

УДК 614.252.2:615.1:378.2:378.661:002.6:681.31:658.2(477)

## ТЕНДЕНЦІЇ ІНТЕГРАЦІЇ СИСТЕМ ПІДГОТОВКИ ТА АТЕСТАЦІЇ МЕДИЧНИХ КАДРІВ У СВІТІ ТА УКРАЇНІ

Ю. В. Вороненко, Ю. П. Вдовиченко, О. К. Толстанов, О. П. Мінцер,  
В. В. Краснов

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

## TRENDS OF INTEGRATION OF MEDICAL SPECIALISTS TRAINING AND CERTIFICATION IN THE WORLD AND IN UKRAINE

Yu. V. Voronenko, Yu. P. Vdovychenko, O. K. Tolstanov, O. P. Mintser, V. V. Krasnov

*Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education*

Розглянуто різні системи підготовки та атестації медичних кадрів у світі. Підкреслено важливість повторної (періодичної) сертифікації лікарів. Показано різні принципи організації систем безперервного професійного розвитку (БПР) у країнах і участь в ній державних і комерційних установ. Зазначено важливість забезпечення гармонізації БПР лікарів та провізорів у світі й перешкоду цьому процесу – їх різноманітність у різних країнах. Описано механізми контролю якості навчання (сертифікація курсів; акредитація постачальників послуг та організаторів БПР тощо). Представлено пропозиції для вдосконалення моделей післядипломної медичної освіти та БПР в Україні.

There have been analysed different systems of training and certification of medical personal in the world. The importance of recertification (periodic certification) of doctors has been emphasized. Different principles of organization of continuing professional development (CPD) in the countries and the participation of public and private institutions in the system have been presented. There has been shown the importance of ensuring harmonization of CPD of doctors and pharmacists in the world and an obstacle to this process is the diversity of training systems in different countries. The mechanisms of quality training monitoring such as course certification, service providers accreditation and CPD organizers are described. The proposals for improving models of postgraduate medical education and CPD in Ukraine have been presented.

**Вступ.** Згідно з аналітичними висновками експертів ВООЗ, сьогодні в Європі не існує загальноприйнятого підходу до безперервної освіти, проте є загальний консенсус у тому, що пацієнти можуть отримувати послуги найвищої якості тоді, коли фахівці, які надають їм допомогу, підтримують свою компетентність шляхом участі в програмах безперервного підвищення та оцінки своєї кваліфікації [1].

Для того, щоб стимулювати участь усіх лікарів у безперервній освіті та підвищити рівень їх відповідальності, Європа розглядає питання про введення принципу обов'язковості участі в системах або програмах безперервного професійного розвитку (БПР). При цьому наголошується на тому, що велике значення має забезпечення (і підвищення) якості та вимог до академічного рівня постачальників освітніх послуг або програм навчання, на основі яких лікарі складають та здійснюють власні плани освітньої діяльності, що відповідають особливостям їх практики і враховують їхні потреби.

Найважливішою передумовою забезпечення обов'язковості БПР вважається створення системи акре-

дитації, націленої на постачальників послуг і програми, а також упровадження концепції “колективної відповідальності” всіх компонентів системи медичної допомоги в справі заохочення і підтримки таких умов, в яких може реалізовуватися неперервна освіта.

Системи підготовки медичних кадрів Європи та Америки сьогодні здійснюють спроби гармонізуватися на таких засадах:

- освітні кредити накопичуються безперервно з щорічним контролем;
- безперервна медична освіта (БМО) є зобов'язанням через механізми ліцензування та сертифікації медичних працівників, а також систему оплати праці. Умова отримання та продовження дії сертифіката спеціаліста – це щорічний набір встановленого числа кредитів;
- на тлі активної участі професійних товариств посилення державного регулювання БМО відбувається через контроль якості медичної допомоги (безпеки та ефективності лікування пацієнтів);
- забезпечується публічність інформації про якість роботи лікарів, наприклад, відкрито реєстри лікарів із зазначенням освітньої активності, рейтинги лікарів і ЛПУ тощо.

© Ю. В. Вороненко, Ю. П. Вдовиченко, О. К. Толстанов та ін.

У багатьох країнах система БМО є обов'язковою, з періодичним проходженням процедури ревалідації, яка підтверджує право лікаря продовжувати свою медичну діяльність.

На даний час Україна, в рамках історично сформованої системи післядипломної медичної освіти, практично повністю відповідає, а іноді й випереджає системи підготовки і безперервного розвитку медичних кадрів багатьох розвинених країн світу. Існуюча в Україні система атестації лікарів також має обов'язковий характер з періодичним проходженням навчання.

