы вуза европейских стандартов модели совершенства EFQM позволяет ему с определенной периодичностью изучать мнения потребителей, партнеров, персонала, выявлять сильные и слабые стороны своей деятельности, зоны резервного развития, проводить сравнительный анализ достигнутых результатов по критериям оценки качества, что будет способствовать формированию устойчивого механизма постоянного стремления вуза к совершенствованию своей деятельности [36–41].

3. Стандарты и директивы гарантии качества в высшем образовании на территории Европы Европейской Ассоциации Гарантии качества высшего образования (ENQA).

Их практическое внедрение в системы образования ряда государств повлекло формирование разнообразных моделей менеджмента качества.

Термин «качество» имеет несколько десятков определений, что отражает его многогранность и глубину. В широком понимании, качество – это соответствие образования (как системы, как процесса, как результата) многообразным целям, потребностям и требованиям основных потребителей – личности, общества, государства. Система качества вуза – совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для осуществления политики в обла-

сти качества с помощью таких средств, как планирование качества, управление качеством, обеспечение качества и улучшение качества. Система менеджмента качества вузов предполагает скоординированную деятельность по руководству и управлению совокупностью собственных характеристик основных, руководящих и обеспечивающих процессов вуза [35].

В разделе 7 Декларации по медицинскому образованию, посвященном последиplomному медицинскому образованию, говорится о том, что желательнее, чтобы специализация следовала непосредственно за получением первой профессиональной степени и чтобы у врача была возможность выбора между практической медициной, сферой здравоохранения, клиническими и теоретическими исследованиями или преподавательской карьерой. Самостоятельной практике должна предшествовать соответствующая программа клинической подготовки, включающая подготовку по общей медицине или специальности. За достаточность программы клинической подготовки врачей, получающих первую профессиональную степень, несет ответственность медицинское сообщество [1].

Качество повышения квалификации представляет собой особое понятие. Качество образования здесь всегда зависит от пользы, которую от этого имеет получающий образование индивид с точки зрения расширения своей дееспособности для решения своих задач, для реализации своих потребностей и желаний. Следует отметить, что оценка качества повышения квалификации, ориентированная на потребности слушателей, является самой распространенной системой менеджмента качества повышения квалификации в Австрии и Германии. Развитие качества повышения квалификации существовало всегда. Каждый мотивированный сотрудник стремится улучшить свою работу, если он сталкивается с несоответствием требованиям. Он делает это еще и в собственных интересах, чтобы самому себе облегчить работу и сохранять ее долго на должном мотивационном уровне. Внедрение постоянно действующих систем менеджмента качества сегодня также относится к стандарту организации повышения квалификации [42].

По мнению отдельных экспертов, об эффективности НМО можно косвенно судить по таким показателям как удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, результаты лечения, частота врачебных ошибок, экономия от снижения числа осложнений, степень соответствия назначенного лечения современным клиническим рекомендациям [5]. Согласно Положению о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования

для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. №837, врач после прохождения курсов повышения квалификации и переподготовки должен уметь продемонстрировать следующие качества: участие; удовлетворенность; умение рассказать, какие знания он приобрел; умение показать, как приобретенные знания могут найти применение в его практике; показать, что изменилось в его практике; показать, как это повлияло на результаты лечения пациентов; показать, как это повлияло на здоровье населения региона (района) [21].

В модели, описанной Американской медицинской ассоциацией, в основе которой лежит работа D.E. Moore Jr. с соавторами [43], выделяется шесть уровней измерения эффективности обучения, которые могут быть использованы при оценке результата непрерывного медицинского образования. Эти уровни следующие [44]:

1. Посещаемость: сколько специалистов приняли участие в образовательном мероприятии?
2. Удовлетворенность: насколько участники остались удовлетворены?
3. Обучение: расширение компетенций, навыков, изменение отношения к предмету.
4. Влияние знаний на работу: изменение результатов ежедневной работы в связи с полученными знаниями.
5. Здоровье пациентов: изменение показателей здоровья пациентов в связи с новыми компетенциями и навыками.
6. Общественное здоровье: изменение показателей общественного здоровья в связи с проведением образовательных программ.

