

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ФТИЗИАТРА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В. Коломиец, доктор медицинских наук, профессор
Курский государственный медицинский университет
E-mail: vlacom@mail.ru

Рассматриваются проблемы аккредитации фтизиатров при введении непрерывного медицинского образования. Принятие профессионального стандарта по фтизиатрии позволит координировать разработку учебных модулей дистанционного обучения, а также расширить диапазон форм освоения кредитов врачами-фтизиатрами.

Ключевые слова: фтизиатрия, аккредитация.

На рубеже XXI столетия эпидемическую ситуацию по туберкулезу в стране удалось стабилизировать, однако Россия продолжает находиться в числе стран европейского региона с высоким риском распространения туберкулеза [1]. Минздрав России продолжает выделять значительные средства на борьбу с туберкулезом в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» и, соответственно, всех региональных программ [2]. Значение решения проблем туберкулеза обозначено в указах Президента РФ. Так, в соответствии с Указом от 07.05.2012 №598 принята система индикаторов для контроля эффективности решения проблемы. К примеру, поставлена задача к 2018 г. снизить показатель смертности от туберкулеза до 11,8 случаев на 100 тыс. населения [5]. В таких условиях, наряду с поиском новых противоэпидемических мероприятий и их интенсификацией необходима качественная подготовка квалифицированных кадров. Достижению этой цели должна способствовать введенная в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ аккредитация медицинских работников (вместо сертификации), по результатам которой они могут быть допущены к медицинской и фармацевтической деятельности. Почти решен и один из главных вопросов – финансирование мероприятия (работы); в соответствии с Приказом Минздрава России №575н предусмотрено привлечение к финансированию аккредитации страховых организаций. Правда, пока не определено, как будет финансироваться аккредитация специалистов, занятых в бюджетных и частных медицинских организациях.

Процедура будет включать 3 этапа: тестирование, оценку компетенций на симуляционном оборудовании и решение клинических задач. Всего будет предлагаться выполнить 60 заданий с 4 вариантами ответов на каждое в течение 90 мин. Не рассматривая вопрос о том, насколько эта процедура будет отличаться от традиционной отечественной практики сертификационного экзамена, представляется целесообразным остановиться на этапах работы специалиста, предшествующих этой процедуре.

Рассмотрим отличия применявшихся ранее форм дополнительного образования (ДПО), по результатам которых специалист допускался к сертификационному экзамену, от внедряемой новой модели непрерывного медицинского образования (НМО). К обучению по этой модели должны

подключиться все специалисты, которые получили/продлили сертификат специалиста после 01.01.2016 г. Каждый, кто вступает в систему НМО, должен зарегистрироваться на сайте edu.rosminzdrav.ru Координационного совета Минздрава России по НМО, составить собственный план обучения (выбирать электронные материалы и мероприятия, отчитываться) и следить за накопленными баллами. На сайте в разделе «Пятилетние циклы обучения» следует создать «Личный кабинет», вести в нем свой индивидуальный 5-летний план обучения и приступить к его реализации. При очередной аккредитации будут учитываться результаты различных форм НМО в часах (баллах, кредитах) в течение 5 лет, всего 250 – по 50 в год (формируется портфолио). Обучение на разных формах НМО (конференции, симуляционные тренинги, мастер-классы или привычные циклы повышения квалификации, включая дистанционные электронные образовательные модули и т.д.) необходимо будет подтвердить отчетом. Большую часть баллов (от 70%) надо получить именно по своей специальности, а не по смежным.

Аккредитация, введенная законом №323-ФЗ (ст. 69, п. 3), должна осуществляться по окончании освоения специалистом основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже 1 раза в 5 лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В течение более чем 5 лет этими уполномоченными органами разрабатывались, бесконечно изменяясь и дополняясь, все процедуры, а также порядок системы НМО с последующей аккредитацией. Какие же проблемы решались (или не решены) и все ли теперь приемлемо и возможно в аккредитации врача по специальности «фтизиатрия»?

Очевидно, что проблемы НМО необходимо рассмотреть отдельно для образовательных организаций (ОО) и самих обучающихся специалистов (в данном случае речь идет о фтизиатрах – ОСФ). До настоящего времени в качестве первых рассматриваются ОО высшего профессионального образования – вузы, получившие соответствующие лицензии. Перед ними стоит задача подготовки образовательных программ и предоставление их ОСФ в виде учебных модулей (УМ) с целью использования в том числе и для дистанционного обучения (ДО).

Для обучения врачей на территории РФ в качестве примера были переведены на русский язык и отредактированы электронные обучающие модули от компании BMJ Publishing Group Limited – издательства Британского общества врачей, предоставляющего доступный информационный ресурс для врачей-терапевтов и врачей общей практики. Данные модули уже активно используются врачами первичного звена более чем в 50 странах – Великобритании, Австрии, Испании, США, Австралии, Новой Зеландии, ОАЭ и др. Для России все модули по различным специальностям отредактированы руководителями вузов, научно-исследовательских учреждений, академиком РАН. Каждый модуль рассчитан на 1 ч образовательной активности врача и равен 1 кредиту (единицы измерения образовательной активности). Модули снабжены тестовыми вопросами для контроля знаний и визуальными материалами; они рекомендованы для использования в системе НМО Координационным советом по развитию НМО. Модули представляют собой особый формат электронного издания для НМО, содержащий текстовую информацию, иллюстрации, видео- и аудиоряд, а также механизмы для контроля полученных знаний и размещенные на образователь-

ных интернет-сайтах вузов или НИИ, получивших право на проведение аккредитации. После выполнения плана специальной комиссией и проверки отчета специалист допускается к аккредитации. Модули по фтизиатрии предстоит разрабатывать.

В конечном итоге в принятой системе НМО для врача новым (да и то относительно) является использование методов ДО. Очевидно, не стоит останавливаться на целесообразности введения этого метода именно в медицинском образовании (принят приказ во исполнение закона, медицинские же работники — законопослушные специалисты). Заметим лишь, что сравнительно недавно такой вид обучения считался в отечественной медицине практически малопродуктивным (если вообще приемлемым). Более того, при внедрении программ с учетом рекомендаций Болонского процесса (где как раз широко используется это метод) ректорами медицинских вузов был согласован вопрос о нецелесообразности применения таких программ в практике высшей медицинской школы.

Мало используется в рекомендованной форме ДО и за рубежом [4]. Конечно, развитие системы ДО, с одной стороны, обусловлено ускоренной сменой технологий в медицинской практике, требующих практически непрерывного переобучения персонала; внедрением сложных систем и технологий при ограниченном количестве преподавателей; невозможностью отрывать от исполнения должностных функций на длительный срок для переобучения большое число специалистов. С другой стороны, широкое распространение информационно-компьютерных технологий позволяет более успешно внедрять ДО.

Но для успешного функционирования системы необходимо доработать соответствующую нормативно-правовую базу и создать информационное обеспечение в виде баз данных слушателей, преподавателей, учебных материалов, которые позволяя быстро и эффективно организовывать занятия. При этом технологическая база системы ДО медицинских работников должна включать открытый стандарт образовательных мероприятий ДО и его интеграцию с другими популярными программными платформами ДО, перечень аппаратных средств с необходимыми требованиями к ним, а также проект интеграции оборудования и программного обеспечения. Как видно из имеющихся нормативно-правовых положений по НМО, до выполнения всех требований еще далеко, поэтому необходимо исходить из имеющихся возможностей.

Какие же технологии ДО наиболее целесообразно и возможно использовать при внедрении системы НМО для работников противотуберкулезной службы?

Первая — технология «обучение по переписке» с предоставлением заданий и учебных пособий в виде мультимедийной информации (печатные, аудио-, видео-, текстовые электронные материалы) по почте, факсу, электронной почте с возвратом их для проверки. Однако при этой технологии совершенно очевидна необходимость очных встреч обучаемых и преподавателей (установочные лекции, семинары, тренинги, консультации, контрольные мероприятия). Уже сейчас эта система ДО широко используется при сертификационных и тематических циклах усовершенствования по специальности. Более того, почему нельзя как форму ежегодного участия в НМО учитывать участие специалиста в регулярно проводимых территориальных и ведомственных «днях специалиста», «заседаниях научного общества» (общественных организаций специалистов)?

Вторая — информационно-компьютерное обучение. Возможно использовать Интернет, включая локальные сети, для

освоения обучающих программ, электронных учебников, материалов электронных библиотек, сетевых баз данных и компьютерных тестов. Именно этот вид — создание УМ — сейчас рекомендуется наиболее широко.

Третья — электронные конференции (форум в сети Интернет) в режиме *offline* как составная часть или самостоятельный учебный процесс, очевидно, будут иметь эксклюзивный характер, так как вряд ли они доступны для участия каждого слушателя в обсуждении, предоставлении своего сообщения или комментария. Такой тип конференции к тому же требует хорошего технического оснащения. По этим же причинам малопродуктивно использование видеоконференций в режиме *online*, когда возможно, не покидая места работы или проживания, при «живом» общении получать необходимые знания и навыки.

Анализ функционирования мировых образовательных систем показывает, что затраты на дистанционное обучение в среднем составляют примерно 50% от требуемых на традиционные формы обучения.

Представляется целесообразным из проблем переходного периода НМО во фтизиатрии выделить несколько существенных, обусловленных спецификой специальности и патоморфозом заболевания.

1. До настоящего времени не разработан и не описан порядок формирования аккредитационных комиссий (АК), которые будут проводить аккредитацию на территории каждого субъекта РФ и состоять из представителей профессионального медицинского сообщества, сотрудников медицинского вуза и представителей органов власти (состав будет утверждать Минздрав России). Для фтизиатров отдаленных территорий это имеет принципиальное значение, так как даже не во всех вузах есть соответствующие специалисты. Между тем ОСФ еще долго будут ориентироваться на прохождение аккредитации в ближайших территориальных АК.