Стратегічний розвиток цієї системи дає можливість Україні активно рухатись в напрямку інтеграції з Європейською системою підготовки кадрів, у т.ч. на основі гармонізації системи залікових кредитів і допусків до різних видів медичної діяльності; активного використання дистанційних технологій та телемедицини; забезпечення вибору лікарями різних форм підготовки в рамках затверджених освітніх програм.

**Основна частина. Історичні тенденції вдосконалення системи підготовки та атестації медичних кадрів у світі [2].**

Вдосконалення сучасної медицини на даний час здійснюється надзвичайно швидкими темпами, відповідно, і навички та знання лікарів швидко застарівають.

Аналіз взаємозв'язків між професійним стажем і якістю медичної допомоги, проведений в Європі в середині XIX століття, показав, що в 52 % випадків лікарі з великим стажем роботи надають менш якісну медичну допомогу. Експертний огляд 62 досліджень показав, що ризик надання допомоги низької якості пацієнтам зростає в міру збільшення практичної діяльності лікаря [3]. Це свідчить про те, що медичні працівники більш старшого віку і практикуючі лікарі впродовж багатьох років не володіють великим обсягом сучасних знань і їх знання застарівають.

Виходячи з отриманих даних, у ряді країн суспільство почало висувати більш високі вимоги до того, щоб практикуючі лікарі могли підтвердити свою відповідність прийнятим професійним стандартам. З цією метою в багатьох країнах світу лікарів зобов'язали брати участь у програмах безперервного навчання, що ґрунтуються на двох ключових аспектах, таких, як дотримання необхідного рівня професійної підготовленості шляхом безперервного медичного навчання і професійного розвитку та подальша перевірка набутих навичок і знань із застосуванням різних механізмів оцінки та зворотного зв'язку (ресертифікація або ревалідація).

У 2000 році 24 комісії, що входять у некомерційну громадську професійну організацію Американської

ради медичних спеціальностей (ABMS), ухвалили рішення щодо проведення регулярної повторної сертифікації лікарів (так званої ресертифікації лікарів), затвердивши Програму ресертифікації лікарів (ABMS Maintenance of Certification®) [4]. Таке рішення було обґрунтоване необхідністю подолати розрив між вимогами з боку суспільства щодо підвищення якості медичної допомоги та низьким рівнем професійних компетенцій лікарів.

Остаточо Програма ресертифікації лікарів була впроваджена в 2006 році. На даний час близько 85 % всіх лікарів США мають сертифікат одного з двадцяти відділень Американської ради медичних спеціальностей, що охоплює 145 медичних спеціальностей [5].

Ресертифікація лікарів у США проводиться один раз на 8 років, у Великій Британії – один раз на 5 років. Для успішного проходження ресертифікації лікар зобов'язаний надати офіційно свідоцтво про те, що він щорічно прослуховував 50 лекційних годин в рамках підвищення кваліфікації (CME continuing medical education) за вказаною тематикою сертифікаційного циклу, причому 25 з цих годин має бути прослухано за фахом. Таким чином, дипломований американський лікар представляє комісії офіційне письмове підтвердження про наявність у нього в цілому 400 годин у рамках підвищення кваліфікації наприкінці восьмирічного циклу сертифікації.

Окрім того, щорічно лікар зобов'язаний проходити самооцінку і надавати задовільні відповіді на 50 питань опитувальника, затвердженого Радою сертифікації за фахом. Інформація про результати щорічної екзаменаційної самооцінки протягом 8 років доводиться до Американської ради лікарів різних спеціальностей.

В останній рік восьмирічного циклу лікар повинен подати заяву на переатестацію та успішно відповісти на 100 питань тесту, використовуючи письмову або комп'ютерну форму варіантів відповідей, розроблених самою Американською радою лікарів різних спеціальностей (ABPS).

Про важливість *повторної (періодичної) сертифікації лікарів* як запоруки забезпечення якості БПР лікарів зазначила і Всесвітня федерація медичної освіти у 2003 році [6].

У багатьох західноєвропейських країнах питання безперервного навчання регулюються професійними медичними організаціями. Наприклад, у Франції в процес залучені три професійних органи, так звані Національні ради з безперервного медичного навчання (Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue). У Німеччині лікарі отримують ліцензію на практику від регіональних міністерств, і їх робота регламентується через регіональні палати (професійні асоці-

ації). В Австрії відповідальність за дотримання вимог програми БПР для ліцензованих лікарів (Diplom-Fortbildungs-Programm) несе Австрійська медична палата, а за практичне здійснення програми відповідають підрозділи підготовки кадрів Австрійської академії лікарів. У Бельгії лікарі загальної практики та фахівці зобов'язані подати свідоцтво про щорічне виконання вимог БПР за програмами, визнаними ліцензійним комітетом лікарів загальної практики. У Франції в 2004 році були впроваджені як обов'язкові система безперервного медичного навчання та медичні аудити (оцінка професійної практики) з оцінкою участі кожні п'ять років.