Как полагает Б.Майе, бывший генеральный секретарь Европейского союза медицинских специалистов, последипломная подготовка медицинских кадров должна оцениваться на основе экзаменов, зачетов в течение курса обучения, количества официальных посещений мероприятий, курсов повышения квалификации и переподготовки со стороны заинтересованных медработников, оценки методом «360 градусов» (опрос делового окружения сотрудников) [6].

В то же время, в законодательстве постсоветских государств имеются различные формулировки относительно оценки качества системы повышения квалификации и переподготовки медицинских работников.

В Казахстане Министерством здравоохранения (АО «Национальный медицинский холдинг») изданы методические рекомендации, посвященные не-

прерывному профессиональному развитию медицинских работников. В соответствии с данными рекомендациями, оценка эффективности проведенных обучающих мероприятий НПР медработников, в том числе их повышения квалификации и переподготовки, должна осуществляться на всех этапах мероприятий по НПР работников: от исследования потребности в обучении до завершения обучения [45].

К основным уровням оценки эффективности приобретенных знаний и навыков в рамках НПР относятся [46]:

обратная связь со стороны участников: мнение участников в отношении материалов, оборудования, методов, содержания, компетентности преподавателя и т.д.;

объем освоенных компетенций и навыков; посттренинговое поведение: изменения в профессиональной активности, совершенствование и повышение эффективности профессиональной деятельности;

конкретные результаты: снижение летальности и осложнений и т.д.

Согласно приказу Министерства образования и науки России от 01.07.2013 г. №499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», в России оценка качества освоения программ повышения квалификации и переподготовки специалистов проводится в отношении [19]:

соответствия результатов освоения соответствующей дополнительной профессиональной программы заявленным целям и планируемым результатам обучения;

соответствия процедуры (процесса) организации и осуществления соответствующей дополнительной профессиональной программы установленным требованиям к структуре, порядку и условиям реализации программ;

способности образовательной организации результативно и эффективно выполнять деятельность по предоставлению образовательных услуг.

Оценка качества освоения программ повышения квалификации и переподготовки специалистов проводится в России в следующих формах:

внутренний мониторинг качества образования; внешняя независимая оценка качества образования.

Образовательная организация в России самостоятельно устанавливает виды и формы внутренней оценки качества реализации дополнительных профессиональных программ и их результатов. Требования к внутренней оценке качества дополнительных профессиональных программ и резуль-

татов их реализации утверждаются в порядке, предусмотренном образовательной организацией. Организации на добровольной основе могут применять процедуры независимой оценки качества образования, профессионально-общественной аккредитации дополнительных профессиональных программ и общественной аккредитации организаций [19].

За организацию разработки проектов нормативных правовых актов по вопросам оценки качества подготовки, переподготовки, повышения квалификации специалистов системы здравоохранения в Российской Федерации ответственен Департамент образования и кадровых ресурсов Министерства здравоохранения. Основой для создания системы показателей эффективности учреждений дополнительного профессионального образования в настоящее время является Положение об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. №583 [47]. Исходя из требований этого Положения, в Минобрнауки России и Минздраве России были разработаны целевые показатели и критерии эффективности для оценки работы образовательных учреждений последипломного образования и их руководителей. При этом имеются существенные различия в показателях и критериях эффективности для образовательных учреждений Минобрнауки России и Минздрава России [46].

В образовательных учреждениях Минобрнауки России используются следующие целевые показатели:

- учебная работа;
- социальная работа;
- научная работа;
- научно-педагогические работники;
- финансовая работа;
- работа по содержанию и развитию имущественного комплекса;
- активность участия в целевых и ведомственных программах.

В образовательных учреждениях Минздрава России оценка производится по трем разделам деятельности: основная деятельность; финансово-экономическая деятельность, исполнительская дисциплина учреждения; деятельность учреждения, направленная на работу с кадрами.

