

摘 要

通过对金砖国家继续医学教育制度进行比较研究，将经济学领域的制度变迁理论引入继续医学教育领域。利用诺斯制度变迁理论对现阶段继续医学教育制度改革和完善，从国家理论的视角明确了国家要作为制度供给者，应该新增国家法定专门管理机构、推动实施医师注册制度与继续医学教育挂钩、建设全国继续医学教育大数据管理体系。从产权理论的视角梳理行业、单位、个人在继续医学教育工作中的权利义务，应该实行继续教育学分个人管理、明确个人付费制度。

【关键词】 金砖国家；继续医学教育制度；比较

Comparative study on continuing medical education system in BRICS

继续医学教育作为院校医学教育和毕业后医学教育之后的第三阶段，是医学教育连续统一体的重要组成部分[1]，继续医学教育制度改革也是医学教育改革的重要内容。

2001年，美国高盛公司首席经济师吉姆·奥尼尔（Jim O’Neill）首次提出“金砖四国”的概念，特指新兴市场投资代表[2]。“金砖四国”（BRIC）引用了巴西（Brazil）、俄罗斯（Russia）、印度（India）和中国（China）的英文名称首字母。由于该词与英语单词的砖（Brick）类似，因此被称为“金砖四国”。2008年~2009年，相关国家举行系列会谈并建立峰会机制拓展为国际政治实体。2010年，南非（South Africa）加入后，其英文单词变为“BRICS”并改称为“金砖国家”。金砖国家是重要的发展中国家和新兴市场国家[3]，人口规模大，社会经济发展目标有许多相似之处，其继续医学教育制度各有自身的特点。相比较而言，研究金砖国家的继续医学教育制度比研究其他国家

更有针对性和可比性，在某些方面更值得我国借鉴，本研究通过比较金砖国家继续医学教育的规章制度、组织机构、筹资机制、与行医执照挂钩情况、继续医学教育对象、继续医学教育活动主办单位和形式等内容，结合我国继续医学教育的现状，引入经济学中诺斯的制度变迁理论，借鉴其他金砖国家继续医学教育的成功经验，探索解决我国继续医学教育存在问题的办法，为我国继续医学教育改革提供理论依据。

1 金砖国家继续医学教育制度比较

1.1 规章制度

金砖国家都开展了继续医学教育，建立了相应的继续医学教育制度。不论是巴西和南非的继续医学教育专门法规[4-5]，还是中国、俄罗斯、印度部门规章，都有一套比较完整的继续医学教育制度用以规范本国继续医学教育的实施。2007年，南非颁布了《卫生行业法》（Health Professions Act）依法成立了南非卫生行业委员会，对卫生从业者的教育、培训和注册进行管理规定了医生、牙医和辅助专业人员必须注册。南非卫生行业委员会依法对注册的医生提出每年必须完成30学分的继续医学教育的要求，如此才能维持其注册资格。

巴西发布一系列法案，明确医生必须参加继续医学教育。同时，巴西还出台相关法案确定，由部分技术学校和培训中心在全国范围内建立技术学校网络（Rede de Escolas Tecnicas do SUS, RETSUS），结合不同地区医疗服务特点，对在职卫生专业人员进行技术培训[6]。2000年，在我国卫生部所制订的《继续医学教育暂行规定》的基础上，卫生部和人事部共同颁布了《继续医学教育规定（试行）》，对我国继续医学教育的组织管理、内容形式、考核评估、经费筹集、激

励与约束机制等方面进行了更加系统和明确的规定[7]。2006年，全国继续医学教育委员会重新修订和颁发了《国家级继续医学教育项目申报、认可办法》和《继续医学教育学分授予与管理办法》，对继续医学教育工作的深入开展起到了积极的推动作用。印度最初开展继续医学教育源于根据中央政府卫生和家庭福利部的建议，从1985年开始实施继续医学教育计划，利用在美国定居的印度裔医生为继续医学教育和病患照护提供支持[8]。随着继续医学教育的逐步发展。目前，印度鼓励相关机构和学术权威，如大学和学术机构的负责人或全国各类医学协会主任委员[7] 举办继续医学教育活动。

