

СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МИРЕ: ПРАКТИКА, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РАЗВИТИЯ

Краснопольский И.А.¹

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Для корреспонденции: Краснопольский Игорь Александрович, iaia2000@mail.ru

Аннотация

Непрерывное медицинское образование (НМО) – одна из форм последиplomного образования медицинских специалистов, которая постепенно становится стандартом и в России. Интерес в этой связи представляют как практика НМО в разных странах, так и варианты его развития, и альтернативы. В статье рассматриваются сложившиеся системы НМО с акцентом на комплексное непрерывное профессиональное развитие (НПР), а также приведены успешные примеры отсутствия последиplomного медицинского образования. Фиксируются и обсуждаются изменения традиционных форматов НМО/НПР. Обозначаются наиболее насущные проблемы современного НМО, в том числе наличие сомнений в его эффективности. Приводятся примеры постановки и решения вопроса об эффективности в Японии, Иране, Германии. В качестве основных направлений развития НМО/НПР называются: компетентностный подход, широкое использование обратной связи, нестандартные форматы обучения, унифицированная аккредитационная система.

Ключевые слова: непрерывное профессиональное развитие, непрерывное медицинское образование, эффективность последиplomного образования, компетентностный подход, обратная связь в образовании.

Непрерывное медицинское образование (НМО) – одна из распространенных в мире форм последипломного образования медицинских специалистов, которая постепенно становится стандартом и в Российской Федерации. Задача НМО – обеспечить врачей и иной медицинский персонал актуальной информацией и предоставление возможности освоения последних технологических достижений в отрасли. Первая система НМО появилась в США, показав основные ориентиры для систем во многих других странах: заданное количество обязательных учебных часов или так называемых кредитов (чаще всего 50 в год); разнообразные формы обучения и приравненных к нему действий в определенной пропорции; аккредитация образовательных мероприятий и организаций органом, уполномоченным профессиональным сообществом. Очевидно, НМО является элементом всей системы медицинского образования в стране, наследуя все её достоинства и недостатки. В России НМО приходит на смену этапному дополнительному профессиональному образованию, при этом принципы высшей медицинской школы изменились мало, что приводит к определенному ценностному разрыву в профессиональном медицинском сообществе (который должен стать предметом будущих исследований). В других странах НМО развивалось и продолжает развиваться с различными особенностями.

Распространение и современное состояние НМО

Многие страны Юго-Восточной Азии, в последние годы и Австралия, пошли по пути Северной Америки и Европы, установив системы НМО с разной степенью обязательности. В некоторых странах введение НМО происходит с трудностями. Так, в Индии, несмотря на принятое еще в 2011 году решение, фактически НМО стало обязательным лишь в нескольких штатах. Исследователи связывают это с недостаточной обеспеченностью населения врачами (около 1 млн на почти 1,5 млрд человек) и высокой для индийских медицинских работников стоимостью постдипломного образования даже в объеме 30 часов обучения за пятилетний цикл [5].

В Латинской Америке, Африке (кроме, с недавнего времени, ЮАР) и в большинстве стран Ближнего Востока в явном виде НМО нет. Вызвано это, видимо, хроническим дефицитом образованных специалистов – местные вузы не выпускают достаточного количества врачей; а отсутствие НМО, с одной стороны, снижает излишнюю нагрузку на работающих, а с другой – не препятствует «импорту» врачей из-за рубежа. Однако формализованные требования к НМО отсутствуют и в Израиле (см., например, [13]). Медицинское образование здесь престижное, длительное и сложное; медицинская деятельность лицензируется и неустанно контролируется надзорными, судебными, силовыми структурами и страховыми компаниями, а конкуренция на рынке медицинских услуг весьма жесткая – всё это побуждает врача постоянно развиваться самостоятельно. При этом Израиль, а также многие страны акватории Персидского залива по праву гордятся своими системами здравоохранения и качеством подготовки медицинских работников.

