

## КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ И АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ

КОРОЛЬКОВА Н.К., БИЗУНКОВ А.Б.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск,  
Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2018. – Том 17, №6. – С. 112-120.

## COMPETENCY-BASED APPROACH AND QUALITY CONTROL OF MEDICAL EDUCATION: HISTORICAL ASPECT AND ANALYSIS OF THE MODERN STATE OF THE PROBLEM

KARALKOVA N.K., BIZUNKOV A.B.

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2018;17(6):112-120.

---

### Резюме.

Целью работы явился анализ подходов к оценке эффективности компетентностной модели оценки качества подготовки специалистов-медиков в странах ближнего и дальнего зарубежья. Внедрение компетентностного подхода в том виде, в котором он был изначально предложен, связано со значительными трудностями, главными из которых являются отсутствие консенсуса по содержанию компетенций, значительная затратность метода и отсутствие убедительных доказательств роста качества образования при его использовании. Основной особенностью применения компетентностного подхода в постсоветской высшей школе является часто наблюдаемая редукция понятия «компетенция» до уровня «знаний-умений-навыков». Наибольшие сложности реализация компетентностной модели встречает при ее использовании для оценки уровня освоения одной отдельно взятой клинической дисциплины. Анализ имеющихся в настоящее время трендов в высшей медицинской школе показал, что оптимальным решением этой проблемы, наиболее близким к принципам компетентностной модели, является оценка истории болезни, понимаемой не как текст, а как процесс ее создания, чем механическая фрагментация экзамена на практические навыки и формализованные знания в виде тестов.

*Ключевые слова:* компетентностный подход, контроль качества, компетенции, педагогика высшей школы, качество образования.

### Abstract.

The purpose of this work was to assess the effectiveness of competency-based model introduced into medical education in the world and post-Soviet countries. The investigation revealed that applying competency-based methodology, as it was originally conceived, was connected with some significant difficulties. The most important of them were: lack of consensus concerning the competency conception, high costs of the method, scarcity of convincing evidence that the new approach is more effective than the previous one. The most common challenge of the competency-based model usage in post-Soviet countries is vagueness of the competency concept and its reduction to conventional methodology of knowledge-abilities-skills estimation. The introduction of the competency-based model is associated with the greatest difficulties when using it for the evaluation of the mastery of a clinical discipline taken separately. The analysis of the existing modern trends in the world higher medical school has shown that the assessment of a case history, understood not as a final text but as a process of its creation, is much closer to the idea of competency-based education than the mechanical fragmentation of an exam into practical skills and formalized knowledge in the form of computer tests.

*Key words:* competency-based model, quality control, competencies, higher school pedagogy, education quality.

Эксперты называют переход от традиционной системы оценки качества подготовки врача через знания-умения-навыки к компетентностной модели самой грандиозной и революционной реформой медицинского образования за последние четыре столетия [1]. Последний раз событие похожей исторической значимости имело место в 17-м веке, когда в европейских университетах студенты-медики впервые начали работать с пациентами, хотя до того учились медицине исключительно по книгам. Фактически в дискуссиях по компетентностному подходу речь идет о том, чтобы наконец идентифицировать и оформить те основные компоненты, из которых складывается реальная врачебная деятельность и вести подготовку врача в строгом соответствии с полученными результатами. Однако до сих пор, несмотря на почти тысячелетнюю историю преподавания медицины в Европе, эти составляющие так и не были найдены, а подготовка врача по-прежнему основана исключительно на теоретическом представлении о том, каким он должен быть, что должен знать и что уметь. Не существует научного обоснования тому, какой объем микробиологии, физиологии или гистологии и т.д. должен освоить врач общей практики, работник стационара или любой другой медицинский специалист для того, чтобы исполнять свои обязанности с соответствующим уровнем качества. Сколько офтальмологии должен знать гинеколог и сколько проктологии оториноларинголог, до сих пор также неизвестно. Нет научной доказательной базы и под перечнем дисциплин, якобы, необходимых для изучения студентами учреждений высшего медицинского образования.

Результаты подобной подготовки известны. О них в феврале 2018 года в Брюсселе на конгрессе Европейского Союза медицинских специалистов говорил один из ведущих мировых экспертов в области педагогики высшей школы профессор О. тен Кате из университетского центра в Утрехте (Нидерланды), обосновывая настоятельную необходимость перехода к новым принципам оценки качества врачебной подготовки [2]. В своем докладе он ссылаясь на отчет Американской Комиссии по качеству медицинской помощи, в котором указано, что количество смертей от медицинских ошибок в США примерно равно сумме смертей от автомобильных катастроф, рака молочной железы и СПИДа. Неудовлетворенность качеством медицинского образования во всем мире является основным и самым весомым стимулом, заставляющим искать более совершенные формы оценки подготовки специалистов.

### **Краткая история вопроса**

В СССР реальная оценка способностей выпускника вуза не имела большого смысла, поскольку существовало понятие молодой специалист. Было очевидным для всех, что запись в дипломе об окончании учебного заведения не означает, что обладатель этого диплома является профессионалом в своей области. При хорошем стечении обстоятельств он мог им стать после практической работы по обязательному распределению в течение определенного срока. В условиях рынка шансы устроиться на работу у такого выпускника крайне низки, поэтому университеты, работающие в подобном формате, заинтересованы в подготовке выпускников, способных выполнять свою работу с требуемым уровнем качества.

Считают, что первые зерна сомнений относительно качества высшего образования в педагогику бросил Ральф Тайлер в 1949 году, когда вышла его самая известная книга *Basic Principles of Curriculum and Instruction*, которая стала бестселлером и выдержала 36 изданий, и была посвящена теме оценки качества учебных программ [3]. Он предложил революционную для того времени идею о том, что учебные программы должны меняться под потребности времени и первым задался вопросом, как же все-таки оценить качество образования и, в первую очередь, высшего. Ему принадлежит фраза: «Студент по-настоящему может изучить только то, что делает сам, а не то, что делает преподаватель».

Это был фундамент принципиально новой концепции отношения к высшему образованию не как к процессу, ценность которого состояла в нем самом, а как к результату, требующему своих технологий оценки качества. Следующим этапом на этом пути можно считать идеи американского психолога Бенджамина Блума, предложившего классификацию педагогических целей (1956), которые необходимо достичь в процессе обучения [4]. По мнению автора, их три: когнитивные (знания), психомоторные (практические навыки, выполняемые руками) и аффективные (ответ на мировоззренческий вопрос «кто я?»). Фактически за последние полвека сюда никто не добавил ничего нового. До сих пор традиционная оценка качества образования проводится в соответствии с выделенными им сегментами в виде триады «знания-умения-навыки».

Параллельно усиливался интерес к экономическому аспекту высшего образования. Предполагалось, что человек, закончивший университет, должен иметь конкурентные преимущества на рынке труда. В конце 1970-х в работу учреждений,

занимающихся профессиональным образованием, стало внедряться новое понятие «трудовая компетенция», предполагающая практическую готовность осуществлять необходимый вид деятельности без предварительных стажировок. Помимо высокого уровня овладения практическими навыками трудовая компетенция предполагала наличие гибкости, коммуникабельности, способности встроиться в коллектив и других свойств работника, обеспечивающих ему определенные конкурентные преимущества.

Характерно, что университеты долго противились этим новшествам, внедряемым самой жизнью, считая, что жесткое подчинение требованиям бизнес-среды может разрушить классическую систему университетского образования. Как показали последующие десятилетия, опасения были не напрасными, однако противопоставить этому некую иную стратегию оказалось фактически невозможно.

В медицинском образовании реформация началась в 1978 году с публикации Всемирной Организацией Здравоохранения 90-страничной методички, разработанной в Центре развития образования университета штата Иллинойс Competency-based curriculum development in medical education. Уже тогда проблема того, что студентов-медиков в значительной степени учат не тому, чему надо, стояла во весь рост, чему авторами отчета приведены многочисленные соответствующие доказательства [5]. Основная идея проекта состояла в том, чтобы отказаться от оценки формализованных знаний и фрагментированных навыков, перейдя к оценке способности диагностировать заболевание и лечить пациента. Долгие годы предложение оставалось яркой декларацией намерений, и только на пороге нового тысячелетия интерес к оценке компетенций возрос настолько, что в литературе началось обсуждение сложностей его внедрения в практику. В 1999 году американский аккредитационный совет впервые предложил определения и критерии достижения для шести основных компетенций, которыми должно оцениваться подготовка студента-медика и впоследствии врача-специалиста [6].

В 2009 году сторонники компетентностного подхода в медицинском образовании создали международную организацию, которая была призвана оказывать методическую помощь в преодолении проблем, связанных с его практическим использованием: International Competency-Based Medical Education Collaborations. Организация наметила конкретные планы по широкому распространению

методики по всему миру. Однако, как это следует из решений ее второго конгресса, состоявшегося в 2013 году, за истекший период намеченные цели так и не были достигнуты. Поэтому решения второго конгресса были уже более сдержанными и была заявлена цель попытаться все-таки внедрить в практику идею компетентностного подхода к оценке подготовленности сначала студента-медика, а потом и врача при сдаче им квалификационных экзаменов. В первую очередь, было принято решение стандартизировать языковой аппарат, используемый для описания нового подхода и результатов, получаемых с его помощью, унифицировать методики оценки компетенций и обозначить поле для дальнейших научных исследований в этой области.

### ***Что мешает реально перейти к компетентностной модели***

Несмотря на старания сторонников нового подхода к оценке качества высшего медицинского образования, в настоящее время доминирует традиционная, центрированная на учебном предмете и времени, выделяемом на его изучение, модель [7]. Она характеризуется преимущественной ориентацией на знания, в ущерб другим целям образовательного процесса (формирование мотиваций, личностное развитие), оценки достижений обучаемых, как правило, являются итоговыми и фактически не предполагают возможности их последующего изменения, обратная связь между обучающим и обучаемым развита слабо. В итоге нередко ситуации, когда даже очень высокий достигнутый уровень знаний не трансформируется в успешную профессиональную деятельность.

Например, в США Accreditation Council of Graduate Medical Education выделяет шесть основных компетенций для медицинских специалистов, которые должны быть оценены: лечение пациента, медицинские знания, способность совершенствоваться в профессии, навыки межличностной коммуникации, ответственность за пациента, профессию и общество, понимание и использование в своей медицинской практике ресурсов системы здравоохранения [8]. Три базовые шкалы для оценки уровня освоения образовательной программы выпускниками учреждений высшего медицинского образования применяет британский национальный сертификационный центр General Medical Council: врач обучающийся, врач практикующий и врач-исследователь [9]. По мнению Royal College of Physicians and Surgeons (Канада), врачу должны быть присущи 7 видов компетенций. Он должен

быть экспертом в своей специальности; уметь строить эффективную коммуникацию с пациентами, сотрудниками, руководством; уметь работать в команде со своими коллегами; уметь пропагандировать здоровый образ жизни, обладать организаторскими способностями, уметь обучаться и, наконец, быть ответственным за пациентов, профессию и общество [10]. Похожие компетенции утвердил своим решением и Medical Council of India в 2015 году [7]. Несмотря на некоторые незначительные различия, перечень компетенций, требуемых от врача, примерно одинаков не только в рамках западной модели медицинского образования, но и в других странах мира (Индия, Китай, Россия).

Повсеместно выделяется несколько видов компетенций, и эксперты сходятся в том, что компетенция как готовность и способность делать какую-либо работу с соответствующим уровнем качества в условиях сложившейся ситуации может быть оценена только в ходе самого этого процесса, т.е. только непосредственно в результате выполнения того вида деятельности, для которого готовился специалист [11]. Если речь идет о медицине, то только в процессе диагностики и лечения конкретного пациента оцениваются все виды компетенций и большой ошибкой является оценка каждого вида компетенций в отдельности [12]. Несмотря на несколько десятилетий непрерывных попыток перейти на компетентностную модель оценки подготовки специалиста-медика, консенсус на Западе в этом вопросе по-прежнему не достигнут. Одни полагают, что терминология, используемая в новой модели, остается неодинаково понимаемой в разных школах и в разных странах [1, 12], другие считают, что вместо оценки конкретных поведенческих реакций специалиста предлагается оценивать спорные абстракции [13]. Продолжают дебатироваться разные определения и самого понятия «компетенция» и его наполнение конкретным содержанием [10]. Если применение компетентностного подхода для оценки способностей специалиста на последипломном этапе представляется более понятным, то на додипломном этапе его внедрение сопряжено с большими трудностями, связанными, в первую очередь, с оценкой качества и самих учебных программ и академических достижений обучаемых [14]. Высказываются предложения, что следует вообще отказаться от самой идеи оценки компетенций, так как это практически невозможно из-за очень размытого оцениваемого понятия [15]. Специалисты сходятся во мнении, что понятие «компетенция» нельзя редуцировать до от-

дельных составляющих его элементов, которые, в свою очередь могут быть легко оценены, так как для этого есть необходимые инструменты и возможности. Следует иметь в виду, что как только происходит подобная редукция, компетенция как исследуемый объект фактически исчезает, и оценке подвергаются все те же знания-умения-навыки, как это предполагает традиционная модель.

На уровне деклараций и намерений компетентностный подход к подготовке врача привлекает тем, что обучение специалиста ориентировано исключительно на то, что необходимо в его работе после окончания вуза, а перечень компетенций определяется потребностями пациентов и запросами общества [10, 16]. Но на деле оказывается, что появление компетенции не всегда является прямым следствием процесса обучения, а именно, что жесткой прямой корреляции между напряженностью педагогического процесса и рождением той или иной компетенции не существует. Компетенция появляется только как результат личностного развития, результат переосмысления собственного практического опыта.

Как итог, есть мнение, что компетентностная модель сама по себе не способна дать обществу специалиста более высокого уровня, чем тот, который сегодня обеспечивает модель традиционная [13]. Другие авторы высказывают непонимание, почему компетентностная модель позиционируется как заведомо лучшая система оценки качества, если на сегодняшний день пока не получено ни одного доказательства этому [17] и опасение, что переход на компетентностную модель может угрожать всей системе подготовки медицинских кадров [11].

Что касается использования компетентностного подхода в высшем образовании на постсоветском пространстве, то здесь ситуация не менее напряженная. Принципы использования компетентностной модели, в частности в высшем медицинском образовании в странах СНГ, пока не разработаны как с точки зрения методики ее применения, так и с точки зрения оценки качества [18]. В настоящее время в русскоязычной педагогической литературе имеется как минимум 12 определений понятия «компетенция». Более того, введено дополнительное понятие «компетентность», которое определяется еще девятью разными определениями [19]. Часто оба понятия путаются, чем еще более осложняют понимание этого вопроса. При наличии столь разных представлений о смысле компетентностного подхода говорить об унификации и тем более стандартизации принципов оценки качества

подготовки практически невозможно. Российские эксперты в связи с этим отмечают, что если академическое сообщество действительно ставит цель использовать компетентностный подход для оценки подготовки врачей, то как можно скорее надо решить две задачи: во-первых, определить компоненты компетенции без двусмысленных трактовок и прийти к согласию по поводу их содержания; во-вторых, изучить взаимосвязь между компетенциями, формируемыми у студента-медика, и реальной практической деятельностью врача.

### ***Как предлагают оценивать компетенции***

Методология оценки качества образования в педагогике высшей школы представляет наибольший интерес, независимо от используемых моделей и подходов. Стратегически известно два базовых принципа оценки качества высшего образования. Первый возник несколько столетий назад в английской классической университетской среде. Его суть состоит в том, что работа по контролю качества и ответственность за него лежит на самих университетах, которые сами создают критерии оценки и формируют необходимый инструментарий для их реализации. Второй подход характерен для континентальной Европы (Франция, Германия, Италия) и предполагает преимущественную ответственность государства и соответствующих надзорных и контрольных органов за качество университетского образования. Система контроля качества образования в США в какой-то степени представляет собой гибрид обеих европейских систем, но преимущественно нацелена на поиск и анализ бизнес-информации по этой теме. Например, имеет преимущественное значение снабжение правительственных органов или руководство специализированных фондов объективными сведениями о перспективности тех или иных образовательных программ для принятия решений об инвестициях в образовательную среду той или иной административной территории [20]. На постсоветском пространстве традиционно доминирует ответственность государства за качество подготовки специалистов с высшим образованием. Как отмечают Пак Ю.Н., Нугужинов Ж.С. и Пак Д.Ю. (2017), попытки в отдельных странах СНГ в постперестроечный период отдать контрольные функции самим университетам не привели к росту качества образования, а скорее наоборот, способствовали его ухудшению [21].

Ибрагимов Г.И. и Ибрагимова Е.М. (2016) выделяют три подхода к оценке компетенций в университетах СНГ [22]. Первый подход позици-

онирует компетенцию как динамическое единство знаний, умений и навыков, которые необходимо делить на множество субкомпонентов и оценивать последние с помощью сложных математических методов [23, 24]. Согласно второму, считают необходимым помимо знаний, умений и навыков в компетенцию включать еще мотивационную составляющую, которая характеризует отношение специалиста к тому, что он делает. К критериям оценки компетенций, соответственно, добавляются параметры мотивации, например инициативность, оперативность, стремление к власти, аффилиация, консерватизм и др. [25, 26]. Третий подход состоит в том, что в структуру компетенции включается, помимо указанных выше, еще один дополнительный компонент – условия, в которых она проявляется (новизна задачи или ситуации, в которой она развивается, степень самостоятельности в принятии решения, имеющиеся наличные ресурсы для решения задачи) [27].

Невооруженным глазом видно, что все перечисленные подходы характеризуются фактическим отказом от классического понимания компетенций, которое в свое время было предложено авторами компетентностной модели. Очевидно, речь по-прежнему идет об оценке классической триады «знания-умения-навыки», осуществляемой в завуалированной форме, хотя и с определенными усовершенствованиями. К числу последних, несомненно, следует отнести понимание того, что качество подготовки специалиста не может быть оценено одномоментно т.е. на экзамене, даже если этих экзаменов несколько. Оценка должна носить итерационный характер, должна быть растянута во времени. С другой стороны, функции обучения и функции оценки его качества должны быть разделены, оценка качества должна производиться специальными независимыми структурами. И, наконец, шкала оценок полностью теряет смысл, имеет значение градация: экзамен сдан или не сдан, что означает, может данный выпускник быть допущен к самостоятельной деятельности (или к выходу на следующий этап подготовки) или не может.

Отдельные российские авторы понимают, что для оценки компетенций, в отличие от традиционной оценки знаний-умений-навыков, необходимы комплексные специальные оценочные средства, демонстрирующие решение реальных профессиональных задач, основанное на применении информации из разных предметных областей, на самостоятельном конструировании алгоритмов действий,

актуализации умений в новых обстоятельствах, использовании универсальных способов деятельности [26]. Следует отметить, однако, что описание подобных «специальных оценочных средств» в доступной русскоязычной методической литературе пока отсутствует.

В то же время в англоязычной образовательной среде этот вопрос решен уже давно [28]. Оценка компетенций должна удовлетворять 6-ти основным принципам. Во-первых, текущая оценка должна проводиться как можно чаще, в идеале постоянно фактически в режиме on-line, чтобы в любой момент наблюдения можно было увидеть прогресс или регресс обучаемого. Во-вторых, оценка должна быть построена на общепринятых критериях, нельзя считать компетенцию достигнутой только потому, что студент показывает лучшие результаты, чем другие студенты. В-третьих, оцениваться должна реальная работа, для которой готовится обучаемый, оценка на основе симуляционных методик возможна только на ранних этапах в ограниченном количестве. В-четвертых, оценочные инструменты не должны быть излишне затратными, должны вызывать доверие к результатам. В-пятых, преимущественно должен использоваться качественный подход, а не количественный: мнения экспертов важнее, чем проценты, баллы и рейтинги. Наконец, в-шестых, мнение самого оцениваемого должно быть включено в общую оценку компетенций. В итоге оказывается, что процесс оценки компетенций длителен и затратен, требует участия большого количества экспертов и может растянуться на несколько месяцев. Но надо понимать, что сложность оценочных инструментов должна соответствовать сложности оцениваемого явления. В противном случае оценивание компетенций будет редуцироваться до традиционной модели оценки знаний, умений и навыков.

Понимая всю сложность процесса оценки компетенций, западные специалисты предлагают новый вариант решения этой проблемы - систему Entrustable Professional Activity, поскольку, как считают некоторые, довести оценивание компетенций до уровня обычной простой и доступной технологии практически невозможно. Новый концепт соединяет благородные, но далекие от жизни идеи компетентностного подхода с реальной медицинской практикой. Суть нововведения состоит в том, чтобы оценивать не уровень различных компетенций, а искать ответ на вопрос, можно или нельзя данному претенденту доверить самостоятельную работу с пациентом [29].

### ***Как может выглядеть компетентностный подход к оценке учебных достижений в рамках одной клинической дисциплины***

Принимая во внимание сложности оценки компетенций как у выпускников учреждений высшего медицинского образования, так и на постдипломном этапе, следует признать, что реализация компетентностного подхода в преподавании отдельно взятых клинических дисциплин представляет собой еще большую проблему. Во-первых, в формировании одной компетенции принимают участие, как правило, несколько клинических кафедр, во-вторых, риск редуцировать компетенции до знаний-умений-навыков на этом этапе максимально высок.

С учетом того, что компетентностный подход требует оценки способности диагностировать и лечить заболевание у пациента и предполагает отказ от фрагментирования этой способности на знания, умения и навыки, в идеале экзамен должен выглядеть как врачебный прием, который оценивает комиссия из нескольких экспертов. Длительность процесса оценки компетенций должна быть достаточной для получения убедительного заключения о практических способностях испытуемого.

В ходе подобного тестового врачебного приема могут быть оценены:

- способность построить коммуникацию с обследуемым и медицинским персоналом клинической базы,
- полнота и качество сбора жалоб и анамнестических данных,
- практическое владение общими и специальными методами обследования пациента (практические навыки),
- правильность постановки предварительного диагноза,
- выбор инструментальных и лабораторных методов для его подтверждения,
- интерпретация их результатов,
- соответствие назначенного лечения установленным протоколам.

При этом для экзаменационного процесса может быть задействован как реальный пациент, так и стандартизированный. Несмотря на то, что технически эта задача легко реализуема с применением средств аудиовидеозаписи, причем процесс сдачи экзамена и его оценки может быть разведен и пространственно, и во времени, с практической точки зрения эта методика представляется затратной по сравнению с традиционной. Но при этом она отвечает главному принципу теории управления ка-

чеством, а именно, что сложность инструментария для оценки какого-либо процесса не должна уступать сложности самого этого процесса.

С точки зрения снижения затрат и при обязательном сохранении формата компетентного подхода, на наш взгляд, следует обратить внимание на учебную историю болезни как на базовый уровень, на котором можно проектировать оценочный инструментарий для анализа компетенций, сформированных в процессе преподавания отдельных клинических дисциплин. С одной стороны, процесс создания истории болезни является частным случаем деловой игры, с другой – дает возможность оценить не только знания-умения-навыки, но и фактически весь пакет анализируемых компетенций, если под историей болезни понимать не ее текст, а процесс ее создания. Работая в таком формате, при необходимости есть возможность углубленно проверить отдельные этапы работы студента: умение построить доверительные отношения с пациентом, собрать жалобы и сведения из анамнеза, произвести необходимый объем объективных исследований, поставить предварительный и клинический диагноз, назначить оптимальное лечение. Как правило, методы обследования пациента представляют собой практические навыки, предусмотренные учебной программой. В ходе защиты истории болезни студенту могут быть заданы дополнительные вопросы, позволяющие проверить знания по разным темам: от объяснения генеза того или иного симптома до выбора оптимального лекарственного средства для медикаментозной терапии или выбора оптимального способа хирургического вмешательства. Следует отметить, что оценка уровня освоения клинической дисциплины через наблюдение за подготовкой истории болезни в значительно большей степени соответствует принципам компетентного подхода, нежели сдача практических навыков в отрыве от конкретной клинической ситуации в сочетании с оценкой способностей студента к механическому заучиванию тестового материала.

## Заключение

В условиях все большего проникновения рыночных отношений в образовательное пространство внедрение эффективных технологий, обеспечивающих высокое качество образования, является существенным конкурентным преимуществом любого университета. Одной из наиболее значимых идей в этой области является переход от традиционной оценки качества подготовки спе-

циалиста, основанной на известной триаде «знания-умения-навыки», к оценке компетенций. Несмотря на уже почти полвека дискуссий по этому вопросу, реальное внедрение компетентного подхода оказалось сложной задачей даже для западных университетов, которые развивались исключительно в рыночных условиях. До сих пор проблема оценки компетенций не имеет убедительного решения и продолжает оставаться актуальной. На постсоветском пространстве попытки внедрения компетентного подхода характеризуются его редукцией, превращающей декларируемый анализ компетенций в обычную оценку все тех же знаний, умений и навыков. В то время как компетентный подход требует специального оценочного инструментария, который, в конечном итоге, оказывается значительно более затратным, чем традиционный. В связи с этим, в западной системе медицинского образования предлагаются новые формы оценки качества подготовки специалиста, характеризующиеся большей простотой измерений. Учитывая изложенные тренды оценки качества в мировой системе высшего медицинского образования, следует отметить, что для анализа компетенций по отдельным клиническим дисциплинам наиболее приемлемой формой остается анализ и оценка истории болезни. При этом под историей болезни надо понимать не столько ее итоговый текст, сколько процесс ее создания, который включает в себя разные оцениваемые этапы работы с пациентом: от установления коммуникативного контакта до контроля эффективности назначенного лечения и экспертизы трудоспособности.

## Литература

1. Ten Cate, O. Competency-based education, entrustable professional activities, and the power of language / O. Ten Cate // J. Grad. Med. Educ. – 2013 Mar. – Vol. 5, N 1. – P. 6–7.
2. Ten Cate, O. Competency-Based Education and Entrustable Professional Activities (EPAs) in the context of medical skill training [Electronic resource] / O. Ten Cate. – Mode of access: [https://www.uems.eu/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/56880/ten-Cate-16-feb-2018-UEMS-NASCE-EPAs-and-Skills-training.pdf](https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0009/56880/ten-Cate-16-feb-2018-UEMS-NASCE-EPAs-and-Skills-training.pdf). – Date of access: 03.12.2018.
3. Tyler, R. W. Basic principles of curriculum and instructions / R. W. Tyler. – Chicago : Chicago University Press, 2013. – 144 p.
4. Bloom, B. S. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals / B. S. Bloom. – London : Longmans : Green and Co Ltd, 1956. – 207 p.
5. Competency-based curriculum development in medical education / W. C. McGaghie [et al.]. – Geneva : World Health Organization, 1978. – 90 p.

6. General competencies and accreditation in graduate medical education / P. Batalden [et al.] // Health Aff. (Millwood). – 2002 Sep-Oct. – Vol. 21, N 5. – P. 103–111.
7. Competency-based medical education: An overview and application in pharmacology / N. Shah [et al.] // Indian J. Pharmacol. – 2016 Oct. – Vol. 48, suppl. 1. – P. S5–S9.
8. Swing, S. R. The ACGME outcome project: retrospective and prospective / S. R. Swing // Med. Teach. – 2007 Sep. – Vol. 29, N 7. – P. 648–654.
9. Outcomes for graduates 2018 [Electronic resource] / General Medical Council. – Mode of access: [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/dc11326-outcomes-for-graduates-2018\\_pdf-75040796.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/dc11326-outcomes-for-graduates-2018_pdf-75040796.pdf). – Date of access: 28.11.2018.
10. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions / J. R. Frank [et al.] // Med. Teach. – 2010. – Vol. 32, N 8. – P. 631–637.
11. Huddle, T. S. Taking apart the art: the risk of anatomizing clinical competence / T. S. Huddle, G. R. Heudebert // Acad. Med. – 2007 Jun. – Vol. 82, N 6. – P. 536–541.
12. Lurie, S. J. Commentary: Pitfalls in assessment of competency-based educational objectives / S. J. Lurie, C. J. Mooney, J. M. Lyness // Acad. Med. – 2011 Apr. – Vol. 86, N 4. – P. 412–414.
13. Perspective: Competencies, outcomes, and controversy – linking professional activities to competencies to improve resident education and practice / M. D. Jones [et al.] // Acad. Med. – 2011 Feb. – Vol. 86, N 2. – P. 161–165.
14. Competency-based medical education: implications for undergraduate programs / P. Harris [et al.] // Med. Teach. – 2010. – Vol. 32, N 8. – P. 646–650.
15. Lurie, S. J. History and practice of competency-based assessment / S. J. Lurie // Med. Educ. – 2012 Jan. – Vol. 46, N 1. – P. 49–57.
16. Advancing Competency-Based Medical Education: A Charter for Clinician-Educators / C. Carraccio [et al.] // Acad. Med. – 2016 May. – Vol. 91, N 5. – P. 645–649.
17. Whitcomb, M. E. Transforming Medical Education: Is Competency-Based Medical Education the Right Approach? / M. E. Whitcomb // Acad. Med. – 2016 May. – Vol. 91, N 5. – P. 618–620.
18. Митрохина, Т. Н. Компетентностный подход в российской высшей школе: инновация или регрессия? / Т. Н. Митрохина // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 4, История. – 2013. – № 1. – С. 158–161.
19. Митрофанова, К. А. Понятия компетенции и компетентности в высшем медицинском образовании России / К. А. Митрофанова // Науч. диалог. – 2016. – № 1. – С. 285–297.
20. Звонников, В. И. Контроль качества обучения при аттестации: компетентностный подход : учеб. пособие / В. И. Звонников, М. Б. Челышкова. – М. : Логос : Унив. книга, 2009. – 271 с.
21. Пак, Ю. Н. Проблемы модернизации высшей школы в формате компетентностного подхода / Ю. Н. Пак, Ж. С. Нугужин, Д. Ю. Пак // Высш. образование сегодня. – 2017. – № 10. – С. 48–52.
22. Ибрагимов, Г. И. Оценивание компетенций: проблемы и решения / Г. И. Ибрагимов, Е. М. Ибрагимова // Высш. образование в России. – 2016. – № 1. – С. 43–52.
23. Подход к формированию компонентной структуры компетенций / Е. Л. Кон [и др.] // Высш. образование в России. – 2013. – № 7. – С. 37–41.
24. Кон, Е. Л. Разработка подходов к формализованному описанию контролепригодной компонентной структуры дисциплинарной компетенции / Е. Л. Кон, В. И. Фрейман, А. А. Южаков // Образование и наука. – 2015. – № 4. – С. 52–68.
25. Буденкова, Е. А. Управление результатами обучения в условиях реализации компетентностного подхода в системе ВПО / Е. А. Буденкова // Образоват. технологии. – 2014. – № 3. – С. 47–58.
26. Современные подходы к оцениванию квалификаций / В. И. Блинов [и др.] // Высш. образование в России. – 2013. – № 5. – С. 100–106.
27. Чучалин, А. И. Планирование оценки результатов обучения при проектировании образовательных программ / А. И. Чучалин, А. В. Епихин, Е. А. Муратова // Высш. образование в России. – 2013. – № 1. – С. 13–20.
28. The role of assessment in competency-based medical education / E. S. Holmboe [et al.] // Med. Teach. – 2010. – Vol. 32, N 8. – P. 676–682.
29. Transforming primary care training – patient-centered medical home entrustable professional activities for internal medicine residents / A. Chang [et al.] // J. Gen. Intern. Med. – 2013 Jun. – Vol. 28, N 6. – P. 801–809.

Поступила 12.11.2018 г.  
Принята в печать 29.11.2018 г.

## References

1. Ten Cate O. Competency-based education, entrustable professional activities, and the power of language. J Grad Med Educ. 2013 Mar;5(1):6-7. doi: 10.4300/JGME-D-12-00381.1
2. Ten Cate O. Competency-Based Education and Entrustable Professional Activities (EPAs) in the context of medical skill training. Available from: [https://www.uems.eu/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/56880/ten-Cate-16-feb-2018-UEMS-NASCE-EPAs-and-Skills-training.pdf](https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0009/56880/ten-Cate-16-feb-2018-UEMS-NASCE-EPAs-and-Skills-training.pdf). [Accessed 3 Dec 2018].
3. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instructions. Chicago: Chicago University Press; 2013. 144 p.
4. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. London: Longmans: Green and Co Ltd; 1956. 207 p.
5. McGaghie WC, Sajid AW, Miller GE, Telder TV, Lipson L, et al. Competency-based curriculum development in medical education. Geneva: World Health Organization; 1978. 90 p.
6. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. Health Aff (Millwood). 2002 Sep-Oct;21(5):103-11.
7. Shah N, Desai C, Jorwekar G, Badyal D, Singh T. Competency-based medical education: An overview and application in pharmacology. Indian J Pharmacol. 2016 Oct;48(Suppl 1):S5-S9. doi: 10.4103/0253-7613.193312
8. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. Med Teach. 2007 Sep;29(7):648-54. doi: 10.1080/01421590701392903
9. General Medical Council. Outcomes for graduates 2018. Available from: <https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/>



- dc11326-outcomes-for-graduates-2018\_pdf-75040796.pdf. [Accessed 28 Nov 2018].
10. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach*. 2010;32(8):631-7. doi: 10.3109/0142159X.2010.500898
  11. Huddle TS, Heudebert GR. Taking apart the art: the risk of anatomizing clinical competence. *Acad Med*. 2007 Jun;82(6):536-41. doi: 10.1097/ACM.0b013e3180555935
  12. Lurie SJ, Mooney CJ, Lyness JM. Commentary: pitfalls in assessment of competency-based educational objectives. *Acad Med*. 2011 Apr;86(4):412-4. doi: 10.1097/ACM.0b013e31820cdeb28
  13. Jones MD, Rosenberg AA, Gilhooly JT, Carraccio CL. Perspective: Competencies, outcomes, and controversy – linking professional activities to competencies to improve resident education and practice. *Acad Med*. 2011 Feb;86(2):161-5. doi: 10.1097/ACM.0b013e31820442e9
  14. Harris P, Snell L, Talbot M, Harden RM. Competency-based medical education: implications for undergraduate programs. *Med Teach*. 2010;32(8):646-50. doi: 10.3109/0142159X.2010.500703.
  15. Lurie SJ. History and practice of competency-based assessment. *Med Educ*. 2012 Jan;46(1):49-57. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04142.x
  16. Carraccio C, Englander R, Van Melle E, Ten Cate O, Lockyer J, Chan MK, et al. Advancing Competency-Based Medical Education: A Charter for Clinician-Educators. *Acad Med*. 2016 May;91(5):645-9. doi: 10.1097/ACM.0000000000001048
  17. Whitcomb ME. Transforming Medical Education: Is Competency-Based Medical Education the Right Approach? *Acad Med*. 2016 May;91(5):618-20. doi: 10.1097/ACM.0000000000001049
  18. Mitrokhina TN. Competence approach in Russian higher education: innovation or regression? *Vestn Volgogr Gos Un-ta Ser 4 Istoriia*. 2013;(1):158-61. (In Russ.)
  19. Mitrofanova KA. Concepts of competence and competence in higher medical education in Russia. *Nauch Dialog*. 2016;(1):285-97. (In Russ.)
  20. Zvonnikov VI, Chelyshkova MB. Quality control of training at certification: competence approach: *ucheb posobie*. Moscow, RF: Logos: Univ kniga; 2009. 271 p. (In Russ.)
  21. Pak YuN, Nuguzhinov ZhS, Pak DYU. Problems of modernization of higher education in the format of competence approach. *Vyssh Obrazovanie Segodnia*. 2017;(10):48-52. (In Russ.)
  22. Ibragimov GI, Ibragimova EM. Assessment of competencies: problems and solutions. *Vyssh Obrazovanie Rossii*. 2016;(1):43-52. (In Russ.)
  23. Kon EL, Freyman VI, Yuzhakov AA, Kon EM. Approach to the formation of the component structure of competences. *Vyssh Obrazovanie Rossii*. 2013;(7):37-41. (In Russ.)
  24. Kon EL, Freyman VI, Yuzhakov AA. Development of approaches to the formalized description of the controllable component structure of disciplinary competence. *Obrazovanie Nauka*. 2015;(4):52-68. (In Russ.)
  25. Budenkova EA. Management of learning outcomes in terms of implementation of the competence approach in the system of HPE. *Obrazovat Tekhnologii*. 2014;(3):47-58. (In Russ.)
  26. Blinov VI, Batrova OF, Esenina EYu, Faktorovich AA. Modern approaches to the assessment of qualifications. *Vyssh Obrazovanie Rossii*. 2013;(5):100-6. (In Russ.)
  27. Chuchalin AI, Epikhin AV, Muratova EA. Planning the evaluation of learning outcomes in the design of educational programs. *Vyssh Obrazovanie Rossii*. 2013;(1):13-20. (In Russ.)
  28. Holmboe ES, Sherbino J, Long DM, Swing SR, Frank JR. The role of assessment in competency-based medical education. *Med Teach*. 2010;32(8):676-82. doi: 10.3109/0142159X.2010.500704
  29. Chang A, Bowen JL, Buranosky RA, Frankel RM, Ghosh N, Rosenblum MJ, et al. Transforming primary care training – patient-centered medical home entrustable professional activities for internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. 2013 Jun;28(6):801-9. doi: 10.1007/s11606-012-2193-3

Submitted 12.11.2018

Accepted 29.11.2018

#### Сведения об авторах:

Королькова Н.К. – к.м.н., доцент, и.о. заведующего кафедрой офтальмологии, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6172-6767>;

Бизунков А.Б. – ассистент кафедры оториноларингологии, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет.

#### Information about authors:

Karalkova N.K. – Candidate of Medical Sciences, associate professor, acting head of the Chair of Ophthalmology, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6172-6767>;

Bizunkov A.B. – lecturer of the Chair of Otorhinolaryngology, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.

**Адрес для корреспонденции:** Республика Беларусь, 210009, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, кафедра оториноларингологии. E-mail: dr.aleksandr@list.ru – Бизунков Александр Борисович.

**Correspondence address:** Republic of Belarus, 210009, Vitebsk, 27 Frunze ave., Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Chair of Otorhinolaryngology. E-mail: dr.aleksandr@list.ru – Alexander B. Bizunkov.