虽然金砖国家都建有继续医学教育制度，但有的是法律，有的是部门规章，实施的效力不同。南非和巴西采取的是强制性的继续医学教育，通过立法要求医生必须参加继续医学教育，实施效力最强，南非的卫生行业法案既保证了医师参加继续医学教育的权利，也强制医生必须履行参加继续医学教育的义务，医生必须积极主动参加继续医学教育，而且及时到管理网站上更新学习记录，否则将会影响医师执照的再注册[5]。我国的继续医学教育制度属于部门规章，比继续医学教育立法的效力要弱，主要依靠行政手段来推进继续医学教育工作的开展，各行政管理部门或医疗卫生机构在相应的继续医学教育管理办法中规定继续医学教育与医疗机构领导的绩效、个人年终考核以及专业技术职务晋升等挂钩，以强制卫生专业技术人员参加继续医学教育，各省、直辖市、自治区或者各医疗机构的继续医学教育工作的开展的深度和广度差异很大。在工学矛盾日益尖锐的情况下，虽然继续医学教育能够切实提高卫生专业技术人员业务水平，但容易被误解为行政强制。反观继续医学教育立法的好处是对所有注册医生都有强制力，

为了注册的目的，医生积极主动地参加继续医学教育活动，自主管理和记录个人参加继续医学教育情况。

1.2 组织机构

金砖国家都有专门的继续医学教育组织机构，负责管理本国继续医学教育的实施。我国继续医学教育的组织管理机构是**全国和省、直辖市、自治区继续医学教育委员会**，分别负责全国和本省、直辖市、自治区继续医学教育工作的开展；**南非卫生行业委员会**负责医生继续医学教育管理和继续医学教育活动的认证工作；印度的继续医学教育监管部门是**印度医学委员会** (Medical Council of India, MCI) [9] ；巴西在**联邦层面专门设立了继续医学教育分管机构**，负责联邦层面的继续医学教育管理工作，在区域层面设立了区域管理合议院，负责本区域继续医学教育管理工作；**俄罗斯成立了发展继续医学和药学教育协调委员会**。专门的继续医学教育管理机构负责制定继续医学教育管理政策，组织开展本国继续医学教育工作，有力地保证了继续医学教育工作的健康持续发展 [10] 。

金砖国家的这些机构是**依据不同的政策法规成立的，行政效力不同**。例如，南非卫生行业委员会依法成立，依法行使职权，对继续医学教育对象约束力强。印度医学委员会隶属于印度卫生与家庭福利部，设有继续医学教育咨询委员会，负责按照继续医学教育计划，每年审核、发布和资助各类继续医学教育项目。巴西卫生部下设劳工管理与卫生教育秘书处，主要负责公共政策的制定、卫生专业人员的培训、资格认证和职业健康管理 [11] ，加上联邦医学委员会、巴西医学教育协会等组织机构的建立与完善，从宏观层面保证了巴西继续医学教育的统一领导、统一规划和统一实施。区域级的继续医学教育政策通过区域管理合议院制定和提供，考虑到地方具体情况以

及 3 级(联邦、州和市)实施,区域管理会议院将根据“承诺条款”和“健康计划”中规定的责任,制定符合国家继续医学教育政策的“区域行动计划”,并配套制定相关制度和实施流程。俄罗斯发展继续医学和药学教育协调委员会的一项重要任务是完善职业教育体系,适合时代的要求,并具有连续性、创新性,符合卫生实践的需求。我国的全国和省、直辖市、自治区继续医学教育委员会依据部门规章成立,依托卫生行政部门管理发挥其效力,推进继续医学教育工作的开展。因此,我国卫生技术人员参加继续医学教育是由行政部门推动,卫生技术人员容易产生“要我学”的感觉而被动参加继续医学教育学习。

1.3 继续医学教育对象

金砖国家继续医学教育对象均涵盖医生,对护士、药师、技师等其他人员继续医学教育的要求则不尽相同。南非继续医学教育对象包括医生、牙医和辅助专业人员。我国与巴西的继续医学教育对象包括医、药、护、技等所有卫生技术人员 [12],由同一项政策法规来约束。在南非,医生、牙医和辅助专业人员适用《卫生行业法》,药学和护理专业人员的继续教育分别由《药学法》(1974)和《护理法》(1978)规范管理 [13]。俄罗斯和印度继续医学教育对象仅指临床医师 [7]。

