

О. А. Корольчук,
к. держ. упр., доцент кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
НАДУ при Президентіві України

ЯКІСТЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ГАРАНТОВАНА КАДРОВИМ РЕСУРСОМ

O. Korolchuk,
PhD in Public Administration, assistant professor of management of public health,
the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine

THE QUALITY IN HEALTHCARE ENSURED BY PERSONNEL RESOURCES

Система охорони здоров'я відіграє виняткову роль у забезпеченні життєдіяльності держави, адже здоров'я — вагомий показник рівня розвитку. Проголошений євроінтеграційний курс вимагає від галузі гармонійного розвитку з метою покращення якісних характеристик життя, покращення демографічних показників та якості здоров'я громадян України, забезпечуючи високого рівня працездатності та активного довголіття. Якість роботи системи, в першу чергу, забезпечується високопрофесійними кадрами, тому увагу необхідно приділити питанням забезпечення якості вищої медичної освіти.

The health care system plays a crucial role in the life of the state, because health — a significant indicator of development. Acclaimed evrointehratsiyyny course requires the harmonious development of the industry to improve the quality characteristics of life, demographics and improving the quality of health of citizens of Ukraine, providing a high level of efficiency and active longevity. The quality of the system, primarily provided by highly professional staff, so attention must be paid to ensuring the quality of higher medical education.

Ключові слова: управління охороною здоров'я, політика охорони здоров'я, кадрова політика, національна безпека, вища медична освіта.

Key words: health care governance, health care policy, personnel policy, national security, higher medical education.

Будь-яка держава світу завжди повинна переслідувати мету захисту національної безпеки. Не виключенням зазначеної тенденції має бути і Україна. У відповідності до ст. 8 Закону України "Про основи національної безпеки України", загрозою національної безпеки та національним інтересам була визнана криза системи охорони здоров'я і соціального захисту і, як наслідок, погіршення стану здоров'я населення [1].

Проголошений курс на Євроінтеграцію вимагає підвищити якість більшості сфер життєдіяльності країни, вирішити низку важливих завдань в соціально-гуманітарній та економічній сферах. Серед них і побудова нової національної системи охорони здоров'я, в основі якої лежать кардинальні зміни підходів до функціонування системи охорони здоров'я, синтез вітчизняних принципів функціонування медичної галузі із прийнятими у світі стандартами, в т.ч. і зміна кадрової політики МОЗ [2]. Адже система охорони здоров'я створена для

забезпечення головного ресурсу будь-якої держави — людського потенціалу — основи працездатності та існування країни, нації.

Головний акцент сьогодні повинен бути зосередженим на розвитку системи забезпечення високоякісними та професійними медичними кадрами — потенціалу ефективного завершення трансформації галузі охорони здоров'я та запоруки збереження та покращення здоров'я нації. Увагу зосередити необхідно, на наш погляд, на контролі здобутих теоретичних знань та забезпеченні отримання високоякісного клінічно-практичної підготовки. Тому однією з головних задач сучасної України є модернізація вітчизняної вищої медичної освіти. Якість — залежить від управління, управління — від ресурсів, головний в суспільстві — людський ресурс, тобто, кадри.

Кадровий потенціал є головною компонентою та запорукою, що забезпечує ефективність та досягнення

Таблиця 1. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я, кількість на 10 тис. населення

Країна	Лікарі	Медичні сестри та акушерки	Стоматологи	Фармацевти
Австралія	38,5	95,9	6,9	11,7
Країни Європи	33,3	84,2	5,0	6,0
Австрія	48,6	79,7	5,6	6,8
Швейцарія	40,8	174,9	5,6	5,8
Німеччина	36,9	113,8	7,9	9,5
Литва	36,4	70,6	7,3	7,4
Україна	35,2 (27,3*)	64,1	6,7	–
Франція	33,80	93,0	6,4	11,5
Великобританія	27,7	94,7	5,3	6,7
Польща	20,7	54,0	3,2	6,6
Країни Америки	20,4	71,5	–	6,9
Куба	67,2	90,5	16,3	–
США	24,2	98,2	–	8,8
Канада	20,7	104,3	5,9	10,1
Бразилія	17,6	64,2	11,7	5,4
Країни Південно-Східної Азії	5,5	9,9	0,7	4,2
Країни Африки	2,5	9,1	0,4	0,6
Загалом у світі	13,9	29,0	2,6	4,4

* Забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу.

результатів впроваджуваних змін будь-якої системи суспільства. Тобто реформування системи охорони здоров'я може бути завершеним лише за умов наявності якісних високопрофесійних фахівців як медиків, так і управлінців в охороні здоров'я — ефективна кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування охорони здоров'я.

Наявність кадрів, їх кваліфікація, розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу забезпечують належний рівень надання медичної допомоги населенню. Міжнародні експерти вказують, що будь-які найпередовіші технології й досягнення в сфері медицини, не зможуть позитивно вплинути на здоров'я населення за відсутності належно підготовлених працівників охорони здоров'я [3].

Проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я носять глобальний характер, оскільки тут відсутня єдина стратегія кадрової політики, що призвело до виникнення проблем, серед яких: слабкість механізмів державного регулювання кадрової політики в сфері охорони здоров'я, регіональна та галузева диспропорція, значне постаріння, зниження рівня кваліфікації медичних працівників [4], недостатнє забезпечення медичними кадрами та низька ефективність використання наявного потенціалу [5] тощо.

Недостатність фінансування, матеріально-технічного забезпечення, клінічної бази вищих медичних закладів призвели до наявності суттєвого недоліку сучасної вищої медичної освіти — недостатності клінічно-практичної підготовки майбутніх лікарів. Згідно з навчальним планом підготовки фахівців за напрямом медицина в Україні відводиться 12 кредитів ECTS, в той час як, наприклад, у німецькомовних країнах, в середньому — 30—40 кредитів ECTS.

Залишаються не вирішеними проблеми низького рівня фундаментальної та клінічної підготовки лікарів, що не відповідає сучасним міжнародним стандартам, повільно запроваджуються у навчальний процес перспективні наукові розробки та засади доказової медицини.

Важливими для вирішення сьогодні також є проблеми недосконалості системи планування кадрового складу сфери охорони здоров'я, відсутність мотивації та зацікавленості покращення результатів діяльності медичних працівників, невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам галузі охорони здоров'я та завданням її реформування [5].

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі налічується понад 59 млн медико-санітарних працівників. У цілому на 10 тис. населення Землі припадає 14 лікарів та 29 медичних сестер і акушерок. Ці показники неоднорідні та коливаються в широких межах залежно від регіону (табл. 1). У світі існує глобальний дефіцит медичних кадрів, для покриття якого потрібно не менше 4,25 млн працівників сфери охорони здоров'я.

Оптимальне співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та лікарів становить 4:1 (Канада, США, країни Європи). У деяких регіонах цей показник варіює від 8:1 (країни Африки) до 1,5:1 (західна частина Тихого океану), а в таких країнах, як Мексика, Чилі, на 1 лікаря припадає менше 1 медичної сестри. В Україні та Росії цей показник становить близько 2:1, в Білорусі — 2,5:1. Така кадрова ситуація спричиняє дисбаланс у системі надання медичної допомоги.

Забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу, в Україні становить 27,3 на 10 тис. населення. Цей показник нижчий за аналогічний у більшості країн Європейського Союзу (33,3 на 10 тис. населення) та країн СНД.

Важливим сьогодні, ми погоджуємось, є створення національної обсерваторії кадрових ресурсів охорони здоров'я як центру збору даних, моніторингу, аналізу та проведення досліджень та формування єдиного реєстру медичних працівників; продовження підготовки, відповідно, реально необхідних кадрів охорони здоров'я різного рівня. Адже без кваліфікованої кадрової бази працівників сфери здоров'я охорони неможливо досягти успіху реформування галузі на шляху побудови якісної системи охорони здоров'я із наданням висококваліфікованої доступної медичної допомоги.

Таблиця 2 Кількість навчальних годин України та ЄС

Країна	Україна	Євросоюз
теоретична і практична підготовка лікарів аудиторних годин	8381	5500
Тижневе навантаження студента (аудиторних годин)	32-34	24-30
Академічний рік триває (тижнів)	46	До 40

За весь період від моменту проголошення незалежності України національна система вищої медичної освіти перебуває в перманентному стані реформування на тлі інтенсивних перетворювальних процесів державотворення, переосмислення і переоцінки власних історій, традицій на шляху впровадження запозичених прогресивних реформаторських надбань розвинених країн світу.

Основу політики реформування вищої медичної освіти в Україні склала Концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні та приведення її у відповідність до потреб ринку праці й вимог Європейського союзу (2008 р.), головним напрямком якої є удосконалення системи підготовки медичних кадрів на основі міжнародних стандартів із урахуванням особливостей національних пріоритетів охорони здоров'я України.

З іншого боку, підготовка майбутніх лікарів у відповідності до світових та загальноєвропейських стандартів надасть можливості оптимізувати умови для міжнародної мобільності та розширення обміну досвідом вітчизняних студентів-медиків та лікарів. Така модернізація, нові можливості комунікації забезпечать підвищення професійності та, відповідно, конкурентоздатності як медичних працівників, так і здоров'я охорони загалом, що розширить можливості українських медичних фахівців на вітчизняному і міжнародному ринках праці. Наслідком стане підвищення якості медичної допомоги зокрема та підвищення ефективності і результативності системи охорони здоров'я загалом.

Напрями реформування додипломної медичної освіти в Україні передбачають впровадження підготовки переважно лікарів широкого профілю для надання первинної медичної допомоги як найефективнішої в більшості країн світу; узгодження термінів і напрямів профілізації майбутніх лікарів з вимогами ринку праці та Директивами Європейського Союзу; інтеграція теорії і практики; забезпечення об'єктивного контролю рівня якості підготовки фахівців за допомогою стандартизованих методик визначення відповідності досягнутого рівня знань та навичок вимогам освітньо-кваліфікаційної та кваліфікаційних характеристик; динамічний характер навчання та професійної підготовки, що забезпечується постійним коригуванням змісту освіти відповідно до досягнень світової і вітчизняної науки та практики організації медичної справи; створення програм, які реалізують передові інформаційні технології навчання, сприяють запозиченню усього прогресивного у світовій і вітчизняній науці і практиці [2].

Вища медична освіта, на етапах до- та післядипломної підготовки, базується на єдиних підходах до освітньо-кваліфікаційних характеристик та програм, розроблених відповідно до наказу МОН України від 16.04.03 за № 239 "Про затвердження складових галузевих стандартів вищої освіти з напрямку підготовки 1101 "Медицина"". Освітньо-кваліфікаційна характеристика випускника відображає цілі освітньої та професійної підго-

товки, визначає місце фахівця в структурі системи охорони здоров'я і вимоги до його компетентності; встановлює галузеві кваліфікаційні вимоги до соціально-виробничої діяльності і державні вимоги до характеристик та якостей особи [6].

Освітньо-професійна програма встановлює вимоги до змісту, обсягу, рівня освітньої і професійної підготовки фахівця. Так, зокрема освітньо-професійна програма підготовки спеціаліста за спеціальністю "лікувальна" справа визначає термін навчання фахівця освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст напряму "медицина" тривалістю не менше 6 років, а співвідношення нормативної і варіативної частин змісту — 80% і 20% [7].

Аналіз підготовки лікарів в Україні та у країнах Європи, де впроваджено Болонський процес, свідчить про спільність у підготовці лікаря лише у двох позиціях: термін навчання становить 6 років і є додипломна підготовка, що складається з двох етапів — доклінічного і клінічного. Нова ефективна кредитно-модульна модель організації навчального процесу (Болонська система) забезпечила підвищення якості підготовки фахівців на всіх етапах та, що важливо, мобільність — можливість навчатися у бідь-якому закладі Європи (однакова система залікових кредитів).

Також різняться по кількості годин навчальні процеси.

В Україні 22,5 тижнів витрачається на екзаменаційну сесію, 6 тижнів — на державну атестацію. Отже, має місце значно нижча ефективність підготовки вітчизняних лікарів.

Навчальні плани підготовки лікарів в Україні на додипломному етапі орієнтовані на глобальні стандарти: обов'язкові фундаментальні медико-біологічні дисципліни, поведінкові й суспільні науки, медичну етику, клінічні дисципліни. Відтак, система додипломної освіти лікаря сьогодні перевантажена на майже 5% гуманітарною і соціально-економічною підготовкою — вивчення таких предметів, як "українська мова", "історія України", "історія української культури", "основи економічних теорій", "філософія" — це закономірно зумовлює тижневе аудиторне перенавантаження на студента-медика в середньому на 5—10 годин.

Натомість, в країнах Євросоюзу та світу, подібні програми орієнтовані на розвиток аналітичного і критичного мислення, формують вміння працювати, базуючись на принципах доказової медицини.

Фундаментальні медико-біологічні дисципліни, відповідно до навчальних програм, містять не лише наукові знання, концепції і методи, а й їх взаємозв'язок із застосуванням клінічних знань на практиці. Поведінкові і суспільні науки, медична етика спрямовані на оволодіння студентами знання про морально-етичні засади і принципи медичної науки і практики, розвиток комунікативних здібностей, навичок прийняття раціональних клінічних рішень. Програми клінічних дисциплін передбачають ранній контакт з пацієнтом, відповідальність за клінічні спостереження, релевантний досвід роботи серед населення, роблять акцент профілактичну медицину [6].

Отже, навчальні плани підготовки лікарів в Україні перевантажені дисциплінами гуманітарного блоку, більшість з яких взагалі не вивчаються в країнах ЄС.

У країнах ЄС не існує такий цикл дисциплін, як військова підготовка, яка в Україні відноситься до нормативних дисциплін. У ситуації, що склалася на території України військова підготовка є виправданим використанням часу при навчанні на лікаря.

Перспективним є те, що новий зміст базової медичної освіти в Україні передбачає підготовку лікаря широкого профілю і відсутність додипломної спеціалізації лікарів, що характерно, наприклад, німецькомовним країнам [6].

Однією з важливих складових організації якісного кадрового забезпечення системи охорони здоров'я на етапі післядипломної підготовки треба зазначити інститут допуску до медичної діяльності, ефективного функціонування якого запобігає наданню некваліфікованої медичної допомоги. Допуск до медичної діяльності на посадах лікарів визначено наказами МОЗ України від 25 грудня 1992р. № 195, від 19 грудня 1997р. № 359, від 17 березня 1993р. № 48 тощо, задля формування правил медичної діяльності та контролю за порядком її здійснення, стандартів надання медичної допомоги, видачі дозвільних документів тощо.

Професія лікаря затребувана, високо оплачувана, відповідальна та має вагомі вимоги, що змінюються в залежності від особливостей та потреб охорони здоров'я країни. Загальнообов'язковими для всіх країн є медична освіта (базові знання в університеті), складання медичних іспитів, досвід роботи (практика в резидентурі), знання іноземної мови. В розвинених країнах прості правила: щоб стати лікарем, потрібно відповідально та тривало вчитися — майже 18 років в деяких країнах Євросоюзу, включно із тим, що резидентура (інтернатура) повинна тривати не менше 6 років, протягом яких формується особистість лікаря.

Цікавим є дослідження групи науковців Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України Вороненко Ю.В., Шекери О.Г., Ткаченка В.І., Медведовської Н.В., Краснова В.В. "Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи", які провели аналіз процесу навчання в інтернатурі (резидентурі) за фахом загальна практика — сімейна медицина у 32 країнах Європи станом на 2013 р. використавши опитування представників країн експертами EURACT та Міжнародного молодіжного руху сімейних лікарів Васко да Гама. Ними встановлено, що підготовка сімейного лікаря майже у всіх країнах Європи починається на додипломному етапі, у середньому триває 6 років і обов'язково включає практику в закладах сімейної медицини (тривалістю 0,5—6 міс., в середньому — 2,2 міс.) (Brekke M. et al., 2013; EURACT, 2013).

У деяких країнах після закінчення ВМНЗ існує можливість практичної роботи тривалістю 1—1,5 року, коли випускники визначаються щодо вибору своєї подальшої спеціальності; в інших — зазначену практичну роботу вважають частиною навчання (додипломного чи післядипломного). Професійне навчання (резидентура, що відповідає нашій інтернатурі), в середньому триває у більшості країн Європи ≥ 3 роки (щонайбільше — 5 р.), в Україні та Росії — тривалість навчання сімейного лікаря становить 2 роки. Обов'язково при підготовці сімей-

ного лікаря в інтернатурі (резидентурі) приділяють значну частину часу навчанню в університетських клініках та госпіталях (~50% часу). Під час інтернатури обов'язково має бути ротация, з розподілом часу навчання — 50% в університетській клініці (госпіталях і закладах вторинного рівня медичної допомоги) та 50% — на рівні практики сімейного лікаря (база стажування, амбулаторно-поліклінічної допомоги). Практична підготовка в закладах сімейної медицини у 35—40% країн триває від 18—48 міс, в інших 30% країн становить ≈ 12 міс та в деяких (<30%) країнах — ≤ 6 міс, у 2 країнах — відсутня взагалі. Таким чином, при підготовці сімейного лікаря у більшості країн переважає навчання не в умовах загальної практики, а в умовах університетських клінік, що не повною мірою відповідає затвердженим Європейським рекомендаціям. Відповідальність за підготовку сімейного лікаря у 9 країнах покладена на університетські заклади, у 12 країнах — на державу, у 6 країнах — на університетські заклади і державу і лише у 2 країнах — на професійні асоціації.

У навчальних планах медичних факультетів України окремо виділено літню виробничу практику, в країнах ЄС — безпосередньо під час практичних занять, під час самостійної роботи в клініках, питома вага якої більш — це дає можливість не розривати у часі теоретичну й практичну підготовку майбутнього лікаря.

Випускники медичних факультетів України, після отримання диплому отримують спеціалізацію (в інтернатурі) протягом 1—1,5—2 роки за переліком лікарських спеціальностей. Після чого присвоюється кваліфікація — лікар з певної спеціальності, що дозволяє займати адекватну лікарську посаду. Післядипломна підготовка лікарів у країнах ЄС, США, Канади випускників-медиків здійснюється 1-річним стажуванням з загальнолікарської підготовки у госпіталях для отримання ліцензії на практичну діяльність та подальшої спеціалізації в резидентурі (аналог української інтернатури) — протягом 2—4 років.

У розвинених країнах світу по закінченню медичного університету студенти складають іспит, що визначає наявність можливості продовжувати навчання та працювати лікарем. Згідно з набраними балами отримується можливість пройти конкурс на здобуття певної спеціальності — кожна має свій рейтинг, перемагає той, хто набирає найбільше балів. Кожен, хто не досяг мети може пройти рейтинг знову і знову через 6 місяців, або не матиме змогу працювати лікарем будь-якої спеціальності. Жодних компромісів, коли йдеться про здоров'я людей.

Той, хто успішно склав іспит, іде в резидентуру, в цей час держава платить йому заробітну платню. Існує можливість навчатися за власні кошти для тих, хто хоче отримати другу спеціальність. Термін резидентури у Європі різниться, наприклад, в Польщі, Австрії близько 6 років, Німеччині — до 12 років, залежно від спеціальності. В Польщі, наприклад, післядипломна освіта складається з кількох етапів, що їх майбутні фахівці відпрацьовують у різних лікувальних закладах (кожна лікарня акредитована на проходження певних циклів), де справу поставлено найкраще. На жаль, в Україні весь термін інтернатури, як правило, відбувається на базі

однієї лікарні. На жаль, це не обов'язково буде найкращий медичний заклад.

Наприклад, щоб працювати лікарем в США необхідно закінчити професійну медичну школу скласти іспити, отримати ліцензію лікаря та контракт за обраною спеціальністю (система "Match"). Для вступу в резидентуру необхідно скласти медичні іспити UNITED STATES MEDICAL LICENSING EXAMINATION (USMLE) — професійний іспит на медичну ліцензію США, що складається з декількох частин, що оцінює здатності лікаря застосовувати знання, концепції та основи, а також визначає фундаментальні, орієнтовані на пацієнтах навички, що становлять основу безпеки і ефективного догляду за пацієнтом. Після успішної здачі USMLE кандидати проходять через систему "Match" — це система розподілу випускників медичних шкіл в США за місцями роботи, де б вони хотіли проходити резидентуру. Тривалість навчання в резидентурі залежить від спеціальності, але не може тривати менше 3 років. Сімейна медицина, педіатрія, терапія — 3 роки; анестезіологія, радіологія — 4 роки; гінекологія, хірургія — 5 років; нейрохірургія — 6 років. Тривалість багатьох програм збільшується на рік за рахунок обов'язкового року, що виділяється на теоретичну наукову роботу. Щороку кожен лікар зобов'язаний скласти письмовий іспит за своєю спеціальністю — InserviceExam. Результати цього іспиту можуть вплинути на отримання контракту на черговий 12-ти місячний термін.

Вказані проблеми зазначено було у Програмі розвитку вищої медичної освіти до 2015 року: "на сьогодні в країні ще не досягнуто рівня фундаментальної та клінічної підготовки лікарів, який би повною мірою відповідав сучасним міжнародним стандартам, повільно запроваджуються у навчальний процес сучасні наукові розробки та засади доказової медицини" [8].

На заваді оптимальної реформи системи вищої медичної освіти в Україні стоять такі перешкоди, як: політичні, соціально-економічні реалії; дефіцит бюджетних коштів на освіту; консерватизм ВНЗ; інертність мислення професорсько-викладацького колективу; недостатній нагляд за якістю підготовки; недостатнє стимулювання праці; недостатнє активне лідерство ВНЗ [6].

Враховуючи культурні, соціально-економічні особливості розвитку суспільства та всі нерівності стартових умов України та більшості розвинених країн Європи, наприклад, Німеччини, Швейцарії, Австрії, відмітимо, що національна система вищої медичної освіти відповідає Європейській в таких аспектах, як: додипломний етап медичної освіти завершується державною атестацією (державною апробацією) з метою визначення якості здобутої освіти стандартам відповідної освітньо-професійної програми; завдання реформування системи професійної підготовки та перепідготовки лікарів зумовлено глобальними світовими тенденціями розвитку такої освіти, встановленими європейськими та світовими стандартами, ключові детермінанти модернізації засновано на вимогах практичної медицини та з урахуванням реальних потреб охорони здоров'я країни.

Національну вищу медичну освіту модернізують сьогодні на шляху до формування компетентнісної моделі, що відображатиме систему професійних знань, умінь, навичок та особистісно-поведінкових якостей медично-

го працівника, заснованих на гуманному ставленні до пацієнта. Перехід від інформаційно-накопичувальної до особистісно-орієнтованої моделі формування фахівця медичної справи, радикально переформатує методичні підходи, організацію освіти, надавши пріоритетність дослідницьким, проблемно-орієнтованим методикам навчання в реальних та наближених до реальних умовах діяльності лікарів. Важливим, на наш погляд, також є розвиток нестандартного мислення, креативу, нестандартності мислення та творчого підходу при виконанні складних професійних медичних завдань та задач охорони здоров'я.

Перспективним є те, що сучасна національна вища медична освіта переорієнтовується на кінцеві цілі та компетентісний підхід, що формує умови для активної участі студентів у навчальному процесі на засадах повноправної партнерської взаємодії з викладачем, збільшення можливостей для індивідуалізації навчального процесу та самостійної роботи тощо.

Задля розв'язання основних нагальних проблем було розроблено Програму розвитку вищої медичної освіти до 2015 року [8], що передбачала створення нових, економічних та організаційних умов для підвищення якості вищої медичної освіти шляхом приведення її стандартів до реальних потреб національної охорони здоров'я у відповідності до міжнародних вимог. Серед основних напрямів реалізації було удосконалення нормативно-правової бази; створення наскрізної програми підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів для досконалого оволодіння практичними навичками та методиками; підготовка національних підручників та посібників з навчальних дисциплін, які відповідають сучасним державним освітнім стандартам; подальший розвиток мережі університетських клінік та університетських лікарень; інтеграція навчального процесу з науковою та лікувальною діяльністю вищих навчальних закладів та роботою університетських клінік; впровадження у навчальний процес доказової медицини та сучасних стандартів надання медичної допомоги населенню; надання підтримки вищим навчальним закладам щодо включення до загального фонду державного бюджету коштів для забезпечення ефективного навчального процесу та проведення сучасних наукових розробок, модернізації матеріально-технічної бази та придбання навчальних і наукових видань [8].

Реалізація програми, спрямованої на вирішення пріоритетних питань вітчизняної охорони здоров'я, забезпечить перехід до нової якості вищої медичної освіти, підвищення рівня практичної підготовки та безперервного професійного розвитку лікарів відповідно до стандартів Всесвітньої Федерації Медичної Освіти з урахуванням національних особливостей охорони здоров'я, відповідно, це потенціє покращення якості та доступність високоспеціалізованої медичної допомоги населенню.

Таким чином, за період незалежності Україна зробила значний крок вперед щодо наближення національної системи вищої медичної освіти до загальноєвропейських стандартів. Безумовно прогресивними є кроки в напрямі модернізації її змістовних та теоретико-методологічних засад.

Освіта лікарів — це систематичне здобуття нових знань, нового досвіду, невтомний пошук, стабільне формування моралі власної особистості, критерії якої формувалися тисячоліттями й сьогодні залишаються надвисокими. Адже, суспільство, довіряючи здоров'я, вимагає від професії лікаря високої моральності, що не може бути сколихана жодними з умов, спокус — це головне завдання лікаря сьогодні і на майбутнє.

Потреба модернізації системи вищої медичної освіти в Україні сьогодні обумовлена соціальними, економічними, правовими та етичними чинниками, багаторічною динамікою змін вітчизняної системи охорони здоров'я та сучасними вимогами до рівня якості такої освіти.

Проте проблемними питаннями й досі залишається переважання змісту підготовки майбутніх лікарів, обмежені можливості для самоорганізації студентами власної навчальної діяльності, недостатня клінічно-практична підготовка та відсутність реальної можливості для мобільності студентів та практикантів.

Для удосконалення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я необхідно вирішити питання щодо удосконалення підготовки та перепідготовки медпрацівників, для цього також необхідно визначити реальні потреби у лікарях різних спеціальностей, інших працівниках галузі; переорієнтації переддипломної освіти на підготовку лікарів первинної медико-санітарної ланки надання медичної допомоги (сімейних лікарів); приділити увагу підготовці висококваліфікованих фахівців організації та управління охорони здоров'я.

Приведення вищої медичної освіти у відповідність до міжнародних освітніх стандартів (структури, змісту, термінів підготовки) з урахуванням реальних потреб національної охорони здоров'я забезпечить необхідними для держави висококваліфікованими фахівцями, удосконалив систему безперервного професійного розвитку лікарів та підвищить конкурентоспроможність навчальних і наукових розробок у вищих навчальних закладах та закладах післядипломної освіти медичної галузі.

Важливими для розвитку в навчально-освітніх програмах лікарів є розвиток комунікативних здібностей, навиків прийняття раціональних клінічних рішень, виховання самоорганізації, прагнення до самовдосконалення та адекватної особистої відповідальності за прийняті рішення. До того ж, з метою забезпечення якості освіти, контролю її рівня по закінченню навчання та після клінічної практики, існує необхідність впровадження міжнародного досвіду з проведення іспитів. Це забезпечить сталий рівень освіченості лікарів, високопрофесійну медичну допомогу населенню, з одного боку, та якісну галузь охорони здоров'я в країні.

Література:

1. Литинська Я.Г. Генезис законодавства про допуск до медичної діяльності в деяких країнах світу до 1914 року / Вісник Запорізького національного університету. — № 3. — 2010. — С. 79—80. — Запорізький національний університет, Україна.
2. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я України на період 2015—2025. — С. 25.

3. Кадрова політика реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. — К.: НІДС, 2012. — 35 с.

4. Міністерство охорони здоров'я: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.

5. Слабкий Г.О. Кадрова політика [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>.

6. Медична освіта в світі та Україні: додипломна освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток [Навчальний посібник для викладачів, магістрів, аспірантів, студентів] / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, А.П. Волосовець та ін. — Київ: "Книга плюс", 2005. — 384 с.

7. Освітньо-професійна програма підготовки фахівця за спеціальністю "лікувальна справа" / В.П. Широбоков, І.Є.Булах, І.С. Вітенко та ін. — К.: Книга-плюс 2004. — 119 с.

8. Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_201012227_p.html

References:

1. Lytyn's'ka, Ya.H. (2010), "Genesis legislation on access to medical activity in some countries in 1914", *Visnyk Zaporiz'koho natsional'noho universytetu*, vol. 3, pp. 79—80.
2. Ministry of Health of Ukraine (2014), *Proekt Natsional'noi stratehii pobudovy novoi systemy okhorony zdorovia Ukrainy na period 2015—2025 [Draft National Strategy for building a new system of Health of Ukraine for the period 2015—2025]*, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine.
3. Avramenko, T.P. (2012), *Kadrova polityka reformuvannia sfery okhorony zdorovia [Personnel policy of reforming health care]*, NIDS, Kyiv, Ukraine.
4. Ministry of Health of Ukraine (2015), "Ministry of Health: Measures of solution for the problem of personnel shortages", available at: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283> (Accessed 05 July 2015).
5. Slabkyj, H.O. (2015), "Personnel policy", available at: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2> (Accessed 05 July 2015).
6. Poliachenko, Yu.V. Perederij, V.H. and Volosovets', A.P. (2005), *Medychna osvita v sviti ta Ukraini: do-dyplomna osvita, pislidyplomna osvita, bezperervnyj profesijnij rozvytok. [Medical Education in the world and Ukraine, undergraduate education, postgraduate education, continuous professional development]*, "Knyha plus", Kyiv, Ukraine.
7. Shyrobokov, V.P. Bulakh, I.Ye. and Vitenko, I.S. (2004), *Osvitno-profesijna prohrama pidhotovky fakhivtsia za spetsial'nistiu "likuval'na sprava" [Educational and vocational training program for the profession 'Medicine']*, *Knyha-plus Kyiv, Ukraine*.
8. Ministry of Health of Ukraine (2010), "The program of higher medical education by 2015", available at: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_201012227_p.html (Accessed 05 July 2015).

Стаття надійшла до редакції 13.07.2015 р.