НАО «КАРАГАНДИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КОП «СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА»

Независимая оценка выпускников ВОП, ориентированная на контроль доверяемых профессиональных действий (EPA)

Абугалиева Тлеужан Оразалиевна
Председатель КОП «Семейная медицина»,
зав. кафедрой семейной медицины НАО «КМУ»,
к.м.н., профессор

Караганда, 2026

Анализ по тестовым заданиям 1 этапа

Охват клинических дисциплин

Тестовые задания соответствуют по объему и охвату перечню клинических дисциплин ОП интернатуры по направлению ВОП, однако **не прослеживается должным образом связь с результатами обучения и профессиональными компетенциями ВОП**.

Компетенции ВОП и нормативная база

Необходимо шире представить вопросы, оценивающие организационные, профилактические, коммуникативные и управленческие компетенции ВОП, и для каждого нормативного задания целесообразно фиксировать: наименование НПА или клинического протокола, номер, редакцию, дату актуальности и конкретную норму, на которой основан правильный ответ.

Задания, требующие повторной экспертизы

Отмечаются неоднозначность правильного ответа; недостаток исходных клинических данных; проверка второстепенного знания вместо профессиональной компетенции ВОП; несбалансированные дистракторы; различия вариантов ответа по длине, конкретности или грамматической конструкции; технические и редакционные ошибки.

Структурно-содержательная ревизия

Целесообразно провести полную ревизию с формированием схемы-матрицы, сопоставлением каждого задания с результатами обучения, профессиональными компетенциями и трудовыми функциями ВОП, актуализацией клинических протоколов и нормативно-правовой базы, психометрической экспертизой и последующим формированием валидированного банка эквивалентных тестовых вариантов.

Соответствие профилю врача общей практики

Типовая программа интернатуры

Типовая программа интернатуры по специальности «Общая врачебная практика» ориентирована на подготовку врача, способного самостоятельно осуществлять **первичный контакт с пациентом, диагностику, лечение, профилактику, динамическое наблюдение, маршрутизацию и преемственность** медицинской помощи на уровне ПМСП.

Исследованный тестовый материал

Основной массив заданий сосредоточен на клинической нозологической диагностике, интерпретации отдельных показателей и выборе лечения. При этом **недостаточно системно представлены** вопросы, оценивающие организационные, профилактические, коммуникативные и управленческие компетенции ВОП.

Необходимо шире представить вопросы, оценивающие:

- Организацию деятельности врача общей практики и ПМСП
- Маршрутизацию пациента и преемственность между уровнями медицинской помощи
- Динамическое наблюдение
- Профилактику и скрининги
- Ведение хронических заболеваний на уровне ПМСП
- ГОБМП и ОСМС
- Медицинскую документацию и цифровые информационные системы
- Коммуникацию с пациентом и семьей
- Информированное согласие, медицинскую этику и безопасность пациента
- Реабилитацию и паллиативную помощь
- Доказательную медицину и клиническое принятие решений

Полный цикл ведения пациента на уровне ПМСП

При оценке распространённых нозологий важно проверять не только знание диагностики и лечения, а **полный цикл ведения пациента на уровне ПМСП**:



*Таким образом, вопрос должен оценивать не только «что назначить», но и **как ВОП ведёт пациента**.*

Соответствие результатам обучения и профессиональным компетенциям

ТРЕБУЕМАЯ ЕДИНАЯ ФОРМАЛИЗОВАННАЯ МАТРИЦА

Результат обучения → **Профессиональная компетенция ВОП** → **Трудовая функция** → **Клиническая ситуация** → **Тестовое задание** → **Когнитивный уровень**

Текущее состояние

В представленном материале **не прослеживается единая формализованная матрица** «результат обучения → профессиональная компетенция ВОП → трудовая функция → клиническая ситуация → тестовое задание → когнитивный уровень».

Следствие

По значительной части заданий невозможно однозначно установить, какой конкретный результат обучения и какая профессиональная компетенция оцениваются. Это **снижает доказательность содержательной валидности** тестового инструмента.

Что необходимо

Для официального использования необходима **единая схема-матрица**, в которой каждое задание будет сопоставлено с результатом обучения, профессиональной компетенцией, разделом образовательной программы, темой/нозологией, когнитивным уровнем и основанием для правильного ответа.

Когнитивный уровень тестовых заданий

СЕЙЧАС ПРЕОБЛАДАЕТ

Воспроизведение знаний

Значительная часть вопросов построена как проверка воспроизведения фактической информации: определение заболевания, возбудителя, показателя, механизма, препарата, формулы или отдельного диагностического признака.

НЕОБХОДИМО УВЕЛИЧИТЬ ДОЛЮ

Применение знаний

Для оценки готовности ВОП к самостоятельной работе необходимы задания, требующие интерпретации клинических данных, выделения ведущего синдрома, оценки риска, дифференциальной диагностики, выбора первоочередной тактики, определения маршрутизации, профилактической стратегии и дальнейшего динамического наблюдения.

*Таким образом, существующий банк нуждается в **перераспределении когнитивных уровней** — от преимущественно воспроизведения знаний к клиническому применению и принятию решений.*

Нормативная актуальность и качество тестовых заданий

Нормативно-правовая актуальность

Вопросы, основанные на календарях вакцинации, скринингах, диспансерном наблюдении, ГОБМП, ОСМС, медицинской документации, маршрутизации и полномочиях медицинского работника, должны использоваться только после проверки по действующей редакции соответствующего нормативного правового акта.

Для каждого нормативного задания целесообразно фиксировать:

- Наименование НПА или клинического протокола
- Номер
- Редакцию
- Дату актуальности
- Конкретную норму, на которой основан правильный ответ

Качество тестовых заданий

При анализе выявлены вопросы, требующие редакторской и методической переработки. Основные типы потенциальных дефектов:

- Неоднозначность правильного ответа
- Недостаток исходных клинических данных
- Проверка второстепенного знания вместо профессиональной компетенции ВОП
- Несбалансированные дистракторы
- Различия вариантов ответа по длине, конкретности или грамматической конструкции
- Технические и редакционные ошибки

Пример: масса ребёнка указана как **«6100 кг»** — требуется обязательная техническая проверка и исправление единиц измерения.

Основные системные несоответствия

1. Недостаточная ориентация на результаты обучения и профессиональные компетенции ВОП
2. Отсутствие системной связи «компетенция — результат обучения — тестовое задание»
3. Неполное отражение специфики деятельности врача на уровне ПМСП
4. Недостаточная представленность организационно-профилактического, нормативно-правового, коммуникативного и междисциплинарного компонентов
5. Дисбаланс когнитивных уровней
6. Необходимость клинической актуализации отдельных заданий
7. Необходимость проверки нормативных заданий по действующим редакциям НПА
8. Наличие неоднозначных и методически слабых конструкций
9. Неоднородность качества дистракторов
10. Наличие технических и редакционных ошибок
11. Отсутствие в явном виде единой валидированной спецификации теста
12. Недостаточная доказательность содержательной валидности

Ограниченные возможности оценки практической компетентности

Правильный ответ на тестовый вопрос или клинический кейс не всегда свидетельствует о способности выпускника самостоятельно выполнить соответствующее профессиональное действие. Поэтому целесообразно постепенно дополнить существующую систему элементами прямой оценки практической деятельности: **OSCE, стандартизированными пациентами и оценкой доверяемых профессиональных действий (EPA)**, скорее всего, на уровне самих вузов.

Итоговая оценка соответствия

Критерий	Оценка	Комментарий
Соответствие профилю ВОП	**Частичное**	Широкий клинический охват, но недостаточная представленность ПМСП-компетенций
Охват клинических дисциплин	**В целом широкий**	Представлены основные клинические направления
Соответствие результатам обучения	**Недостаточно подтверждено**	Не сформирована единая матрица соответствия
Соответствие профессиональным компетенциям	**Не систематизировано**	Не прослеживается связь каждого задания с компетенцией
Когнитивный баланс	**Требует пересмотра**	Необходимо увеличить долю заданий на применение и принятие решений
Клиническая актуальность	**Требует проверки**	Отдельные задания нуждаются в обновлении
Нормативная актуальность	**Требует проверки**	Необходима проверка всех НПА-зависимых заданий
Качество дистракторов	**Неоднородное**	Требуется редакторская и психометрическая экспертиза
Техническое качество	**Требует исправления**	Выявлены редакционные/технические ошибки
Готовность к использованию без переработки	**Нет**	Требуется системная ревизия и валидация

Доверенная профессиональная активность (EPA)

- Концепция была разработана с целью практической реализации последипломного компетентностно-ориентированного медицинского образования (ten Cate, 2005; ten Cate, Scheele, 2007), но в настоящее время более широко применяется в обучении медицинских работников (Mulder et al., 2010; Chen et al., 2015).

- Портфолио могут служить для поддержки обратной связи по EPA, а также для принятия решений о допуске к выполнению профессиональной деятельности.

Подготовка ВОП: что уже сделано

В рамках ускоренной трансформации системы подготовки ВОП утвержден ТУП по интернатуре ВОП, актуализировано Портфолио и внедрены обязательные минимальные требования к практической подготовке: журнал клинических случаев (logbook), минимальное количество самостоятельных амбулаторных приемов взрослых и детей, Mini-CEX (мини-клиническая оценка); разработан перечень компетенций EPA.

Для внедрения EPA необходимы:

- Систематизированный подход
- Обучение преподавателей данной концепции
- Единый перечень компетенций по специальностям
- Перечень инструкций
- Определение методов оценки и валидация

Предлагаемый перечень EPA для обязательных профильных дисциплин

EPA	Профессиональное действие	Профильная дисциплина
EPA-1	Самостоятельный приём взрослого пациента на ПМСП	Внутренние болезни на уровне ПМСП
EPA-2	Клиническое диагностическое решение у взрослого пациента	Внутренние болезни на уровне ПМСП
EPA-3	Ведение пациента с хроническим заболеванием	Внутренние болезни на уровне ПМСП; клиническая фармакология
EPA-4	Ведение пациента с острым заболеванием	Внутренние болезни на уровне ПМСП; неотложные состояния
EPA-5	Самостоятельный амбулаторный приём ребёнка	Детские болезни на уровне ПМСП
EPA-6	Распознавание опасного состояния у ребёнка и первичная маршрутизация	Детские болезни на уровне ПМСП; неотложные состояния
EPA-7	Первичная оценка хирургического / травматологического / урологического / ЛОР / офтальмологического пациента	Хирургические болезни на уровне ПМСП
EPA-8	Онкологическая настороженность, первичное выявление и маршрутизация	Онкология на уровне ПМСП
EPA-9	Первичная оценка женщины и беременной на уровне ПМСП	Акушерство и гинекология на уровне ПМСП
EPA-10	Первичная неврологическая оценка и маршрутизация	Неврология на уровне ПМСП
EPA-11	Ведение пациента с инфекционным синдромом	Инфекционные болезни на уровне ПМСП
EPA-12	Ведение пациента с эндокринной патологией	Эндокринология на уровне ПМСП
EPA-13	Определение показаний к реабилитационным мероприятиям	Физиотерапия на уровне ПМСП
EPA-14	Распознавание и первичная помощь при неотложном состоянии на догоспитальном этапе	Неотложные состояния на догоспитальном этапе

Интеграция клинической фармакологии

*Клиническую фармакологию целесообразно не выделять в самостоятельную EPA, а использовать как **сквозной компонент оценки лекарственной безопасности во всех клинических EPA***

ЧТО ПРОВЕРЯЕТ ОЦЕНЩИК

Выбор терапии

Обоснованность препарата и цели терапии

Безопасность

Противопоказания, взаимодействия, риск нежелательных реакций

Дозирование

Соответствие клинической ситуации и характеристикам пациента

Мультиморбидность

Риск полипрагмазии и лекарственной нагрузки

Приверженность

Понимание схемы и выявление причин неприверженности

Мониторинг

План контроля эффективности и безопасности

Коммуникация

Объяснение пациенту схемы и предупреждений

Матрица «Дисциплина — EPA — клиническая ситуация — инструмент»

Дисциплина	EPA	Типовые ситуации	Основные инструменты
Внутренние болезни ПМСП	**1–4**	АГ; ИБС; ХСН; ХБП; заболевания дыхательной системы; ЖКТ; анемии; суставной синдром; мультиморбидность	Mini-CEX; CBL; Chart Audit; Logbook
Детские болезни ПМСП	**5–6**	Лихорадка; кашель; пневмония; диарея; обезвоживание; ИМП; анемия; профилактический осмотр	Mini-CEX; OSCE; Logbook
Хирургические болезни ПМСП	**7**	Острый живот; травма; раны; почечная колика; острая задержка мочи; красный глаз; ЛОР-патология	OSCE; CBL; DOPS при наличии процедуры
Онкология ПМСП	**8**	Факторы риска; подозрение на опухоль; онкологическая настороженность; скрининг	Mini-CEX; CBL; OSCE; Chart Audit
Акушерство и гинекология ПМСП	**9**	Беременность; факторы риска; кровотечение; боли внизу живота; симптомы осложнений	Mini-CEX; OSCE; CBL
Неврология ПМСП	**10**	Головная боль; головокружение; синкопе; слабость; инсульт; судороги	Mini-CEX; CBL; OSCE
Инфекционные болезни ПМСП	**11**	Лихорадка; ОРВИ; кишечная инфекция; инфекционный синдром; эпидемиологический анамнез	Mini-CEX; CBL; OSCE; Chart Audit
Эндокринология ПМСП	**12**	СД; гипо-/гипергликемия; ожирение; заболевания щитовидной железы	Mini-CEX; CBL; Chart Audit
Фтизиатрия ПМСП	**13**	Функциональные ограничения; реабилитация; оценка результата	CBL; DOPS при наличии процедуры; Chart Audit
Клиническая фармакология	**сквозной компонент**	Любой пациент, получающий лекарственную терапию	Medication Review; Mini-CEX; Chart Audit
Неотложные состояния	**14**	ОКС; инсульт; анафилаксия; судороги; шок; острая дыхательная недостаточность; тяжёлое состояние ребёнка	OSCE; симуляция; DOPS

Оценивание EPA во время реального приёма

Рекомендуется использовать **клинический приём как основную естественную среду оценки**. Один пациент может одновременно предоставлять доказательства достижения нескольких EPA.

1. Интерн самостоятельно проводит консультацию
2. Наставник наблюдает, не вмешиваясь, если отсутствует угроза безопасности пациента
3. После приёма проводится краткая обратная связь
4. Заполняется Mini-CEX / Direct Observation по соответствующим EPA
5. Фиксируются сильные стороны, дефициты и уровень доверия
6. При необходимости назначается повторная оценка
7. Доказательство помещается в портфолио и отражается в Logbook

Пример: один приём пациента с АГ может дать доказательства EPA-1, EPA-2, EPA-3, а также сквозных компонентов клинической фармакологии, коммуникации и документации.

Инструменты оценки

Инструмент	Назначение	Рекомендуемая роль
Mini-CEX	Наблюдение за реальным приёмом	Основной инструмент для взрослых и детей; EPA-1–5, 7–12
Direct Observation EPA	Краткая оценка профессионального действия	Подтверждение самостоятельности на реальном приёме; EPA-1–14
CBL	Разбор клинического решения	Клиническое мышление; EPA-2–4, 7–13
DOPS	Наблюдение за практической процедурой	Процедурные и неотложные навыки; преимущественно EPA-6, 7, 14
OSCE	Стандартизированная клиническая ситуация	Опасные, редкие и критические состояния; EPA-6–14
Chart Audit	Аудит медицинской документации	Безопасность, лечение, маршрутизация, follow-up; EPA-3, 4, 8–13
Logbook	Накопительный учёт клинического опыта	Все EPA; показывает объём и разнообразие случаев
360° Feedback	Оценка профессионального поведения командой	Коммуникация, ответственность, команда; сквозной компонент
Reflection	Рефлексивный анализ	Сложные случаи, ошибки, план развития; сквозной компонент
Entrustment Rating	Решение об уровне доверия	Итоговое решение по каждой EPA

Выводы

Основные несоответствия по тестовым заданиям **имеют системный характер** и связаны с недостаточной ориентацией тестовой базы на результаты обучения и профессиональные компетенции ВОП, неполным отражением специфики деятельности врача на уровне ПМСП, недостаточной представленностью организационно-профилактического, нормативно-правового, коммуникативного и междисциплинарного компонентов, дисбалансом когнитивных уровней, наличием клинически и нормативно требующих актуализации заданий, неоднородностью качества дистракторов, отдельными техническими и редакционными ошибками, а также отсутствием единой валидированной спецификации теста.

Представленный банк тестовых заданий **не рекомендуется использовать в неизменном виде** для официальной итоговой оценки профессиональной подготовленности выпускников по специальности «Общая врачебная практика». Целесообразно провести его полную структурно-содержательную ревизию с формированием схемы-матрицы, сопоставлением каждого задания с результатами обучения, профессиональными компетенциями и трудовыми функциями ВОП, актуализацией клинических протоколов и нормативно-правовой базы, психометрической экспертизой и последующим формированием валидированного банка эквивалентных тестовых вариантов.

Примечание: настоящий вывод относится исключительно к тестовым заданиям 1 этапа и не распространяется на кейс-тестинг 2 этапа.

Предложения по совершенствованию тестовой базы

Экспертиза и переработка банка заданий

1. Провести полную нормативную экспертизу всех тестовых заданий по действующим НПА и клиническим протоколам
2. Сформировать схему-матрицу: компетенция → результат обучения → трудовая функция → тема/нозология → когнитивный уровень → тестовое задание
3. Провести предметную экспертизу каждого вопроса и дистрактора
4. Удалить или переработать устаревшие, неоднозначные, дублирующие и технически некорректные задания
5. Увеличить долю клинических ситуаций, требующих принятия решения на уровне ПМСП
6. Обеспечить полноценное представительство организационно-профилактического компонента деятельности ВОП
7. Стандартизировать длину и структуру вариантов ответа и исключить подсказки через формулировку
8. Сформировать несколько эквивалентных экзаменационных вариантов по 100 вопросов на основе единой спецификации

При пересмотре технического задания на разработку тестов целесообразно:

Сохранить оценку клинических знаний, но пересмотреть их распределение в пользу наиболее распространённых заболеваний и состояний ПМСП.

Включить в клинические задания **полный цикл ведения пациента**, а не только диагностику и выбор лечения.

Усилить оценку работы с **недифференцированными жалобами, мультиморбидностью, профилактикой, коммуникацией, маршрутизацией и непрерывностью наблюдения**.

Поэтапно внедрять **EPA** (на уровне университетов) для оценки способности выпускника выполнять ключевые профессиональные действия.

Предложения по совершенствованию системы оценки выпускников ВОП

1

Определить минимальный перечень профессиональных компетенций и EPA выпускника интернатуры ВОП

Разработать национальный перечень минимально необходимых компетенций и Entrustable Professional Activities (EPA), которыми врач должен владеть к моменту окончания интернатуры и которые ему может быть доверено выполнять самостоятельно в условиях ПМСП.

Для каждого EPA определить ожидаемый уровень самостоятельности, критерии безопасности и качества выполнения, а также обязательность практической отработки и документированной оценки.

2

Создать механизм внутриуниверситетской накопительной оценки профессиональной готовности

Возложить на организацию образования основную ответственность за накопительную оценку готовности на протяжении интернатуры: наблюдение за реальной клинической деятельностью, обратная связь, прямое наблюдение, симуляция и другие валидные методы оценки EPA.

Итог — **обоснованное решение**, какие действия выпускнику разрешено выполнять самостоятельно, какие — под наблюдением, а какие требуют дополнительной подготовки.

3

Создать механизм внешней независимой оценки и аудита качества внутриуниверситетской оценки

Сохранить независимый внешний компонент не как дублирование университетского экзамена, а как механизм проверки надежности и объективности решений организаций образования.

Периодический внешний аудит, выборочная переоценка выпускников по отдельным EPA, проверка валидности и стандартизации инструментов, сопоставление результатов между вузами.

Внешняя система **контролирует качество решений университета**, а не подменяет его ответственность.

Благодарю за внимание!