1.4 继续医学教育活动形式

金砖国家开展的继续医学教育活动形式多种多样。金砖国家根据本国实际情况,都将区别于日常工作而有利于提高医生执业能力的活动列为继续医学教育活动。南非将继续医学教育活动分为 3 类:1 类是一次性、无考核的继续教育活动;2 类是有结果或成果的继续教育活动;3 类是经过认证的项目 [14]。我国继续医学教育项目活动按照举办项目的级别,将学分分为 I 类学分和 II 类学分,国家级、

省、直辖市和自治区级继续医学教育项目和推广项目授予 I 类学分；各省、直辖市、自治区批准的市级继续医学教育项目，自学、发表论文、科研立项和单位组织的学术活动等授予 II 类学分；继续医学教育对象每年都应该参加与本专业相关的继续医学教育活动。俄罗斯在保持原有医师进修体系和国立医师进修学院的基础上，将参加由行业医疗机构举办且符合规定要求的会议和研讨会等学习活动纳入继续医学教育活动范畴 [15]。面授活动是金砖国家继续医学教育的重要形式，印度和俄罗斯的继续医学教育活动都是面授。巴西面授继续教育活动，如举办临床学术会议和机构内部的学习占比达 40% 以上 [16]。南非 I 类和 I I 类的继续医学教育活动都是面授的，包括早餐会或者报告；正式安排的医院、科室内部会议；病例讨论；教学/ 学习查房；学术报告，会议、座谈会、进修课程、无考核的短期课程和国际会议等。中国的 I 类学分继续医学教育活动和部分 I I 类学分继续医学教育活动是面授的。

金砖国家继续医学教育活动虽然多种多样，但在具体形式上要求不同、侧重不同。印度和俄罗斯的继续医学教育活动都是面授的，没有其他形式的继续医学教育活动，但面授的继续医学教育形式也有所不同。印度以继续医学教育项目为主 [7]；俄罗斯以医生进修为主，且最近刚刚将学术会议和继续医学教育项目纳入，南非继续医学教育除了面授活动之外，还包括同行评议的出版物或著作中章节的主要作者，硕士和博士论文的外部考官评论文，评论一本书中的一章或杂志中的一篇文章都能够获得相应的学分。同时，明确一些活动不能获得继续教育学分，例如，出版的大会论文集，写给期刊编辑没有被引用的信件，日常的查房，行政会议，编写内部使用的学生培训手册，面向公众的报告和出版物等等，本科生和研究生的教学和测

验也不是继续医学教育活动，因为这些活动属于注册医生的本职工作。巴西继续医学教育活动形式多样，包括线上的网络咨询和网络课程学习，以及线下的继续医学教育项目和小组会议 [17]。我国继续医学教育的形式是根据学习对象、学习条件、学习内容等具体情况的不同而定，采用培训班、进修班、研修班、学术讲座、学术会议、业务考察和有计划、有组织、有考核的自学等多种方式组织实施。2000年以来，现代远程教育也成为我国继续医学教育的一种重要的活动形式。

1.5 继续医学教育活动主办单位

金砖国家对继续医学教育活动的主办单位都有明确要求，中国、巴西、南非和俄罗斯继续医学教育活动的主办单位是**医疗卫生机构**。印度医学委员会规定了**印度所有的医院**可以优先举办继续医学教育项目 [7]。

金砖国家对继续医学教育活动主办单位的要求并不一样。南非对继续医学教育主办单位进行认证，我国对国家级和省、直辖市、自治区级继续医学教育基地进行试点，每隔3年进行动态评估。俄罗斯、巴西和中国的继续医学教育活动主办单位只能是医疗卫生机构。印度规定除了机构之外，个人也能举办继续医学教育项目。印度医学委员会规定了下列人可以优先举办继续医学教育项目：①大学、学术机构的负责人或系主任；②全国各类医学协会主任委员 [7]。

1.6 筹资机制

举办继续教育活动可以得到政府、机构和企业不同程度的经费资助。俄罗斯继续医学教育活动由政府出资，印度大部分继续医学教育项目都能够获得政府资助，我国继续医学教育项目活动获得**所在单**