Таким чином, системи БПР багатьох країн світу еволюційно досягли таких етапів свого розвитку, коли почали вимагати від професіоналів *не тільки постійного контрольованого вдосконалення, а й постійного підтвердження свого професіоналізму.*

#### **Гармонізація систем БПР у світі [1].**

У країнах ЄС звертають увагу на проблеми, пов'язані зі стрімким збільшенням обсягу медичної інформації та частоти несприятливих подій, що відображаються на якості допомоги та безпеці пацієнтів. Також відмічають дисонанс між очікуваннями пацієнтів і можливостями лікарів, які їх лікують, що створює проблеми у відносинах між населенням і професійним співтовариством. Це дає підставу вимагати від лікарів підвищувати відповідальність за покращення своєї компетентності через програми постійного навчання.

Наприклад, Всесвітня федерація медичної освіти (WFME) наголошує, що участь у БПР є професійним обов'язком лікаря, а також і умовою для підвищення якості медичної допомоги [6]. У розроблених WFME стандартах зазначається, що для забезпечення найбільш високоякісної медичної допомоги система БПР повинна бути спрямована на збільшення значущості та досвіду (як клінічного, так і теоретичного) лікаря, вироблення організаційних навичок (створення та керівництво роботою групи фахівців), розвиток навичок спілкування, викладання, проведення досліджень та адміністративної роботи, освоєння положень медичної етики. Крім того, система професійного навчання повинна готувати лікарів до вирішення таких клінічних завдань, які на момент проведення навчання ще не відомі, тому вона повинна не тільки заповнювати виявлені прогалини в клінічній освіті лікарів, а й забезпечувати їх широким набором знань і досвіду.

Перешкодою для спільних зусиль, спрямованих на досягнення гармонізації БПР у всіх державах-членах ЄС, є різноманітність систем БПР. На даний час

немає ніякого послідовного підходу або згоди відносно того, як має бути організована безперервна освіта в процесі лікарської практики, як вона повинна будуватися, здійснюватися, документуватися і регулюватися.

Така ж відсутність одноманітності спостерігається і в керівництві системами БПР: його організовано або на місцевому, або на державному рівні, хоча керівництво на державному рівні зустрічається частіше. Загальним принципом залишається те, що основну відповідальність за БПР несе медичне співтовариство. Складність системи БПР в ЄС ускладнюється відмінностями в ролі державних органів та медичних асоціацій в окремих державах-членах, а також мовними труднощами.

У деяких країнах БПР проводять у спеціалізованих інститутах; деякі з них приватні та працюють на комерційній основі, що свідчить про зростання ринку медичної освіти. Інші установи – державні, часто, крім курсів БПР, проводять систематичне спеціалізоване (післядипломне) навчання. Інакшим варіантом забезпечення та розвитку БПР слугують національні медичні ради чи академії. У деяких країнах (наприклад, у Франції) забезпечення БПР великої кількості лікарів проводять на підставі законодавства, що регулює ринок праці.

Різноманітність систем БПР в Європі створює труднощі і для медичних працівників, і для керівництва, особливо в тому плані, що стосується переїздів лікарів з однієї країни в іншу і вимог стосовно практики. Ця різноманітність, особливо в ЄС, усе більше стає перешкодою для тих, хто витрачає сили і кошти на досягнення гармонізації БПР між усіма державами-членами.

Для створення еквівалентних національних систем БПР експерти пропонують розглянути декілька питань, пов'язаних з інфраструктурою освіти, без вирішення яких, як вважається, неможливо успішно реалізувати бажані стратегічні підходи. Найголовніше – це *досягнення взаємної згоди* і визнання всіма лікарями, зацікавленими сторонами та медичними товариствами в будь-якій європейській державі того факту, що участь у формальному безперервному підвищенні кваліфікації і, в більш широкому сенсі, заняття безперервною освітою є необхідним професійним і етичним обов'язком.

Для того, щоб лікарі могли з повною впевненістю підвищувати свою кваліфікацію в різних країнах, між країнами необхідно встановити *тотожність стандартів акредитації*. Має бути однаковість принципів і підсумків акредитації постачальників послуг та організаторів БМО/БПР. При такій однаковості принципів лікарі, котрі бажають пройти навчання, яке не надається в їх власній країні, зможуть пройти його в

іншій країні, й воно за своїм змістом, підсумками та якістю буде розглядатися як еквівалентне подібним програмам, які організовані в їх країні.

Відмінності між моделями БМО частково зумовлені широким розмаїттям у таких аспектах, як структура систем медичної допомоги, моделі медичної освіти, системи акредитації, соціально-економічні концепції та географічні умови. Але, незважаючи на ці відмінності, є і ряд загальних ознак:

– у багатьох моделях використовуються системи залікових балів (наприклад, до залікових балів прирівнюються години освітньої діяльності);

– освітня діяльність поділяється на такі категорії: “живі” види діяльності, або заняття з відривом від роботи (наприклад, курси, семінари); навчальна діяльність без відриву від роботи (наприклад, діяльність, основана на власній практиці, клінічні розбори); вивчення матеріалів багаторазового використання (наприклад, друкованих матеріалів, компакт-дисків);

– у тих системах, де передбачається обов'язкова переатестація, вимогою є демонстрація постійної підтримки навчання.

Проте велике значення неформальних методів проведення БПР у жодному разі не зменшує ролі систематичних формальних методів навчання: курсів підвищення кваліфікації, конференцій та ін. Більш того, медичні професійні організації та органи, які видають ліцензії, пропонують (і нерідко закріплюють у законодавстві) механізми контролю якості навчання, визначають *кількість сертифікованих курсів* БПР, необхідний обсяг навчання для лікарів, оцінки лікарів після завершення курсу БПР. Вважається, що найкращим чином потреби лікарів, враховуючи відмінність їх професійних обов'язків, цілей і завдань навчання, може задовольняти багатогранна система БПР, яка передбачає різні методи навчання.

Таким чином, обов'язкова участь у безперервній освіті вважається однією з цінностей, визнаних лікарями і суспільством, але це ще не означає, що системи, які складаються в Європі, неодмінно будуть виглядати однаково для всіх лікарів. В ідеалі системи БПР повинні:

– сприяти виробленню навичок і компетентностей, що дозволяють навчатися протягом усього життя;

– відповідати профілю практики лікаря, який навчається;

– задовольняти потреби (усвідомлені й неусвідомлені) професійної діяльності кожного, хто займається безперервною освітою (наприклад, сприяти ліквідації прогалин у знаннях, навичках або виконанні професійних функцій);

– передбачати безперервне оцінювання того, як окремо взятий лікар або бригада медико-санітарної допомоги займається своєю професійною діяльністю (наприклад, аудит зі зворотним зв'язком).

Тому участь в обов'язкових системах БПР пропагується як відповідь на очікування суспільства, професійна необхідність і нормативна вимога.

Група керівників систем акредитації БПР у декількох державах-членах ЄС, Сполучених Штатах Америки і Канаді (Римська група) розпочала підготовку узгодженої заяви, в якій висвітлюється консенсус відносно головних (фундаментальних) цінностей і обов'язків, що лежать в основі суттєвої еквівалентності систем БПР. У цій заяві вказується, що системи акредитації БМО/БПР повинні: 1) сприяти підвищенню якості виконання лікарями своїх професійних функцій і, тим самим, зміцненню здоров'я людей; 2) ґрунтуватися на інформації, що стосується потреб лікарів в освіті, й, у кінцевому рахунку, бути націленими на те, щоб допомогти лікарям зміцнювати здоров'я населення.

Римська група при розробці концепції сприяння глобалізації, взаємності й еквівалентності систем акредитації та залікових балів в області БМО і БПР розробила угоду щодо необхідності приведення існуючих у країнах систем акредитації БМО та БПР, постачальників послуг і організаторів цієї діяльності, а також систем нарахування залікових балів до розумної однаковості з точки зору принципів і результатів акредитації. Ця концепція ґрунтується на таких структурних складових:

1) лікарі, які беруть участь в освітніх проектах (БПР);

2) постачальники послуг і організатори освітньої діяльності (або заходів);

3) організації з акредитації, які засвідчують, що постачальники послуг і організатори освітньої діяльності відповідають певним стандартам акредитації, тому за участь у цій діяльності можуть бути нараховані залікові бали.

Представники організацій, що входять до системи акредитації БМО/БПР та нарахування залікових балів Болгарії, Німеччини, Іспанії, Італії, Канади, Сполученого Королівства, Сполучених Штатів Америки, Франції та ЄС, прийшли до єдиної думки про те, що впровадження систем БМО/БПР, створених на основі цієї концепції, призведе до взаємного визнання і вкорінення принципу взаємності при збереженні культурної та історичної неповторності кожної системи.

У цілому вважаємо, що інтелектуальний, професійний, історичний потенціал та існуючі тенденції дадуть змогу ефективно інтегрувати систему підготовки

медичних (фармацевтичних) кадрів України в Європейське співтовариство відповідно до політичної волі та економічного руху нашої держави.

**Висновки.** Система медичної освіти у всьому світі призначена для вирішення одного завдання – підвищення якості медичної допомоги. Незважаючи на відмінності, структура, процедури і результати післядипломної медичної освіти в багатьох країнах усе більше уніфікуються.

Україна, в рамках існуючої системи післядипломної медичної освіти, майже повністю відповідає системам підготовки і безперервного розвитку медичних кадрів багатьох розвинених країн світу.

Наприклад, система атестації лікарів має обов'язковий характер і п'ятирічну періодичність із проходженням передатестаційних циклів [7]. Також Україні, першій із країн пострадянського простору, вдалося на законодавчому рівні запровадити систему оцінювання та стимулювання лікарів до безперервного професійного розвитку в міжатестаційний період на базі кредитних балів (на кшталт кредитної системи західних країн) з обов'язковим урахуванням циклів тематичного вдосконалення та передатестаційних циклів [8].

Зрозуміло, що існуюча система БПР лікарів та провізорів в Україні потребує вдосконалення, але в цілому вона має всі засади до початку її інтеграції в Європейський медичний освітній простір.

Уже зараз Національна академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, в рамках вимог Закону

України “Про вищу освіту”, розробила пропозиції до моделей ПМ(Ф)О та БПР. Вони включають:

– скасування системи державного розподілу випускників ВМ(Ф)НЗ, що дасть змогу утворити відповідне конкурентне середовище та ліквідувати корупційну складову;

– скорочення кількості лікарських спеціальностей в інтернатурі (до 21) за рахунок переведення вузьких та високотехнологічних спеціальностей у резидентуру, що дасть змогу усунути кадровий дефіцит первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги (забезпечити 80–85 % існуючих лікарських посад);

– введення резидентури як нової форми спеціалізації лікарів-спеціалістів, що дасть змогу забезпечити якісну підготовку фахівців, та надання всіх видів медичної допомоги на вторинному і третинному рівнях;

– скорочення загальної кількості лікарських спеціальностей (123 на даний момент) за рахунок занадто “вузьких”, що дасть можливість поступово гармонізувати кількість спеціальностей з вимогами європейських стандартів (зокрема, директиви Євросоюзу 2005/36/ес);

– зміну функцій клінічної ординатури як найвищого рівня в післядипломній освіті, що дасть можливість забезпечити відповідну компетентність лікаря-спеціаліста, пріоритетне право на зайняття посади завідувача відділення (підрозділу) в лікувально-профілактичних закладах третинного рівня тощо.

### Список літератури

1. Horsley T. Як створити умови для адаптації умінь і навичок лікарів до нових потреб і для безперервної освіти. Всесвітня організація охорони здоров'я від імені Європейської обсерваторії по системам і політиці охорони здоров'я 4T. Horsley, J. Grimshaw, C. Campbell. – 2010. – 68 с.

2. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и перееаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей? Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения 4Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee. – 2008. – 38 с.

3. A multimethod study of needs for physician assessment: Implications for education and regulation 4R. Hawkins, B. Roemheld-Hamm, A. Ciccone, [et al.] 4Journal of Continuing Education in The Health Professions. – 2009. – Vol. 29, № 4, P. 220–234.

4. Standards for the ABMS Program for Maintenance of Certification (MOC). Approved by the Board of Directors of the American Board of Medical Specialties (ABMS). – [Electronic resource]. – January 15, 2014. – 13 p. – Access

mode : <http://www.abms.org/media/1094/standards-for-the-abms-program-for-moc-final.pdf>.

5. Keslar L. Physician Board Certification: Why Recertify? [Electronic resource] 4L. Keslar. – 2010. – Access mode : <http://protomag.com/as-sets/physician-board-certification-why-recertify>. Date of access 12.07.2013.

6. Міжнародні стандарти ВФМО (базова медична освіта, післядипломна медична освіта і безперервний професійний розвиток). Міжнародні стандарти в медичній освіті для поліпшення якості охорони здоров'я. – Копенгаген, 15–19 березня 2003 р.

7. Положення про післядипломне навчання лікарів (провізорів) : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.07.1993 р. № 166 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/0113-93>.

8. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.07.2009 р. № 484 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/0693-09>.

Отримано 17.03.15