

# Հետբուհական բժշկական կրթության համակարգը Հայաստանում. ներկա իրավիճակի համառոտ համեմատական նկարագիր

Գոհար Ա. Երիմյան

Ակադեմիկոս Ս.Խ. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, ՀՀ ԱՄ, Երևան, Հայաստան

## ԱՄՓՈՓՈՒԿ

Հետբուհական կրթությունը բժշկի ձևավորման ու կայացման գործընթացի անքակտելի մասն է: Հայաստանում բժշկի հետբուհական կրթության մասին դրույթներն ամրագրված են օրենքով և պարտադիր են ինքնուրույն մասնագիտական գործունեություն ծավալելու համար: Կատարվել են ուսումնասիրություններ ու համեմատական վերլուծություններ Հայաստանում գործող բժշկիկների հետբուհական կրթական համակարգի և մի քանի զարգացած երկրներում գործող կրթական մոդելների միջև: Հայաստանի Հանրապետությունում գործում է Սովետական Հայաստանում հաստատված բժշկական հետբուհական կրթության մոդելը, որը որոշակի փոփոխությունների է ենթարկվել նորանկախ Հայաստանում: «Աշխատանքային տեղերում» և կարճատև դասընթացներում մասնագիտական որակավորման պահանջի փոխարեն օրենքով սահմանվել է հետբուհական մասնագիտական կրթության պարտադիր պահանջը: Դա համապատասխանում էր Բժշկական կրթության համաշխարհային ֆեդերացիայի (World Federation

for Medical Education, WFME) կողմից առաջարկվող եռաստիճան մոդելին՝ բազային բժշկական կրթություն, հետբուհական կրթություն և շարունակական մասնագիտական զարգացում: Ուսումնասիրությունների տվյալներով կան որոշակի սկզբունքային տարբերություններ բժշկական հետբուհական կրթության՝ առաջատար երկրներում գործող համակարգերի բաղադրիչների միջև, որոնք առանձնացվել ու համեմատվել են: Առանձնացվել են 4 հիմնական բաղադրիչները՝ մասնագիտացողների ընտրություն, ֆինանսավորում, կրթական ծրագրեր, որակի վերահսկողություն, որոնք ներառում են գործընթացի պլանավորման և իրականացման սկզբունքորեն տարբեր մոտեցումներ: Կատարված վերլուծությունը թույլ է տվել խմբավորել այն հիմնական բաղադրիչները (մասնագիտացողների ընտրություն, ֆինանսավորում, կրթական ծրագրեր, որակի վերահսկում), որոնք սկզբունքորեն տարբերվում են և որոնց վերանայումը կարող է որակական փոփոխություններ առաջացնել հետբուհական բժշկական կրթության համակարգում:

**Հիմնաբաներ.** հետբուհական բժշկական կրթություն, առողջապահական կադրային ներուժ

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Բժշկական կադրային ներուժի ձևավորումը մեր օրերում սկսվում է համապատասխան բազային կրթությունից՝ բժշկական բուհում կամ միջին մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում, որոշ դեպքերում նաև ոչ բժշկական բուհում (օրինակ՝ բարձրագույն կենսաբանական կրթություն): Այնուհետև մասնագիտական

գործնական հմտությունների ու կարողությունների համալրման համար ավագ բուժաշխատողները շարունակում են մասնագիտանալ և ստանում են համապատասխան հետբուհական կրթություն: Չնայած տարբեր երկրներում առկա բժշկական կրթության գործընթացների ընդհանուր կառուցվածքային նմանություններին՝ կան մի շարք բովանդակային և սկզբունքային տարբերություններ, որոնց իմացությունն ու հա-

\*Կոնտակտային հեղինակ. yerimyangohar@gmail.com

DOI: 10.54235/27382737-2024.v4.1-30

մեմատական վերլուծությունը կարող է օգնել ընդհանուր գործընթացի գնահատման և հնարավոր բարեփոխումների պլանավորման հարցում: Այս գործընթացների ուսումնասիրությունը կարևոր է նաև բուժաշխատողների շարժունության ապահովման տեսանկյունից, քանի որ միջազգային ստանդարտներին հնարավորինս մոտեցված բժշկական կրթական համակարգերի առկայությունը անհամեմատ դյուրին է դարձնում տարբեր երկրներում բժշկական կադրային ներուժի ինտեգրումը: Պետք է հաշվի առնել նաև աշխարհում առկա բժշկական կադրային ներուժի աճող պահանջարկը, որն ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կանխատեսումների մինչև 2030թ. կառաջացնի առողջապահական ներուժի մոտ 10 մլն պակաս, ինչը ևս բավականին արդիական է դարձնում այս վերլուծությունները [1]:

Հայաստանում բժշկական շրջանավարտների ու բուժաշխատողների բաշխվածության առավել ամբողջական պատկերը ներկայացված է գծապատկեր 1-ում, որից պարզ է դառնում, որ չնայած գրեթե ողջ նշված ժամանակահատվածում միջին մասնագիտական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակի գերակայությանը բժշկական բուհերի շրջանավարտների թվաքանակի նկատմամբ, այնուամենայնիվ միջին բուժանձնակազմի բաշխվածության կորը

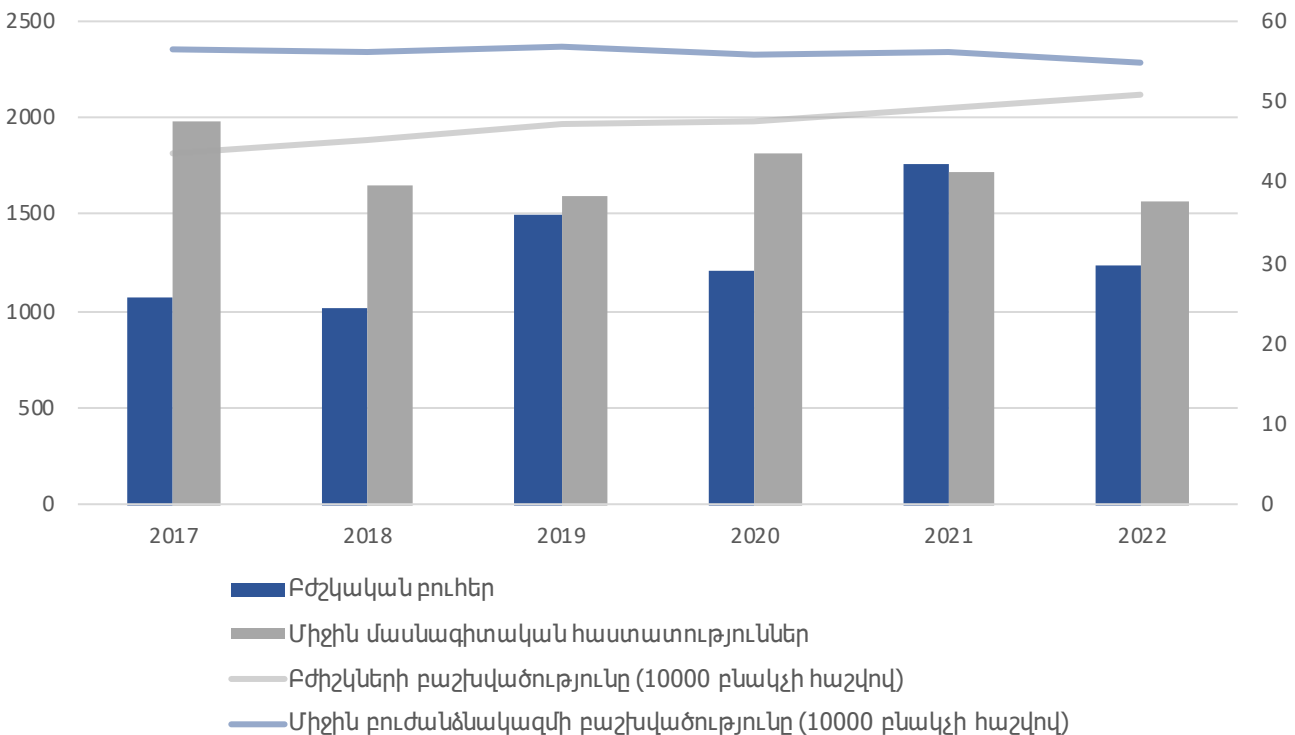
գրեթե անփոփոխ է: Բժշկական բուհերի շրջանավարտների թվաքանակի տատանումներից անկախ բժիշկների բաշխվածության կորը աճման միտում է գրանցում [2]:

### ԻՐԱՎԻՃԱԿՆ ԱՇԽԱՐՀՈՒՄ

Բարձրագույն բժշկական կրթության հավատարմագրման խորհուրդը (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) և Կլինիկական մասնագիտությունների ամերիկյան խորհուրդը սահմանել են գործող բժշկի վեց հիմնական իրավասությունները [3], որոնք են՝

- ▶ Հիվանդի խնամք և միջամտությունների կատարման հմտություններ:
- ▶ Բժշկական գիտելիքներ:
- ▶ Պրակտիկայի վրա հիմնված ուսուցում և կատարելագործում:
- ▶ Միջանձնային և հաղորդակցման հմտություններ:
- ▶ Պրոֆեսիոնալիզմ:
- ▶ Համակարգերի վրա հիմնված պրակտիկա:

Հենց այս հիմնական կոմպետենտություններն են դրված կլինիկական ռեզիդենտուրայի ուսումնառության կազմակերպման, իրականացման և վերահսկման գործընթացների հիմքում: Բժիշկների ուսումնառության ընթացքում այս սկզբունքներով ու գաղափարներով են առաջ-



**Գծապատկեր 1.** Բժշկական կադրային ներուժի ձևավորման ու բաշխվածության ցուցանիշները Հայաստանում  
 Աղբյուր՝ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2023

նորոգվում նաև կրթական գործընթացի բոլոր մասնակիցները՝ ռեզիդենտները, դասախոսները, վարչական օղակների ու վերահսկող մարմինների ներկայացուցիչները:

ԱՄՆ-ում, Միացյալ Թագավորությունում, Գերմանիայում, Իսպանիայում, Բելգիայում և մի շարք այլ եվրոպական երկրներում գոյություն ունեն բուժաշխատողների որակի համապատասխանության գնահատման մեխանիզմներ, որոնք թույլ են տալիս գնահատել բուժաշխատողների գիտելիքների և հմտությունների մակարդակն ու դրանց համապատասխանությունը երկրում ընդունված և գործող ստանդարտներին [4]:

Ռեզիդենտուրայի մոդելն ունի իր առանձնահատկությունները թե՛ մասնագիտությունների ու ենթամասնագիտությունների, թե՛ ընդունելության, թե՛ ուսումնառության տևողության, թե՛ կրթական գործընթացների կազմակերպման ու վերահսկողության բաղադրիչներում: Հետբուհական կրթական ծրագրերի հիմնական հատվածը (core curriculum) միօրինակացված է և պարունակում է որոշակի քանակությամբ բժշկական միջամտություններ (ինչպես նաև կլինիկական դեպքեր), որոնք պետք է կատարվեն յուրաքանչյուր ռեզիդենտի կողմից, և առանց դրանց իրականացման ռեզիդենտը չի կարող անցնել ուսումնառության հաջորդ փուլին: Կարևոր է նաև, որ այդ իրականացվելիք մանիպուլյացիաների թվաքանակը համադրելի է ռեզիդենտների թվաքանակի հետ, այսինքն՝ երկրում կատարվող մանիպուլյացիաների թիվը համադրելի է տվյալ մասնագիտությամբ երկրում առկա մասնագետների և մասնագիտացող ռեզիդենտների թվաքանակին:

Կրթական գործընթացի վերահսկողությունը ամենօրյա ու մշտական բնույթ է կրում: Ռեզիդենտի կողմից կատարված ցանկացած միջամտություն գնահատվում է դրա համար նախատեսված սանդղակներով, և մշտապես առկա է հետադարձ կապ մասնագիտացողների հետ: Ռեզիդենտն իր հերթին մշտապես գնահատում է իր ղեկավարի ու ավագ ընկերների աշխատանքը: Այս գնահատման համար կան մշակված հարցաթերթեր, որոնք մշտապես լրացվում և վերլուծվում են: Քանի որ ռեզիդենտուրայի կրթական մոդելում առկա է ուսումնառության հիերարխիկ կառուցվածք, այսինքն՝ երկրորդ տարվա ռեզիդենտը սովորեցնում ու վերահսկում է առաջին տարվա ռեզիդենտի աշխատանքը, երրորդ տարվանը՝ երկրորդի, և այդպես շարունակ, ուստի միմյանց աշխատանքի գնահատումը ևս կրթական գործընթացի որակի վերահսկողության կարևոր բաղադրիչ է: Այս աստիճանականությունը առկա է ոչ միայն

ուսումնառության գնահատման, այլ նաև անմիջապես ուսումնառության գործընթացում: Երկրորդ տարվա մասնագիտացողները ոչ միայն վերահսկում են նորեկներին, այլև կիսվում են նրանց հետ իրենց ստացված գիտելիքներով ու հմտություններով: Այս մեխանիզմի առկայությունը, համաձայն Դեյլի ուսուցման բուրգի, թույլ է տալիս ապահովել ուսումնառողների շրջանում գիտելիքների ու հմտությունների 90% ամրապնդումը:

Կրթական գործընթացի որակի վերահսկողության գործիքները հնարավորինս չափելի են և հնարավորություն են ընձեռում ոչ միայն գնահատել ռեզիդենտի առաջադիմությունը, այլ նաև ապահովել վերջինիս հետ հետադարձ կապն ու նրա ակտիվ մասնակցությունն իր կրթական գործընթացի կազմակերպմանն ու իրականացմանը [5]:

### ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Հայաստանում բժշկի մասնագիտացման գործընթացը, համաձայն գործող իրավական կարգավորումների, մեկնարկում է հետբուհական կրթություն իրականացնող կրթական հաստատություն դիմելիս: ՀՀ-ում հետբուհական կրթության օրենսդրական կարգավորումները սահմանված են և կարգավորվում են ՀՀ Բարձրագույն և հետբուհական կրթության մասին օրենքով և մի շարք ենթաօրենսդրական ակտերով (կառավարության որոշումներ, նախարարի հրամաններ) [6]: Հետբուհական բժշկական կրթություն իրականացնող պետության կողմից լիազորված հաստատություններն են Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանը և Ակադեմիկոս Ս.Ավարբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտը [7]: Հայաստանի տարածքում գործող, պետության կողմից հավատարմագրված բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտները, հանձնելով իրենց ուսումնական հաստատությունում ավարտական քննությունը և ստանալով պետական նմուշի դիպլոմ, ստանում են հետբուհական մասնագիտացում անցնելու հնարավորություն: Իր կազմակերպման ընթացակարգով առանձնանում է պետական նպատակային ֆինանսավորմամբ կլինիկական օրդինատուրան, որի համար սահմանված տեղերն ըստ մասնագիտական ուղղությունների հաստատվում են կառավարության կողմից: Այս ծրագրի շահառուները չեն վճարում իրենց ուսումնառության համար, ստանում են կրթաթոշակ և պարտավորվում են ուսումնառության ավարտից հետո ուղեգրվել որևէ մարզ

3 տարի այնտեղ աշխատելու համար: Մնացած դեպքերում չկան մասնագիտացողների թվաքանակի սահմանափակումներ, ինչը իր ազդեցությունն է ունենում պատրաստվող կադրերի որակի վրա, քանի որ այնուամենայնիվ յուրաքանչյուր մասնագիտությամբ դեպքերի թվաքանակը հանրապետությունում սահմանափակ է և կլինիկական օրդինատորների թվաքանակի աճին զուգընթաց նվազում է յուրաքանչյուրին բաժին ընկնող կլինիկական դեպքերի քանակը: Հայաստանում բժիշկների գիտելիքների և հմտությունների որակի վերահսկման կենտրոնացված համակարգերի բացակայությունը թույլ չի տալիս ապահովել բժշկական բուհերի շրջանավարտների գիտելիքների ու հմտությունների որակական չափանիշների համասեռություն: Դրանից ելնելով էլ՝ երկու կրթական հաստատությունում էլ հետբուհական մասնագիտացում անցնելու համար անհրաժեշտ է հաղթահարել ընդունելության քննությունները (բացառությամբ ԵՊԲՀ շրջանավարտների, որոնք իրենց բուհում կլինիկական օրդինատուրա դիմելիս ընդունվում են առանց քննության՝ հիմք ընդունելով նույն բուհի ավարտական քննությունների արդյունքները): Կրթական ստանդարտների վերահսկման գործիքների անբավարարությունը դժվարացնում է նաև տարբեր բուհերում բավարար ու համասեռ կրթական մակարդակի ապահովումը: Կրթության, գիտության, մշակույթի և սպորտի նախարարությունը նախաձեռնել է այդ ստանդարտների արդիականացման ու ներդրման գործընթացը: Սրա նպատակը ոչ միայն կրթական ստանդարտների ներդրումն է, այլև այդ

կրթական ստանդարտների վերջնարդյունքների համապատասխանեցումը աշխատաշուկայի պահանջներին: Ներդրված ստանդարտները թույլ կտան մշակել կրթական վերջնարդյունքների վրա հիմնված կրթական ծրագրեր, ինչը կարող է նպաստել բժշկական բուհերի ուսումնական ծրագրերի ստանդարտացմանը: Սակայն բոլոր նշված գործընթացները բավականին ժամանակատար են և դրանց արդյունքները տեսանելի կլինեն տարիներ անց, երբ այդ չափանիշներին համապատասխանող շրջանավարտները կհայտնվեն աշխատաշուկայում:

Այս պահին ընդունելության պատնեշը հաղթահարելու դեպքում բժիշկը կարող է անցնել հետբուհական մասնագիտացում նշված հաստատություններում: Սակայն ընդունելությունը և ուսումնառությունը դեռ չեն երաշխավորում վերջնարդյունքը, քանի որ երկու կրթական հաստատությունում էլ կազմակերպվում են ընթացիկ ատեստավորման քննություններ, որոնք չհանձնելու դեպքում կլինիկական օրդինատորը չի կարող շարունակել իր ուսումը: Հետբուհական մասնագիտացումն ավարտած բժիշկը ստանում է ինքնուրույն մասնագիտական գործունեություն իրականացնելու իրավունքը հաստատող պետական նմուշի ավարտական փաստաթուղթը:

### ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

Հետբուհական բժշկական կրթական մոդելների համեմատությունները կատարվել են՝ հիմնվելով այնպիսի հեղինակավոր կազմակերպությունների հրապարակած փաստաթղթերի

**Աղյուսակ 1.** Հետբուհական բժշկական կրթության բաղադրիչների համեմատականները

Գործոն	Հայաստան	Եվրոպա	ԱՄՆ
<b>Մասնագիտացողների կարգավիճակ</b>	Կլինիկայի աշխատակից չեն, իրենք են վճարում իրենց ուսումնառության համար (բացառությամբ պետական նպատակային ծրագրերի)	Կլինիկայի աշխատակիցներ են՝ լիազորությունների իրենց շրջանակով և դրան համապատասխանող վարձատրությամբ	
<b>Մասնագիտացողների թվաքանակի սահմանափակումներ</b>	Չկան	Կան՝ տվյալ մասնագիտությամբ պահանջարկից կախված	Կան՝ կատարվող միջամտությունների քանակից կախված
<b>Մասնագիտացողների կենտրոնացված քննություն կամ լիցենզավորում</b>	Չի անցկացվում	Հանձնվում են կենտրոնացված քննություններ և/կամ մասնագիտացողները լիցենզավորվում են	
<b>Մասնագիտացողների հետադարձ կապի և գնահատման համակարգ</b>	Թույլ է զարգացած, սուբյեկտիվ է. որակի վերահսկումն իրականացվում է նույն հաստատության կողմից	Զարգացած է	Խիստ զարգացած է, կրթական հաստատությունները մշտադիտարկվում են անկախ մարմինների կողմից

վրա, ինչպիսիք են WFME-ն և ACGME-ն: Համեմատականներ անցկացնելիս հիմք են ընդունվել նաև այլ հետազոտողների մի քանի հրապարակումներ, ինչպես նաև մի շարք երկրներում ընդունված ստանդարտներ [3,4,8,9,10,11]:

Առանձնացվել են հիմնական գործոնները, որոնց շուրջ կատարվել են համեմատությունները (Աղյուսակ 1): Սրանք այն գործոններն են, որոնք կարող են անմիջական ներգործություն ունենալ հետբուհական կրթական գործընթացի որակի վրա: Նշված գործոնները խմբավորվել են հետևյալ կերպ. մասնագիտացողների ընտրություն, կրթական ծրագրեր, ֆինանսավորում, կրթության որակի վերահսկում (Գծապատկեր 2): Այս գործոնները խմբավորվել են նաև, ելնելով այլ աշխատանքների վերլուծություններից, քանի որ սրանք այն հիմնական ուղղություններն են, որտեղ նկատվել են հիմնական ու առանցքային տարբերությունները Հայաստանում և այլ երկրներում առկա հետբուհական բժշկական կրթական գործող համակարգերի միջև:

Հայաստանում հետբուհական մասնագիտացում անցնող բժիշկների թվաքանակի սահմանափակումներ չկան: Ընդունելության շեմը հաղթահարած բոլոր դիմորդները կարող են անցնել կլինիկական օրդինատուրա վճարովի հիմունքներով: Ինչը համադրելի չէ Եվրոպայում կամ ԱՄՆ-ում առկա մասնագիտացման գործող համակարգերի հետ: Արևմուտքում այս բաղադրիչը ևս չափելի ու ստանդարտացված է: Կրթական ծրագրերով սահմանված է տվյալ մասնագիտությամբ գործնական հմտությունների թվաքանակը, որոնք ռեզիդենտը պիտի կատարի իր ղեկավարի հսկողությամբ և ինքնուրույն. այդ հաշվարկը համադրված է նաև երկրում առկա կլինիկական դեպքերի քանակի հետ, ինչպես նաև թափուր աշխատատեղերի թվաքանակի հետ: Այսպիսով, տվյալ երկիրն ունենում է այնքան ռեզիդենտ, որքանին կարող է «ապահովել» կլինիկական դեպքերի այն քանակությամբ, որը թույլ կտա ունենալ սահմանված ստանդարտներին համապատասխանող որակյալ մասնագետ: Բուհերի շրջանավարտները ռեզիդենտուրա անցնելու համար պետք է հաղթահարեն նաև կենտրոնացված ավարտական կամ լիցենզավորման քննությունները, ինչն ապահովում է ռեզիդենտների որոշակի համասեռությունը (համապատասխան ակադեմիական գիտելիքների մակարդակ) :

Ի տարբերություն մի շարք երկրների, Հայաստանում կլինիկական օրդինատորն իր ուսումնառության բազա հանդիսացող կլինիկայի աշխատակից չէ: Մինչդեռ ռեզիդենտները հանդիսանում են իրենց համալսարանական կլինի-

կայի աշխատակից և վարձատրվում են իրենց ռեզիդենտուրայի ընթացքում: Բուժաստատությունները շահագրգռված են ունենալ ռեզիդենտներ, որոնք ավելի քիչ վարձատրությամբ կմատուցեն բժշկական ծառայություններ:

Այլ երկրներում՝ ի տարբերություն Հայաստանի, կրթական ծրագրերը ստանդարտացված ու միօրինակացված են և առավելապես հիմնված են հմտությունների ու իրավասությունների վրա (տեսական ու հետազոտական բաղադրիչները ևս սահմանված են և պարտադիր): Այդ կրթական ծրագրերի համար հիմք են հանդիսանում սահմանված մասնագիտական բնութագրերը [12]: Ռեզիդենտի կլինիկական պարտականությունները տարեց տարի ավելանում են իր հմտությունների աճին զուգահեռ: Հայաստանում գործող իրավական կարգավորումներին համապատասխան կրթական ծրագրերը կազմվում ու հաստատվում են այդ կրթական ծրագրերն իրականացնող հաստատությունների կողմից: Սակայն այդ ծրագրերի վերանայումը դեռ չի երաշխավորում դրանց ներդրումը և հետևողական իրականացումը, ուստի պակաս կարևոր չէ նաև որակի վերահսկող մարմինների պատշաճ աշխատանքը:

Որակի վերահսկման համակարգի առկայությունը կրթական գործընթացի կազմակերպման անբաժանելի մասն է: Ռեզիդենտների համար այդ վերահսկումը ամենօրյա բնույթ է կրում, քանի որ խիստ զարգացած է հետադարձ կապի համակարգը: Ռեզիդենտներն ու իրենց ղեկավարները փոխադարձ գնահատման համակարգի միջոցով ապահովում են հետադարձ կապի իրենց շղթան, որում ևս հնարավորինս շատ կիրառվում են ստանդարտներ՝ առավելագույնս սուբյեկտիվությունը բացառելու համար: Որակի վերահսկման ներքին մեխանիզմներից բացի գործում է նաև արտաքին մեխանիզմ. առկա է կրթական հաստատություններից անկախ գործող հետբուհական բժշկական կրթության որակը վերահսկող մարմին, ինչպես նաև տվյալ մասնագիտական ուղղությամբ գործող բժշկական խորհուրդներ, որոնք կրթական հաստատություններից անկախ են և մշտադիտարկում են հետբուհական կրթական ողջ գործընթացը՝ պարբերաբար իրականացնելով մշտադիտարկում: Բացի դրանից, զարգացած մի շարք երկրներում մշտադիտարկվում է առողջապահական աշխատաշուկա մուտք գործող և արդեն գործունեություն ծավալող բուժաշխատողների կարողությունների համապատասխանությունը երկրում ընդունված չափանիշներին՝ կենտրոնացված քննությունների կամ այլ մեխանիզմների կիրառմամբ:



**Գծապատկեր 2.** Բժշկական հետբուհական կրթության գործընթացի բարելավման ենթակա գործոնները Հայաստանում

**ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ**

Համեմատական վերլուծությունները թույլ տվեցին պատկերացում կազմել Հայաստանում գործող հետբուհական բժշկական կրթության մոդելի ու միջազգային չափանիշներով առաջնորդվող կրթական մոդելների հիմնաքարային տարբերությունների մասին: Կարծում ենք այդ բաղադրիչների կազմակերպարավական կարգավիճակի վերանայումը թույլ կտա արդիականացնել գործող համակարգը: Մասնավորապես.

Մասնագիտացողների թվաքանակի վերահսկման մեխանիզմների ներդրումն ու գործարկումը թույլ կտա ապահովել միջամտությունների նվազագույն թվաքանակը, որոնց կմասնակցեն մասնագիտացողները, ինչը կնպաստի մասնագիտացողների շրջանում հմտությունների համաչափ բաշխմանն ու նրանց կոմպետենտությունների բարձրացմանը:

Ֆինանսավորման մեխանիզմների վերանայումը թույլ կտա վերանայել մասնագիտացողների կարգավիճակն իրենց կլինիկական բազա հանդիսացող բժշկական կազմակերպությունում, ինչը հնարավորություն կստեղծի մասնագիտացողների համար իրենց աշխատանքի

ընթացքում վարձատրվել, իսկ բուժհաստատությունները կստանան օրինական հնարավորություն վարձատրելու իրենց բազայում աշխատող կլինիկական օրդինատորներին: Բացի դրանից, ուսումնառողները ստիպված չեն լինի համատեղել իրենց կրթությունն այլ աշխատանքի հետ (ինչը բացասաբար է անդրադառնում նաև նրանց կյանք-աշխատանք հավասարակշռության վրա), իրենց ուսման վարձի կամ կեցության ծախսերը հոգալու համար:

Կրթական ծրագրերի միօրինակացումը թույլ կտա սահմանել այն նվազագույն պահանջները, որոնց պետք է համապատասխանի հետբուհական բժշկական կրթություն ստացած մասնագետը, ինչպես նաև ներդաշնակեցնել դրանք ընդունված մասնագիտական բնութագրերի և Հայաստանում իրականացվող բժշկական միջամտությունների ու կլինիկական դեպքերի թվաքանակների հետ:

Որակի վերահսկման գործիքակազմի ու գործընթացի վերանայումը թույլ կտա իրականացնել նախորդ կետերով նախատեսված փոփոխությունների դինամիկ մշտադիտարկում ու ներդրում:



### ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. World Health Organization. Health Workforce. Available at: [https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1). Accessed: 16 January 2024
2. «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, Կադրային ներուժ/ 2023: Հասանելի է՝ [https://www.acgme.org/globalassets/PDFs/Milestones/MilestonesGuidebookforResidentsFellows.pdf](https://nih.am/am/statistical_yearbooks/165/am: Մուտք՝ 16 հունվարի, 2024</a></li>
<li>3. Accreditation council for graduate medical education. Milestones Guidebook for Residents and Fellows. Available at: <a href=). Accessed: 10 January 2024
4. Kreutzberg A, Reichebner C, Maier C, Destrebecq F, Panteli D. Regulating the input: health professions. 2019
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Milestones by specialty. Available at: <https://www.acgme.org/milestones/milestones-by-specialty/>. Accessed: 10 January 2024
6. Բարձրագույն և հետբուհական կրթության մասին ՀՀ Օրենք: Հասանելի է՝ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=25820>
7. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշումը Հայաստանի Հանրապետությունում բժիշկների և պրոֆիլզորների հետդիպլոմային մասնագիտական կրթության համակարգի բարեփոխման մասին Հասանելի է՝ <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=5483>
8. World Federation for Medical Education. Standards for Postgraduate Medical Education 2023. Available at: <https://wfme.org/standards/pgme/>. Accessed: 16 January 2024.
9. Aftab W, Khan M, Rego S, Chavan N, Rahman-Shepherd A, Sharma I, Wu S, Zeinali Z, Hasan R, Siddiqi S. Variations in regulations to control standards for training and licensing of physicians: a multi-country comparison. Hum Resour Health. 2021 Jul 23;19(1):91. doi: 10.1186/s12960-021-00629-5. PMID: 34301245; PMCID: PMC8299694.
10. General Medical Council. Standards, guidance and curricula. Available at: <https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula>. Accessed: 10 January 2024.
11. European Economic Community. Council Directive 75/363/EEC concerning the coordination of provisions laid down by law, regulation or administrative action in respect to activities of doctors. Off J Eur Communities. 1975;(L):167/14167/16.
12. European union of medical specialists. Competence based training and assessment. <https://www.uems.eu/areas-of-expertise/postgraduate-training/competence-based-training-and-assessment>

### System of postgraduate medical education in Armenia: brief comparative description of the current situation

Gohar A. Yerimyan

Avdalbekyan National Institute of Health, Ministry of Health, Yerevan, Armenia

#### ABSTRACT

Postgraduate medical education is an integral part of the process of becoming a physician. Provisions regarding postgraduate education for doctors in Armenia are established by law and are mandatory for independent professional practice. Comparative analysis of the postgraduate education systems for doctors, as well as educational models in Armenia and several developed countries has been conducted. The postgraduate medical education model of the newly independent Republic of Armenia has been initially established in Soviet Armenia and operates with certain modifications. Instead of

requiring professional qualifications “on jobs” and short-term courses, the law now mandates professional postgraduate medical education. This aligns with the model proposed by the World Federation for Medical Education: basic medical education, postgraduate education and continuing professional development. According to the study, there are fundamental differences among the components of postgraduate medical education systems in leading countries and in Armenia, which have been identified and compared. Four main components have been highlighted: selection of specialists, financing, educational programs and quality control. These components involve fundamentally different approaches to the planning and implementation of processes. The analysis allows us to group these main components (selection of specialists, financing, educational programs, quality control) which are fundamentally different and the consideration of which can lead to qualitative changes in the postgraduate medical education system of Armenia.

**Keywords:** *postgraduate medical education, health workforce*

## Система последипломного медицинского образования в Армении: краткое сравнительное описание текущей ситуации

Гоар А. Еримян

Национальный институт здравоохранения им. акад. С.Х. Авдалбекяна, Министерство здравоохранения, Ереван, Армения

### АБСТРАКТ

Последипломное образование является неотъемлемой частью процесса становления врача. Положения о последипломном образовании врача в Армении закреплены законом и являются обязательными для самостоятельной профессиональной деятельности. Были проведены исследования и сравнительный анализ системы последипломного образования врачей в Армении и образовательных моделей в ряде развитых стран. В Республике Армения действует сложившаяся в Советской Армении модель последипломного медицинского образования, которая в независимой Армении претерпела определённые изменения. Вместо требования профессиональной квалификации

на «рабочих местах» и краткосрочных курсах, закон установил обязательное требование последипломного профессионального образования. Это соответствовало трёхуровневой модели, предложенной Всемирной федерацией медицинского образования: базовое медицинское образование, последипломное образование и непрерывное профессиональное развитие. По данным исследования, существуют определённые принципиальные различия между компонентами систем последипломного медицинского образования в ведущих странах, которые были выделены и сопоставлены. Выделены 4 основных компонента: подбор специалистов, финансирование, образовательные программы, контроль качества, которые включают в себя принципиально разные подходы к планированию и реализации процессов. Проведённый анализ позволяет сгруппировать основные компоненты (отбор специалистов, финансирование, образовательные программы, контроль качества), которые принципиально различны и рассмотрение которых может вызвать качественные изменения в системе последипломного медицинского образования.

**Ключевые слова:** последипломное медицинское образование, кадры здравоохранения