位、企业不同程度的资助等。除了俄罗斯之外，其他金砖国家卫生专业技术人员参加继续医学教育活动都需要付费。

由于经费资助情况不同，参加继续教育活动支付的费用也不相同。俄罗斯继续医学教育对象由于政府全额资助，因此免费带薪参加。在巴西和南非，参加继续医学教育是医生个人的事情，自己付费理所应当。印度医生参加继续医学教育活动的费用来自3个方面：自费、主办机构资助、制药企业资助。2014年，Venkataraman R等 [18]对印度医生参加继续医学教育的资金来源进行调查时发现：与主办机构和制药企业资助的参与者相比，自费参加继续医学教育的参与者更倾向于再次自费参加随后的继续医学教育活动。多数医护人员参加继续医学教育活动是自费或机构赞助，自费的参与者更愿意参加国际认证的继续医学教育活动，并继续自费参加后续的活动。这说明由于自己掏钱，自费参与者会根据自己的实际需要，选择有质量保证的继续教育活动，与被资助者相比，能够更主动地参加继续医学教育活动，以更有效地提高自己的执业水平。在中国，由于医生是单位人，医生参加培训或者外出进修由单位、社会、个人共同支付继续医学教育费用。医药公司为医生提供不少外出开会、培训的机会和费用。而个体开业的医生，如独立开业的口腔医生参加继续医学教育活动则需要由自己支付学费，这与国外自主开业的医生一样。我国正在积极探索筹资机制，随着医生多点执业的不断发展，逐渐由单位、社会、个人共同支付继续医学教育费用向个人支付转变。个人支付更能够体现参与人的真实意愿和实际需求，自己的钱要花的有意义。而接受资助参加继续医学教育活动，因为是免费的，使得参加的目的性变得不甚明确，可能因为免费，变成“参加一下也行”，而忽略了自身的真实需求。

1.7 与行医执照换领挂钩的情况

金砖国家中，南非和巴西实行强制性继续医学教育制度，用立法的形式将参加继续医学教育活动与行医执照挂钩，如果没有达到继续医学教育要求，则将取消医生执业资格，有力地保障了医生自主参加继续医学教育。继续医学教育的目的是使卫生专业人员保持和获得不断更新的知识、技能和伦理态度，这将为其专业实践带来可见的效益，并且能够加强和提升其职业操守，最终使患者受益。南非 Health Professions Act 明确规定，所有注册的卫生专业人员每年必须参加一系列经过认证的继续教育活动才能维持注册。卫生从业者除了需要参加与其自身专业、学科或亚学科以及相关专业、学科或亚学科的继续教育活动之外，还必须参加伦理、人权和医疗法等内容的继续医学教育活动。

2 制度变迁推动继续医学教育发展

制度变迁是指新制度(或新制度结构)产生、替代或改变旧制度的动态过程。美国经济学家道格拉斯·C·诺斯(Douglas C. North)在其主要著作《制度、制度绩效与经济增长》中首次将制度作为变量，研究其对经济的影响，并形成了制度变迁理论。作为替代过程，制度变迁是用一种效率更高的制度替代原制度；一种制度框架的创新和被打破，是一种更有效率的制度的生产过程和交易过程。诺斯因此获得了1993 年度诺贝尔经济学奖。诺斯的制度变迁理论是由以下 3 个部分构成的：描述一个体制中激励个人和团体的产权理论；界定实施产权的国家理论；影响人们对客观存在变化不同反映的意识形态理论。诺斯所讲的制度变迁和制度创新都是指这一意义上的制度。

诺斯的制度变迁理论阐明了资本、技术、劳动以外的制度变迁是经济持续增长的外因变量。他认为，制度因素是经济增长的关键。

一种能够对个人提供有效激励的制度是保证经济增长的决定性因素，其中产权最为重要。“一个有效率的经济组织在西欧的发展正是西方兴起的原因所在”。从产权制度的理论视角来看，在专科不断细化的现代医院发展中，医生掌握的技术越来越专科化，医生与医生之间的信息不对称日益严重，对患者做出全面正确的诊断需要多学科会诊的趋势越来越强，诊断成本不断上升。而制度创新降低了诊断成本，完成了日益复杂的诊疗活动。在日益复杂的诊疗活动中，多学科会诊极大地依靠众人所信赖的、相当规律的行为模式，而协调这些活动需要制度保障。行业、单位提倡和鼓励员工通过继续医学教育持续保持其专业能力；具备执业资格的个体是继续医学教育活动的受益者或接受方，个体为了在行业、单位等组织中获得更好的职业发展，必须参加继续医学教育。与此同时，继续医学教育制度基于医学特点且以终身学习理论为基础，参加继续医学教育活动的制度安排应该是能够为个人提供有效激励的系列制度。比如，个人自费参加继续医学教育活动，获得的新理论、新技术等成果应该获得产权保护。投入使用后提高了单位的生产效率，产生了新的收益，拥有产权的个体应有权利参与利益分配，以产生有效的激励效果，变“要我学”为“我要学”，对参加继续医学教育活动形成正向反馈。