Несмотря на то, что принципы формирования целевых показателей практически одинаковы, операционный охват используемых показателей различен. Концептуально различия заключаются в следующем:

1. В Минздраве России более половины всех целевых показателей (52,3%) касаются финансово-экономической деятельности и исполнительской дисциплины, доля показателей исполнительской дисциплины составляет более трети (38,1%) всех показателей эффективности образовательного учреждения (в учреждениях Минобрнауки – 22% и 0% соответственно).

2. Чаще всего оценка производится на основании выполнения плана, а не по соответствию современного состояния дел определенным стратегическим целям, идеальному состоянию. Насколько соответствуют планы, используемые при оценке, стратегическим целям деятельности образовательного учреждения, неизвестно.

М.Л.Чернышева предлагает следующие индикаторы оценки качества последипломного профессионального медицинского образования, которые можно отнести и к программам повышения квалификации и переподготовки медработников [48]:

1. Структура.

1.1. Условия обучения. Качество учебного процесса в значительной мере определяется состоянием лабораторной и материальной базы кафедр и лечебных учреждений. Поэтому требуется постоянное ее обновление и модернизация, чтобы она соответствовала современному уровню развития науки и техники; разработка и создание автоматизированных систем научных исследований, используемых при обучении интернов, ординаторов, курсантов; отслеживание обеспеченности обучающихся учебной литературой и методическими разработками по соответствующим дисциплинам и своевременного их обновления.

1.2. Профессорско-преподавательский состав. Качество подготовки специалистов в значительной мере определяется качеством преподавания и проведения занятий. На это должны быть направлены силы всех преподавателей. Конкурсная система отбора преподавателей также способствует росту качества обучения обучающихся. Все преподаватели кафедры обязательно должны участвовать в выполнении НИР по грантам, межвузовским научно-техническим программам. Активная связь с организациями, предприятиями и другими вузами, производственные стажировки и ФПК, подготовка аспирантов и докторантов. Участие преподавателей в работе международных и всероссийских конференций и выставок и модернизации лабораторной базы кафедры.

1.3. Образовательные программы. Соответствие образовательных (учебных) программ современным требованиям подготовки специалистов обеспечивает выполнение индикаторов результа-

та и снижает риск подготовки специалиста, не отвечающего современным требованиям.

## 2. Процесс.

2.1. Реализация образовательных программ в процессе обучения. Учебно-методическое управление, деканы и заведующие кафедрами должны следить за объемом часов учебной нагрузки преподавателей по всем видам учебной деятельности, а также за соответствием объема выдаваемых домашних заданий времени на самостоятельную работу обучающихся.

## 3. Результат.

### 3.1. Применяемость знаний.

### 3.2. Выживаемость знаний.

### 3.3. Актуальность и современность знаний.

Применяемость, выживаемость знаний, а также их актуальность (соответствие современным реалиям) составляет важнейший элемент системы, для реализации которого необходимо как постоянное совершенствование профессорско-преподавательского состава, так и хорошо организованная обратная связь с обучающимися.

## Заключение

Для обеспечения качества медицинской помощи врач нуждается в постоянном совершенствовании своей квалификации, для чего ему необходимо проходить курсы повышения квалификации и переподготовки и постоянно заниматься самообразованием. В настоящее время все специалисты сошлись в понимании того, что непрерывное медицинское образование – это процесс, включающий такие элементы, как оценка индивидуальной профессиональной практики врача с приобретением коммуникаций и компетенций, то есть в процессе непрерывного медицинского обучения пересматриваются и решаются два ключевых аспекта: поддержание необходимого уровня профессионального развития и компетентности врача с последующей проверкой приобретенных навыков и знаний на основе различных механизмов оценки профессиональной квалификации.

В развитых странах под термином НМО подразумевается непрерывный процесс приобретения новых знаний и профессиональных навыков в процессе всей профессиональной жизни. Таким образом, это непрерывный процесс повышения квалификации специалистов, который направлен на улучшение результатов лечения пациентов и повышение безопасности медицинской помощи. Сегодня во многих странах используют не только термин НМО, но и термин «непрерывное профессиональное развитие» (НПР).

При этом подразумевается, что НПР несколько шире, чем НМО, и включает, кроме совершенствования профессиональных знаний и умений по своей

специальности, получение дополнительных компетенций, например, по управлению качеством медицинской помощи, разработке клинических рекомендаций, управлению отделением и др. НПР также учитывает изменения потребностей практикующего врача, которые зависят от меняющихся условий.

По данным ежегодных отчетов организации ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education – Совет по непрерывному медицинскому образованию, США), число врачей, принимающих участие в образовательных мероприятиях, увеличивается на сотни тысяч специалистов в год [49]. В европейских странах разрабатываются формальные подходы к последипломному медицинскому образованию с акцентом на качество, независимость и целесообразность проводимых программ [50]. Все это диктуется тем, что процесс обучения врача не может ограничиваться только программой вуза, а также циклами повышения квалификации, он должен быть постоянным.

В рамках Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО) разработаны международные стандарты по улучшению качества в медицинском образовании, в соответствии с которыми НПР врачей (в том числе, прохождение ими программ повышения квалификации и переподготовки) должно соответствовать потребностям отдельного врача, обучение должно включать интегрированные практические и теоретические компоненты с целью улучшения медицинской практики. НПР должно быть разнообразным и гибким в своем содержании, чтобы способствовать врачам в развитии их практики. Согласно стандартам ВФМО, врачам следует выбирать содержание НПР на основе самостоятельных планов обучения, соответствующих различным клиническим ролям.

С целью мотивации врачей к НМО за рубежом используются следующие механизмы: получение НМО является условием лицензирования и карьерного роста, учитывается при заключении контракта и выплате премии, число кредитов, набранное каждым врачом, публикуется в реестре лицензированных врачей. НМО из моральной ответственности стало в большинстве зарубежных стран обязательством через механизмы лицензирования и сертификации медицинских работников, а также систему оплаты труда. Условие получения и продления сертификата специалиста – ежегодный набор установленного числа кредитов.

На фоне активного участия профессиональных обществ в настоящее время происходит усиление государственного регулирования НМО через контроль качества медицинской помощи (безопасности и эффективности лечения пациентов).

В научной литературе нет единого мнения по вопросу о том, какие критерии необходимо учитывать при оценке качества работы системы повышения квалификации и переподготовки работников с высшим медицинским образованием. По мнению одной группы экспертов, об эффективности системы НМО в конкретной стране можно косвенно судить по таким показателям, как удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, результаты лечения, частота врачебных ошибок, экономия от снижения числа осложнений, степень соответствия назначенного лечения современным клиническим рекомендациям. По мнению представителей другой группы экспертов, врач после прохождения курсов повышения квалификации и переподготовки должен уметь продемонстрировать такие качества, как удовлетворенность; умение рассказать, какие знания он приобрел; умение показать, как приобретенные знания могут найти применение в его практике; показать, что изменилось в его практике, как это повлияло на результаты лечения пациентов и т.д. Третья категория экспертов предлагает оценивать эффективность систем повышения квалификации и переподготовки работников с высшим медицинским образованием по таким критериям, как структура (условия обучения, профессорско-преподавательский состав, образовательные программы), процесс (реализация образовательных программ в процессе обучения), результат (применяемость, выживаемость, актуальность и современность полученных знаний).

В модели, описанной Американской медицинской ассоциацией, выделяется шесть уровней измерения эффективности обучения, которые могут быть использованы при оценке результата непрерывного медицинского образования:

1. Посещаемость: сколько специалистов приняли участие в образовательном мероприятии.
2. Удовлетворенность: насколько участники остались удовлетворены.
3. Обучение: расширение компетенций, навыков, изменение отношения к предмету.
4. Влияние знаний на работу: изменение результатов ежедневной работы в связи с полученными знаниями.
5. Здоровье пациентов: изменение показателей здоровья пациентов в связи с новыми компетенциями и навыками.
6. Общественное здоровье: изменение показателей общественного здоровья в связи с проведением образовательных программ.