2. Не разработаны квалификационные требования по специальности фтизиатрия, следовательно, отсутствуют и единые рекомендованные программы НМО. И здесь невозможно дистанцироваться от вопроса о функциях фтизиатра в настоящее время — какие профессиональные компетенции он должен постоянно поддерживать и осваивать новые. При ограниченном числе больных (в настоящее время на 1 участкового врача приходится 43 пациента, а из всех посещений не более 62,7% обусловлено заболеваниями) невольно встает вопрос о сокращении кадров фтизиатров и освоении ими дополнительных специальностей (иными словами — давно известная проблема интеграции фтизиатрии и пульмонологии: фтизиопульмонология). Учтем и положение об аккредитации, в котором предусмотрено, что не менее 80% осваиваемых кредитов должны быть по основной специальности. Это необходимо учесть при разработке тематики и УМ для ДО.

Совершенно очевидно, что это обстоятельство осложняет работу ОО по формированию УМ. Более того, непонятно, необходимо осваивать всю программу в течение 5 лет или нет, какие темы врач будет осваивать ежегодно. Наконец, принципиальный вопрос: необходимо ли и как учитывать эффективность освоения ежегодной программы в 50 кредитов? Конечно, возможно ввести тестирование врача после освоения им определенной темы и балльную систему оценки, однако опыт показывает, что при использовании дистанционных технологий такая методика крайне неэффективна.

3. В условиях практического здравоохранения врачу-фтизиатру трудно выполнять «план» по кредитам. Прежде всего, по крайней мере в настоящее время, необходимо учесть

кадровый состав специалистов, оказывающих специализированную медицинскую помощь при туберкулезе. Согласно данным официальной статистики [2], практически большинство врачей-фтизиатров работают участковыми, а с учетом территориального распределения – в сельской местности. К тому же необходимо учесть квалификационный уровень – в целом по стране из числа фтизиатров врачебную категорию имеют лишь 58,7%. Даже в условиях мегаполиса (Москва) ситуация (исключая, конечно, занятых в стационарах) практически такая же [3]. Нужно учесть и возрастной состав фтизиатрических кадров. Все указанные особенности будут обуславливать прежде всего уровень их компьютерной грамотности, следовательно, объем использования дистанционного метода, а также контроль его результатов.

4. Наконец, нельзя не учитывать трудности, которые могут возникнуть при переходе на аккредитацию с широким внедрением ДО перед организациями, где работают участники системы НМО – врачи. По мнению ряда скептиков, формирование новой системы проверки квалификации специалистов может просто не оправдаться из-за дополнительной нагрузки, прежде всего, материальной, непосредственно на больницы (сохранение за врачом на время его аккредитации рабочего места и зарплаты, оплата командировочных и т.д.).

В связи с введением НМО представляется необходимым ускорить принятие профессионального стандарта (квалификационных требований) по специальности фтизиатрия и с их учетом координировать разработку учебных модулей ДО. Совершенно очевидно также, что с учетом особенностей функционирования противотуберкулезной службы системы здравоохранения необходимо расширить диапазон форм освоения кредитов врачами-фтизиатрами.

Литература

1. Global Tuberculosis Report 2013. Geneva, World Health Organization (WHO) Library Cataloguing-in-Publication Data. (WHO /HTM/TB/2013.11).
2. Касаева Т.Ч., Габбасова Л.А., Васильева И.А. и др. Совершенствование организации борьбы с туберкулезом в Российской Федерации в рамках Государственной программы развития здравоохранения и Глобальная стратегия ВОЗ. Туберкулез в Российской Федерации, 2012–2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире / М., 2015; с. 11–22.
3. Кочеткова Е.Я., Сельцовский П.П., Рыбка Л.Н. и др. Характеристика лечебно-профилактических учреждений фтизиатрического профиля города Москвы. Противотуберкулезная работа в городе Москва. Аналитический обзор показателей по туберкулезу, 2015 г. Под ред. Е.М. Богородской, В.И. Литвинова, Е.М. Белиловского / М.: МНПЦБТ, 2016; с. 218–21.
4. Ахмадева Л.Р. Высшее медицинское образование в США и клиники университета Вашингтон в городе Сиеттл // Мед. вестн. Башкортостана. – 2009; 2: 210–1.
5. Нечаева О.Б., Гордина А.В., Стерликов С.А. и др. Сеть учреждений фтизиатрической службы. Ресурсы. Туберкулез в Российской Федерации, 2012–2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире / М., 2015; с. 236–7.

CONTINUING MEDICAL EDUCATION FOR A PHTHISIATRICIAN: PROBLEMS AND PROSPECTS

*Professor V. Kolomiets, MD
Kursk State Medical University*

The paper considers the problems in the accreditation of phthisiatrics when continuing medical education is introduced. It propose to accelerate the adoption of a professional standard for phthiology and, with its consideration, to coordinate the elaboration of training modules for dis-tance learning, and to expand the range of forms of loan development by phthisiatrics.

Key words: accreditation, phthiology.