制度可以视为一种公共产品，它是由个人或组织生产出来的，这就是制度的供给。由于人们的有限理性和资源的稀缺性，制度的供给是有限的、稀缺的。随着外界环境的变化或自身理性程度的提高，人们会不断提出对新的制度的需求，以实现预期增加的收益。把制度变迁分为“自下而上”的制度变迁和“自上而下”的制度变迁。所谓“自上而下”的制度变迁，是指以政府命令和法律形式引入和实行的制度变迁，又称为强制性制度变迁。按照我国国情，“自上而下”

的制度变迁更有效率，国家应该在继续医学教育领域提供公共产品，保障制度供给，推动行业发展。通过金砖国家继续教育制度的比较研究，借鉴诺斯的理论视角，进一步改革和完善我国继续医学教育制度，必将推动继续医学教育发展，提高卫生人力资源水平。

3 对改革和完善我国继续医学教育制度的启示

我国从引入继续医学教育概念开始，经过近30年的探索实践，医学终身教育思想已经广泛确立，组建了国家、地方两级继续医学教育委员会，完善了项目审批、学分授予、项目管理、基地建设、评估考核、档案管理和远程教育管理等各项规章制度，开展了包括国家级继续医学教育项目在内的多层次、多形式的继续医学教育活动。我国继续医学教育具有组织机构完善、规章制度健全、开展形式多样、内容覆盖医学各学科等特点。继续医学教育活动已经在全国各省、直辖市和自治区，各学科普遍开展，为我国医学科学的进步、专业卫生队伍技术水平和服务能力的不断提高、推动卫生事业的科学发展，发挥了不可替代的作用。

3.1 我国继续医学教育与卫生服务需求存在差距

尽管我国的继续医学教育制度已经建立并逐步完善，但与卫生事业改革发展对继续医学教育工作的要求，与人民不断增长的卫生服务需求还有较大差距，其主要表现在：①发展不平衡。由于受经济社会发展水平和卫生事业发展水平、文化背景、思想观念以及地区条件的限制等，继续医学教育工作在地区、城乡、学科、单位之间差异较大。②继续医学教育资源不足与利用效率不高并存。我国继续医学教育的资源不够丰富，且主要集中在东部沿海地区和大型城市，基层特别是农村和城市社区的继续医学教育资源不足，有限的继续医学教育资源利用效率不高。③继续医学教育的监督管理尚需加强。一些继续医学

教育项目在实施过程中缺乏有效的监督和评价机制，教育项目所产生的效果良莠不齐。④继续医学教育活动形式和内容较为单一。相当一部分继续医学教育项目不能很好地适应广大卫生技术人员多层次、多形式和个体化学习的需求，未能凸显继续医学教育自身的性质和特点。⑤继续医学教育的质量有待提高。有的地区和单位，继续医学教育活动流于形式，没有起到更新知识和技术的作用。

3.2 金砖国家继续医学教育制度比较研究的启示

经济学领域的制度变迁理论很好地诠释了推动继续医学教育发展必须提供合理的制度保障，国家是制度供给的发起者，应该提供国家层面的制度类公共产品。继续教育领域各利益相关方应该借鉴产权理论明确各自权利义务，提供更能够提高效率的制度安排。通过对金砖国家继续医学教育制度的比较研究，得到如下启示。

3.2.1 成立法定组织管理机构

继续医学教育是国家战略的组成部分之一，属于国家职能，应该借鉴南非和印度的经验，在国家层面立法，成立相关机构，坚持公平公正，统筹、协调和管理全国继续医学教育工作。

3.2.2 实施强制性继续医学教育制度

立法实施执业再注册与继续医学教育挂钩，在法律和制度上也作为行业要求，卫生技术人员必须通过继续医学教育提高卫生技术水平，才能再注册执业。从根本上改变目前卫生技术人员被动学习的状态，彻底从“要我学”变为“我要学”，从被动学习变为主动学习。切实提升我国卫生技术人员水平，进而推动我国继续医学教育事业发展，最终提高人民群众的健康水平。