Исследователи выделяют большую роль компетентностного подхода в системе оценки качества медицинского образования, в структуру ко-

торого входит и последипломное образование. Компетентностный подход акцентирует внимание на результате образования, причем в качестве последнего рассматривается не сумма усвоенной информации, а способность (готовность) специалиста действовать в профессиональной ситуации.

На постсоветском пространстве требуются глубокие изменения и модернизация системы повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, так как в отличие от развитых стран, где медицинские работники обязаны ежегодно подтверждать свои знания и ежедневно использовать современные руководства на рабочих местах, врачи в бывших советских республиках проходят курсы повышения квалификации раз в 5 лет и, зачастую, лишены возможности пользоваться современными источниками информации на рабочих местах. Ситуация усугубляется тем, что содержание образовательных программ не всегда отвечает запросам практического здравоохранения. Слабое развитие дистанционных технологий преподавания приводит к тому, что врачам приходится на длительный срок (2 мес.) отрываться от практической работы, что снижает доступность медицинской помощи населению там, где их трудно заменить.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Декларация по медицинскому образованию (принята 39-й Всемирной медицинской ассамблеей в 1987 г., Мадрид, Испания) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.med-pravo.ru/International/Educ\\_Decl.htm](http://www.med-pravo.ru/International/Educ_Decl.htm). – Дата доступа: 11.05.2015.
2. Концепция непрерывного образования в Российской Федерации // Ивановская государственная медицинская академия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.isma.ivanovo.ru/attachments/796>. – Дата доступа: 11.05.2015.
3. Мошетова, Л.К. Непрерывное профессиональное образование врачей в Российской медицинской академии последипломного образования / Л.К.Мошетова // Федеральный справочник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghan\\_ie/Tom%2015/VIII/Moshetova.pdf](http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghan_ie/Tom%2015/VIII/Moshetova.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
4. Международные стандарты ВФМО по улучшению качества в медицинском образовании. Европейская спецификация // Всемирная федерация медицинского образования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://wfme.org/standards/european-specifications/22-european-specifications-russian/file>. – Дата доступа: 11.05.2015.
5. Развитие системы непрерывного медицинского образования в Российской Федерации. Проект концепции // Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://>

- www.cito03.ru/zakonodat/prikaz/med\_obrazov.pdf. – Дата доступа: 11.05.2015.
6. Майе, Б. Будущее постдипломного образования и НМО/НПР европейских врачей-специалистов: проблемы, стоящие перед Европейским союзом медицинских специалистов (UEMS) / Б.Майе // MyShared [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.myshared.ru/slide/275146>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  7. Peck, C. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons / C.Peck, M.McCall, B.McLaren, T.Rotem // British Medical Journal. – 2000 February 12. – Vol.320, Issue 7232. – P.432–435.
  8. Авакян, М.Н. Об опыте организации непрерывного медицинского образования в Республике Армения / М.Н.Авакян // Med-Practic [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-practic.com/rus/609/31304/Об%20опыте%20организации%20%20Непрерывно%20медицинского%20образования/article.more.html>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  9. Merkur; Sh. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей? Краткий аналитический обзор / Sh.Merkur, Ph.Mladovsky, E.Mossialos, M.McKee // Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/76422/E93412R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/76422/E93412R.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
  10. Guideline of the Austrian Medical Chamber on CME. – Vienna, Austrian Medical Chamber, 2004.
  11. Continuing Medical Education (CME) in Europe. A survey of the situation in the 27 EU Member States. – Last updated: December 2008 [Electronic resource]. – Mode of access: [http://blsvarna.org/uploaded/CME\\_in\\_Europe.pdf](http://blsvarna.org/uploaded/CME_in_Europe.pdf). – Date of access: 11.05.2015.
  12. D'Autume, C. Mission relative a l'organisation juridique, administrative et financiere de la formation continue des professions medicales et paramedicales / C.D'Autume, D.Postel-Vinay. – Paris, Inspection Generale des Affaires Sociales, 2006.
  13. Donaldson, L. Good doctors, safer patients: proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients / L.Donaldson. – London, Department of Health, 2006.
  14. General Medical Council. Revalidation // GMC Today. – 2007, May. – P.8–9.
  15. Романцов, М.Г. Дидактика и компетентность в профессиональной деятельности преподавателя медицинского вуза и колледжа. Руководство для преподавателей / М.Г.Романцов // Международная ассоциация ученых, преподавателей и специалистов (Российская академия естествознания) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rae.ru/monographs/73-2717>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  16. Попов, С.В. Последипломная подготовка врачей: перспективы развития / С.В.Попов // Новости медицины и фармации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/5883>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  17. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 29 дек. 2012 г. №273-ФЗ: с изм. и доп.: текст по состоянию на 25 апр. 2015 г. // Сайт Министерства образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [минобрнауки.рф/документы/2974](http://минобрнауки.рф/документы/2974). – Дата доступа: 11.05.2015.
  18. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноябр. 2011 г. №323-ФЗ: с изм. и доп.: текст по состоянию на 25 апр. 2015 г. // Российская газета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  19. Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам: приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. №499: с изм. и доп.: текст по состоянию на 25 апр. 2015 г. // Российская газета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2013/08/28/minobrdok.html>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  20. Об утверждении типового положения о факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов: приказ Министра здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 1997 г. №148: с изм. и доп.: текст по состоянию на 25 апр. 2015 г. // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992–2015.
  21. Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. №837.
  22. Методические рекомендации по реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций // Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://spb-gmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Otdel\\_dop\\_prof\\_obrazovaniya/tsikly/mr\\_12\\_12\\_13.pdf](http://spb-gmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Otdel_dop_prof_obrazovaniya/tsikly/mr_12_12_13.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
  23. Вязьмин, А.М. Подготовка руководителей здравоохранения и специалистов для сектора общественного здравоохранения в рамках системы непрерывного медицинского образования в Российской

- Федерации / А.М.Вязьмин, М.В.Щавелева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №2. – С.67–73.
24. Балкизов, З.З. Непрерывное медицинское образование – важнейшая составляющая повышения эффективности здравоохранения / З.З.Балкизов // Диагностическая медицинская ассоциация [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [diama.ru/sites/default/files/0\\_materials/Balkizov.pptx](http://diama.ru/sites/default/files/0_materials/Balkizov.pptx). – Дата доступа: 11.05.2015.
  25. Непрерывное образование // Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Костромской области» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://doctor44.org/deyatelnost-roo-avko/obrazovanie-i-nauka/nepreryvnoe-meditsinskoe-obrazovanie.html>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  26. Необходимость непрерывного образования медработников теперь закреплена в Стратегии развития здравоохранения РФ // АМИ. – 25 декабря 2014 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ria-ami.ru/read/7010>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  27. М'ясніков, В.Г. Безперервний професійний розвиток – наступний крок реформування медичної освіти в Україні / В.Г.М'ясніков // Науково-методична конференція з міжнародною участю «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів»: Зб. праць. – К., 2007. – С.34–36.
  28. Перцева, Т.А. Проблема бесперывного медицинского образования в Украине / Т.А.Перцева, В.И.Снисар // Науково-методична конференція з міжнародною участю «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів»: Зб. праць. – К., 2007. – С.30–31.
  29. Как происходит повышение медицинской квалификации // BigMir [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://finance.bigmir.net/career/education/48536-Kak-proishodit-povyshenie-medicinskoj-kvalifikacii>. – Режим доступа: <http://ria-ami.ru/read/7010>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  30. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах: наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. №484.
  31. Всемирная декларация «Высшее образование XXI века» 1998 г. // Научно-практический журнал «Открытое образование» [Электронный ресурс]. – 1998. – Режим доступа: [http://www.e-joe.ru/sod/99/4\\_99/st180.html](http://www.e-joe.ru/sod/99/4_99/st180.html). – Дата доступа: 11.05.2015.
  32. Формирование общеевропейского пространства высшего образования. Коммюнике конференции министров высшего образования. Берлин, 19 сентября 2003 года // Сайт «Российское образование для иностранных граждан» [Электронный ресурс]. – 2003. – Режим доступа: <http://www.russia.edu.ru/information/legal/law/inter/berlin/>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  33. Европейское пространство для высшего образования: добиваясь поставленных целей. Коммюнике европейской конференции министров, ответственных за высшее образование. Берген, 19–20 мая 2005 года // Сайт Московского государственного медико-стоматологического университета им. Евдокимова [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: [http://www.msmsu.ru/userdata/manual/images/fac/ped\\_obr/Bergenskoe\\_kommjunike.pdf](http://www.msmsu.ru/userdata/manual/images/fac/ped_obr/Bergenskoe_kommjunike.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
  34. Стандарты и рекомендации для гарантии качества в Европейском пространстве высшего образования (ESG) // Сайт «Европейской ассоциации по обеспечению гарантии качества в высшем образовании» (ENQA) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.enqa.eu/indirme/esg/ESG%20in%20Russian\\_by%20NCPA.pdf](http://www.enqa.eu/indirme/esg/ESG%20in%20Russian_by%20NCPA.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
  35. Жук, А.И. Развитие вузовских систем менеджмента качества в Республике Беларусь / А.И.Жук // Сайт республиканского совета ректоров учреждений высшего образования [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://www.srb.niks.by/info/guk.htm>. – Дата доступа: 11.08.2015.
  36. О развитии в высших учебных заведениях Республики Беларусь систем управления качеством образования и приведения их в соответствие с требованиями государственных стандартов Республики Беларусь и международных стандартов: приказ Министерства образования Республики Беларусь от 24 дек. 2008 г. №1000: с изм. и доп.: текст по состоянию на 25 окт. 2015 г. // Сайт Министерства образования Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://edu.gov.by/sm.aspx?guid=32753>. – Дата доступа: 11.08.2015.
  37. Маслов, Д.В. Полезная модель EFQM: профилактика системы управления / Д.В.Маслов // D&D Excellence [Электронный ресурс]. – 2006. – Режим доступа: [www.ddexcellence.com/Downloads/0607MaslowShestakovMedhurst.pdf](http://www.ddexcellence.com/Downloads/0607MaslowShestakovMedhurst.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
  38. Сафонов, А. Модель совершенства EFQM в сфере образования / А.Сафонов // Модель EFQM в России [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: [http://www.efqm-rus.ru/docs/vmk\\_09\\_2009.pdf](http://www.efqm-rus.ru/docs/vmk_09_2009.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
  39. Маслов, Д.В. Применение моделей совершенствования для повышения качества управления в российском университете / Д.В.Маслов // Научный центр бенчмаркинга и совершенствования [Электронный ресурс]. – 2006. – Режим доступа: <http://benchmarking.economic.ispu.ru/files/EFQM.pdf>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  40. Маслов, Д.В. Европейская модель повышения качества управления в российском университете / Д.В.Маслов // Качество. Инновации. Образование [Электронный ресурс]. – 2006. – Режим доступа: <http://www.quality-journal.ru/data/article/281/files/z4.pdf>. – Дата доступа: 11.05.2015.
  41. Наумова, О.Н. Модель совершенства EFQM в системе менеджмента качества вуза / О.Н.Наумова // Сайт журнала «Экономические науки» [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://>

- ecsn.ru/files/pdf/200909/200909\_389.pdf. – Дата доступа: 01.11.2015.
42. Цех, Р. Оценка качества повышения квалификации, ориентированная на потребности учащихся / Р.Цех // ArtSet [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://artset-lqw.de/cms/fileadmin/user\\_upload/Service\\_Allgemeines/LQW\\_Leitfaden\\_in\\_Russisch.pdf](http://artset-lqw.de/cms/fileadmin/user_upload/Service_Allgemeines/LQW_Leitfaden_in_Russisch.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
43. Moore Jr., D.E. Achieving desired results and improved outcomes: integrating planning and assessment throughout learning activities / D.E.Moore Jr., J.S.Green, H.A.Gallis // J. Contin. Educ. Health Prof. – 2009. – Vol.29, No.1. – P.1–15.
44. Измерение эффективности программ медицинского образования // Pharma Medical Affairs and Beyond [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medicalaffairsblog.wordpress.com/2013/06/27/%D0%B8%D0%B7%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D1%8D%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%BC-%D0%BC%D0%B5/>. – Дата доступа: 11.05.2015.
45. Непрерывное профессиональное развитие медицинских работников: Методические рекомендации / АО «Национальный медицинский холдинг». – Астана, 2010.
46. Хурцилава, О.Г. Оценка эффективности системы последипломного медицинского образования региона / О.Г.Хурцилава, Н.Т.Гончар, А.М.Лиля // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Научно-практический журнал. – 2011. – Т.3, №3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://spbmapo.ru/files/vestnikmapo/Vestnik\\_Mapo\\_3-2011.pdf](http://spbmapo.ru/files/vestnikmapo/Vestnik_Mapo_3-2011.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
47. Положение об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений: утв. пост. Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. №583 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2008. – №33, ст.3852; №40, ст.4544.
48. Чернышева, М.Л. Система менеджмента качества в непрерывном профессиональном медицинском последипломном образовании в медицинском институте ФГБОУ ВПО «Тамбовский государственный университет» / М.Л.Чернышева // MOVN.ru [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.movn.ru/Tambov-State-University>. – Дата доступа: 11.05.2015.
49. ACCME® 2010 Annual Report Data Addendum: Analysis of Commercial Support Distribution and Long-Term CME Trends. – Режим доступа: [http://www.accme.org/sites/default/files/null/606\\_2010\\_Annual\\_Report\\_Addendum\\_20120702.pdf](http://www.accme.org/sites/default/files/null/606_2010_Annual_Report_Addendum_20120702.pdf). – Дата доступа: 11.05.2015.
50. Farrow, Sh. Setting CME standards in Europe: guiding principles for medical education / Sh.Farrow, D.Gillgrass, A.Pearlstone, J.Torr, E.Pozniak // Current Medical Research & Opinion. – 2012. – Vol.28, No.11. – P.1861–1871.

**CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF PHYSICIANS: FOREIGN EXPERIENCE OF PROCESS ORGANIZATION AND QUALITY ASSESSMENT**

**M.M.Sachek, I.V.Malakhova, N.Ye.Kheifets, Ye.N.Kheifets, D.F.Kunitski**

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk, Republic of Belarus

The international experience on the establishment and functioning of the system of retraining of physicians with higher medical education and quality assessment of this system has been studied. The reasons, causing the necessity for continuing medical education (CME), or continuing professional development (CPD) of physicians, at the present stage of healthcare's development, have been reflected. The study found, that the reform of the medical education system has been actively carried out in recent years with special attention to the post-graduate education, in light of idea, proposed by the World federation of medical education, on necessity of medical and pharmaceutical workers' CPD system creation. This system is very important for the improvement of medical care quality. CME is compulsory in many countries, seeing its necessity for the accreditation of medical specialist and receiving the appropriate qualification category. Different approaches to quality assessment of the system of retraining of physicians with higher medical education have been described.

Keywords: physicians; continuing medical education (CME); continuing professional development (CPD); system of physicians' retraining; CME/CPD process organization; quality assessment; foreign experience.

Поступила 12.08.2015 г.