Там, где непрерывность последипломного медицинского образования давно позволила проявиться разнообразным формам и задачам обучения, в последнее время чаще говорят о профессиональном развитии и даже общем развитии во всем его многообразии. Непрерывное профессиональное развитие (НПР) – понятие более широкого свойства, включающее как формальное, так и неформальное профессиональное образование [6], и применение профессиональных компетенций медицинских работников в целом. НМО, таким образом, можно определить как наиболее формализованную (обычно узкоспециализированную) часть непрерывного профессионального развития медицинского работника, которое, в свою очередь, представляет собой институционализацию постоянного получения новых компетенций на протяжении всей жизни (*long-life learning*). Европейский союз медицинских работников (UEMS), ведущая организация, ответственная за вопросы медицинского образования в ЕС, отмечает: «НПР является более предпочтительным термином, чем НМО, так как врачи могут быть задействованы во многих ролях, которые косвенно влияют на качество здравоохранения, в том числе преподавание, научная работа и управление»¹.

Страны Европейского союза, несмотря на близкие ценности в отношении здоровья населения и здравоохранения, по-разному подходят к формализации постдипломного образовательного процесса. Статус непрерывного медицинского образования здесь различен: оно может быть обязательным для всех специалистов сферы здравоохранения, для отдельных специальностей или полностью добровольным. В исследовании, проведенном по заказу одной из структур Евросоюза и опубликованном в 2013 году, рассмотрены особенности систем НМО всех стран ЕС [18].

¹ <https://www.uems.eu/general/glossary>, дата обращения 03.05.2020

На тот момент обязательное НМО в большинстве случаев фиксировалось как минимальный объем кредитов или часов обучения. Требуемая продолжительность обязательного НМО варьировалась от 20 до 100 кредитов/ часов в год для врачей (кроме стоматологов), от 10 до 100 кредитов / часов в год стоматологов, от 4 до 60 кредитов/ часов в год для медсестер, от 4 до 80 кредитов/ часов в год для акушеров и от 3 до 50 кредитов/ часов в год для фармацевтов. Однако, например в Великобритании, кредитно-часовой схемы нет.

Форматы реализации НМО

Если в российской практике в основе НМО лежат многочасовые программы повышения квалификации (вне зависимости от формы реализации), в других «кредитных» системах этот формат в последнее время становится равнозначен другим мероприятиям. Мероприятия обычно разделяются по наличию или отсутствию аккредитации (ценность аккредитованных более высока). Время на самостоятельную работу ценится на том же уровне, что и время, потраченное на мероприятиях, а часто и выше.

В европейской системе фокус образования постепенно уходит от дидактических форматов. В последних рекомендациях панъевропейских ассоциаций врачей место обучающих программ в годовом цикле ограничивается уже не снизу, а сверху, т.е. устанавливается максимум, который может быть зачтен. Например, для детских кардиологов это 15 часов в год в любой форме («участие в формальных региональных и местных [образовательных] курсах по специальности») + 10 часов в очной форме («посещение авторизованного учреждения, в том числе за рубежом, на неделю или более для получения новых знаний или освоения навыков»)². Очевидно, это связано с концептуальным переходом от НМО к НПР: последнее требует от врача большей активности, самостоятельности, вовлеченности, рефлексии.

Переход приводит к тому, что ядро программ НМО составляют образовательные мероприятия: конференции, семинары, симпозиумы и т.д., – проходящие, вплоть до последних месяцев, преимущественно в очном виде. В текущей европейской практике именно для этого вида деятельности устанавливается минимальный объем освоения. Мероприятия являются в результате и ключевым рынком для разнообразных провайдеров услуг, ведущих жесткую конкурентную борьбу. Провайдеры отмечают, что доля традиционных мероприятий сокращается за последнее десятилетие, все большим спросом пользуются симуляционные программы, высокотехнологичный интерактивный контент, вообще медиаформаты [9].

В результате влияния пандемии коронавируса COVID-19 этот рынок может еще более существенно измениться, так как уже в ближайшее время вероятно сокращение числа очных мероприятий до минимально необходимого уровня. Возможно, это вызовет перемены и в структуре НМО. Многие страны включают в формулу НМО различные виды взаимодействия с коллегами в ходе рутинной работы. Чаще всего это наставничество – поддержка врача более опытным специалистом, причем в НМО может учитываться время обоих. В Канаде такой наставник рекомендует подопечному в том числе и желательные способы профессионального роста. Кроме того, канадских врачей коллеги постоянно оценивают по различным критериям, и это тоже учитывается в НМО. В Великобритании, где отсутствует кредитная система, врач ежегодно проходит оценку практики, включающую отзывы коллеги, пациентов, результаты работы, образовательную активность; а раз в 5 лет на основании этих данных рекомендуется сохранение или отзыв лицензии. Иногда применяется более искусственная форма самооценки с участием специального внешнего консультанта – такова, например, трехстадийная практика повышения эффективности в США. На наш взгляд, расширение этого компонента представляется полезным и перспективным и в России, несмотря на все отличия нашей системы.

Проблемы и вызовы

Несмотря на вроде бы устоявшиеся позиции, системы НМО на современном этапе испытывают определенные трудности. Весьма насущная проблема, носящая транснациональный характер, заключается в едва сдерживаемом влиянии на образовательные программы фарминдустрии и производителей медицинской техники – врачи и эксперты полагают, что коммерциализация контента существенно искажает цели и ценности непрерывного образования (см., например, [10, 14, 17]. Другая проблема, также повсеместная, но менее выпуклая, связана с необходимостью развития не специализированных, но чрезвычайно важных профессиональных компетенций медицинских работников: общением с пациентами, психологической устойчивостью, принятием этических решений и т.п.

² <https://www.aepc.org/guidelines-for-continuous-medical-education>, дата обращения 03.05.2020

Однако ключевой является проблема эффективности НМО, как в странах, где эта концепция является относительно новой, так и на ведущих рынках медицинских услуг и медицинского образования. Уместно привести несколько ярких примеров.

Япония: почему добровольное НМО не востребовано?

НМО в Японии ведет свой отсчет с 1987 года, а в 1994 году были сформулированы требования: 3-летний цикл, 60 кредитов от аккредитованных организаций. В 1997 году был расширен список возможных активностей, однако НМО остается добровольным. К 2009 году в НМО входит почти $\frac{3}{4}$ врачей, и после этого начинается спад. Японской медицинской ассоциации (ЖМА) удастся, приняв ряд мер, удержать вовлеченность на уровне 59-63%, однако недавний онлайн-опрос 338 специалистов [17] показал, насколько условным может быть этот показатель: 2/3 опрошенных медработников не знают о требованиях НМО и лишь 41% верит в пользу НМО. Меньше половины респондентов считают, что НМО должно стать обязательным.

Непопулярность НМО, возможно, отчасти вызвана особенностями японского национального характера, выраженными бесконечной тягой к совершенному исполнению долга. Если врачом правит неискупаемый долг за благодеяние («он») в виде высшего морального обязательства «гишу» (где отношение к своей работе – «ниму» – стоит в одном ряду с отношением к императору и родителям) и конкретных обязательств «гири» по отношению, например, к пациентам и к самому себе, стоит ли погружать его в прокрустово ложе американо-европейской парадигмы? Возможно, японцы смогут породить более эффективную систему образования врачей: например, знаменитые кружки качества в свое время возникли после безуспешных попыток адаптировать западные методики.

Иран: почему НМО не может удовлетворить потребности врачей?

В Иране НМО, устроенное по западным образцам, с 1996 года является обязательным, что для региона не характерно. В систему здесь внедряются современные методы обучения, медиаформаты [16], ей уделяется внимание на высоком уровне. Однако, как отмечают местные исследователи [8], НМО в последние годы не помогло достичь ощутимого эффекта в работе врачей общей практики, в том числе в улучшении ухода за пациентами и снижении числа врачебных ошибок. Недовольство врачей вызвано несоответствием содержанием программ НМО их карьерным и профессиональным потребностям. По мнению ученых, авторы программ игнорируют или недооценивают обратную связь от обучающихся, не учитывают культурные и этические нюансы деятельности врачей, не оценивают их потребности.

Германия: решение найдено?

К концу 2000-х годов ощущение слабой полезности существующей системы НМО в странах Европы всерьез тревожило профессиональное сообщество. Так, немецкие врачи-функционеры Йорг Анзорг и Иоханн Вайдрингер признавали на Первом Европейском форуме НМО (2008): «Честно говоря, сертификат НМО свидетельствует не о компетентности врача, а только о его присутствии [в системе НМО]» [2]. Германия и стала одной из первых стран, начавших поиск выхода из этой ситуации.

Еще в 2013 году здесь были выпущены типовые рекомендации по НМО, в целом стандартные для европейских стран: 250 часов за 5 лет, несколько разнообразных форм обучения, остальное – на откуп профессиональным ассоциациям и местным властям. Однако уже в конце 2018 года Национальная медицинская палата Германии представила новый механизм в виде «(Типовых) Рекомендаций по профессиональному развитию» [3]. Документ также отменил предыдущие рекомендации с аналогичным названием.

Теоретико-методологическая база этих Рекомендаций лежит в сфере компетентностного подхода. Ключевой особенностью новой системы стало разделение профессионального образования не по форме образовательных элементов (как в североамериканской и наследующих ей системах), а по сущности развиваемых целевых компетенций. Согласно документу, они делятся на когнитивные и методические (т.е. знания и отчасти умения) и деятельностные (умения и навыки). Компетенции по каждой специальности, соотношение и объем образовательных элементов, развивающих каждую группу компетенций в ходе непрерывного образования, расписаны в особой таблице и различаются в зависимости от специальности и/или характера деятельности врача, причем с учетом компетенций, полученных в высшем/ среднем учебном заведении. Кроме того, корректировки могут быть внесены в ходе принятия Рекомендаций на уровне земель (субъектов федерации), поскольку земельные законодательства могут различаться. Принятие Рекомендаций землями происходит постепенно и продолжается в настоящее время: так, в марте 2020 года к новому порядку присоединилась Тюрингия.

Направления развития

Скорость развития технологий и научной базы клинической деятельности сейчас такова, что половина врачей из крупнейших европейских стран применяют нечто новое для себя как минимум ежемесячно [11]. Безусловно, в этой ситуации основная задача для систем НМО – не допустить критичного отставания, отвечая на запросы профессионального сообщества с максимальной быстротой и эффективностью. Во всем мире медицинские ассоциации сталкиваются с проблемой развития образования, которое отвечает потребностям врачей разных специальностей. Повышение квалификации может быть успешным только в том случае, если оно, с одной стороны, закрывает объективные пробелы в знаниях и действиях, а с другой стороны, удовлетворяет субъективную, индивидуально воспринимаемую потребность в повышении квалификации. Самостоятельное пожизненное обучение также призвано поддерживать и способствовать удовлетворенности профессией.³

В последнее время основные методологические тенденции НМО/НПР, как и вообще медицинского образования, связаны с подходом к обучению на основе компетенций. Компетентностный подход предполагает необходимость сформулировать как целевые компетенции обучения, так и компетенции для самого обучения. Важно отметить, что в рамках подхода процесс образования если не непрерывен, то постоянен и начинается с момента выбора профессии. Субъектом ответственности за свое образование здесь является сам врач. Различные подходы к определению общих компетенций для практики требуют создания конкретных показателей эффективности, которые должны быть осмысленными и соответствующими стратегиям обучения врачей на протяжении всей жизни [4].

Еще одним фактором успеха непрерывного медицинского образования является постоянное исследование потребностей целевой аудитории и их удовлетворения, возможно, даже в виде мониторинга. Врачи должны стать соучастниками создания образовательных программ, чтобы обучение было диверсифицированным, учитывающим потребности разных групп и обеспечивало надлежащую обратную связь [7]. Подобные исследования осуществляют не только провайдеры образовательных услуг, но и профессиональные сообщества. Так, Европейское общество кардиологов (ESC) в целях понимания и преодоления разрывов между практикой и образованием провело комплексное (качественное и количественное) исследование. В онлайн-опросе приняли участие 866 врачей из 52 стран Европы и Средиземноморья [12]. Авторы отмечают, что такие исследования помогают создать для медицинских работников возможности обучения на основании потребностей. В свою очередь, Национальная медицинская палата Германии осуществляет постоянное анкетирование врачей по качеству и сути их непрерывного образования на своём сайте и с помощью палат земель.⁴ Лучшее понимание перспектив врачей вкупе с сотрудничеством образовательных организаций и профессиональных сообществ может быть частью стратегии улучшения качества и удовлетворения потребностей населения в здравоохранении [17].

Нужно упомянуть также форматы обучения, не входящие в системы НМО и даже альтернативные им. Можно в этой связи вспомнить образовательные каналы на YouTube, Telegram и т.п. платформах, чаты профессионального общения в соцсетях и мессенджерах. А некоторые европейские врачи практикуют участие в кружках качества. Идея кружков качества (предназначенных в первую очередь для рабочих) родилась в Японии в конце 1950-х годов, с их помощью японцы стремились добиться такого качества продукции, которое позволило бы ей конкурировать с товарами из более развитых стран. Ключевым фактором успеха оказалась вовлеченность персонала. Достигнутый положительный эффект был настолько очевиден, что кружки качества стали появляться и в других странах, даже в позднем СССР, при этом распространяясь в самые разные сферы деятельности. Как показало недавнее исследование [15], врачебные кружки качества существуют почти во всех европейских странах, и в половине случаев их участниками являются более 10% врачей общей практики, при этом количество вовлеченных врачей растет. Конечно альтернативные форматы не всегда могут быть интегрированы в системное НМО, в частности, из-за отсутствия эффективных механизмов контроля как провайдера, так и специалиста. Однако возможность делиться опытом на равных для достижения общих целей представляется потенциально перспективным способом обеспечения роста качества медицинских услуг.

³ <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/fortbildung/>, дата обращения 03.05.2020

⁴ <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/evaluation-der-weiterbildung/>, дата обращения 03.05.2020

Есть и группы, полагающие возможным рост качества образовательных услуг посредством осуществления более тщательной аккредитации (как мероприятий, так и систем). Как правило, это независимые юридические и физические лица, занимающиеся аккредитацией сейчас. В 2013 году была создана Международная академия аккредитации НПР¹, а в 2017 году – аналогичная европейская некоммерческая организация², декларируемые цели которой сводятся к гармонизации (т.е. максимально возможной унификации) нормативной базы в части аккредитации по всей Европе. Это должно не только улучшить качество образования, но и помочь преодолеть проблемы на едином европейском рынке труда [1].

Заключение

Последипломное медицинское образование в последние годы не только распространяется по миру, но и активно развивается, отвечая на требования участников – пользователей, провайдеров, – общества, а также технологические вызовы. На смену многочасовым обучающим программам повышения квалификации приходит учет самостоятельной работы, на смену классическим образовательным мероприятиям – обучение в различных медиаформатах, с использованием технологии онлайн-обучения и т.д. Одновременно изменяется и вся система медицинского образования: практически исчез этапный принцип, но и контролируемое извне НМО уже не удовлетворяет общество и профессиональные круги своим качеством. Наиболее актуально и эффективно сейчас понимание познавательной деятельности медицинского работника как непрерывного профессионального развития (НПР), требующего от специалиста самостоятельности, активности, тяги к самоактуализации. Важным фактором качества медицины становится взаимодействие с коллегами в различных форматах, от наставничества до участия в кружках качества.

При этом прямой связи между качеством оказания медицинской помощи и наличием и/или структурой системного НМО/НПР, видимо, нет. Препятствием к внедрению НМО может быть и отсутствие потребности со стороны медицинских работников и общества. Эффективность последипломного образования скорее зависит от конкретных условий осуществления. Практически «золотым стандартом» в настоящее время является образование на основании тщательно выявленных и систематизированных компетенций для каждой специальности.

На качество НМО/НПР могут влиять социально-экономическое положение страны, особенности национальной культуры и иные подобные факторы, но необходимо учитывать потребности всех заинтересованных сторон – общества, профессионального сообщества, самих специалистов, провайдеров образовательных услуг и пр., для чего необходимо поддерживать обратную связь между участниками процесса. При соблюдении этих условий последипломное образование медиков становится менее формализованным, но более насыщенным, разнообразным и способствующим удовлетворенности профессией.

Состояние систем НМО/НПР в мире может представлять как научный, так и практический интерес для развивающейся системы НМО в России.

5 <https://academy4cpd-accreditation.org/>

6 <http://www.cme-ea.eu/>

Список литературы

1. De Andrade F., Griebenow R., Costello R.W., Guenova M., Schaefer R., Chalmers J. D., Tichelli A., Raguz D., Steinon J. The future of accreditation of continuing medical education (CME)- continuing professional development (CPD) in Europe: harmonisation through dialogue and consensus // *Journal of European CME*. 2018. Vol.7(1).
2. Ansorg J., Weidringer J. Status of CME and CPD in Germany // 1st Annual European CME Forum. 2008. http://europeancmeforum.eu/wp-content/uploads/2015/06/1_jansorg.pdf, дата обращения 03.05.2020
3. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern). (Muster-) Weiterbildungsordnung. 2018.
4. Campbell C., Silver I., Sherbino J., Cate O.T., Holmboe E.S. Competency-based continuing professional development // *Medical Teacher*. 2010. Vol.32(8). P.657-662.
5. Das S., Shah M., Mane A., Goyal V., Singh V., Lele J. Accreditation in India: Pathways and Mechanisms // *Journal Of European CME*. 2018, Vol. 7.
6. Davis N., Davis D., Bloch R. Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35 // *Medical Teacher*. 2008. Vol.30(7). P.652-666.
7. Faghihi S.A., Khankeh H.R., Hosseini S.J., Soltani Arabshahi S.K., Faghih Z., Parikh S.V., Shirazi M. Improving continuing medical education by enhancing interactivity: lessons from Iran // *Journal of Advances In Medical Education & Professionalism*. 2016. Vol.4. №2. P.54-63.
8. Faghihi S.A., Khankeh H.R., Hosseini S.J., Soltani Arabshahi S.K., Faghih Z., Shirazi M. Impractical CME programs // Influential parameters in Iran // *Medical Journal of Islamic Republic Iran*. 2017. Vol.31(6). P.29-33.
9. Gillgrass D. Challenges in the Evolving CME Landscape // *Journal of European CME*. 2020. Vol.9(1).
10. Guenova M., Schäfer R., Palange P. Independent Continuing Medical Education (CME)/Continuing Professional Development (CPD) Must Deliver Unbiased Information // *Journal of European CME*. 2019. Vol.8(1).
11. Lucero K.S., Bernard, A. EU Doctor Learning Preferences and Implications for Continuing Medical Education. Постерный доклад // 12th Annual European CME Forum. 2019.
12. Murray S., Carrera C., Lazure P., Vardas P., Zamorano J. L., Kearney P., Goncalves L., Fox K., Vahanian A. // Identifying the needs for competency-based education in Europe: a needs assessment of cardiologists across 52 countries. *Journal of European CME*. 2017. Vol.6(1).
13. Reis S., Glick S.M., Urkin J., Gilbey P. The medical education system in Israel // *The Lancet*. 2017. Vol. 389 (10088). P.2570-2574. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30822-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30822-X/fulltext))
14. Rodzinka M., Seeböhm A., Pozniak E., Mosch L., De Luca L., McArdle J., Griebenow R., Velcheva M. Regulating for Bias in Medical Education – Reaction to the Pharmaceutical Industry Updated EFPIA Code of Practice // *Journal of European CME*. 2019. Vol.8(1).
15. Rohrbasser A., Bak Kirk U., Arvidsson E. Use of quality circles for primary care providers in 24 European countries: an online survey of European Society for Quality and Safety in family practice delegates // *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2019. Vol.37(3). P.302-311.
16. Sanaiey N.Z. The Comparative Study of the Effectiveness of Using E-Learning, Blended Learning and Presence Learning in Continuous Medical Education // *World Journal of Medical Sciences*. 2014. Vol.10(4). P.488-493.
17. Sherman L., Nishigori H. Current State and Future Opportunities for Continuing Medical Education in Japan // *Journal of European CME*. 2020. Vol. 9(1).
18. Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Final report. 2013. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf.

References

1. De Andrade F., Griebenow R., Costello R.W., Guenova M., Schaefer R., Chalmers J. D., Tichelli A., Raguz D., Steinon J. The future of accreditation of continuing medical education (CME)- continuing professional development (CPD) in Europe: harmonisation through dialogue and consensus // *Journal of European CME*. 2018. Vol.7(1).
2. Ansorg J., Weidringer J. Status of CME and CPD in Germany // 1st Annual European CME Forum. 2008. http://europeancmeforum.eu/wp-content/uploads/2015/06/1_jansorg.pdf, дата обращения 03.05.2020
3. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern). (Muster-) Weiterbildungsordnung. 2018.
4. Campbell C., Silver I., Sherbino J., Cate O.T., Holmboe E.S. Competency-based continuing professional development // *Medical Teacher*. 2010. Vol.32(8). P.657-662.
5. Das S., Shah M., Mane A., Goyal V., Singh V., Lele J. Accreditation in India: Pathways and Mechanisms // *Journal Of European CME*. 2018, Vol. 7.
6. Davis N., Davis D., Bloch R. Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35 // *Medical Teacher*. 2008. Vol.30(7). P.652-666.
7. Faghihi S.A., Khankeh H.R., Hosseini S.J., Soltani Arabshahi S.K., Faghih Z., Parikh S.V., Shirazi M. Improving continuing medical education by enhancing interactivity: lessons from Iran // *Journal of Advances In Medical Education & Professionalism*. 2016. Vol.4. №2. P.54-63.
8. Faghihi S.A., Khankeh H.R., Hosseini S.J., Soltani Arabshahi S.K., Faghih Z., Shirazi M. Impractical CME programs // Influential parameters in Iran // *Medical Journal of Islamic Republic Iran*. 2017. Vol.31(6). P.29-33.
9. Gillgrass D. Challenges in the Evolving CME Landscape // *Journal of European CME*. 2020. Vol.9(1).
10. Guenova M., Schäfer R., Palange P. Independent Continuing Medical Education (CME)/Continuing Professional Development (CPD) Must Deliver Unbiased Information // *Journal of European CME*. 2019. Vol.8(1).
11. Lucero K.S., Bernard, A. EU Doctor Learning Preferences and Implications for Continuing Medical Education. 12th Annual European CME Forum. 2019.
12. Murray S., Carrera C., Lazure P., Vardas P., Zamorano J. L., Kearney P., Goncalves L., Fox K., Vahanian A. // Identifying the needs for competency-based education in Europe: a needs assessment of cardiologists across 52 countries. *Journal of European CME*. 2017. Vol.6(1).
13. Reis S., Glick S.M., Urkin J., Gilbey P. The medical education system in Israel // *The Lancet*. 2017. Vol. 389 (10088). P.2570-2574. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30822-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30822-X/fulltext))
14. Rodzinka M., Seeböhm A., Pozniak E., Mosch L., De Luca L., McArdle J., Griebenow R., Velcheva M. Regulating for Bias in Medical Education – Reaction to the Pharmaceutical Industry Updated EFPIA Code of Practice // *Journal of European CME*. 2019. Vol.8(1).
15. Rohrbasser A., Bak Kirk U., Arvidsson E. Use of quality circles for primary care providers in 24 European countries: an online survey of European Society for Quality and Safety in family practice delegates // *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2019. Vol.37(3). P.302-311.
16. Sanaiey N.Z. The Comparative Study of the Effectiveness of Using E-Learning, Blended Learning and Presence Learning in Continuous Medical Education // *World Journal of Medical Sciences*. 2014. Vol.10(4). P.488-493.
17. Sherman L., Nishigori H. Current State and Future Opportunities for Continuing Medical Education in Japan // *Journal of European CME*. 2020. Vol. 9(1).
18. Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Final report. 2013. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf.

SYSTEMS OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION IN THE WORLD: PRACTICES, PROBLEMS, AND PATHS OF DEVELOPMENT

Krasnopol'skiy I.A.¹

1 Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov," Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Correspondence should be addressed: Krasnopol'skiy Igor Aleksandrovich, iaia2000@mail.ru

Abstract

The Continuing Medical Education (CME) is one of the forms of post-diploma medical specialists' education, is gradually becoming a standard in Russia. The article focuses on CME practices in various countries, as much as ways of its development or alternatives. The article observes the established CME systems and emphasizes the complex Continuing Professional Development (CPD) as far as successful examples of CME absence. Some changes in traditional CME/CPD formats are described. The most actual problems of the nowadays CME are pointed out. The examples of Japan, Iran, and Germany are illustrating how the effectiveness issue has stated and solved. The main directions of CME development are as following: competency-based approach, feedback wide usage, non-standard learning formats, unified system of accreditation.

Keywords: Continuing Professional Development, Continuing Medical Education, post-diploma education effectiveness, competency-based approach, feedback in education

Источник финансирования

Автор заявляет об отсутствии финансирования

Конфликт интересов

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи

Выражение признательности

Благодарю Н.А. Кузенкову за помощь в подборе материала