3.2.3 整合继续医学教育信息化管理平台

各级各类继续医学教育相关信息，无论是继续医学教育项目，还是卫生技术人员参加继续医学教育情况，将其整合到一个平台，**建立全国继续医学教育大数据体系**，对国家级和省、直辖市、自治区级继续医学教育项目及卫生技术人员学分进行全面管理。

3.2.4 实行学费个人承担和学分个人管理制度

学费以个人负担为主，学分由个人管理，有效提高个人学习的责任心和积极性，进而使学员对继续医学教育项目和项目的供给方提出更高的要求，对项目内容和教学质量形成倒逼机制。

金砖国家继续医学教育制度各有特点和异同。我国应该不断改革与完善继续医学教育制度，促进继续医学教育健康发展。应该坚持以政府、行业为主导，以企业、单位、医疗机构为依托，以卫生技术人员个人学习为主体，充分发挥个人主动学习的积极性，将继续医学教育与个人职业发展相结合，提高医生个人的执业水平，为我国卫生事业发展和全民健康服务。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

作者贡献声明 马真：南非继续医学教育制度研究和比较研究；佟赤：印度继续医学教育制度研究和比较研究；朱滨海：巴西继续医学教育制度研究；张彦文：提供专家建议；王雄国：中国继续医学教育制度研究和比较研究；毕晓明：俄罗斯继续医学教育制度研究

参 考 文 献

- [1] 刘秉勋.继续医学教育的概念与模式[J].继续医学教育, 1995,9(1):1-4.
 - [2] 胡一帆.中国经济新格局 战略转型及全球重组[M].北京:机械工业出版社,2014:354.
 - [3] 李慧光,陈晓霞,主编.国际贸易地理[M].2版.北京:对外经济贸易大学出版社, 2011:45.
 - [4] Ministério da Saúde. Legislação[EB/OL].[2018-07-10].<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/legislacao>.
 - [5] Republic of South Africa. Health Professions act [DB/OL].[2018-03-10]; <https://www.hpcsa.co.za/uploads/editor/UserFiles/Health%20Professions%20ACT.pdf>.
 - [6] Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) [EB/OL]. [2017-12-10]. <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/universidade-aberta-do-sus-modulos-educacionais-una-sus>.
 - [7] 孟群.新中国继续医学教育[M].北京:人民卫生出版社, 2010:50.
 - [8] Medical Council of India. Guidelines for continuing medical education scheme [EB/OL]. [2017-10-26]. <https://www.mciindia.org/CMS/about-mci/cme-programmes/guidelines-for-cme-scheme>.
 - [9] Medical Council of India Annual Report 2015-2016 [EB/OL].[2018-01-14] <https://www.mciindia.org/documents/annualReports/AnnualReport.pdf>.
 - [10] Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. N 598 “О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения” [EB/OL]. [2016-08-08].<http://base.garant.ru/70170948/>.
 - [11] Ministério da Saúde. Departamentos [EB/OL].[2017-12-10].<http://portalms.saude.gov.br/sgtes/departamentos>.
 - [12] Ministério da Saúde. PORTARIA No 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007 [EB/OL]. [2017-12-10].http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html.
 - [13] Department of Health in Republic of South Africa. National Department of Health Annual Report 2014/2015 [DB/OL]. [2018-08-04]. <http://www.health.gov.za/index.php/2014-03-17-09-09-38/2014-03-17-09-24-31/category/239-ar2015>.
 - [14] Health Professions Council of South Africa. Continuing Professional Development Guidelines for the Health Practitioners [DB/OL]. [2018-06-03].https://www.hpcsa.co.za/Uploads/editor/UserFiles/downloads/cpd/CPD_Guidelines_Sept_2017.pdf.
-

- [15] Проект концепции развития непрерывного медицинского образования с участием профессиональных медицинских организаций РФ [J/OL]. Мед. образование и проф. Развитие, 2012, 3 (9); 72-79. [2018-09-08]. <https://cyberleninka.ru/article/v/proekt-kontseptsii-razvitiya-nepreryvnogo-meditsinsko-go-obrazovaniya-s-uchastiem-professionalnyh-meditsinskih-organizatsiy-rf>.
- [16] Tiemi Murofuse N, Frizon Rizzotto ML, Fernandes Muzzolon AB, et al. Diag nóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente