



Европейская министерская конференция  
933 по системам здравоохранения  
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-  
ЗДОРОВЬЕ- БЛАГОСОСТОЯНИЕ“  
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

## АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

# Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?

Sherry Merkur, Philipa Mladovsky,  
Elias Mossialos и Martin McKee



## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

PHYSICIANS

EDUCATION, MEDICAL,  
CONTINUING

CLINICAL COMPETENCE -  
standards

CERTIFICATION

DELIVERY OF HEALTH CARE

QUALITY OF CARE

HEALTH POLICY

EUROPE

Данный обзор, подготовленный для Европейской министерской конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония) – один из первых обзоров новой серии, призванной удовлетворить потребности лиц, определяющих политику, и организаторов здравоохранения. Его главная задача заключается в изложении и развитии ключевых концепций в поддержку процесса формирования политики на основе фактических данных. Редакторы – в активном сотрудничестве с авторами – продолжают работу по усилению данной серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

---

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального бюро:  
<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

---

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы, не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## Содержание

Стр.

Основные положения

Реферат

Краткий аналитический обзор

Стратегический вопрос: непрерывное обучение и периодическое подтверждение врачебной квалификации – переаттестация (ревалидация) 1

Непрерывное обучение на практике 6

Потенциальные стратегические подходы к совершенствованию процессов непрерывного обучения 19

Выводы и соображения по внедрению 22

Библиография 26

## Авторы

**Sherry Merkur**, LSE Health, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, Соединенное Королевство; European Observatory on Health Systems and Policies

**Philipa Mladovsky**, LSE Health, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, Соединенное Королевство; European Observatory on Health Systems and Policies

**Elias Mossialos**, LSE Health, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, Соединенное Королевство; European Observatory on Health Systems and Policies

**Martin McKee**, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Соединенное Королевство; European Observatory on Health Systems and Policies

Под редакцией  
Европейского  
регионального бюро  
ВОЗ и Европейской  
обсерватории по  
системам и политике  
здравоохранения

Главный редактор  
Govin Permanand

Соредакторы  
Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск  
Kate Willows  
Jonathan North

Авторы и редакторы  
выражают благодарность  
рецензентам за их  
экспертную помощь и за  
их комментарии о данной  
публикации.

ISSN 1998-4081

## Основные положения

### Основной вопрос и контекст политики

- В ряде стран предъявляются растущие требования к тому, чтобы практикующие врачи могли подтвердить свое соответствие принятым профессиональным стандартам. Это отчасти объясняется опасениями в том, что врачебные знания, приобретенные в ходе базового обучения, могут стремительно устаревать. Это также все в большей мере рассматривается как механизм повышения ответственности врачей за свою работу.
- В целях систематического обновления знаний и навыков врачей могут предприниматься меры по их вовлечению в программы непрерывного обучения. Данный процесс может включать такие элементы как оценка индивидуальной профессиональной практики, постановка учебной задачи, приобретение навыков и знаний, проверка усвоения.
- Обзор состояния данного вопроса в ряде европейских стран, а также в Австралии, Новой Зеландии и Соединенных Штатах Америки демонстрирует разнообразие применяемых подходов к обеспечению необходимого уровня профессиональной компетентности врачей. Результатом этих процессов может быть повторная сертификация или повторное лицензирование.
- Ревалидация (переаттестация) – это обобщающий термин, включающий все методы обеспечения должной профессиональной компетентности врачей, что, в наиболее простой форме, сводится к поддержанию степени подготовленности врача к требованиям повседневной практики. Более сложные формы могут также включать определенные санкции в отношении тех врачей, которые утратили такую готовность. Таким образом, это также может рассматриваться как метод, способствующий улучшению показателей работы врача.

### Стратегические меры

- Непрерывное медицинское обучение и непрерывное профессиональное развитие – это наиболее широко используемые подходы, позволяющие эффективно содействовать совершенствованию клинической практики и улучшению результатов оказания медицинской помощи. Вместе с тем, эти методы не выявляют врачей с плохими показателями профессиональной деятельности.
- Для выявления плохо работающих врачей можно использовать механизмы повторной сертификации, и опыт США показывает, что такая

практика эффективно способствует улучшению клинических результатов и качества оказываемой помощи.

- Систематическое проведение оценки всех сфер компетентности в отношении всех врачей не представляется рациональным. Фактические данные в отношении эффективности различных методов оценки компетентности врачей не позволяют сделать каких-либо достоверных выводов, особенно в том, что касается результатов оказания помощи пациентам. Данные по экономической эффективности также в основном отсутствуют.
- В случаях, когда процесс ревалидации возглавляется государственными органами, он может выступать в качестве механизма контроля качества и подотчетности служб. В условиях профессионального саморегулирования и совместного регулирования (силами профессиональных организаций и официальных государственных органов) речь идет о реализации принципа профессиональной автономности.

### **Соображения в отношении практической реализации**

- Для каждой страны, по-видимому, могут быть характерны различные оптимальные соотношения стимулов и штрафных санкций. В настоящее время наиболее суровая штрафная санкция – это отзыв лицензии на право врачебной практики.
  - Для внедрения и оценки эффективности процесса ревалидации необходимо иметь хорошо развитые информационные системы.
  - Многие страны испытывают трудности в процессе мобилизации необходимых ресурсов для внедрения даже наиболее базовых стратегий, направленных на совершенствование профессиональной деятельности врачей. В тех ситуациях, когда основным источником фондов на проведение ревалидации является фармацевтическая индустрия, правительство должно предусматривать создание независимого регламентирующего органа для определения программных приоритетов.
-

## Реферат

В ряде стран общество предъявляет растущие требования к тому, чтобы практикующие врачи могли подтвердить свое соответствие принятым профессиональным стандартам, что отчасти объясняется опасениями в том, что врачебные знания, приобретенные в ходе базового обучения, могут крайне быстро устаревать. Задача решается различными путями. В одних случаях от врачей ожидается участие в программах непрерывного медицинского обучения и профессионального развития (иногда при этом применяются различные стимулы и санкции). В других случаях периодическая проверка соответствия врачебных навыков современным требованиям является условием сохранения права на профессиональную практику. Пример последнего подхода представлен предложениями по организации системы переаттестации (или так наз. "ревалидации") в Соединенном Королевстве.

Непрерывное обучение – это процесс, включающий такие элементы, как оценка индивидуальной профессиональной практики, постановка учебной задачи, приобретение навыков и знаний, проверка усвоения. Два ключевых аспекта – это (а) поддержание необходимого уровня профессиональной подготовленности путем непрерывного медицинского обучения и профессионального развития и (б) последующая проверка приобретенных навыков и знаний с применением различных механизмов оценки и обратной связи. Непрерывное медицинское обучение и непрерывное профессиональное развитие могут способствовать повышению уровня врачебных знаний, установок и навыков, однако качество этих программ может быть различным. При наличии в целом благожелательного отношения к работе врачей ее улучшению могут способствовать периодические проверки и применение механизмов обратной связи (изучение отзывов пациентов). Практикуется также подтверждение сертификации врачей при условии выполнения ими необходимых требований (повторная сертификация, ресертификация); такие системы содействуют выявлению тех немногих врачей, показатели работы которых значительно ниже допустимых стандартов (опыт применения подобных механизмов имеется только в США). Ревалидация – это обобщающий термин, включающий все методы обеспечения должной профессиональной компетентности врачей.

Страны должны также определять, на основании местных условий и требований, какие органы и структуры будут отвечать за регламентирование врачебной деятельности. По-видимому, складывается общее мнение о том, что "саморегулирование" (силами самого врачебного сообщества) воспринимается более позитивно, что снижает стимулы к уклонению или прямому неподчинению требованиям. Некоторые аналитики отмечают, что чрезмерное регламентирование может фактически скорее разрушить, чем укрепить доверие к профессиональным работникам и государственным

службам. Возможно в качестве отражения растущего уровня осведомленности об этих проблемах более распространенными становятся формы "сорегулирования" в партнерстве между профессиональными организациями, государственными структурами и закупщиками услуг (например страховыми фондами).

Что касается вопросов практической реализации, имеется значительный разброс в том, какие требования предъявляются врачам и каким образом осуществляется контроль за процессом ревалидации. Эти различия отражают разнообразие традиций, таких как представление о свободных профессиях и о роли государства, различия в степени децентрализации управления с делегированием полномочий региональным органам и в функциях основных игроков, таких как фонды социального страхования. Тем не менее, широко признано мнение о том, что этот процесс должен быть прозрачным и не носить карательный характер; основные усилия должны сосредоточиваться на содействии профессиональному развитию и выявлении ограниченного числа "плохих" врачей, деятельность которых может нести с собой риск. На вопрос о том, какой из методов контроля за проведением оценки врачей является наиболее эффективным, нет окончательного ответа: для каждой страны, по-видимому, могут быть характерны различные оптимальные соотношения стимулов и штрафных санкций. Наиболее суровая штрафная санкция – это отзыв лицензии на право врачебной практики. Более мягкий вариант – потеря сертификации, как это практикуется в США, где сертификация не является юридически обязательной для осуществления медицинской практики. Система повторной сертификации в США была внедрена только после поэтапной апробации методов оценки, что свидетельствует о том, что страны, предполагающие вводить аналогичную систему, должны осуществлять этот процесс постепенно.

Важнейшее условие эффективного контроля за деятельностью системы – наличие информации. Для оценки эффективности процесса ревалидации необходимо иметь соответствующие информационные системы. Страны с детально разработанными системами медицинской информации и функционирующей системой электронной медицинской документации обладают в этом отношении определенными преимуществами.

Разработчики политики должны оценить вопрос о том, как осуществлять финансирование системы непрерывного обучения. При этом само проведение курсов должно рассматриваться отдельно от вопросов планирования учебных программ. Источником фондов для организации и планирования обучения является либо государство, либо сами врачи (часто через свои профессиональные организации). Фонды для финансирования процесса обучения могут поступать и из других источников, наиболее часто – от фармацевтической индустрии. Поскольку такая ситуация чревата риском,

что индустрия будет оказывать влияние на содержание программ непрерывного профессионального развития, правительства должны предусматривать возможность создания независимого регламентирующего органа для приведения повестки дня обучения в соответствие с потребностями системы здравоохранения.

---



## Краткий аналитический обзор

### **Стратегический вопрос: непрерывное обучение и периодическое подтверждение врачебной квалификации – переаттестация (ревалидация)**

Становится все более общепринятым мнение о том, что завершение курса преддипломного медицинского обучения – это лишь первый шаг в процессе непрерывного обучения врачей, которое продолжается на протяжении всей профессиональной жизни. Многие страны предпринимают меры по поддержке и стимулированию процессов постоянного обновления навыков и знаний медиков, а в некоторых случаях – предусматривают это в качестве обязательного требования.

#### *Подходы к реализации непрерывного обучения*

В наиболее простом виде принцип непрерывного обучения предполагает участие в курсах последипломного усовершенствования, предназначенных для обновления знаний и навыков врачей в соответствии с новейшими клиническими разработками и данными медицинской науки. Более широкое понятие непрерывного профессионального развития включает, помимо непрерывного обучения, также развитие определенных личностных, социальных и управленческих навыков. Более развернутые методики предусматривают использование таких инструментов, как коллегиальная оценка, внешняя оценка и проверка практической деятельности. Результатом этих процессов может быть повторная сертификация или повторное лицензирование, однако на практике это происходит нечасто.

Лишь в немногих странах врачи обязаны периодически демонстрировать то, что они находятся в "соответствующей форме" для продолжения профессиональной практики. Генеральный медицинский совет Соединенного Королевства сформулировал термин "ревалидация" ("revalidation"), определяя его как "оценку степени готовности медицинского работника к профессиональной деятельности"<sup>1</sup> (1). Несмотря на то, что в этом определении на первом плане стоит оценка, предусматривается, что все предшествующие ей процессы должны иметь конструктивный характер, поощрять профессиональное развитие и выявлять тех, кто не готов к полноценному продолжению профессиональной деятельности. Ревалидация, таким образом, – это лишь один из элементов более общей системы, направленной на решение трех следующих задач:

---

<sup>1</sup> Приблизительно соответствует русскоязычному понятию "переаттестация" (прим. переводчика).

Рис. 1. Система непрерывного и эпизодического контроля качества



Источник: Pringle (1).

- обеспечить механизмы профессиональной подотчетности;
- обеспечить, чтобы базовый уровень оказания помощи не снижался за пределы принятых стандартов;
- содействовать непрерывному совершенствованию качества медицинского обслуживания (2,3).

Эти положения проиллюстрированы на рис. 1.

В настоящем кратком аналитическом обзоре рассмотрено развитие подходов к ревалидации врачей в Европе. После обсуждения контекстуальных факторов, влияющих на выбор тех или иных подходов, дан краткий очерк процессов их развития и внедрения в различных странах Европы и выделены основные проблемы в этой области. Представлены также примеры из других стран, таких как Австралия, Новая Зеландия и США. Затем приведен анализ фактических данных, относящихся к различным подходам. В заключение обсуждаются некоторые варианты практического внедрения.

Помимо детального обзора литературы, источником сведений для настоящего аналитического обзора послужили следующие материалы:

- результаты опросных исследований по структуре, методике и регламентирующим механизмам непрерывного обучения в следующих странах: Австрия, Бельгия, Германия, Испания, Нидерланды, Соединенное Королевство, Франция;
- информация, полученная из Европейского союза медицинских специалистов, Европейского аккредитационного совета по непрерывному медицинскому обучению и из Европейской академии преподавателей общей медицинской практики, а также из онлайн-ресурсов, включая страновые профили "Системы здравоохранения: время перемен", подготавливаемые Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения.

### *Контекст политики*

В рамках Европейского проекта ExPeRT (external peer review techniques), осуществленного при поддержке со стороны Европейской комиссии в течение трех лет начиная с августа 1996 г., были определены четыре основные модели внешней коллегиальной оценки, направленные на измерение показателей качества организации и предоставления услуг: (1) аккредитация медицинских услуг; (2) применение международных стандартов ISO-9000 (стандарты оценки качества, изначально предназначенные для промышленности, но которые в последующем стали применять для оценки качества услуг в рентгенологии, лабораторной и клинической практике); (3) модель образцового качества, предложенная Европейским фондом управления качеством (схема проведения самооценки и внешней оценки для достижения образцового уровня качества); (4) "визитации" (от голландского термина *visitatie*) – схемы, основанные на коллегиальной оценке (4–6).

В проекте ExPeRT визитация определена как "ознакомление с практикой профессиональной деятельности медика на его рабочем месте и в соответствии с принятыми стандартами, предпринимаемое на коллегиальном уровне с целью оценки профессиональной деятельности медицинских работников и направленное на улучшение качества оказания помощи пациентам". Этот метод наиболее широко применяется медицинскими ассоциациями в Нидерландах, однако и в ряде других европейских стран группы коллегиальной оценки также приобретают растущее значение как метод повышения качества первичной медико-санитарной помощи. В течение прошедших 10 лет группы коллегиальной оценки (также известные как "круги качества") получили значительное развитие в таких странах, как Австрия, Бельгия, Германия, Дания, Ирландия, Нидерланды, Норвегия, Соединенное Королевство, Швейцария и Швеция (7).

Коллектив проекта ExPeRT высказал тезис о том, что, в принципе, в масштабах Европы можно сформулировать единую модель обеспечения качества, однако практическая реализация подобного замысла зависит от желания правительств, поставщиков медицинских услуг, специалистов и организаций, занимающихся вопросами оценки качества медицинской помощи, объединить свои усилия и принять определенные стратегические рекомендации (6). Достигнутый таким образом консенсус, в свою очередь, потребует от европейских систем здравоохранения помимо технического анализа также и более глубокого стратегического анализа изменяющихся ролей и властных взаимосвязей (5).

Различные страны обладают разными потенциальными возможностями для внедрения тех или иных моделей обеспечения качества, в зависимости от баланса власти между различными заинтересованными сторонами. Так, например, в Соединенном Королевстве подавляющая часть населения, равно как и семейные врачи, полагают, что регулярная оценка деятельности врачей – это необходимая гарантия поддержания их знаний и навыков на современном уровне (8). Аналогичные взгляды высказываются и в США, где население придает большую важность тому, чтобы врачи могли продемонстрировать высокие показатели успешности в отношении лечения наиболее распространенных состояний, и полагает, что медики должны периодически проходить письменный экзамен для проверки уровня их профессиональных знаний (9). В Соединенном Королевстве ряд конкретных обстоятельств способствовал росту озабоченности по поводу текущего состояния дел в данной сфере. В частности, политические деятели использовали получившие большой общественный резонанс случаи расследований профессиональной деятельности врачей, когда она оказалась ниже ожидаемых стандартов (10, 11), для усиления нормативного контроля государства за деятельностью медицинских работников (12). Несмотря на то, что такие случаи встречались редко, они указывали на несостоятельность имевшихся механизмов для принятия своевременных ранних мер при неудовлетворительных показателях работы медиков. Не исключено, что в других странах пациенты предъявляют менее жесткие требования к компетентности врачей, и, таким образом, имеется меньший спрос в отношении механизмов подотчетности.

Другой фактор, привлекающий внимание к проблемам непрерывного обучения, – это растущие свидетельства об уровне медицинских ошибок (13–15). Несмотря на то, что большинство из них связано с более общими дефектами системы, публикуемые фактические данные способствуют росту озабоченности относительно компетентности врачей. Проведенный опрос в рамках программы Евробарометр (16) показывает, что почти четыре из каждых пяти жителей Европейского союза (78%) оценивают медицинские

ошибки как актуальную проблему для их стран. В Италии (97%), в Польше (91%) и в Литве (90%) подавляющее большинство опрошенных оценили проблему как важную. В противоположность этому, около половины населения в Дании и в Финляндии не рассматривают медицинские ошибки в качестве серьезной проблемы (16).

В основе вышеописанных процессов лежит растущее осознание того, насколько стремительными темпами меняется современная медицина и как легко навыки и знания врачей могут устаревать с течением времени. Систематический обзор взаимосвязей между профессиональным стажем и качеством медицинской помощи показал, что в 32 из 62 исследований (52%) была обнаружена статистическая зависимость между ухудшением показателей и увеличением стажа работы по всем оцененным конечным результатам. Это позволяет предположить, что врачи более старшего возраста и практикующие в течение многих лет владеют меньшим объемом фактической информации и в меньшей степени привержены к соблюдению надлежащих клинических стандартов, в связи с чем результаты оказываемой ими медицинской помощи могут быть менее удовлетворительными (17).

Еще одно обстоятельство, заставляющее страны уделять внимание вопросам разработки последовательной политики по непрерывному обучению, имеет отношение к праву на свободное международное передвижение медицинских работников и пациентов. После ряда случаев, получивших широкую известность, вопрос о передвижении пациентов в пределах Европейского союза занял прочное положение на политической повестке дня (18–20). Несколько меньшее внимание уделяется вопросам миграции работников здравоохранения (21). Мобильность профессиональных кадров основана на взаимном признании квалификаций; иными словами, если кто-либо зарегистрирован в качестве практикующего профессионала в одном из государств-членов, то его правомочность сохраняется и в отношении всех других стран сообщества. Этот принцип находится в соответствии с положением о свободном передвижении, последовательно отраженном в ряде европейских соглашений; таким образом, остающиеся барьеры не должны превышать абсолютно необходимый минимум. В связи с этим возникает потребность в большей международной согласованности в вопросах обучения, регистрации и непрерывной оценки уровня квалификации врачей. Между тем имеется на удивление мало сведений о том, как осуществляется систематическая оценка деятельности врачей в различных государствах-членах, кто выполняет регламентирующие функции, какие методы регулирования используются и каким образом.

## Непрерывное обучение на практике

### *Кто осуществляет регулирование процессов непрерывного обучения в Европе?*

Во многих западноевропейских странах вопросы непрерывного обучения регулируются профессиональными медицинскими организациями, иногда – в соответствии с законодательными рамками, создаваемыми правительствами. В других странах ведущая роль принадлежит страховым организациям, которые предъявляют конкретные требования к врачам, находящимся с ними в договорных отношениях. В большинстве случаев сразу несколько заинтересованных сторон берут на себя коллективную ответственность за поддержание необходимых стандартов оказания помощи.

Во Франции в процесс вовлечены три профессиональных органа – так называемые Национальные советы по непрерывному медицинскому обучению (Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue) – Совет для врачей амбулаторной помощи, Совет для свободно практикующих врачей амбулаторной помощи и совет для больничных врачей. Однако на момент составления данного обзора только Совет для свободно практикующих врачей амбулаторной помощи определил требования к постдипломному медицинскому обучению. Развитию практики проверок деятельности медицинских работников содействуют также подчиненный Парламенту национальный орган по руководству охраной здоровья, а также медицинские комитеты больниц. Региональные советы по непрерывному медицинскому обучению отвечают за создание необходимых условий, чтобы врачи могли выполнять предъявляемые к ним требования, а региональные советы Французской медицинской ассоциации имеют возможность предпринимать необходимые меры, когда эти требования не соблюдаются.

В Соединенном Королевстве участие в мероприятиях непрерывного профессионального развития уже давно является условием найма в национальные службы здравоохранения, и с более недавним времени – для подтверждения членства в Королевских коллегиях, которые играют ключевую роль в организации обучения врачей-специалистов и разработки стандартов. Департамент здравоохранения Англии выступил с намерением ввести обязательную систему ревалидации, которая охватит всех врачей вне зависимости от места и характера медицинской практики (22). Врачам будет необходимо обновлять свою лицензию на право занятий медицинской практикой каждые пять лет. Определенная роль в поддержке процесса повторной сертификации врачей будет принадлежать Королевским коллегиям, а за обеспечение качества процесса оценки при повторном лицензировании будет отвечать Генеральный медицинский совет.

В Бельгии врачи получают лицензию на практику решением министра здравоохранения. Однако получение лицензии лишь предоставляет право носить титул врача общей практики или специалиста. Врачи затем должны обращаться в Национальный институт страхования по болезни и инвалидности для того, чтобы их пациенты могли бы получать возмещение расходов на оплату предоставленных услуг; при этом у врачей имеется возможность добиваться более высоких уровней аккредитации, которая позволяет увеличить гонорарные расценки.

Механизмы регламентирования деятельности врачей варьируются по странам, что отражает различия в местных условиях. В табл. 1 приведено детальное сравнение подходов к ревалидации в отдельных странах Европейского региона ВОЗ. Преобладает практика профессионального саморегулирования, иногда полностью независимая от правительства, в других случаях – проводимая под надзором или при участии государственных органов. Распространенной точкой зрения является то, что саморегулирование (силами профессиональных организаций врачей) воспринимается более позитивно, снижая стимулы к уклонению или прямому неподчинению требованиям.

### ***Роль медицинских регламентирующих органов***

Регламентирующие органы в Европе предпринимают различные шаги для валидации знаний и навыков врачей. Ниже приведен ряд примеров.

В Нидерландах начиная с 2005 г. переаттестация является условием сохранения членства во врачебном реестре: врачи обязаны систематически участвовать в программах непрерывного медицинского обучения и проходить проверку силами коллег каждые пять лет. Ревалидация является условием сохранения членства во врачебном реестре. Эти проверки ("визитации") группой из трех врачей включая одного недавно инспектированного и одного, которому предстоит проверка, включают всестороннюю оценку практики с обсуждением вопросов соблюдения клинических рекомендаций и анализом отзывов пациентов.

В 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

Таблица 1. Ревалидация медицинских работников в отдельных странах Европейского региона ВОЗ

| Страна   | Тип ревалидации           |  |                      |                       | Штрафные санкции или награды  | Головной орган   | Другие руководящие структуры   |
|----------|---------------------------|--|----------------------|-----------------------|---|--|--|
|          | Периодичность (число лет) | Непрерывное медицинское обучение и непрерывное профессиональное развитие | Коллегиальная оценка | Обязательный характер |   |  |  |
| Австрия  | 3                         | Да   | Да                   | Да                    | Предусмотрено законом   | Австрийская медицинская палата (ПО)  | Федеральное министерство здравоохранения и по делам женщин (П); Австрийская академия врачей (ПО) |
| Бельгия  | 3                         | Да   | Да                   | Нет                   | Финансовый стимул (повышение заработной платы примерно на 4%)   | Министр здравоохранения (П) и Национальный институт страхования по болезни и инвалидности (СФ) | Нет данных   |
| Болгария | 3                         | Да   | Нет                  | Нет                   | Нет   | Министерство здравоохранения (П)   | Нет данных   |
| Венгрия  | 5                         | Да   | Да                   | Да                    | Несоблюдение требований влечет за собой необходимость сдачи специального экзамена, принимаемого комиссией | Медицинская палата   | Комитет контроля качества непрерывного медицинского обучения                                     |



|          |            |                       |     |  |   |  |   |
|----------|------------|-----------------------|-----|--|---|--|---|
| Германия | 5          | Да                    | Нет | Да (для врачей общей практики и специалистов в находящимся в договорных отношениях с общественными фондами страхования здоровья) | Несоблюдение требований влечет снижение уровня гонораров; через два года – аннулирование аккредитации | Региональные трипалаты (ПО)  | Региональные министерства здравоохранения или социальные дел (П); региональные ассоциации врачей общественных фондов страхования здоровья (ПО); Федеральная ассоциация врачей общественных фондов страхования здоровья (ПО) |
| Греция   | 5          | Да                    | Нет | Да (для врачей национальной службы здравоохранения)  | Нет   | Комитет по вопросам подготовки кадров Центрального национального совета по здравоохранению | Встреческая медицинская ассоциация; медицинские общества; медицинские учебные заведения; больницы Национальной службы здравоохранения   |
| Дания    | Нет данных | Да                    | Да  | Нет  | Нет   | Датская медицинская ассоциация (ПО)  | Национальные научные общества   |
| Ирландия | 5          | Да                    | Да  | Да   | Решение пока не принято   | Медицинский совет (П)  | Королевские коллегии (ПО); Совет по аккредитации служб здравоохранения Ирландии (НО)  |
| Испания  | Нет данных | Да (9 из 17 регионов) | Нет | Нет  | Варьирует в зависимости от региональной комиссии  | Испанская медицинская ассоциация (ПО)  | Министерство здравоохранения и образования (П); медицинские коллегии (ПО); Комиссия по непрерывному обучению работников здравоохранения; Аккредитационный совет по непрерывному медицинскому обучению                       |

Таблица 1. Ревалидация медицинских работников в отдельных странах Европейского региона ВОЗ (продолжение)

| Страна     | Тип ревалидации           |  | Обязательный характер оценки   | Штрафные санкции или награды                              | Головной орган  | Другие руководящие структуры  |
|------------|---------------------------|--|--------------------------------|---|---|---|
|            | Периодичность (число лет) | Непрерывное медицинское обучение и непрерывное профессиональное развитие |                                |   |   |   |
| Италия     | Да                        | Нет  | Да                             | Нет   | Комиссия по непрерывному медицинскому обучению Министерства здравоохранения (П) | Итальянская медицинская ассоциация (ПО)   |
| Кипр       | Да                        | Нет  | Да                             | Нет   | Медицинская ассоциация Кипра (ПО)   | Национальные научные общества   |
| Люксембург | Нет данных                | Нет  | Нет                            | Нет   | Национальная медицинская ассоциация (ПО)  | Национальные общества по отдельным медицинским специальностям (ПО);<br>больничные службы;<br>Национальное общество медицинских наук |
| Нидерланды | Да                        | Да (визитации)   | Да (для врачей-специалистов)   | Исключение из реестра врачей-специалистов (ПЬ)            | Центральная коллегия врачей-специалистов (ПЬ)                                   | Центральный информационный отдел по медицинским профессиям (П)  |
| Норвегия   | Да                        | Нет  | Да (для врачей общей практики) | Финансовые стимулы для прохождения повторной сертификации | Норвежская медицинская ассоциация (ПО)  | Министерство здравоохранения (П)  |

|                         |            |    |     |  |   |     |   |  |
|-------------------------|------------|----|-----|--|---|-----|---|--|
| Португалия              | Нет данных | Да | Нет | Нет  | Нет   | Нет | Португальская медицинская ассоциация (ПО)                             | Нет данных   |
| Румыния                 | 5          | Да | Нет | Да   | Отмена права на медицинскую практику  | Нет | Румынская коллегия врачей (НО)  | Научные общества; профессиональные организации (ПО)  |
| Словакия                | 5          | Да | Нет | Да   | Нет   | Нет | Словацкий совет по аккредитации (НО)                                  | Словацкая медицинская палата; Словацкая медицинская ассоциация (ПО); университеты; научные общества  |
| Словения                | 7          | Да | Да  | Да (ежегодно около 2,5% от общего числа врачей)  | Несоблюдение требований влечет необходимость повторного экзамена                        | Нет | Медицинская палата Словении (ПО)                                      | Министерство здравоохранения (П); Словенское медицинское общество                                    |
| Соединенное Королевство | 5          | Да | Да  | Да (практика общей и специализированной, но окончательное решение по обратной связи пока не принято) | При несоблюдении требований медицинской практики разрешена только под внешним контролем | Нет | Министерство здравоохранения (П)                                      | Генеральный медицинский совет (ПО); Королевские коллегии (врачей общей практики и специалистов) (ПО) |
| Турция                  | 1          | Да | Нет | Нет  | Нет   | Нет | Аккредитационный совет Турецкой медицинской ассоциации (ПО)           | Нет данных   |
| Финляндия               | 1          | Да | Да  | Нет  | Нет   | Нет | Национальный оценочный совет по непрерывному медицинскому образованию | Финская медицинская ассоциация (ПО)  |

Таблица 1. Ревалидация медицинских работников в отдельных странах Европейского региона ВОЗ (продолжение)

| Страна   | Тип ревалидации           |  |                       |                              | Другие руководящие структуры   |  |
|----------|---------------------------|--|-----------------------|------------------------------|--|--|
|          | Периодичность (число лет) | Непрерывное медицинское обучение и непрерывное профессиональное развитие | Обязательный характер | Штрафные санкции или награды |  | Головной орган   |
| Франция  | 5                         | Да   | Да <sup>a</sup>       | Да                           | Судебные иски от региональных советов Франции и медицинской ассоциации (учет не проводится)  | Национальные советы по непрерывному медицинскому обучению (ПО); региональные советы Французской медицинской ассоциации (ПО); Французский национальный орган руководства охраной здоровья (НО). |
| Хорватия | 6                         | Да   | Нет                   | Да                           | Несоблюдение требований влечет за собой необходимость сдачи экзамена на право продолжения медицинской практики   | Хорватская медицинская палата (НО)   |
|          |                           |  |                       |                              | Институт лицензирования и повторного лицензирования; врачебные общества по специальностям (ПО); Хорватская медицинская ассоциация (ПО); университеты; больницы |  |

|                    |            |    |     |                              |  |   |  |
|--------------------|------------|----|-----|------------------------------|--|---|--|
| Чешская Республика | 5          | Да | Нет | Да                           | В течение первых шести лет (2004–2010 г.) санкции не применяются | Медицинская палата (НО)   | Нет данных   |
| Швейцария          | Нет данных | Да | Нет | Да (для врачей-специалистов) | Исключение из членов Швейцарской медицинской ассоциации (ПО)     | Научные общества и Швейцарская медицинская ассоциация (ПО)          | Нет данных   |
| Швеция             | Нет данных | Да | Нет | Нет                          | Нет  | Институт непрерывного профессионального развития врачей Швеции (НО) | Шведская медицинская ассоциация (ПО); Шведское медицинское общество; Федерация окружных советов Швеции (П) |

а Оценка профессиональной практики

Примечание: В таблице 1 указаны типы регламентирующих органов (если известно):

НО – независимый орган;

П – правительство;

ПО – профессиональная организация;

СФ – страховой фонд.

Источники: Результаты опросных исследований по странам (Австрия, Бельгия, Германия, Испания, Нидерланды, Соединенное Королевство, Франция); веб-сайты Европейского союза медицинских специалистов и Европейской медицинской сети (остальные страны).

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 один год – на 10% и через два года – на 25%. Если удостоверение о пройденных курсах непрерывного медицинского обучения 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 непрерывного медицинского обучения. В конце июня 2009 г. будет впервые проведена аналитическая оценка системы непрерывного медицинского обучения. Планируется ее объединение с системами обеспечения качества, что будет способствовать более широкому подходу к непрерывному профессиональному развитию.

В Соединенном Королевстве за проведение оценки подготовленности врачей к профессиональной практике отвечает Генеральный медицинский совет, который разрабатывает механизмы переаттестации совместно с государственными и профессиональными органами. В июле 2006 г. Главный государственный врач Англии вынес на общественное обсуждение вопрос о путях дальнейшего развития, предложив разбить процесс переаттестации на два следующих этапа:

1. повторное лицензирование для разрешения продолжения практики в качестве медицинского работника;
2. повторная сертификация для осуществления практики в качестве врача общей практики или специалиста (23).

Повторное лицензирование должно происходить каждые пять лет на основе пересмотренной модели оценки, используемой национальной службой здравоохранения, но применяемой ко всем врачам вне зависимости от места работы и включающей общие и специальные стандарты Генерального медицинского совета, а также учет мнений пациентов и коллег (система полной обратной связи). Повторная сертификация врачей будет производиться 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 (20). Фактические данные в поддержку повторной сертификации могут поступать из различных источников (в зависимости от специальности), включая клинические проверки, теоретические экзамены, отзывы пациентов, оценки руководителей по месту работы, участие в мероприятиях постоянного профессионального развития, наблюдение за практической деятельностью (24). За качество осуществления всего процесса будет отвечать Генеральный медицинский совет.

В некоторых странах участие в мероприятиях непрерывного медицинского обучения является традиционной практикой. В Австрии программа непрерывного медицинского обучения для лицензированных врачей (Diplom-Fortbildungs-Programm) была одобрена в декабре 2001 г. и дает удостоверение 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 участию в программах непрерывного медицинского обучения и постоянного профессионального развития обязательный характер, 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 (25).

В Бельгии врачи общей практики и специалисты обязаны по закону соответствовать определенным профессиональным стандартам и получают финансовые стимулы для достижения более высоких уровней аккредитации. Решением министра здравоохранения присваиваются лицензии на право практики, и врачи общего профиля должны соблюдать следующие требования: ведение медицинской документации в отношении пациентов; участие в местном обслуживании по вызову; обеспечение преемственности в оказании помощи; выполнение не менее 500 консультаций ежегодно; 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 лицен-

зионным 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 болезни и инвалидности 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% (26). 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.

Во Франции внедрена система, содержащая 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. Более того, были выявлены, в частности, следующие проблемы:

- дефицит информации о клинической деятельности врачей;
- высокая стоимость и трудности с обеспечением устойчивого финансирования мероприятий по непрерывному медицинскому обучению;
- конфликты интересов в системе управления;
- недоработки принципиальных основ и принципов организации системы (27).

Помимо этого, поскольку юридический статус учреждений, отвечающих за регламентирование вопросов непрерывного медицинского обучения и за оценку профессиональной практики, не один и тот же, проведение оценки нередко сопряжено с трудностями, и контроль за соблюдением данных требований откладывается. Поскольку введение обязательного непрерыв-



вного медицинского обучения в 1996 г. не привело к повышению уровня участия врачей в таких программах, многие выражают сомнение в том, что поведение врачей изменится при отсутствии четких механизмов контроля.

В Испании непрерывное медицинское обучение, по имеющимся данным, является фрагментированным, однако на уровне регионов (собственно, отвечающих за обеспечение медицинского обслуживания населения) интерес к разработке схем сертификации и ресертификации возрастает. В национальном законодательстве зафиксирована необходимость как сертификации, так и повторной сертификации, и медицинские коллегии создали системы добровольного непрерывного медицинского обучения. В 1998 г. Испанская комиссия по непрерывному обучению работников здравоохранения внедрила на национальном уровне систему непрерывного обучения, в основу которой был положен опыт провинции Каталония по использованию "всесторонней системы непрерывного медицинского обучения и аккредитации врачей" (28). Однако по состоянию на 2005 г. только 9 из 17 региональных комиссий внедрили эту систему.

Как показывает этот краткий обзор, имеется значительный разброс в том, какие требования предъявляются к врачам и каким образом осуществляется контроль за их соблюдением. Это отражает разнообразие традиций, таких как понятие о свободных профессиях и представления о роли государства, различия в степени децентрализации управления с делегированием полномочий региональным органам и в функциях основных игроков, таких как фонды социального страхования.

### ***Примеры систем непрерывного обучения из стран за пределами Европы***

Одним из наиболее всесторонних подходов к непрерывному обучению обладают Соединенные Штаты Америки, где действует система сертификации советами по специальности. Изначально это была добровольная система, которая оказывала всяческое давление на врачей, с тем чтобы они стремились получить сертификацию и позднее ресертификацию; в результате, по состоянию на 2006 г., в США были сертифицированы 87% врачей (29). Один из движущих факторов – 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. 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, и было включено новое условие для сохранения сертификации – оценка показателей практической деятельности.

Во всех специальностях для подтверждения сертификации требуется соблюдение следующих четырех условий:

1. активная и неограниченная лицензия в том штате, где практикует врач;
2. самооценка уровня знаний в целях повышения и укрепления стандартов непрерывного медицинского обучения, включая способность продемонстрировать значительные успехи в обучении;
3. прохождение строгой экзаменационной проверки уровня знаний, без права пользования дополнительными источниками информации (пособиями, учебниками) в ходе экзамена;
4. оценка практических навыков на рабочем месте.

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 (29). Медицинская лицензия – это юридическое требование, необходимое для осуществления медицинской практики в США, в то время как сертификация, полученная от совета по специальности, является факультативной. Высказаны мнения о том, что одно из основных преимуществ этой системы – независимость национальных органов оценки от прямого влияния профессионального сообщества (30).

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 (26). 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 practice). 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 (1).

Национальное правительство Австралии начало активно подчеркивать важность качества и безопасности оказания медицинской помощи с начала 1990-х годов, когда был основан Австралийский совет по безопасности и качеству медицинского обслуживания. Система здравоохранения Австралии децентрализована: выдача лицензий на право врачебной практики, а также разбор жалоб пациентов и случаев неудовлетворительной работы медиков осуществляются медицинскими советами на уровне штатов (провинций). Вместе с тем, врач, лицензированный в одном штате, может практиковать и в других (23). В Новом Южном Уэльсе с 2000 г. все врачи обязаны ежегодно демонстрировать уровень подготовленности к практике. При этом они сами предоставляют детальные сведения по следующим аспектам: приобретенная квалификация и опыт; состояние здоровья; пребывание под судом и следствием; дисциплинарные меры; и так называемый "профессионализм". По последней позиции представляется информация об участии в программах непрерывного медицинского обучения или в программах обеспечения профессиональных стандартов, проводимых профильными национальными медицинскими коллегиями. В настоящее время, однако, нет прямой связи между соблюдением сроков подачи ежегодной информации и подтверждением государственной регистрации (ресертификацией) (23).

## **Потенциальные стратегические подходы к совершенствованию процессов непрерывного обучения**

### *Какие имеются модели?*

Несмотря на то, что соответствующие методики в большинстве стран Европы находятся еще в процессе развития и оптимальный подход не определен, по-видимому, еще далеко не полностью исчерпаны потенциальные возможности использования опыта стран с более развитыми системами непрерывного обучения. Изучение опыта Канады, Новой Зеландии и Соединенного Королевства (31) позволило выделить две широкие категории моделей, применяемых для оценки текущего уровня профессиональной компетентности: обучающая модель и оценочная модель, причем последняя может быть далее разделена на четыре типа. Ниже приведено суммированное описание самих моделей и их современного использования в Европе (см. также табл. 1).

#### *Обучающая модель*

Программы в рамках этой модели обычно стимулируют такие процессы, как участие в плановых мероприятиях непрерывного медицинского обучения, самооценка потребностей в дополнительном обучении, анализ отзывов пациентов, оценка научной деятельности и результатов проверок. Большинство

из них базируется на принципах непрерывного повышения качества. Эта модель направлена на повышение уровня клинической компетентности, но не выявляет врачей с низкими показателями профессиональной деятельности. Все страны, приведенные в табл. 1, применяют обучающую модель, некоторые из них в сочетании с другими моделями.

### *Оценочная модель*

Модель, основанная на оценке деятельности практического врача, подчеркивает показатели текущей деятельности и демонстрирует уровень компетентности. Таким образом, эта модель более тесно соответствует идее подтверждения профессиональной квалификации. Для оценки используются инструменты из арсенала методик пред- и последипломного обучения, но адаптированные для конкретных задач оценки деятельности практических врачей. Они включают, в частности, следующие методы: интервью; устные экзамены с анализом конкретных клинических случаев; анализ медицинской документации; балльная оценка, которую дают коллеги; вопросники по уровню удовлетворенности медицинским обслуживанием, заполняемые пациентами; наблюдение за процессом оказания помощи конкретным пациентам. В одном из исследований (31) было выделено четыре вида оценки, каждый – со своими собственными трудностями.

Оценка в качестве ответной меры: этот вид включает в себя оценку деятельности практического врача только в качестве реакции на жалобу или сообщение об имеющейся проблеме. Очевидно, что применение такого метода не может выявить всех работников с плохими показателями деятельности. Ни одна из стран, приведенных в табл. 1, не полагается исключительно на эту модель.

Периодическая сплошная проверка: включает плановое проведение полной оценки всех сфер компетентности в отношении всех врачей. Сюда может включаться оценка результатов лечения пациентов, оценка медицинских знаний и компетентности клинических суждений (подтверждение квалификации), а также отзывы коллег и пациентов. Это весьма амбициозный, но по-видимому мало реалистичный подход, и ни одна из стран, упомянутых в табл. 1, в полной мере его не осуществляет.

Сплошная скрининговая оценка: проводится по набору конкретных специфических критериев и нацелена на выявление более широких параметров сниженной компетентности путем фокусирования на определенных индикаторах качества. В качестве скрининговых тестов могут применяться балльные оценки коллег, вопросники по самооценке и вопросники, заполняемые пациентами. Однако пока не удалось выявить ни одного простого и практичного скринингового теста, изолированное применение которого могло бы с достаточной надежностью и достоверностью ука-

зывать на слабые показатели деятельности. Данная модель принята в Австрии, Венгрии, Ирландии, Нидерландах, Словении, Соединенном Королевстве и Франции.

Скрининг в группе высокого риска: предполагает выявление группы высокого риска с целью детальной оценки. Один из подходов заключается в использовании базы данных для выявления работников с неблагоприятными показателями по ряду параметров – таких как практика назначения лекарств или направление на другие уровни оказания помощи. Другой путь – определить группу врачей, для которых характерен в целом более высокий риск предоставления недостаточно высококачественной помощи, например врачи старшего возраста (17). Ни одна из стран, упомянутых в табл. 1, официально не использует этот подход. Данный тип определения целевых групп чреват нарушением законов о вторжении в частную жизнь и прав человека, и на практике, по-видимому, не будет работать.

Основная трудность в деле обеспечения надлежащего уровня практической подготовленности врачей – это отсутствие научно-доказательных данных об эффективности тех или иных методов скрининговой оценки их деятельности. В частности, обзоры фактических данных по эффективности аудитов и обратной связи (32), самооценки (33), обратной связи из множественных источников (34,35) и оценки результатов оказания помощи по отзывам пациентов (36) обнаружили, что несмотря на возможную эффективность этих подходов для улучшения профессиональной практики и повышения качества медицинского обслуживания, все еще мало известно о том, могут ли они способствовать улучшению здоровья пациентов, и какова их экономическая эффективность. Фактические данные о непрерывном медицинском обучении и непрерывном профессиональном развитии (37–40) и ресертификации (3,41–48) предполагают, что эти методы могут улучшать результаты в отношении здоровья пациентов, но и в этом случае надежные данные по экономической эффективности по большей части отсутствуют.

### ***Механизмы регламентации и контроля***

Результаты исследований на материалах Канады, Новой Зеландии и Соединенного Королевства (31), а также международный обзор (включая данные из Австралии, Канады, Нидерландов, Новой Зеландии, США и Финляндии) о механизмах регламентации деятельности врачей, выполненный по заказу Главного государственного врача Англии (23), показали, что в европейских и других международных подходах к обеспечению готовности к практике преобладают принципы профессионального саморегулирования. Вместе с тем, англо-американская модель "чистого" саморегулирования, по-видимому, постепенно меняется, все чаще сочетаясь с формами совместного

регулирования в партнерстве с официальными государственными организациями или финансирующими структурами. Это видится как механизм повышения прозрачности и достижения более прочной подотчетности внешним органам руководства. В некоторых странах осуществляются попытки разделения структур, осуществляющих лицензирование, от структур, рассматривающих жалобы пациентов, что также отражает озабоченность в отношении возможных проявлений протекционизма. Было высказано мнение о том, что разделение оценочных органов от национальных структур с функциями защиты интересов пациентов – это основное преимущество органов сертификации в США и Канаде (30).

В этой связи обсуждается вопрос о том, как обеспечивать контроль за соблюдением правил оценки. Широко распространено мнение о том, что этот процесс должен быть прозрачным, не носить карательный характер, обеспечивать соблюдение прав как пациентов, так и врачей; основные усилия должны сосредоточиваться на содействии профессиональному развитию и выявлении ограниченного числа "плохих" врачей (49). Так, например, в Бельгии аккредитация не носит обязательного характера, но поощряется путем стимулирования врачей, которые участвуют в этом процессе, предоставляя им потенциальную возможность более высоких заработков. Во Франции, несмотря на юридическую обязательность, многие врачи не участвуют в программах непрерывного медицинского обучения, по всей видимости вследствие сочетания отсутствия стимулов (как положительных, так и отрицательных) и мониторинга. Таким образом, эффективность политики по повышению качества во многом зависит от того, как контролируется ее соблюдение.

Важная характеристика системы здравоохранения, которая в значительных пределах варьирует по странам и имеет большое воздействие на регламентирование профессиональной практики, – это наличие информации. Хорошо налаженные информационные системы необходимы для осуществления многих форм контроля, основанных на достоверной оценке результатов оказания помощи пациентам. Страны с детально разработанными системами медицинской информации и функционирующей системой электронной медицинской документации будут иметь в этом отношении определенные преимущества.

### **Выводы и соображения по внедрению**

Современная ситуация способствует внедрению той или иной формы непрерывной оценки степени готовности врачей к профессиональной практике в ряде стран Европейского региона ВОЗ. Озабоченность в связи с широко освещенными в печати случаями нарушений врачами своих профессиональных обязанностей способствует повышению общественного внима-

ния к вопросам обеспечения качества медицинского обслуживания в целом. Эта более широкая озабоченность связана с ростом значения, которое придается на современном этапе реформ здравоохранения вопросам государственной подотчетности поставщиков медицинской помощи. Лицам, отвечающим за разработку политики, следует принимать во внимание целый ряд аспектов, связанных с конкретными характеристиками оценки готовности к профессиональной практике.

В зависимости от условий конкретной страны оптимальные методики могут различаться, однако можно выделить и некоторые наиболее общие принципы. Обсуждая цели, стоящие перед процессом ревалидации, большинство стран признают важность постоянного совершенствования деятельности врача, и в связи с этим внедряют системы непрерывного медицинского обучения или непрерывного профессионального развития. В масштабах Европейского региона, однако, нет единой точки зрения относительно необходимости оценки, равно как и нет единого практического теста, с помощью которого можно достоверно определить, кто из врачей работает плохо и требует более тщательной оценки. Также не ясно, в какой мере та или иная система может, к примеру, предотвратить случаи криминальной практики со стороны врачей, таких, например, как история британского врача и одновременно серийного убийцы Гарольда Шипмена. Это представляет особую важность в связи с крайне высокой стоимостью некоторых из таких систем, негативным эффектом отвлечения большого числа врачей на мероприятия мониторинга в условиях дефицита врачей во многих странах, а также в связи с риском непредвиденных последствий, таких как возникновение барьеров для инноваций. Тем не менее, в странах, проводящих реформы здравоохранения, в типичных случаях направленные на разделение функций закупщика и поставщика медицинских услуг и повышение управляющей роли государства тенденции в отношении развития усовершенствованных механизмов контроля качества будут, по-видимому, нарастать.

Не вполне ясно также, какие структуры в рамках системы здравоохранения лучше всего приспособлены для того, чтобы взять на себя ответственность за оценку показателей деятельности врачей. По-видимому, наиболее распространенной точкой зрения является то, что саморегулирование в рамках профессиональных организаций воспринимается более позитивно, по сравнению с государственным контролем, и это снижает стимулы к уклонению или прямому неподчинению требованиям. Некоторые аналитики отмечают, что чрезмерное регламентирование может фактически скорее разрушить, чем повысить уровень доверия к профессиональным работникам и государственным службам путем культивирования атмосферы подозрения (50). Возможно в качестве отражения растущего уровня осведомленности

об этих проблемах более распространенными становятся формы совместного регулирования в партнерстве между профессиональными организациями, государственными структурами и закупщиками услуг (например страховыми фондами).

В то же самое время саморегулирование порождает озабоченность в отношении протекционизма. И напротив, также важно, чтобы в условиях конкуренции врачей саморегулирование не превратилось бы в инструмент персональной взаимной вражды. Эти соображения особенно важны в некоторых странах восточной части Европейского региона ВОЗ, где имелось множество примеров, когда в годы коммунистического правления контроль за деятельностью медицинских работников приводил к злоупотреблениям. Потенциальным решением подобных проблем могло бы явиться организационное разделение оценочных структур и национальных органов с функциями защиты интересов пациентов, как это практикуется, например, в системах сертификации США и Канады.

На вопрос о том, какой из методов контроля за проведением оценки врачей является наиболее эффективным, также нет окончательного ответа: для каждой страны, по-видимому, могут быть характерны различные оптимальные соотношения стимулов и штрафных санкций. Наиболее суровая штрафная санкция, применяемая в настоящее время, – это отзыв лицензии на право врачебной практики. Более мягкий вариант – это потеря сертификации, как это практикуется в США, где сертификация не является юридически обязательной для осуществления медицинской практики. Один из факторов, имевших весьма важное значение для эффективности системы сертификации в США, – это то, что эта система вводилась только после поэтапной оценки и валидации методов оценки в течение длительного периода времени. Это указывает на то, что страны, предполагающие вводить аналогичную систему, должны осуществлять процесс постепенно.

Так же как и по вопросу с контролем, другой важный вопрос внедрения – это наличие информации. Информационные системы, компьютерные системы в здравоохранении и действующие системы электронной медицинской документации необходимы в целях внедрения и оценки эффекта ревалидации.

Наконец, разработчики политики должны рассмотреть вопрос о том, как осуществлять финансирование системы непрерывного обучения. Многие страны испытывают серьезные трудности в процессе мобилизации необходимых ресурсов для внедрения даже наиболее базовых стратегий, направленных на совершенствование профессиональной деятельности врачей, таких как непрерывное профессиональное развитие. Одно из решений –



это обращение в частный сектор, например к фармацевтической индустрии, которая могла бы оказать поддержку этой деятельности. Потенциальная проблема здесь заключается в том, что в такой ситуации фармацевтическая индустрия сможет оказывать влияние на содержание учебных занятий в рамках непрерывного профессионального развития. В странах, где фармацевтическая индустрия является основным финансирующим органом для непрерывного профессионального развития и других программ совершенствования и оценки работы врачей, правительство должно рассматривать возможности создания независимого регламентирующего органа для приведения повестки дня обучения в соответствие с потребностями системы здравоохранения.

Данный обзор политики, проводимой в европейских странах, демонстрирует значительные различия в осуществляемой практике. Это в целом не вызывает удивления, поскольку имеется много потенциальных методов оценки деятельности врачей. Однако возможно наиболее тревожным аспектом составления данного аналитического обзора были трудности выявления даже наиболее базовой информации о том, каким образом работают системы. Скудность данных и информации наряду с разнообразием практики свидетельствует о целесообразности организации форума для систематического открытого обсуждения вопросов, касающихся регламентирования деятельности медицинских работников, где странам было бы предложено предоставлять сообщения о своей практике, фактические данные, делиться проблемами, что в конечном итоге могло бы стать основой для составления европейских рекомендаций. Европейское региональное бюро ВОЗ могло бы рассмотреть возможность организации такого форума, в котором заинтересованные стороны (такие, как министерства здравоохранения и высшего образования, профессиональные ассоциации) могли бы собираться вместе с целью рассмотрения текущей практики в различных странах Европы и формирования консенсуса о том, как наилучшим образом строить базу фактических данных и устанавливать стандарты. На уровне Европейской комиссии отмечается достаточно ограниченный прогресс. На одной из встреч в 2006 г. группа высокого уровня по службам здравоохранения и оказанию медицинской помощи сделала заключение, что "нет четкого консенсуса относительно того, какие конкретные действия должны быть осуществлены в целях дальнейшего продвижения таких вопросов, как непрерывное профессиональное развитие"; в соответствии с этим на повестке дня в настоящее время еще не стоит вопрос о новой директиве, касающейся деятельности работников здравоохранения (51).

## Библиография

1. Pringle M. *Revalidation of doctors: the credibility challenge*. London, The Nuffield Trust, 2005.
2. Brennan TA et al. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292:1038–1043.
3. Sutherland K, Leatherman S. Does certification improve medical standards? *British Medical Journal*, 2006, 333:439–441.
4. Shaw C. The role of external assessment in improving health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:167.
5. Klazinga N. Re-engineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in Western European health care systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:183–189.
6. Heaton C. External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project. External Peer Review Techniques. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:177–182.
7. Beyer M et al. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice*, 2003, 20:443–451.
8. *Attitudes to medical regulation and revalidation of doctors research among doctors and the general public*. London, Market & Opinion Research International Ltd, 2005.
9. *Awareness of and attitudes toward board-certification of physicians*. Research for the American Board of Internal Medicine. Princeton, Gallup Organization, 2003 ([http://www.abim.org/pdf/publications/Gallup\\_Report.pdf](http://www.abim.org/pdf/publications/Gallup_Report.pdf), accessed 25 April 2008).
10. Bristol Royal Infirmary Inquiry. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995*. London, The Stationery Office, 2001.
11. The Shipman Inquiry. *Safeguarding patients: lessons from the past, proposals for the future*. London, The Stationery Office, 2004:1023–1176.
12. Hyerman J et al. Changing professional roles in primary care education. In: Saltman RB, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. New York, Open University Press, 2006:165–183.

13. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370–376.
14. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
15. Wilson RM et al. An analysis of the causes of adverse events from the quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 1999, 170:411–415.
16. *Medical errors*. Brussels, European Commission, 2006 (Special Eurobarometer 241; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/eb\\_64\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf), accessed 25 April 2008).
17. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:260–273.
18. *Consultation regarding Community action on health services*. Brussels, European Commission, 2006 (SEC (2006) 1195/4).
19. Rosenmöller M, McKee M, Baeten R, eds. *Patient mobility in the European Union. Learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the Europe for Patients project and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/2006052\\_2\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/2006052_2_1), accessed 25 April 2008).
20. *Report of the high level process of reflection on patient mobility and healthcare developments in the European Union*. Brussels, European Commission, 2004 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/keydocs\\_overview\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/keydocs_overview_en.htm), accessed 25 April 2007).
21. European Commission. Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications of 30 September 2005. *Official Journal of the European Communities*, 2005, L 255:22–143.
22. Department of Health. *White paper: trust, assurance and safety – the regulation of health professionals in the 21st century*. London, The Stationery Office, 2007.
23. 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*. London, Department of Health, 2006.
24. General Medical Council. Revalidation. *GMC Today*, 2007, May:8–9.
25. *Guideline of the Austrian Medical Chamber on CME*. Vienna, Austrian Medical Chamber, 2004.

26. Peck C et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *British Medical Journal*, 2000, 320:432–435.
27. D'Autume C, Postel-Vinay D. *Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2006.
28. Gual A et al. Doctors in Spain: an old country, old and new structures, and a new future. *The Clinical Teacher*, 2005, 2(1):59–63.
29. Cassel C, Holmboe ES. Professional standards in the USA: overview and new developments. *Clinical Medicine*, 2006, 6:363–367.
30. Dauphinee WD. Self regulation must be made to work. *British Medical Journal*, 2005, 330:1385–1387.
31. St George I, Kaigas T, McAvoy P. Assessing the competence of practicing physicians in New Zealand, Canada, and the United Kingdom: progress and problems. *Family Medicine*, 2004, 36:172–177.
32. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD000259.
33. Davis D et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:1094–1102.
34. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2003, 23:4–12.
35. Overeem K et al. Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? A systematic review. *Medical Education*, 2007, 41:1039–1049.
36. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2006, 12:559–568.
37. Davis D. Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1998, 28:21–39.
38. Brown C, Belfield C, Field S. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of evidence. *British Medical Journal*, 2002, 324:652–665.

39. Bloom B. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2005, 21:380–385.
40. Marinopoulos SS et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evidence Report/Technology Assessment*, 2007, 149:1–69.
41. Norcini JJ, Lipner RS, Kimball HR. Certifying examination performance and patient outcomes following acute myocardial infarction. *Medical Education*, 2002, 36:853–859.
42. Prystowsky JB, Bordage G, Feinglass JM. Patient outcomes for segmental colon resection according to surgeon’s training, certification, and experience. *Surgery*, 2002, 132:663–670.
43. Sharp LK et al. Specialty board certification and clinical outcomes: the missing link. *Academic Medicine*, 2002, 77:534–542.
44. Silber JH et al. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology*, 2002, 96:1044–1052.
45. Clay SW, Conatser RR. Characteristics of physicians disciplined by the state medical board of Ohio. *Journal of the American Osteopathic Association*, 2003, 103:81–88.
46. Kohatsu ND et al. Characteristics associated with physician discipline: a case–control study. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164:653–658.
47. Khaliq AA et al. Disciplinary action against physicians: who is likely to get disciplined? *American Journal of Medicine*, 2005, 118:773–777.
48. Chen J et al. Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 21:238–244.
49. Kmietowicz Z. Revalidation must serve doctors and the public. *British Medical Journal*, 2005, 330:1385–1387.
50. O’Neill O. *A question of trust: the BBC Reith Lectures 2002*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
51. *Report on the work of the High Level Group in 2006*. Brussels, Directorate-General for Health and Consumer Protection, European Commission, 2006 (HLG/2006/8 FINAL).

Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Copenhagen Ø,  
Denmark  
Тел.: +45 39 17 17 17.  
Факс: +45 39 17 18 18.  
Эл. адрес: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и руководствах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решения данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать читателям идеальные модели или подходы, а в том, чтобы дать описание потенциальных стратегических решений, основанных на синтезе ключевых научных данных и анализе их применимости к политике в рассматриваемой области.

### **Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)**

Европейское региональное бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств - членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационного записки. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/hen>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

### **Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения**

– это партнерство, которое поддерживает и продвигает процесс формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу выработки обоснованных рекомендаций по стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).