

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**ЛИСАК ВІТАЛІЙ ВІКТОРОВИЧ**

УДК 351.82.072:338.24:658.115](477)

**ВЗАЄМОДІЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА МЕДИЧНОЇ  
ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ  
ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ**

25.00.02 – механізми державного управління

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата наук  
з державного управління

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ Лисак В. В.

Науковий керівник: **Покатаєв Павло Сергійович**, доктор наук з  
державного управління, професор

Запоріжжя – 2021

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	13
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВЗАЄМОДІЇ СИСТЕМ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ .....	22
1.1. Система вищої медичної освіти, система медичної практики та їх взаємодія як об'єкти державного управління.....	22
1.2. Мета та завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики .....	32
1.3. Міжнародні та зарубіжні стандарти державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.....	42
Висновки до першого розділу.....	69
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ З ПИТАНЬ ВЗАЄМОДІЇ СИСТЕМ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ .....	72
2.1. Форми взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики згідно чинного законодавства України .....	72
2.2. Проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої медичної освіти .....	82
2.3. Проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти .....	89
Висновки до другого розділу.....	106
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ З ПИТАНЬ ВЗАЄМОДІЇ СИСТЕМ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ.....	111
3.1. Напрями удосконалення державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти.....	111
3.2. Напрями удосконалення державного регулювання лікарської інтернатури.....	123
3.3. Напрями удосконалення інших форм взаємодії систем вищої медичної	

	3
освіти та медичної практики.....	133
Висновки до третього розділу.....	152
ВИСНОВКИ.....	156
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	161
ДОДАТКИ.....	179

## АНОТАЦІЯ

*Лисак В. В.* Взаємодія вищої медичної освіти та медичної практики в Україні: проблеми та перспективи державного регулювання. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. – Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2021.

У дисертації охарактеризовано систему вищої медичної освіти, систему медичної практики та їх взаємодію як об'єктів державного управління. Удосконалено понятійно-категоріальний апарат науки «державне управління» шляхом уточнення змісту понять: «взаємодія систем вищої медичної освіти та медичної практики» та «державне регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики». Визначено мету та завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Встановлено, що метою державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є забезпечення високого рівня підготовки (в першу чергу практичної складової) лікарських кадрів, створення та впровадження в лікувальний процес передових медичних технологій, а також підвищення якості медичної допомоги населенню. Завданнями державної політики взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є сукупністю заходів, що необхідно здійснити для реалізації мети такої державної політики. Проаналізовано міжнародні та зарубіжні стандарти державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Запропоновано імплементувати в практику державного регулювання в Україні позитивний досвід державного управління взаємодією систем вищої медичної освіти, що набув поширення в Канаді, Швейцарії, Чехії, США.

Визначено форми взаємодії вищої медичної освіти з практичною медициною згідно чинного законодавства України. Встановлено, що взаємодія

систем вищої медичної освіти та медичної практики здійснюється на індивідуальному та інституційному рівні. На індивідуальному рівні відбувається взаємодія професіоналів в сфері вищої медичної освіти та медицини між собою та відповідними інститутами, на інституційному – взаємодія закладів вищої медичної освіти та закладів охорони здоров'я.

Проаналізовано проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти. Встановлено, що основною проблемою діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти є питання доступу до пацієнтів у науково-педагогічних працівників закладів вищої (післядипломної) медичної освіти, а також лікарів-інтернів. Визначено, що вирішення зазначених проблем має обов'язково здійснюватися шляхом змін до чинного національного законодавства України, що регламентує питання вищої медичної освіти та медичної практики. Проаналізовано проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти. Встановлено, що остаточно не є вирішеним на організаційно-правовому рівні питання обов'язкового працевлаштування випускників закладів вищої медичної освіти бюджетної форми навчання після інтернатури. Встановлено необхідність вирішення на управлінсько-правовому рівні проблеми регламентації лікарської резидентури, університетських лікарень, фінансування безперервного професійного розвитку лікарських кадрів, лікарського самоврядування та індивідуального ліцензування лікарської діяльності, вироблення належних стимулюючих механізмів для професійної діяльності в Україні кваліфікованих молодих лікарських кадрів.

Запропоновано напрями удосконалення державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти. Розроблено зміни до Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про вищу освіту», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про оренду державного та комунального майна», «Про місцеве самоврядування», інших нормативно-правових актів підзаконного характеру з метою удосконалення діяльності

клінічних кафедр.

Запропоновано напрями удосконалення державного регулювання лікарської інтернатури шляхом внесення змін до оновленої нормативно-правової бази. Встановлено, що зміни правового регулювання інтернатури мають торкатися питань детальної правової регламентації навчання інтернів за кошти фізичних або юридичних осіб, встановлення рівноправних умов закладів охорони здоров'я участі у відносинах бюджетної інтернатури, розширення академічних прав закладів вищої медичної освіти щодо самостійного обрання баз стажування та ліквідація зайвої державної регуляції даного процесу, розширення переліку лікарських спеціальностей інтернатури.

Запропоновано напрями удосконалення інших форм взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Запропоновано Концепцію державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, яка передбачає: прийняття необхідного законодавства (правовий механізм), створення консультативно-дорадчого допоміжного органу при Кабінеті Міністрів України (інституційний механізм), розробку плану заходів та створення умов щодо активної інформаційно-комунікаційної діяльності у соціумі (інформаційно-комунікаційний механізм).

**Ключові слова:** система вищої медичної освіти, система медичної практики, взаємодія систем вищої медичної освіти та медичної практики, державне регулювання лікарської інтернатури, державне регулювання діяльності клінічних кафедр, державне регулювання діяльності університетських клінік.

## SUMMARY

*Lysak V.V.* Interaction of higher medical education and medical practice in Ukraine: problems and prospects of state regulation. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the Candidate of Sciences in Public Administration on a specialty 25.00.02 - Public Administration Mechanisms. - Classical private university, Zaporizhzhia, 2021.

The dissertation describes the system of higher medical education, the system of medical practice and their interaction as objects of public administration. The conceptual and categorical apparatus of science "public administration" has been improved by clarifying the content of the concepts: "interaction of higher medical education systems and medical practice" and "state regulation of the interaction of higher medical education systems and medical practice". The purpose and tasks of the state policy on the issues of interaction of the systems of higher medical education and medical practice are determined. It is established that the purpose of the state policy on the interaction of higher medical education and medical practice is to ensure a high level of training (primarily practical component) of medical personnel, creation and implementation of advanced medical technologies in the treatment process and improving the quality of medical care. The tasks of the state policy of interaction of the systems of higher medical education and medical practice are a set of measures that must be taken to achieve the goal of such state policy. International and foreign standards of state policy on the interaction of higher medical education and medical practice are analyzed. It is proposed to implement in the practice of state regulation in Ukraine the positive experience of state management of the interaction of higher medical education systems, which has become widespread in Canada, Switzerland, the Czech Republic and the United States.

The forms of interaction of higher medical education with practical medicine according to the current legislation of Ukraine are determined. It is established that the interaction of higher medical education systems and medical practice is carried out at the individual and institutional levels. At the individual level, there is an

interaction of professionals in the field of higher medical education and medicine between themselves and the relevant institutions, at the institutional level - the interaction of institutions of higher medical education and health care institutions. The problems of state regulation of the activity of clinical departments of institutions of higher and postgraduate medical education are analyzed.

It is established that the main problem of the activity of clinical departments of institutions of higher and postgraduate medical education is the issue of access to patients by scientific and pedagogical workers of institutions of higher (postgraduate) medical education, as well as interns. It is determined that the solution of these problems must be carried out by amending the current national legislation of Ukraine, which regulates higher medical education and medical practice.

Problems of state regulation of postgraduate medical education are analyzed. It has been established that the issue of compulsory employment of graduates of higher medical education institutions in the budget form of post-internship education has not been finally resolved at the organizational and legal level. The need to solve the problem of regulation of medical residencies, university hospitals, financing of continuous professional development of medical staff, medical self-government and individual licensing of medical activities, development of appropriate incentives for professional activities in Ukraine of qualified young medical staff is established.

The directions of improvement of the state regulation of activity of clinical departments of institutions of higher and postgraduate medical education are offered. Amendments to the Laws of Ukraine “Fundamentals of Legislation of Ukraine on Health Care”, “On Higher Education”, “On State Financial Guarantees of Public Health Care”, “On Lease of State and Municipal Property”, “On Local Self-Government”, and other normative legal acts of by-law nature in order to improve the activities of clinical departments. The directions of improvement of the state regulation of medical internship by making changes to the updated normative-legal base are offered. It is established that changes in the legal regulation of internships should address issues of detailed legal regulation of internship training at the expense of individuals or legal entities, establishing equal



conditions for health care institutions participating in budget internships, expanding academic rights of higher medical institutions to independently choose internships and liquidation excessive state regulation of this process, expanding the list of medical specialties of internships. The directions of improvement of other forms of interaction of systems of higher medical education and medical practice are offered. The Concept of state regulation of interaction of higher medical education systems and medical practice is proposed, which envisages: adoption of necessary legislation (legal mechanism), creation of consultative and advisory subsidiary body under the Cabinet of Ministers of Ukraine (institutional mechanism), development of action plan and conditions for active information and communication activities in society (information and communication mechanism).

**Key words:** state regulation, the system of higher medical education, the system of higher medical education, interaction of the systems of higher medical education and medical practice, state regulation of medical internship, state regulation of the activities of clinical departments, state regulation of the activities of university clinics.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Публікації, що висвітлюють основні наукові результати дисертації*

#### *Статті в наукових фахових виданнях України*

1. Лисак В. В. Проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти. *Держава та регіони. Серія: Державне управління.* 2020. № 2. С. 210–215.
2. Лисак В. В. Напрями удосконалення державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти. *Право та державне управління.* 2020. № 2. С. 314–320.
3. Лисак В. В. Форми професійної взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики: державно-управлінський аспект. *Публічне управління і адміністрування в Україні.* 2020. № 19. С. 148–153.
4. Лисак В. В. Проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти. *Право та державне управління.* 2020. № 3. С. 107–112.
5. Лисак В. В. Система вищої медичної освіти, система медичної практики та їх взаємодія як об'єкти державного управління. *Право та державне управління.* 2021. № 3. С. 81–86.

#### *Статті в зарубіжних виданнях*

6. Лисак В. В. Мета та завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management).* 2021. № 6(42). Vol. 1. С. 78–82.

### *Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації*

#### *Матеріали конференцій*

7. Лисак В. В. Основні державно-управлінські фактори, що сприяють

ефективній взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. *Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я-2021* : зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Запоріжжя, 27–28 травня 2021 р.). Запоріжжя, 2021. С. 51–52.

8. Лисак В. В. Меморандум про співпрацю як управлінський акт, що сприяє інтеграції систем вищої медичної освіти та медичної практики. *Соціальні, правові та управлінські аспекти розвитку охорони здоров'я: проблеми, перспективи, світовий досвід* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Льорет-де-Мар, Іспанія, 05 лютого 2021 р.). Льорет-де-Мар, 2021. С. 91–93.

9. Лисак В. В. Удосконалення бюджетного фінансування університетських клінік як елемент державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. *Напрями вдосконалення механізмів державного управління в умовах сучасних реформаційних процесів* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 25–26 грудня 2020 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. С. 48–50.

10. Лисак В. В. До питання про удосконалення державного регулювання лікарської інтернатури. *Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 5–6 березня 2021 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2021. С. 38–40.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВРУ – Верховна Рада України

КМУ – Кабінет Міністрів України

БПР – безперервний професійний розвиток

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Взаємодія систем вищої медичної освіти та медичної практики справляє вирішальний вплив на функціонування й розвиток сфери охорони здоров'я України. Завдяки налагодженню ефективної взаємодії медичної освіти, науки та практики формується висококваліфікований лікарський кадровий потенціал; забезпечуються постійне провадження наукових досліджень та імплементація результатів цих досліджень у медичну практику; підвищується якість надання медичної допомоги завдяки консультаційній діяльності та курації пацієнтів у закладах охорони здоров'я професійними кадрами найвищої кваліфікації – доцентами й професорами закладів вищої медичної освіти.

Протягом багатьох десятиліть сформувався достатньо чіткий алгоритм державного регулювання взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики, в основу якого покладено концепцію клінічного закладу охорони здоров'я. На цій основі функціонують кафедри закладів вищої або післядипломної медичної освіти. Відповідно до цієї концепції клінічні кафедри закладів вищої або післядипломної медичної освіти розміщували на території закладів охорони здоров'я. Науково-педагогічні працівники клінічних кафедр із сертифікатами лікаря-спеціаліста та/або діючими лікарськими категоріями мали можливість надавати медичну допомогу пацієнтам закладів охорони здоров'я, у яких розташовані такі клінічні кафедри, без перебування у трудових відносинах із зазначеними медичними закладами. Видатки на утримання клінічних кафедр розподілялися таким чином: доплати за лікувально-діагностичну роботу професорсько-викладацькому складу клінічних кафедр – за рахунок закладів вищої або післядипломної медичної освіти, а утримання самих клінічних закладів (включаючи розташовані на їх базі клінічні кафедри), у тому числі оплата комунальних послуг, – за рахунок місцевих бюджетів. Взаємодія клінічних кафедр закладів вищої або післядипломної медичної освіти

відбувалась на підставі безвідплатних договорів про співпрацю. Така організація сприяла підвищенню ефективності державного регулювання та розвитку галузі охорони здоров'я.

У свою чергу, реформа фінансування закладів охорони здоров'я за програмою медичних гарантій, зміна організаційно-правової форми комунальних закладів охорони здоров'я з комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства внесли корективи до напрацьованого десятиріччями алгоритму співпраці закладів вищої та післядипломної освіти із закладами охорони здоров'я (ЗОЗ). Зокрема, через втрату статусу комунальних установ комунальні заклади охорони здоров'я перестали бути розпорядниками коштів місцевих бюджетів. Тому норми бюджетного законодавства для них втратили актуальність, а перед закладами вищої та післядипломної медичної освіти в контексті розміщення клінічних кафедр постає питання орендних відносин та відшкодування коштів за комунальні послуги. Окрім того, зазначені зміни актуалізували важливе питання: як врегулювати право надання медичної допомоги науково-педагогічними працівниками клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти пацієнтам тих ЗОЗ, на базі яких розташовані зазначені кафедри. Крім того, необхідність побудови в державі єдиного медичного простору загрожує університетським клінікам як структурним підрозділам закладів вищої або післядипломної медичної освіти втратою фінансування або втратою свого статусу.

Спроби державних інституцій вирішити вищеописані проблеми шляхом прийняття низки нормативно-правових були, але вони мали суперечливий і тимчасовий характер, тож вирішення на державному рівні правових, організаційних, соціальних, економічних проблем взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, розробка концепції державного регулювання вищевказаної взаємодії є нагальним завданням науки державного управління на сучасному етапі її розвитку.

Питання державного управління сферою охорони здоров'я та освіти, що лише в деяких аспектах є дотичними до проблем взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, розкрито в працях таких науковців, як:

Н. Авраменко, Т. Авраменко, М. Бадюк, О. Балуєва, М. Білинська, І. Білоус, Н. Васюк, Б. Гурне, І. Данильчук, В. Долот, С Домбровська, В. Дудка, Л. Жаліло, В. Жаховський, В. Заблоцький, О. Іваницька, Р. Камалов, Д. Карамішев, О. Клименко, Ю. Ковбасюк, Н. Кондратюк, Є. Кульгінський, Н. Кучеренко, Б. Лемішко, В. Лещенко, А. Мерзляк, О. Мартинюк, Л. Мельник, О. Мордвінов, З. Надюк, В. Огаренко, С. Пак, П. Покатаєв, О. Попсивілова, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Рожкова, Д. Самофалов, О. Сорока, Н. Ткачова, Г. Тяпкін, І. Фуртак, І. Хожило, М. Шевченко та ін. Доробок цих та інших фахівців став теоретичною й методологічною основою для запровадження ефективних заходів щодо розвитку системи вищої медичної освіти та охорони здоров'я, проте наразі потребує вдосконалення інтегрований підхід до державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Це й зумовило вибір теми, мету та завдання дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана в межах науково-дослідних робіт Класичного приватного університету «Теоретико-методологічні та філософсько-історичні основи розвитку й перспективи реформування державного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0113U000589), «Теорія і практика публічного управління й адміністрування в Україні та зарубіжних країнах» (номер державної реєстрації 0116U002645). Внесок здобувача полягає в систематизації та узагальненні теоретико-методичних засад розвитку державного регулювання систем вищої медичної освіти та медичної практики.

**Мета і задачі дослідження.** *Метою дослідження є науково-теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики в Україні.*

Для досягнення цієї мети поставлено такі *завдання*:

- визначити особливості системної взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики як об'єкта державного управління;
- дати авторське трактування понять «взаємодія систем вищої медичної

освіти та медичної практики», «державне регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики»;

– обґрунтувати мету й завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики;

– систематизувати міжнародні стандарти політики формування взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики;

– окреслити форми взаємодії вищої медичної освіти з практичною медициною згідно із чинним законодавством України;

– виявити проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти;

– розробити пропозиції щодо вдосконалення механізмів державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти;

– запропонувати напрями вдосконалення механізмів державного регулювання лікарської інтернатури;

– обґрунтувати напрями вдосконалення державного регулювання інших форм взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики;

– запропонувати Концепцію державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

*Об'єкт дослідження* – суспільні відносини, що виникають у процесі державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

*Предмет дослідження* – механізми державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики в Україні.

**Методи дослідження.** Теоретичною та методологічною основою дослідження є фундаментальні положення теорії державного управління, яка визначає закономірності соціально-економічного розвитку держави й становлення системи державного управління на всіх адміністративних рівнях. У дисертації використано такі теоретичні та емпіричні методи: *абстрактно-логічний* – для уточнення та вдосконалення понятійно-категоріального апарату



науки державного управління; *порівняльно-правовий* – для аналізу законодавчих актів та інших нормативних документів щодо регулювання суспільних відносин, які складаються в процесі взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики; *аналізу та синтезу* – для оцінювання сучасного стану системи управління з питань взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики та визначення напрямів розвитку й удосконалення; *описового моделювання та узагальнення* – для формулювання висновків і пропозицій з удосконалення механізмів державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

*Інформаційною основою дослідження є законодавчі та нормативно-правові акти України, статистичні дані Державної служби статистики України, аналітичні огляди та офіційні матеріали Міністерства охорони здоров'я України, матеріали міжнародних організацій, наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених, інформація інтернет-ресурсів.*

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в теоретичному обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики в Україні. Основні положення, що мають елементи новизни, такі:

*вперше:*

– обґрунтовано Концепцію державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, яка передбачає формування й розвиток відповідних механізмів державного управління: прийняття необхідних нормативно-законодавчих актів (правовий механізм), створення консультативно-дорадчого допоміжного органу при Кабінеті Міністрів України (інституційний механізм); розробку плану заходів та створення умов щодо активної інформаційно-комунікаційної діяльності в соціумі (інформаційно-комунікативний механізм);

– сформоване наукове уявлення про взаємодію систем вищої медичної освіти та медичної практики як інтегрований комплексний об'єкт державного регулювання, стан якого безпосередньо впливає на результативність реалізації

державної політики щодо формування висококваліфікованого медичного кадрового потенціалу, якості медичного обслуговування населення, розвитку медичної науки та впровадження інноваційних медичних технологій у процес надання медичної допомоги;

*удосконалено:*

– понятійно-категоріальний апарат науки «державне управління» шляхом уточнення змісту понять: *«взаємодія систем вищої медичної освіти та медичної практики»* (сукупність спільних дій, взаємозв'язків та взаємозалежностей складових зазначених систем, урегульованих державою, результатом яких є якісний вплив на ефективність функціонування та розвитку системи вищої медичної освіти й системи медичної практики); *«державне регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики»* (цілеспрямований вплив органів державної влади України на процес взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики за допомогою правових, організаційних, економічних, комунікативних механізмів, що забезпечує досягнення бажаних параметрів функціонування й розвиток зазначених систем та досягнення суспільно значущих результатів у вигляді високого рівня підготовки лікарських кадрів, створення й упровадження в лікувально-діагностичний процес інноваційних та ефективних лікарських засобів, виробів медичного призначення й медичних технологій, підвищення якості надання медичної допомоги населенню);

– правовий механізм державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, зокрема запропоновано зміни до Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про вищу освіту», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про оренду державного та комунального майна»;

– структуралістський підхід до визначення мети й завдань державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, що повинні відповідати потребам пацієнтської громадськості, високому рівню надання як освітніх, так і медичних послуг, потребам медичних працівників в

ефективному професійному розвитку, потребам медичної науки з пошуку інноваційних лікарських засобів, методів та способів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації хвороб, травм, отруень, патологічних станів;

*набули подальшого розвитку:*

– теоретичні засади розвитку механізмів державного регулювання у сферах вищої освіти та охорони здоров'я в контексті створення державою умов для ефективної взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики на основі практики проведення реформи вищої освіти та охорони здоров'я в Україні з урахуванням кращих зразків закордонного досвіду й балансу інтересів держави, територіальних громад, пацієнтів, закладів охорони здоров'я, закладів вищої та післядипломної медичної освіти, інтеграції освітнього й лікувального процесів у сучасних умовах трансформації охорони здоров'я;

– наукове обґрунтування напрямів взаємодії органів державної влади, органів місцевого самоврядування із закладами вищої та післядипломної освіти з метою вирішення концептуальних суспільних проблем практичної підготовки висококваліфікованих медичних кадрів, розвитку медичної науки, підвищення якості медичного обслуговування населення на основі комплексного інтегрованого підходу, враховуючи інтереси кожного стейкхолдера, шляхом дослідження суспільних відносин щодо взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, виявлення проблем такої взаємодії й визначення шляхів їх вирішення.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в можливості використання запропонованих у рамках дослідження концепцій, моделей та новацій органами державної влади, органами місцевого самоврядування, закладами вищої освіти, що готують фахівців у сфері охорони здоров'я, при прийнятті управлінських рішень щодо взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики (у тому числі питань спільної діяльності закладів вищої освіти й закладів охорони здоров'я), для підготовки програм підвищення кваліфікації посадових осіб і управлінських кадрів, розробки навчальних матеріалів для

посадових осіб органів місцевої влади та державних службовців, управлінських кадрів закладів вищої й післядипломної медичної освіти, закладів охорони здоров'я.

Основні науково-теоретичні положення й практичні рекомендації, викладені в дисертації, використовують у діяльності державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти» Міністерства охорони здоров'я України (довідка № 476 від 23.12.2020) та приватного закладу охорони здоров'я – Товариства з обмеженою відповідальністю «Клініка первинної медичної допомоги № 1» (довідка № 23/01 від 13.01.2021). Теоретичні положення, узагальнення й висновки дисертації використовують у Класичному приватному університеті при викладанні таких дисциплін: «Державне управління», «Державне регулювання економіки» (довідка № 142 від 25.02.2021).

**Особистий внесок здобувача.** Наукові положення, висновки й рекомендації, які виносяться на захист, розроблено автором особисто.

**Апробація результатів дисертації.** Основні наукові положення та практичні результати дослідження обговорювались на всеукраїнських і міжнародних науково-практичних конференціях, а саме: «Напрями вдосконалення механізмів державного управління в умовах сучасних реформаційних процесів» (м. Запоріжжя, 2020 р.); «Соціальні, правові та управлінські аспекти розвитку охорони здоров'я: проблеми, перспективи, світовий досвід» (м. Льорет-де-Мар, Іспанія, 2021 р.); «Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика» (м. Запоріжжя, 2021 р.); «Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я-2021» (м. Запоріжжя, 2021 р.).

**Публікації.** Результати дослідження викладено в 10 наукових працях, з них: 5 – статті в наукових фахових виданнях України, 1 – стаття в зарубіжному виданні (Польща), 4 – матеріали конференцій. Загальний обсяг публікацій – 2,83 ум.-друк. арк.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота складається з

анотацій, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг роботи становить 200 сторінок, з них основний текст – 160 сторінок. Список використаних джерел включає 172 найменувань. Робота містить 2 таблиці та 2 рисунки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВЗАЄМОДІЇ СИСТЕМ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

#### **1.1. Система вищої медичної освіти, система медичної практики та їх взаємодія як об'єкти державного управління**

Вплив державного управління на системи вищої медичної освіти та медичної практики є вагомим та здійснюється як правовими, так і економічними та організаційними засобами.

Взаємодія системи вищої медичної освіти із системою медичної практики є вагомим компонентом державної політики у сфері охорони здоров'я, а тому також є об'єктом державного управління. Так, державне управління в питаннях взаємодії системи вищої медичної освіти із системою медичної практики здійснюється зокрема, в аспектах: утворення і функціонування університетських клінік; організації освітнього процесу в закладах охорони здоров'я; державного розподілу випускників закладів вищої медичної освіти тощо.

Через малодосліджуваність в науці державного управління систем вищої медичної освіти, медичної практики та їх взаємодії як об'єктів державного управління, наразі відсутня науково обґрунтована управлінська концепція державного регулювання взаємодії зазначених систем з метою покращення якості підготовки висококваліфікованих медичних кадрів, а також підвищення ефективності охорони здоров'я населення в державі зокрема.

Різними аспектами державного управління у сфері охорони здоров'я займалися такі відомі учені, як: В. Огаренко, П. Покатаєв, М. Білинська, Д. Карамішев, Н. Авраменко, Є. Кульгінський, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Хожило, М. Шевченко, Б. Гурне та інші.

Як зазначає Ю. Ковбасюк у своєму навчальному посібнику, об'єктами державного управління є система, на яку спрямовується владний вплив суб'єктів управління. Об'єкт управління - це система, яка підпорядковується владній волі суб'єкта управління і виконує його рішення, тобто система, якою управляють [60].

На думку М. Шевченка, державне управління освітою – це певний вид діяльності органів державної влади, що має виконавчий та розпорядчий характер, який полягає в організуючому впливові на суспільні відносини у сфері освіти шляхом застосування державно-владних повноважень і включає цілеспрямоване вироблення, прийняття та реалізацію організуючих, регулюючих та координуючих рішень, що справляють вплив на освітню сферу [170].

Як зазначає Б. Гурне, державне управління у медичній галузі розглядається як вид діяльності держави, що полягає в здійсненні нею управлінського впливу у сфері охорони здоров'я шляхом використання повноважень виконавчої влади [31, с. 10].

Однак, на даний час в науці державного управління відсутнє комплексне наукове дослідження, яке б характеризувало системи вищої медичної освіти, медичної практики та їх взаємодію як об'єктів державного управління. Тому наше дослідження є актуальним та своєчасним для науки державного управління.

Відповідно до статті 11 Закону України «Про вищу освіту», систему вищої освіти становлять:

- 1) заклади вищої освіти всіх форм власності;
- 2) рівні та ступені (кваліфікації) вищої освіти;
- 3) галузі знань і спеціальності;
- 4) освітні та наукові програми;
- 5) ліцензійні умови провадження освітньої діяльності та ліцензійні умови провадження вищої освіти;
- б) органи, що здійснюють управління у сфері вищої освіти;

7) учасники освітнього процесу [114].

Аналізуючи інші положення Закону України «Про вищу освіту», норми різних актів законодавства, приходимо до думки, що систему вищої освіти слід доповнити наступними складовими.

Таким чином, відповідно до Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» [115], Закону України «Про вищу освіту» вважаємо за необхідне включити до системи вищої освіти профспілкові організації, що мають певні повноваження у сфері вищої освіти. Наприклад, види навчальної роботи педагогічних та науково-педагогічних працівників відповідно до їх посад встановлюються закладом вищої освіти за погодженням з виборними органами первинних організацій профспілки (профспілковим представником). Так само, керівник закладу вищої освіти має погоджувати із профспілковою організацією відрахування студентів, які є членами профспілки. Сама ж професійна спілка (профспілка) є добровільною неприбутковою громадською організацією, що об'єднує громадян, пов'язаних спільними інтересами за родом їх професійної (трудової) діяльності (навчання). У сфері вищої освіти можуть бути як об'єднані профспілки співробітників та студентів закладів вищої освіти, так і незалежні одна від одної профспілкові організації співробітників і профспілкові організації студентів. У будь-якому випадку профспілкові організації мають статус юридичних осіб та є незалежними від закладів вищої освіти як в організаційному, так і у фінансовому та майновому аспектах.

Так, виходячи зі ст. 40 Закону України «Про вищу освіту», до системи вищої освіти належать органи студентського самоврядування, які виконують ряд функцій, у тому числі:

1) беруть участь в управлінні закладом вищої освіти у порядку, встановленому цим Законом та статутом закладу вищої освіти;

2) беруть участь в обговоренні та вирішенні питань удосконалення освітнього процесу, науково-дослідної роботи, призначення стипендій, організації дозвілля, оздоровлення, побуту та харчування;



3) проводять організаційні, просвітницькі, наукові, спортивні, оздоровчі та інші заходи;

4) беруть участь у заходах (процесах) щодо забезпечення якості вищої освіти;

5) захищають права та інтереси студентів (курсантів), які навчаються у закладі вищої освіти;

6) делегують своїх представників до робочих, консультативно-дорадчих органів;

7) приймають акти, що регламентують їх організацію та діяльність тощо [113].

Також, згідно норм ст. 41 Закону України «Про вищу освіту», до складових системи вищої освіти необхідно віднести також і наукові товариства студентів (курсантів, слухачів), аспірантів, докторантів і молодих вчених, що здійснюють наступну діяльність:

1) приймають акти, що регламентують їх організацію та діяльність;

2) проводять організаційні, наукові та освітні заходи;

3) популяризують наукову діяльність серед студентської молоді, сприяють залученню осіб, які навчаються, до наукової роботи та інноваційної діяльності;

4) представляють інтереси студентів (курсантів, слухачів), аспірантів, докторантів і молодих вчених перед адміністрацією закладу вищої освіти та іншими організаціями з питань наукової роботи та розвитку академічної кар'єри;

5) сприяють підвищенню якості наукових досліджень;

6) сприяють обміну інформацією між молодими вченими та дослідниками тощо [114].

Слід підкреслити, що згідно із вищепроаналізованим законодавством, як органи студентського самоврядування, так і наукові товариства студентів (курсантів, слухачів), аспірантів, докторантів і молодих вчених мають як організаційну, так і фінансову незалежність від закладів вищої освіти. Більш

того, зазначені суб'єкти можуть бути зареєстровані як громадські організації та мати статус юридичних осіб.

За великим рахунком вважаємо, що до системи вищої освіти входять громадські організації, які відповідно до статуту здійснюють свою діяльність у сфері вищої освіти. Це можуть бути об'єднання науково-педагогічних та педагогічних працівників, громадські організації студентів, організації батьківської громадськості, що захищають права учасників освітнього процесу. Наприклад, громадські організації можуть здійснювати незалежний моніторинг якості вищої освіти, делегувати своїх представників в якості спостерігачів під час виборів керівників закладів вищої освіти, брати участь в оцінці корупційних ризиків закладів вищої освіти тощо.

В системі вищої освіти можна виділити ряд інших систем, в тому числі вищої медичної освіти. Система вищої медичної освіти в сучасному її розумінні досить активно формувалася протягом останнього століття. Вона має свою самобутність та характеризується, в першу чергу, нерозривними зв'язками із системою медичної практики. Адже кожен державний заклад вищої медичної освіти має величезну мережу клінічних баз, а деякі із закладів мають університетські клініки. До системи вищої медичної освіти, на нашу думку, належать клінічні бази закладів вищої медичної освіти та університетські клініки.

Слід також зазначити, що система вищої медичної освіти піддається достатньо серйозному державному регулюванню, адже є дуже важливою галуззю соціально-економічного життя держави, що формує кадровий медичний потенціал української нації. Державне регулювання вищої медичної освіти полягає в наступних аспектах:

1) розробка ліцензійних умов на провадження освітньої діяльності, в тому числі з вищої освіти;

2) проведення процедури ліцензування, видача ліцензій на провадження освітньої діяльності, в тому числі в сфері вищої освіти, Міністерством освіти і науки України, а також анулювання відповідних ліцензій;

3) проведення процедури акредитації освітніх програм Національним агентством з питань якості вищої освіти, видача відповідного акредитаційного сертифікату;

4) проведення процедури атестації спеціалізованих вчених рад із захисту дисертацій на здобуття наукових ступенів Міністерством освіти і науки України;

5) розміщення та фінансування державного замовлення на підготовку фахівців медичних спеціальностей;

6) розробка та впровадження стандартів вищої освіти;

7) затвердження Умов прийому до закладів вищої освіти, відповідно до яких кожен заклад вищої освіти розробляє відповідні Правила прийому та приймає на навчання абітурієнтів;

8) контроль компетентними державними органами, до прикладу Державною інспекцією закладів освіти, виконання Умов прийому;

9) створення та адміністрування компетентними державними органами Єдиної державної електронної бази з питань освіти;

10) затвердження або скасування рішень спеціалізованих вчених рад з присудження наукових ступенів атестаційною колегією Міністерства освіти і науки України;

11) здійснення державними органами, органами місцевого самоврядування прав засновника щодо закладів вищої медичної освіти державної або комунальної форм власності;

12) встановлення індикативних цін на навчання у закладах вищої медичної освіти;

13) регулювання порядку проведення набору іноземців до закладів вищої медичної освіти;

14) розробка загальних вимог та контроль здійснення антикорупційних заходів у закладах вищої медичної освіти;

15) здійснення державного розподілу випускників закладів вищої медичної освіти;

16) організація проведення та здійснення адміністрування ліцензійних інтегрованих іспитів КРОК-1, КРОК-2, КРОК-3, інших компонентів Єдиного державного кваліфікаційного іспиту;

17) здійснення державної підтримки випускників закладів вищої медичної освіти, зокрема тих, що уклали трудовий договір на строк не менше трьох років про роботу у сільській місцевості;

18) фінансування оплати праці лікарів-інтернів, що навчаються у закладах вищої медичної освіти за державним замовленням;

19) розробка порядку здійснення безперервного професійного розвитку лікарських кадрів, організація та часткове фінансування заходів безперервного професійного розвитку;

20) нормування єдиних тарифних розрядів, надбавок та доплат, інших виплат працівників закладів вищої медичної освіти, що мають статус бюджетних установ, фінансування їх оплати праці;

21) здійснення інших заходів державного регулювання вищої медичної освіти.

Поняття «медична практика» не є достатньо розробленим в практиці та теорії державного управління. Термін «медична практика» згадується в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [104], Законі України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [118], постанові Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» та у деяких інших нормативно-правових актах [119].

Так, відповідно до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, господарська діяльність з медичної практики (далі - медична практика) - вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії [118].

Вважаємо, що система медичної практики є внутрішньо узгоджена його

структура, що забезпечує функціонування та розвиток, складається із певних структурних елементів.

На нашу думку, до структурних елементів медичної практики належать:

- 1) медичні заклади усіх форм власності;
- 2) стандарти надання медичної допомоги;
- 3) ліцензійні умови провадження господарської діяльності із медичної практики;
- 4) органи публічного управління охороною здоров'я;
- 5) учасники процесу надання медичної допомоги.

Система медичної практики також піддана достатньо серйозному державному регулюванню, адже медична практика є основою системи охорони здоров'я, галузь соціально-економічного життя держави, від якої залежить тисячі врятованих життів, здоров'я та якість життя населення, протидія масовим інфекціям.

Державне регулювання медичної практики полягає у впливі держави на систему медичної практики правовими, економічними, організаційними заходами в наступних аспектах:

- 1) розробка ліцензійних умов на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- 2) проведення процедури ліцензування та видача відповідних ліцензій Міністерством охорони здоров'я України, анулювання таких ліцензій;
- 3) акредитація закладів охорони здоров'я компетентними державними органами;
- 4) здійснення Міністерством охорони здоров'я контролю дотримання ліцензійних умов;
- 5) розробка стандартів надання медичної допомоги;
- 6) оцінка якості надання медичної допомоги;
- 7) організація проведення судово-медичної експертизи, патологоанатомічних досліджень;
- 8) забезпечення утворення і функціонування мережі закладів охорони

здоров'я державної і комунальної власності;

9) проведення комплексу організаційних та фінансових заходів щодо здійснення державних закупівель медичних послуг за програмою медичних гарантій;

10) забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;

11) встановлення вимог до надавачів медичних послуг населення за програмою медичних гарантій;

12) проведення закупівель лікарських та імунологічних засобів, виробів медичного призначення у випадках, встановлених законодавством;

13) організація лікування громадян України за кордоном;

14) забезпечення функціонування системи трансплантації анатомічних матеріалів людині;

15) організація здійснення заходів, в тому числі обмежувальних, щодо протидії інфекційним хворобам, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення;

16) організація правового та соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ та СНІД;

17) встановлення професійних обмежень для медичних працівників, здійснення контролю за їх дотриманням;

18) встановлення системи пільг та соціальних гарантій для медичних працівників;

19) створення умов для безперервного професійного розвитку лікарським кадрам, розробка відповідного порядку;

20) унормування та контроль клінічних випробувань лікарських засобів;

20) інші заходи щодо забезпечення умов для здійснення та розвитку медичної практики в Україні.

Система вищої медичної освіти та система медичної практики постійно взаємодіють між собою, що є запорукою побудови в державі ефективної та стабільної системи охорони здоров'я. Адже специфіка лікарської професії полягає у необхідності оволодіння не лише фундаментальними теоретичними

знаннями, але й колосальними практичними навичками. Такі практичні навички можна здобути лише в закладах охорони здоров'я, біля ліжка хворого, беручи участь в клінічних обходах, обстеженнях пацієнтах, інших лікувальних, профілактичних та діагностичних заходах.

Основою взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є клінічні бази та клінічні кафедри закладів вищої медичної освіти. Зазначені терміни знайшли своє визначення у Положенні про організацію освітнього процесу у закладах охорони здоров'я за участю науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти у сфері охорони здоров'я, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1337. Так, згідно зазначеного Положення:

клінічна база - заклад охорони здоров'я незалежно від форми власності і організаційно-правової форми, який отримав ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, акредитаційний сертифікат і на базі якого відповідно до договору про співпрацю (далі - договір) розміщуються одна або більше клінічних кафедр;

клінічна кафедра - кафедра закладу освіти (його філій, інститутів, факультетів), що реалізує освітні програми вищої та післядипломної освіти в галузі знань "Охорона здоров'я", проводить наукові дослідження у сфері охорони здоров'я, розміщується на базі закладу охорони здоров'я (його структурного підрозділу, відділення) відповідного профілю для реалізації освітнього процесу шляхом його поєднання з наданням медичної допомоги [121].

Таким чином, державне регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики полягає в тих аспектах державного регулювання, що є спільними для вищої медичної освіти та медичної практики.

Виходячи з викладеного, можемо зробити висновок, що системи вищої медичної освіти та медичної практики є об'єктами державного управління, оскільки піддаються значному управлінському впливові з боку органів держави та місцевого самоврядування. Взаємодія вищевказаних систем є також об'єктом

державного управління, адже забезпечує виконання основних функцій держави у сфері охорони здоров'я, зокрема підготовку висококваліфікованих медичних кадрів, підвищення якості медичної допомоги для населення, впровадження нових методів лікування та лікарських засобів у медичну практику.

Так, управлінський вплив держави в аспекті взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики полягає у застосуванні правових, організаційних та економічних механізмів у напрямках:

забезпечення утворення та функціонування університетських клінік та клінічних баз закладів вищої медичної освіти;

державне регулювання та стимулювання організації освітнього процесу у закладах охорони здоров'я;

проведення організаційних заходів щодо державного розподілу випускників закладів вищої медичної освіти;

державне регулювання та стимулювання співпраці закладів вищої медичної освіти із закладами охорони здоров'я в питаннях клінічних випробувань лікарських засобів та впровадження нових технологій в медичну практику;

державне стимулювання випускників закладів вищої медичної освіти, зокрема до працевлаштування і подальшої роботи у сільській місцевості;

інші напрямки взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

## **1.2. Мета та завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики**

Як відомо, державна політика, що здійснюється в будь-якій сфері та з будь-яких питань завжди є цілеспрямованою діяльністю, а тому точне та науково обґрунтоване визначення мети державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є питанням дуже важливим та принциповим.



В свою чергу, чітке визначення мети державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики дасть можливість правильно та обґрунтовано визначити завдання, які необхідно виконати для досягнення вищезазначеної мети. Таким чином, визначивши мету та завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, дасть змогу правильно підібрати механізми та інструменти державного управління для їх реалізації, що у кінцевому підсумку визначатиме ефективність державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

Однак, ні на науковому, ані на нормативно-правовому рівні не визначено чітку мету та завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, що і визначає актуальність нашого дослідження.

На цей час в науці державного управління є достатня кількість дефініцій, що позначають термін «державна політика».

Так, на думку В. Романова, О. Рудік, Т. Брус, державна політика — це відносно стабільна, організована та цілеспрямована діяльність уряду щодо певної проблеми або предмета розгляду, яка здійснюється ним безпосередньо або опосередковано через уповноважених агентів і впливає на життя суспільства [150. с. 12].

В той же час, В. Андріяш вважає, що державна політика — це цілеспрямована діяльність органів державної влади для вирішення суспільних проблем, досягнення й реалізації загальнозначущої мети розвитку суспільства або його окремих сфер.

В свою чергу, О. Лаврук розглядає державну політику як безперервний циклічний процес, котрий включає сукупність послідовних дій, взаємодію різних взаємопов'язаних елементів і інституцій з притаманними їм функціями й засобами досягнення кінцевих результатів (схвалення політики) [71, с. 260].

Логуш Л. у своєму дисертаційному дослідженні зазначає, що розвиток вищої медичної освіти у першій половині XXI-го століття повинен базуватись

на трьох фундаментальних елементах – орієнтованість на людей (потреби суспільства, пацієнта), на результат (якість навчання та надання послуг), на індивідуальність (особистий розвиток, професійна комунікабельність, полікультурність) [73, с. 197]. Дослідниця також виділяє основні перспективні принципи розвитку медичної освіти, серед яких особливу цікавість в контексті теми нашого дослідження становлять наступні: безперервність медичної освіти; динамічний характер навчання та професійної підготовки, що забезпечується постійним коригуванням змісту освіти відповідно до досягнень світової і вітчизняної науки, практики організації медичної справи та потребами розвитку сфери охорони здоров'я країни [74, с. 198]. Окрім того, вчена в якості продовження реформ в медичній освіті у ХХІ столітті пропонує створення мережі університетських клінік, ведення державної атестації лікарів згідно з принципами забезпечення якості та запровадження системи безперервного професійного розвитку згідно міжнародному триплету стандартів [73, с. 197]. Адже дані напрями реформування вищої медичної освіти безпосередньо пов'язані із питаннями взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

М. Білинська та Я. Радиш вважають, що державна політика України в галузі охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [23, с. 7].

К. Магрламова визначає медичну освіту як визначальний чинник системи охорони здоров'я та підкреслює значення механізмів державного управління перебудовою сфери охорони здоров'я. Магрламовою К. зроблено акцент на

тому, що сталий розвиток охорони здоров'я потребує висококваліфікованих медичних працівників, підготовлених до надання медичної допомоги. Встановлено, що концепція реформи медичної освіти чітко визначає поставлену мету: відповідність системи медичної освіти вимогам практичної сфери охорони здоров'я населення; підвищення якості підготовки медичних кадрів шляхом упровадження ефективної системи організації освітнього процесу; гармонізація вітчизняної медичної освіти з вимогами Євросоюзу.

На жаль, у профільних законах чітко не визначено мету державної політики як у сфері вищої освіти, так і в сфері охорони здоров'я.

Так, у Законі України «Про вищу освіту» вказано, що державну політику у сфері вищої освіти визначає Верховна Рада України, а реалізують Кабінет Міністрів України та центральний орган виконавчої влади у сфері освіти і науки. Далі, у статті 3 зазначеного Закону розписано основні принципи та завдання державної політики у сфері вищої освіти. Аналізуючи дані принципи та завдання, можна резюмувати, що основною метою державної політики у сфері вищої освіти є підготовка конкурентоспроможного людського капіталу та створення умов для освіти протягом життя шляхом підготовки фахівців з вищою освітою для пріоритетних галузей економічної діяльності, напрямів фундаментальних і прикладних наукових досліджень, науково-педагогічної, мистецької та педагогічної діяльності.

В той же час, у ст. 13 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» вказано, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Стратегія розвитку медичної освіти, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 р. № 95-р, демонструє нерозривний

зв'язок систем вищої медичної освіти та медичної практики. Зокрема, зазначена Стратегія містить наступні тези, що свідчать про загальнодержавне значення взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Так, зазначено, що на сьогодні існує потреба у синхронізації процесів, пов'язаних з проведенням багатьох реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, та у змінах в системі підготовки медичних працівників, що дасть змогу забезпечити поліпшення якості лікування та медичного догляду пацієнтів. Завданням медичної освіти визначено забезпечення надання громадянам якісної медичної допомоги завдяки високому рівню підготовки медичних працівників. Вказано, що потребують розв'язання проблеми відсутності або неефективного функціонування університетських клінік, недостатньої кількості баз для практичної підготовки студентів, нерегульованості повною мірою відносин між закладами вищої освіти (факультетами) та закладами охорони здоров'я, зокрема з питань допуску до лікувально-консультативної роботи науково-педагогічних працівників.

Як справедливо вважають науково-педагогічні працівники закладів вищої освіти, основа формування майбутніх фахівців – це практична підготовка під час виконання і засвоєння практичних навичок. Першочергове завдання при оволодінні практичними навичками – робота з пацієнтом, яка починається безпосередньо з 2-3-го курсу і триває до кінця навчання у виші, а також у період післядипломного навчання. Умовою формування вмінь у професійній діяльності фахівця є активний систематичний тренінг у розв'язанні складних клінічних задач (курація хворих, написання історії хвороби, диференційована діагностика, призначення лікування, проведення профілактичних заходів, надання невідкладної допомоги).

Виходячи з викладеного, без взаємодії системи вищої медичної освіти із системою медичної практики на сьогоднішній день неможливо забезпечити високий рівень підготовки медичних працівників. З огляду на вищенаведене, підготовка медичних працівників без взаємодії систем вищої медичної освіти з системою медичної практики забезпечить низький або як мінімум невисокий

рівень підготовки медичних працівників. А оскільки професія лікаря безпосередньо пов'язана із збереженням життя та відновленням здоров'я, що у демократичній, соціальній та правовій державі визнаються найвищою соціальною цінністю, то високий рівень підготовки лікарських кадрів має величезне загальнодержавне та загальносуспільне значення. Таким чином і обумовлюється необхідність здійснення державної політики в питаннях взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

Аналізуючи наведені наукові та законодавчі джерела, вважаємо що метою державної політики у будь-якій сфері є досягнення вагомих суспільно значущих результатів. Вважаємо, що якісно високий рівень підготовки лікарських кадрів є вагомим суспільно значущим результатом державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

З точки зору семантики, метою будь-якої діяльності є кінцевий результат, який вийде після виконання певних дій. В свою чергу, завданням називається ситуація, питання, яке потрібно вирішити, щоб прийти до мети або хоча б стати до неї трохи ближче.

Тобто, завданнями державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є комплекс певних дій, заходів, які необхідно здійснити для досягнення мети зазначеної державної політики. В державній політиці зазначені заходи мають бути відображені в таких управлінських документах, як державні програми, концепції, стратегії, плани заходів та інших документах програмного характеру, затверджених органами державної влади, в першу чергу Кабінетом Міністрів України та Президентом України [84].

Для визначення змісту завдань державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є корисним ознайомлення з подібними документами. До зазначених управлінських документів програмного характеру, зокрема, і належить План заходів з реалізації Стратегії розвитку медичної освіти в Україні на 2019-2021 роки, що затверджений

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 р. № 674-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/674-2019-%D1%80#Text> Адже саме у зазначеному Плані заходів є низка позицій, що безпосередньо стосуються державної політики з питань взаємодії систем взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики. Зокрема, до зазначених заходів належать:

удосконалення нормативно-правового регулювання проходження інтернатури;

розроблення механізмів запровадження академічної мобільності інтернів;

розроблення механізмів оцінки результативності проходження інтернатури;

формування оптимальної моделі лікарської резидентури;

нормативно-правове регулювання проходження лікарської резидентури;

нормативно-правове регулювання здійснення безперервного професійного розвитку;

створення моделі фінансування безперервного професійного розвитку;

перегляд правового статусу університетських клінік [89].

Для визначення та розуміння завдань державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики важливо проаналізувати також указ Президента України від 18.08.2021 року № 369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою», яким і введено в дію зазначене рішення.

Адже зазначений наказ в деяких аспектах є дотичним до питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Зокрема, зазначеним нормативно-правовим актом передбачено:

підготовку та внесення на розгляд Верховної Ради України необхідних законопроектів, забезпечення внесення в установленому порядку змін до інших нормативно-правових актів з метою приведення до 1 квітня 2022 року засад фінансування медичних послуг, які надаються всіма закладами охорони

здоров'я державної та комунальної форм власності, в тому числі клінічними базами закладів освіти у сфері охорони здоров'я/університетськими клініками/університетськими лікарнями, у відповідність з вимогами законодавства щодо державних фінансових гарантій надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів державного бюджету за програмою медичних гарантій, забезпечивши при цьому можливість виконання зазначеними суб'єктами господарювання основних статутних завдань;

розрахунок та встановлення під час розроблення і затвердження порядку реалізації програми медичних гарантій на відповідний календарний рік коригувальних (підвищених та понижених) коефіцієнтів до тарифів на медичні послуги, які надаються закладами охорони здоров'я, у тому числі клінічними базами закладів освіти у сфері охорони здоров'я відповідного профілю/університетськими клініками/університетськими лікарнями, та які характеризують складність пролікованих випадків та інтенсивність використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у сфері охорони здоров'я;

забезпечення високого рівня медичної освіти та розвитку кадрового потенціалу, зокрема, шляхом запровадження нової моделі інтернатури і лікарської резидентури з урахуванням вимог Директиви 2005/36/ЄС Європейського Парламенту та Ради Європейського Союзу щодо визнання професійних кваліфікацій від 7 вересня 2005 року;

забезпечення підготовки закладами вищої освіти за державним замовленням фахівців за такими напрямками спеціалізацій, як "Бактеріологія", "Вірусологія", "Епідеміологія", "Клінічна лабораторна діагностика", "Лабораторна імунологія", "Мікробіологія і вірусологія";

напрацювання ефективних механізмів забезпечення виконання випускниками вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним (регіональним) замовленням та уклали угоди про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості або селищах міського типу,

зобов'язань за такими угодами.

Таким чином, можемо констатувати, що основними завданнями державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є:

розробка та планомірна реалізація державної цільової програми розвитку взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики;

налагодження та постійне здійснення плідної співпраці закладів вищої (післядипломної) освіти в сфері охорони здоров'я із органами місцевого самоврядування в напрямі розвитку та розбудови мережі клінічних баз зазначених закладів освіти та інших напрямках співробітництва;

забезпечення розміщення клінічних кафедр на базі закладів охорони здоров'я усіх форм власності;

створення організаційно-правових умов для надання медичної допомоги науково-педагогічними працівниками клінічних кафедр в закладах охорони здоров'я, на базі яких дані клінічні заклади знаходяться;

створення організаційно-правових умов надання медичної допомоги (участі у наданні медичної допомоги) аспірантами, докторантами, лікарями-інтернами, слухачами курсів безперервного професійного розвитку, іншими особами, що навчаються в закладах вищої (післядипломної) освіти в сфері охорони здоров'я;

створення економічних, організаційних, правових умов для розвитку та розбудова мережі університетських клінік;

розробка концепції «університетська лікарня», наповнення її конкретним правовим та економіко-організаційним змістом, створення мережі університетських лікарень;

впровадження нової моделі інтернатури та вторинної лікарської спеціалізації, яка відповідає сучасному стану суспільно-економічного та соціального розвитку;

забезпечення ефективного функціонування системи безперервного професійного розвитку лікарських кадрів, в тому числі проходження



тематичних удосконалень, передатестаційних циклів, атестацій лікарів;

впровадження лікарської резидентури як нової форми післядипломної лікарської освіти.

Звичайно, завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики можна умовно розподілити за групами за ознакою напрямку вищезазначеної взаємодії [35].

Таким чином, за напрямками взаємодії можна згрупувати наступні завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики:

завдання державної політики в напрямі створення нормативно-правової бази та державних програмних документів з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики;

завдання державної політики в напрямі забезпечення ефективного створення та функціонування мережі університетських клінік, університетських лікарень, інших клінічних баз закладів вищої (післядипломної) освіти у сфері охорони здоров'я;

завдання державної політики в напрямі забезпечення участі в наданні медичної допомоги науково-педагогічним працівникам, аспірантам, докторантам, лікарям-інтернам, студентам, іншим особам, які навчаються в закладах вищої (післядипломної) освіти у сфері охорони здоров'я;

завдання державної політики в напрямі фінансування взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики;

завдання державної політики в напрямі забезпечення ефективного функціонування інтернатури, лікарської резидентури, інших видів післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку лікарів.

Виходячи з викладеного, метою державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є забезпечення високого рівня підготовки (в першу чергу практичної складової) лікарських кадрів. Завданнями державної політики взаємодії систем вищої медичної освіти та

медичної практики є сукупністю заходів, що необхідно здійснити для реалізації мети такої державної політики. До таких завдань, зокрема, належить: створення умов для участі в наданні допомоги науково-педагогічними працівниками клінічних кафедр закладів охорони здоров'я; належне функціонування клінічних кафедр на базі закладів охорони здоров'я; розвиток та створення мережі університетських клінік; ефективне провадження післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку.

### **1.3. Міжнародні та зарубіжні стандарти державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики**

Стандартизація державної політики в сфері вищої медичної освіти та медичної практики є складним процесом, що зумовлений як філософією розвитку національних систем медичної освіти так і різноманітними аспектами міжнародної взаємодії між різноманітними суб'єктами медичної освіти різних країн. Кожна країна прагне мати власну нелінійну систему зазначеної взаємодії. Стандартизація державної політики в сфері вищої медичної освіти та медичної практики має складний функціонал, але все ж можна виділити дві основні функції. Перша полягає в тому, щоб забезпечити гармонійне функціонування національної системи підготовки медичних кадрів в практичних умовах. Друга функція полягає в тому, щоб забезпечити можливість підвищення кваліфікації лікарів та інших суб'єктів медичної діяльності на території країни або країн партнерів для підвищення рівня надання медичних послуг у медичних закладах всіх форм власності та спеціалізації [127].

Функціонал стандартизації в сфері вищої медичної освіти та медичної практики зводиться до формування єдиних зрозумілих правил підготовки медичних кадрів для всіх суб'єктів медичної освіти. Зазначене визначення є правильним з точки зору державних органів, які відповідають за забезпечення і регламентацію процесу надання медичної допомоги та інших видів медичного обслуговування. В рамках кожної країни стандартизація державної політики з

питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики виконує функцію фіксації національних особливостей та традицій підготовки медичних кадрів і в той же час відображає рівень її розвиненості через визнання відповідних міжнародних стандартів в сфері медичної освіти та медичної практики. Специфіка медичної сфери полягає в тому, що підготовка медичного працівника незалежно від сфери його спеціалізації відбувається не менше 6-8 років і значна частина підготовки повинна відбуватися в рамках клінічної бази, що повинна бути доступною для всіх навчальних закладів, які займаються підготовкою лікарів та інших спеціалістів медичної сфери. Зазначений процес є маркером розвитку медичної освіти в країні та зацікавленості держави в підготовці молодих лікарів, фармацевтів, фельдшерів та молодшого медичного персоналу. Важливість взаємодії держави, закладів вищої медичної освіти та медичних закладів всіх рівнів і спеціалізацій полягає і в тому, що затребуваність медичних працівників всіх рівнів спеціалізації є процесом не дискретним і тому як показала ситуація з пандемією COVID-19 потреба у спеціалістах вузької спеціалізації може виникнути за короткий проміжок часу і тому без постійної системної співпраці між державою, закладами медичної освіти, лікарнями та іншими суб'єктами медичних та соціально-медичних відносин не можливо надавати якісні медичні та медико-соціальні послуги [109].

Державна політика з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики містить достатню кількість місцевих особливостей через традиції, які склалися в країні в період традиційних та індустріальних суспільств. В епоху постіндустріального світу, що базується на принципах глобалізму та взаємопроникнення різноманітних соціальних практик і інституцій у тому числі і медицини почався процес масової стандартизації великої кількості медичних процесів. Незважаючи, що цей процес вже існує біля півстоліття, але досі не існує прикладів повної синхронізації і досягнення повної сингулярності стандартів вищої медичної освіти та медичної практики. Якщо процеси глобалізації у середньостроковій та довгостроковій перспективах

будуть набирати обертів, то наявність регіональних, континентальних та глобальних стандартів в сфері медичної освіти і практики є необхідним елементом функціонування медицини в цілому так і протидії надзвичайним станам в сфері медицини зокрема.

Незважаючи на достатню кількість позитивної міжнародної та міждержавної співпраці в сфері взаємовизнання національних стандартів державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики до сих пір існує проблема відсутності подібного діалогу між цілими континентами. Так як здебільшого процес взаємодії в сфері формування спільних медичних стандартів або взаємовизнання національних медичних стандартів в сфері освіти та практики ведеться на регіональному рівні та на рівні наднаціональних утворень таких як ЄС. Хоча навіть в ЄС пріоритет віддається національному законодавству в цій сфері. Тому проблематика формування міжнародних стандартів в сфері вищої медичної освіти та практики є актуальною і її вирішення могло б суттєво полегшити та покращити якість підготовки медичних кадрів та лікарів практиків. ЄС є не єдиним в світі прикладом наддержавних політичних органів, які створені для поєднання зусиль різних країн для досягнення ефекту управлінської синергії. Тому в рамках згаданих наддержавних політичних спілок та органів слід запроваджувати стандарти взаємодії в сфері медичної освіти та практики. Зазначені управлінські практики можуть сприяти підвищенню рівня якості надання медичних послуг як на локальному рівні окремо взятих країн так і на глобальному рівні в цілому [118].

Дослідження конкретних прикладів державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики дозволить нам вдосконалити українську національну систему взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики. В кінцевому рахунку через адаптації кращих світових практик це сприятиме підвищенню рівня якості надання медичних послуг на території України та країнах з якими наша країна матиме договори про міждержавне співробітництво в сфері медицини.

Створення міжнародних нормативів в сфері освіти та медичної освіти почалось вже на першому етапі створення ЄС. На початку 70-их років ХХ століття були підписані міждержавні угоди з приводу взаємовизнання освітніх документів та формування єдиних стандартів в цій сфері. В подальшому зазначений процес закінчився підписанням Болонської конвенції у 1999 році [2]. Зазначений процес став результатом стратегічного планування європейських країн в сфері вищої освіти та вищої медичної освіти зокрема. Це говорить про високий рівень планування діяльності, що був затверджений вже в процесі створення ЄС. Тому не дивно, що десятки роки потому високий рівень взаємодії на всіх управлінських ланках в сфері освіти зберігається до сих пір.

Відправною точкою стандартизації в сфері вищої освіти в рамках ЄС на думку Л. Логуш є «підписання Единбурзької декларації (1988 р.) дало потужний поштовх у трансформації саме медичної освіти. Цей період характеризується розвитком освітньої політики у двох напрямках: перший – створення умов для реформування загальної освітньої політики співтовариства через реалізацію змін в освітніх програмах, адаптація кваліфікаційних рівнів та систем оцінювання, тощо другий – стимулювання національних освітніх систем в умовах посилення процесів глобалізації та інтернаціоналізації» [73, с.86]. Единбурзька декларація затвердила медицину та вищу освіту в медицині у якості важливого та пріоритетного напрямку розвитку соціальних відносин в країнах ЄС. Реалізація зазначеного напрямку здійснюється шляхом створення європейських медичних протоколів лікування хвороб та підготовки медичних кадрів за єдиними освітніми програмами. Останні тридцять років питання взаємовизнання документів про вищу медичну освіту та документів у сфері підвищення кваліфікації практикуючих лікарів чи не найрезультативніша сфера співпраці між контролюючими державними органами в сфері медицини, медичними закладами вищої освіти та клініками всіх рівнів та спеціалізацій.

Після прийняття Болонської конвенції вдосконалення європейських стандартів в сфері освіти та медичної освіти зокрема продовжили вдосконалюватись. «Згідно Лісабонської стратегії у 2000 році Європейський

Союз визначив спільні цілі і пріоритетні напрями: освіта впродовж життя, важливість ключових компетентностей та кваліфікацій, важливість навчання, підготовки і перепідготовки молоді відповідно сучасним освітнім вимогам та ін» [29]. Кожна з країн ЄС через представництво власних європарламентарів, обговорення в рамках власних урядів та наукових симпозіумів за участю управлінців зі сфері медицини та безпосередніх лікарів різної спеціалізації. Зазначений процес обговорення отримав легітимність в усіх країнах ЄС та сприяв розробці відповідних документів та ратифікацію вже існуючих прийнятих на рівні органів ЄС. В даному випадку слід зазначити високий рівень відповідальності за розвиток медичної практики в рамках всіх країн, які є членами ЄС. І в даному випадку мова йде проте, що ініціатива в сфері розробки зазначених документів та інтенсифікація співпраці задля співпраці в сфері підготовки кваліфікованих медичних працівників та організації медичної практики на території простору країн ЄС йшла від представників державних органів країн ЄС. Тобто на відміну від пострадянського простору, де здебільшого всі ініціативи в сфері поліпшення системи організації підготовки кадрів на рівні вищої медичної освіти та перепідготовки медичних кадрів здебільшого ініціюються представниками фахового та освітнього співтовариств на фоні пасивності державних і муніципальних органів, в країнах ЄС головними ініціаторами всіх позитивних змін є державні та наднаціональні органи.

Процес стандартизації вищої медичної освіти має велике соціальне значення в системі не тільки підготовки лікарів та інших суб'єктів процесів, що забезпечують наворотів медичної практики, але й окремих соціальних та соціально-демографічних категорій населення. Так до другої половини ХХ століття в світі більшість лікарів були чоловіками, а жінки або були задіяні в процесі молодшого медичного персоналу, або були обмеженими у виборі власної медичної спеціалізації. Наприклад жінкам була віддана на відкуп гінекологія, педіатрія та загальна терапія. Всі зазначені факти можна розглядати як прояви соціальної нерівності в сфері підготовки медичних кадрів.

Подібна тенденція спостерігалась і в системі доступу до медичної освіти. Наприклад Ю. Мосаєв зазначає «соціальна нерівність в сфері доступу до медичного обслуговування носить латентний характер і існує в будь-якій країні світу. Латентність нерівності в сфері доступу до медичної допомоги виникає через те, що сучасні демократичні, псевдодемократичні та недемократичні країни не можуть визнати сам факт нерівності так як це нівелює більшість соціальних та правових здобутків цих країн як у внутрішній так і у зовнішній соціальній політиці» [99, с.97]. Сьогодні більшість із зазначених проблем подолано в країнах ЄС. Головним чинником подолання описаних проблем став процес змін регламентації підготовки медичних кадрів в системі вищої медичної освіти та практики. Уряди держав Західної Європи сприяли розробці та впровадженню філософії гендерної рівності в рамках підготовки медичних кадрів в системі вищої медичної освіти. Для того щоб подолати соціальну та гендерну нерівність в сфері вищої медичної освіти через масову культуру та соціальну рекламу, яку ініціювали представники громадських організацій, благодійних фондів та урядових організацій зі сфери регулювання медицини були популяризовані ідеї залучення максимальної кількості жінок до вищої медичної освіти. Як наслідок в Італії, Великобританії, Норвегії, Франції, Бельгії та низці інших країн європейського континенту збільшилась питома вага дівчат та жінок, що навчалися в закладах освіти, які здійснювали навчання за освітніми програмами з лікувальної справи, фармакології та інших медичних спеціальностей від 2 до 5 разів в залежності від країни. Така велика кількість жінок та студентів, що вивчали лікарську справу згодом почало відповідати закону логіки про перетікання кількості в якість. Як наслідок вже в кінці 80-их років ХХ століття пропорційно збільшилась кількість жінок, що займали вакансії лікарів на всіх щаблях медичної ієрархії у більшості європейських країн. Зазначена тенденція через наслідування досвіду країн Західної та Північної Європи була перенесена і в країни Східної Європи, де в той час більшість країн сповідували комуністичну ідеологію [13]. Після розпаду СРСР зазначена тенденція лише поширилася країнами Східної та Центральної

Європи. Зі збільшення кількості жінок, які реалізовували власну медичну практику значно зменшилась кількість випадків дискримінації за ознакою статі. Зменшення подібних випадків сприяло і підвищенню доступності медичних послуг серед широких верств населення. Всі перелічені тенденції стали наслідками поширенню культури мультипльоралізму через органи євробюрократії та її інтеграції у внутрішній політиці країн ЄС, країн кандидатів до вступу до євроспільноти. Політика гуманітарної співпраці поширила зазначені принципи на країни пострадянського простору і почала носити ознаки підтримки загальноєвропейських цінностей. Тому поширення практик залучення жінок, подолання соціальної і гендерної нерівності в сфері освоєння медичних спеціальностей та ведення медичної практики стали основним трендом співпраці між державними органами країн ЄС та членів Ради Європи. В рамках співпраці між урядами держав ЄС та медичними закладами всіх європейських країн почала реалізовуватися медична стратегія в сфері медичного просвітництва серед молоді. У багатьох країнах Європи у тому числі в Україні були створені клініки дружні до молоді що надавали анонімну медичну допомогу молоді та просвітлювали юнаків та юнок в сфері сучасних європейських соціокультурних та медико-соціальних концепцій у сфері охорони здоров'я [56].

Незважаючи на всі концептуальні інновації, які були напрацьовані в рамках співробітництва урядів країн ЄС з університетами та медичними закладами та їх внесок в розвиток європейських цінностей і євроінтеграції все ж таки в країнах Європи продовжує реалізовуватися класична модель навчання лікарів в рамках великих університетських клінік, що відіграють центральну роль у взаємодії між державними органами, що регулюють стандарти підготовки медичних кадрів та медичними навчальними закладами. Зазначена форма взаємодії є вигідною всім учасникам процесу. Так як університетські клініки створюють майданчик для апробації нових освітніх стандартів, що продукуються державою, а вищі навчальні заклади медичної спеціалізації отримують базу для практичного навчання власних студентів. Зазвичай



безпосередні європейські університетські клініки отримують державні та муніципальні субвенції для закупівлі обладнання та оплати праці наукових та практикуючих кадрів. Окремі послуги клінік оплачують заклади вищої медичної освіти та окремі клініки-партнери. Якщо європейська країна має населення не більше 10-15 млн чоловік, то може реалізовуватися швейцарська модель, де є одна велика університетська клініка, що має функціонал однієї з найбільших клінік в країні, а з нею прагнуть співробітництва всі заклади вищої медичної освіти країни [67].

В самій Швейцарії ролі домінуючого суб'єкта в системі університетських медичних клінік відграє USZ (Університетська клініка Цюріху). На сьогодні зазначений медичний заклад це «42 000 стаціонарних пацієнтів і понад 600 000 амбулаторних відвідувань у 43 клініках та інститутах. Маючи близько 900 лікарняних ліжок і майже 300 000 днів догляду, USZ є однією з найбільших лікарень у Швейцарії» [10]. Як бачимо зазначений медичний заклад це розгалужена національна мережа в рамках Швейцарії як практичної підготовки медичних кадрів в рамках системи вищої медичної освіти. В той же час університетська клініка подібного типу та масштабу має ресурси для перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів та проведення медичних і фармакологічних досліджень як на національному так і на міждержавному рівнях. Масштаби функціонування USZ дають можливість мати диверсифіковане фінансування та можливість співпрацювати з державними органами, кантонами, клініками і медичними центрами всіх форм власності. Зазвичай окрема клініка має високий рівень залежності від державного або приватного фінансування у випадку USZ можна стверджувати, що ця швейцарська клініка досягла достатньої рівневіддаленості, що співпрацює як з державними органами так і іншими суб'єктами медичного дискурсу на умовах рівноправного партнерства.

Вже згадане нами диверсифіковане фінансування USZ та можливість рівноправного співробітництва з регулюючими сферу медицини державними і федеральними органами, і маючи статус провідного медичного закладу

Швейцарії та Західної Європи дало можливість зібрати потужний кадровий склад, який включає не тільки провідних швейцарських лікарів, але і представників інших країн Європи та інших країн світу. «В університетській лікарні Цюріха працює понад 8200 співробітників з 90 країн. Серед них 1500 лікарів, 2600 висококваліфікованих медсестер та 900 медико-терапевтичних і медико-технічних працівників. Крім того, близько 2000 співробітників у немедичних та допоміжних сферах» [10]. Велика кількість спеціалістів за різними спеціалізаціями не розкіш для цієї університетської клініки. Це спосіб надавати якісні медичні послуги та розвивати медичну практику як на національному так і загальноєвропейському рівнях. Відсутність в USZ такого кадрового потенціалу суттєво обмежував би рівень перспектив клініки як на ринку медичних послуг так і підготовки висококваліфікованих медичних кадрів. Залучення до роботи в USZ спеціалістів з 90 країн світу говорить проте, що сьогодні ця швейцарська клініка сповідує принципи глобалізму та розвивається у фарватері сучасних європейських тенденцій розвитку європейської медичної освіти і власним прикладом показує високі зразки реалізації медичної практики співпрацюючи з іншими європейськими закладами вищої медичної освіти.

Швейцарська модель ефективної університетської в рамках європейського співтовариства гарно візуалізується функціонуванням USZ. Зазначена модель може бути ефективною не у всіх європейських країнах. Продемонстрована модель має перспективи для реалізації в таких країнах як Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція, Угорщина, Чехія. Саме в цих країнах за умови співпраці між державою та медичними університетами могли б виникнути великі університетські клініки, які б стали основою національної системи практичної підготовки студентів медичних спеціальностей та практикуючих лікарів в рамках післядипломної медичної освіти. Вище названі нами країни є схожими на Швейцарію за кількістю населення та високим рівнем операційного управління як на рівні регулювання медичної освіти та практики так і за рівнем фінансової спроможності держави та пересічних

громадян фінансувати надання медичних послуг на рівні вище середнього у порівнянні з іншими європейськими країнами. Як би не фактор відносно малої кількості населення у порівнянні з країнами на кшталт Австрії та Нідерландів, то швейцарська модель функціонування могла б бути ефективною в таких країнах як Норвегія, Данія, Словенія, Румунія та інших. Основним фактором чому саме ці країни могли б ефективно використовувати швейцарську модель функціонування університетських клінік це високий рівень управлінської еліти цих країн в цілому та в сфері розбудови і функціонування системи медичної вищої освіти та функціонування медицини як цілісної соціальної інституції. Тому застосування зазначеної моделі в названих країнах є можливим за рахунок створення відповідних фондів, які б гарантували автономність у випадках не окупності на певних етапах розвитку [12].

У своїх прикладах ми здебільшого орієнтувалися поки на країни ЄС як окремої наддержавної структури та країни Західної Європи. В той же час не слід забувати, що достатньо специфічним регіоном Європи є країни Східної та Центральної Європи. Їх особливість полягає в тому, що вони входили до так званого радянського табору. До цих країн прийнято відносити такі країни як Словаччина, Польща, Угорщина, Чехія. Сьогодні всі зазначені країни є країнами ЄС. До цього спектру країн останнім часом долучають і країни, що відновили власну незалежність після достатньо великого проміжку часу перебування в лавах СРСР: Естонію, Латвію та Литву. Всі перелічені нами країни мають власні системи розвитку вищої медичної освіти та практики, що існував як в рамках дорадянського, радянського та пострадянського періодів. І тому сьогодні підготовка медичних кадрів в цих країнах дещо відрізняється від інших країн ЄС і вимагає додаткового дослідження.

Поняття про перші університетські клініки на території Польщі виникло ще в XVIII столітті. До кінця XX століття на території Польщі постійно функціонували університетські клініки. Суттєвих змін ця система зазнала на перетині тисячоліть, коли Польща почала процес євроінтеграції та безпосереднього вступу до ЄС.

Більшість реформ в рамках польського суспільства стосувалися переформатування державного механізму з метою його максимальної лібералізації та нівелювання консервативних норм управління соціальними інституціями і в тому числі в медицині. «З 1 січня 1999 р. реформа системи охорони здоров'я Польщі перетворила клінічні лікарні на самостійні підрозділи з юридичним статусом, що означало, що вони були повністю автономними та відокремленими від університетів» [9]. Зазначена дія була спрямована на подолання міфологеми з приводу неефективності функціонування університетських клінік під керівництвом медичних університетів. Саме тому було прийнято зазначене рішення, яке повинно було стимулювати колишні університетські клініки займатися медичною практикою самостійно, відмовитись від більшої частини наукових експериментів та займатися прикладною медициною, конкуруючи на ринку медичних послуг з іншими державними та приватними клініками.

Вже перші місяці подібного функціонування університетських клінік в новому статусі призвело до великої кількості дисфункціональних проблем як на рівні університетів, що втратили можливість повноцінно готувати медичні кадри на базі клінічних кафедр. Проблеми виникли і в самих клініках через відсутності досвіду самостійного функціонування, неможливість продовжувати наукові дослідження та банальний брак фінансування на заробітну плату призвели до масового звільнення наукових та медичних кадрів. Все це призвело до колапсу в сфері організації практичної підготовки медичних кадрів та функціонування колишніх університетських клінік. Вирішення цієї складної проблеми вимагало компромісу між всіма учасниками регулювання системи вищої медичної освіти та практики і він був знайдений. «У жовтні 2001 року - відповідно до угоди, підписаної 17 вересня цього року Президентом Республіки Польща Олександром Квасьневським внесення змін до Закону про заклади охорони здоров'я – після дворічної перерви до структур університету повернулися клінічні лікарні. Змінений акт є результатом майже дворічних зусиль усіх учасників Конференції ректорів медичних університетів на

найвищих рівнях державної влади» [9]. В рамках зазначеної конференції та змін у відповідному польському законодавстві статус університетських клінік повернувся до часів, які передували медичній реформі. Зважаючи на те, що це питання обговорювалось майже два роки і в рамках як вузьких фахових кіл, конференцій із залучення державних посадовців всіх рівнів у тому числі і президента Польщі Олександром Квасьневським. Даний процес був важким і дискусійним, але двома основними висновками в рамках процесу повернення університетських клінік до структури медичних університетів та медичних університетів класичних закладів вищої освіти можна назвати наступні. Перший полягає в тому, що представники польської політичної еліти усвідомили важливість діалогу з представниками фахових середовищ і визнали, що без соціального консенсусу у таких важливих питаннях як вища медична освіта не можна забезпечувати функціонування як підготовки так і перепідготовки медичних кадрів, що згодом призводить до проблем з наданням якісних медичних послуг та втрати конкурентоздатності всієї охорони здоров'я. Можлива втрата конкурентоздатності польської медицини є питанням чутливим для всієї польської держави так як через входження в ЄС може призвести до втрати європейських субвенцій на підтримку польської медичної галузі і це може призвести до відтоку польських пацієнтів з різними нозологіями до сусідніх країн. Другий висновок, який є важливим для урядів та можновладців країн Східної Європи та пострадянського світу це те, що реформування заради економії та псевдоефективності може коштувати в перспективі державним та муніципальним бюджетам значно більших ніж зекономлені кошти в процесі реформування і не слід забувати, що процес реформування вимагає також ресурсів як людських так і матеріальних.

Слід проаналізувати безпосередні зміни, що відбулися в польському законодавстві, що суттєво полегшили роботу та збільшили ефективність управління безпосередніх університетських клінік. «У статті 36.1 Закону про заклади охорони здоров'я зазначено, що засновником лікарні є сенат даного університету, а не міністр охорони здоров'я, як раніше. Це дає більшу

незалежність і можливість - без консультацій на рівні уряду - швидких, тимчасових або стратегічних дій у сфері функціональних операцій» [11]. Подібний стан речей обмежив роль держави на університетські клініки, що відповідає дорожній карті Польщі на лібералізацію та зменшення впливу держави на соціальні відносини та соціальні інституції. Тому незважаючи на важкість взаємодії між всіма учасниками переговорного та консультаційного процесу від змін виграли всі.

Слід зазначити, що певні зміни в структурі функціонування все ж відбулися. Основною новацією цих змін стало укрупнення структури університетських клінік. Найкращою ілюстрацією зазначених змін може слугувати Ягелонський медичний університет, що розташований у Кракові. Сьогодні до структури зазначеного освітнього закладу вищої освіти входять: Краківська університетська лікарня, Краківська університетська дитяча лікарня, Університетська ортопедично-реабілітаційна лікарня в Закопане та Університетська стоматологічна клініка [9]. Всі зазначені університетські клініки за новою системою сформували повноцінний медичний комплекс, що дає можливість Ягелонському медичному університету здійснювати практичну підготовку студентів-медиків за різними спеціалізаціями. З точки зору ефективності управління орієнтація на комплексність процесу підготовки студентів в рамках кількох спеціалізованих клінік виглядає дуже перспективною та інноваційною в рамках пострадянських країн та інших країн Східної та Південної Європи.

Комплексність взаємодії між державою та іншими учасниками процесу підготовки медиків в рамках системи вищої освіти та регулювання здійснення медичної практики є сильною стороною Чехії. В рамках зазначеної країни реалізується модель укрупнення суб'єктів як на рівні вищих навчальних закладів так і на рівні університетських клінік.

Центром медичної освіти на території Чехії Карлова університету, що базується в столиці Чеської республіки в Празі. Зазначений нами чеський університет в структурі має п'ять медичних факультетів: три з них знаходяться

в Празі, і по одному в Пльзені і Градец-Кралове [5]. Тобто як бачимо в рамках одного великого класичного університету зосереджено п'ять медичних факультетів і це дає можливість говорити про функціонуванні на базі Карлова університету повноцінного медичного інституту, що має можливість проводити велику кількість наукових досліджень в сфері медицини так і здійснювати практичну підготовку студентів для державного та приватного секторів медичного ринку як Чехії так і сусідніх країн.

Основою практичного навчання медичних факультетів Карлова університета є Лікарняний факультет Motol Prague, зазначений факультет є повноцінною навчальною базою для двох інших медичних факультетів Карлова університету, що знаходяться на території Праги. Клінічна база зазначеної лікарні налічує 53 відділення [6]. В рамках зазначених відділень здійснюється практична підготовка студентів медичних факультетів Карлова університету, студентів з вузів партнерів з Чехії та інших країн Європи. Зазначений формат співпраці між Карловим університетом та студентською клінікою Motol є гібридом між вже розглянутими нами швейцарською та польською моделями. Особливістю саме чеської моделі полягає в тому, що державні органи Чехії сприяли створенню найбільшого університету в країні та суперсучасної університетської клініки. В даному випадку реалізується сценарій, коли одна з найстарших університетських клінік Центральної Європи працює в комплексі з найбільшим університетом в країні. На відміну від Польщі, де точилися дискусії з приводу доцільності існування університетських клінік в структурі медичних університетів, то в Чехії представники місцевої влади з самого початку підтримували зазначену модель і не втратили часу на пошук нового шляху розвитку підготовки медичного персоналу та забезпечили сталість зазначеного процесу.

«Місією Університетської лікарні в Мотолі є лікування захворювань на основі актуальних медичних знань та надання комплексної та спеціалізованої високоякісної допомоги на всіх етапах життя людини» [6]. Впровадження в життя зазначеної концепції призвело до того, що лікарня Мотол є однією з

найзатребуваніших клінік Чехії. Однією з причин такого стану речей є те, що статус університетської клініки найбільшого в країні університету дає можливість проводити лікування за експериментальними медичними протоколами і використовувати найсучасніше медичне обладнання. Можна констатувати, що сьогодні Карлов університет у співпраці з клінікою «Мотол» досягли того, що університетська клініка має статус однієї з найсучасніших на території Чехії, а в сфері лікування онкологічних захворювань шкіри одним з лідерів за ефективністю на території всієї Європи. Не в останню чергу цьому сприяли зусилля місцевого міністерства охорони здоров'я, що візувало та підтримувало функціонування зазначеної лікарні та сприяло співпрацю в рамках ЄС з іншими урядами задля виділення загальноєвропейських асигнувань на розвиток клініки і популяризацію лікування в цьому лікувальному закладі пацієнтів з інших країн Європи.

Сьогодні Україна в рамках реформи медичної системи та медичної освіти відмовляється від системи спеціалізованих медичних клінік в той час як США вважають зазначений формат клінік основою медичної освіти так П.Мартінов зазначає «два роки циклів (ротацій і елективних курсів) із клінічних дисциплін, таких як внутрішні хвороби, хірургія, акушерство і гінекологія, педіатрія, психіатрія, невідкладна допомога, на базі університетських лікарень» [94]. Орієнтація на підготовку студентів медичних закладів вищої освіти на базі медичних клінік є класичною та відпрацьована у багатьох країнах світу протягом вже десятиліть. Інновацією саме в рамках американського досвіду застосування університетських клінік полягає в тому, що на відміну від інших країн світу в США навчання останніх двох років з чотири річного курсу освітніх програм навчання в медичному університеті здійснюється виключно на базі університетських клінік.

Підтримує ідею важливості університетських клінік в структурі підготовки медичних працівників в США і інші відомі українські вчені так Т.І. Горпініч стверджує «у США університетські клініки виступають основною ланкою додипломного та післядипломного навчання лікарів» [18, с.158]. Як



бачимо на думку автора важливість університетських клінік є важливим не тільки в процесі підготовки лікарів та інших медичних співробітників в рамках медичного бакалавріату і магістратури. В той же час дуже важливим використання клінічної бази для післядипломної підготовки медичних працівників. Особливістю післядипломної підготовки кадрів в медичній сфері полягає в тому, що ми маємо справу вже з професійно сформованими лікарями, які мають власну клінічну базу і тому для них не підходять освітні технології орієнтовані на теоретичне вивчення матеріалу. В них є стійке бажання освоювати нові професійні компетенції, що допоможуть їм надавати більш якісні медичні послуги власним пацієнтам. Тому раціональним є досвід США в сфері використання університетських клінік та клінік партнерів медичних освітніх закладів в сфері післядипломної освіти. Як показує практика відповідна взаємодія є прописаною в освітніх стандартах на рівні окремих штатів. Для США на національному рівні поки, що відсутня дієва система взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики. Зазначений факт легко пояснити особливістю політичного устрою США. Федеративна система устрою країни помножена на ліберальну концепцію соціального розвитку сучасного американського суспільства і зумовлює перенесення практик політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики саме на регіональний рівень, тобто рівень штатів.

Досить поширеною практикою взаємодії держави та медичних університетів та факультетів є створення асоційованого співробітництва між університетом, університетською клінікою та іншими клінічними закладами штату. Промовистим і тенденційним є досвід медичного факультету Університету Огайо. Зазначений факультет асоційований 25 шпиталями Огайо, де власне й проходять ротації студенти, а також є одним із трьох навчальних закладів, медична база яких - Cleveland Clinic Foundation [72]. Досвід Університету Огайо свідчить проте, що навіть не маючи у класичному вигляді університетської клініки взаємодія з владою штату можна побудувати асоційовану партнерську мережу з клініками штату та провідною клінікою

американського континенту. Співпраця з Cleveland Clinic Foundation підвищує привабливість медичного університету штату Огайо так як можливість стажування та вивчення окремих предметів на базі зазначеного шпиталю збільшує кількість інтересу до освітніх програм факультету з боку абітурієнтів. Тому в США співпраця університетів з клініками не тільки питання забезпечення якісної практичної підготовки власних студентів, але й питання створення позитивного іміджу університету.

Приклади американських університетів свідчать про можливість співпраці між окремим факультетом та урядами інших країн світу, що є унікальним для світової медицини. Так вже згаданий медичний факультет університету Огайо має у своїй структурі кафедру тропічних захворювань. «Його науковці проводять багато досліджень у Латинській Америці. Приміром, вивчають хворобу Шагаса - трансмісивне паразитарне інфекційне захворювання людини та тварин, що спричиняє інвалідність і погано піддається лікуванню» [72]. Для забезпечення відповідної наукової діяльності факультет співпрацює з урядом Еквадору. Зазначена форма співробітництва призвела до побудови на території країни спеціалізованої інфраструктурної бази. Зазначений приклад показує, що в рамках будь-якої країни світу можна побудувати співпрацю між медичним освітнім закладом, клінічною базою та державними і муніципальними органами. Приклад медичного факультету університету Огайо показує, що подібне співробітництво є можливим навіть в рамках міжнародного рівня. Хоча реалізація подібного співробітництва є можливою лише в рамках країн, що прагнуть реалізувати ліберальну модель розвитку соціальних відносин і в рамках медичного сектору зокрема.

Однією з переваг американської системи співробітництва між владою та медичними установами є системність процесу та високий івень сталості і тяглості процесу. Одним з важливих компонентів зазначеного співробітництва є проведення наукових досліджень на базі науково-дослідних інститутів та на думку Т.І. Горпініч «у США важливим аспектом є стимулювання розвитку науки, як на федеральному рівні, так і на рівні окремих штатів, які здійснюють

контроль за виконанням загальнодержавних і місцевих програм розвитку науки, створюючи власні регіональні плани розвитку різних напрямів наукової діяльності» [Горпініч, с.158]. Зважаючи на те, що більшість клінічних досліджень в США здійснюється в рамках медичних університетів та медичних шкіл, то державні та федеральні плани з розвитку науки є важливим елементом взаємодії державної та федеральної влади з суб'єктами вищої медичної освіти і здійснення медичної практики. Для поєднання зазначених системних актів комунікації і взаємодії існують відповідні плани, протоколи і стратегії.

«Кожен штат має свій стратегічний план розвитку науки й технологій, який формується під суттєвим впливом приватних корпорацій і відображає знання й потреби місцевих ринків продукції та послуг» [Health Research]. Як бачимо, що виведення практики здійснення наукових досліджень в медичній сфері виведено на високий технологічний рівень. Подібна практика дає можливість не тільки стимулювати проведення великої кількості важливих наукових досліджень, але й залучати до зазначеного процесу студентів, які здобувають вищу медичну освіту та лікарів, що здійснюють власну медичну практику. В даному випадку ми знаходимо пояснення чому вища медична освіта та практика в США має такий високий рівень результативності. Це пояснюється високим рівнем замученості студентів та практикуючих лікарів до можливості використання інноваційного обладнання та експериментальних протоколів лікування в рамках наукових і технологічних програм на рівні штатів.

На думку Цехмістер Я.В. «У багатьох медичних школах США набирає значного поширення так званий системний метод викладання, який полягає в тому, що студенти-медики вивчають не окремі дисципліни, наприклад, анатомію, гістологію, фізіологію, патологію, біохімію, пропедевтику та ін., а окремі органи й функціональні системи організму комплексно, у морфофункціональному та семіотичному аспекті в нормальних і патологічних умовах» [167]. Зазначений підхід став запорукою стрімкого розвитку американської медицини на всіх рівнях. Звісно всі подібні «історії успіхів»

завжди мають комплексний характер, але зазначений компонент цілком ймовірно відіграв роль тригера, що запустив зазначений процес. Важливість зазначеної метаморфози американської медичної освіти полягає в тому, що вона базується на концептуальних управлінських рішеннях на різних рівнях починаючи від рівня конкретної клініки, закінчуючи федеральними та національними управлінськими органами зі сфери вищої медичної освіти та лікувальної практики. Прийняттю зазначеного рішення передували наукові дослідження, багаточисельні обговорення, дискусії, семінари та конференції, які сприяли вдосконаленню зазначеного управлінського рішення, що призвело до зазначених позитивних змін в медичній практиці США.

Незважаючи на те, що достатньо багато українських та закордонних вчених позитивно оцінюють систему взаємодії різних державних та спеціалізованих соціальних інституцій в сфері вищої медичної освіти і практики, але є достатня кількість науковців, які вважають, що в цій системі багато недоліків та дисфункцій. Серед подібних досліджень заслуговує на увагу робота колективу дослідників у складі Yasmin S. Meah та [David C. Thomas \[Yasmin S.\]](#). Результати їх дослідження засвідчують важливу функціональну роль студентів медичних університетів та університетських клінік, які через проблему надання якісних медичних послуг серед осіб, що або не мають медичної страховки чи мають медичні страховки з мінімальною кількістю гарантованих медичних послуг в рамках страхового полісу. Саме студенти, які проходять клінічну практику і надають медичні послуги особам, що не мають повноцінного медичного полісу. В даному випадку студенти в рамках власної практики набувають значного практичного досвіду, але в той же час такий стан речей зумовлений недолугими управлінськими рішеннями як на національному рівні так і на рівні штатів. Головним аспектом порушення управлінської вертикалі в даному випадку є те, що соціально-культурні особливості функціонування сучасного американського суспільства не дозволяють більшості громадян США мати повноцінний медичний страховий поліс і тому різні суб'єкти медичного процесу вимушені шукати додаткові

ресурси для забезпечення можливості отримання якісної медичної допомоги. І в даному випадку те, що особи, які мають проблеми з отриманням медичної страховки можуть отримати, якісні медичні послуги в рамках практики студентів та молодих лікарів є збігом обставин та певною формою самоорганізації медичної системи.

Прикладом стандартизації взаємодії держави та закладів вищої медичної освіти і практики є Канада. В цій країні наприкінці ХХ століття визнали, що країна як і більшість країн Північної та Центральної Америки у тій чи іншій мірі перебувають у системній кризі підготовки кваліфікованих медичних кадрів та організації медичної практики. Саме тому вдосконалювати зазначену систему вирішили шляхом об'єднання зусиль всіх суб'єктів медичного процесу.

Колектив канадських дослідників у складі Johnson, Ian; Donovan, Denise; Parboosingh, Jean вважають, що учасниками соціального діалогу в сфері модернізації системи вищої медичної освіти та організації медичної практики стали Асоціація медичних факультетів Канади розпочала свою ініціативу «Соціальна підзвітність» у 2001 році, яка включала створення робочої групи громадського здоров'я. За участю Агентства громадського здоров'я Канади, канадських факультетів медицини, студентів-медиків, Медичної ради Канади та органів місцевого самоврядування [7]. На нашу думку взаємодію між зазначеними органами, організаціями та ключовими інституціями в сфері освітньої підготовки на рівні вищої медичної освіти та медичної практики можна назвати канадською модифікацією соціального діалогу.

Якщо розглядати підвалини українського права, то в Україні під соціальним діалогом розуміється певна специфічна структура діалогу визначена законом і стосується вона сфери охорони праці. В той же час український дослідник Довгаль І. запропонував альтернативне тлумачення зазначеного поняття «Соціальний діалог – це комунікативна технологія співпраці основних учасників суспільного процесу, яка надає можливості всім соціальним групам бути в авангарді концептуальних домовленостей при координації суспільних зусиль у сфері подальшого гармонійного розвитку

суспільства» [40, с.104]. Зазначене визначення поняття соціальний діалог дає можливість розглядати взаємодію в рамках реформування канадської системи організації вищої медичної освіти та практики як своєрідну систему соціального діалогу, яка набула певної сталості як наслідок були напрацьовані основні правила для подальшого ефективного функціонування.

Головні результати співпраці в рамках соціального діалогу між суб'єктами системи медичної освіти Канади призвели до досягнення «згоди щодо спільних загальних цілей навчання в сфері охорони здоров'я, отримання базової інформації щодо навчальних планів програм, які надавалися по всій Канаді, отримання переліку ресурсів, наявних у кожному університеті, та створення системи підтримки для сприяння розвитку викладання громадського здоров'я в програмах для студентів з медицини» [4]. Отримання зазначених аналітичних даних дало можливість продовжити зазначений діалог на протязі наступних років. Головний результат цього процесу це еволюційне реформування системи підготовки медичних кадрів із активним і систематичним використання технології соціального діалогу між державою, органами місцевого самоврядування та представниками вищої медичної освіти і представниками реального сектору медицини. Досвід Канади міг би бути використаним Україною для координації процесу реформування вищої медичної освіти та практики. Це б вирішило проблему відсутності ефективної комунікації між органами державної влади, закладами вищої освіти, які реалізують освітні програми за медичними спеціалізаціями. Налагодження соціального діалогу за канадським сценарієм сприяло б гармонізації процесу взаємодії державної політики в сфері вищої медичної освіти та медичної практики в Україні.

Індія є однією з країн, де медицина та фармакологія є пріоритетними напрямками національної економіки. Сьогодні Індія входить до тридцяти країн з найрозвиненішою медициною і в десятку країн за розвитком фармакології. В той же час за оцінками багатьох вчених система взаємодії медичної освіти та практики має суттєві вади. Т Ramesh Bhat в рамках власного дослідження

стверджує, що в Індії наявний тренд в сфері максимальної невизначеності в сфері формування стандартів медичної практики на національному рівні від чого страждають представники недержавного сектору як медичної освіти так і лікарської справи і фармації [3, 27]. Сутність зазначеного стану справ полягає в тому, що в індійському суспільстві відсутній діалог між представниками державного та недержавного секторів медичної освіти та практики. Головним чином цьому сприяє масштабність Індії як країни і це дає високий рівень автономності для місцевих клінічних кафедр та університетських клінік. З одного боку зазначений тренд дає можливість клінічним кафедрам, що функціонують на території Індії мати максимальну свободу в сфері застосування тих чи інших інновацій в сфері організації навчального та лікувального процесу, але з іншого боку за відсутності відповідних стандартів важко привести до єдиного знаменника систему підготовки студентів медичних і фармацевтичних спеціальностей навіть в рамках окремих індійських штатів не кажучи вже про Індію як країну в цілому. Дослідження Ramesh Bhat засвідчує комунікаційну проблему між державою та представниками недержавного медичного сектору. Відсутність соціального діалогу в цьому напрямку не сприяє як появі стандартів так і протоколів, які б сприяли гармонізації індійської системи підготовки медичних кадрів на базі медичних закладів.

Високий рівень централізації в руках держави може приносити і позитивний результат і навіть сприяти налагодженню відносин з приватним сектором медицини. Все залежить від рівня відповідальності держави як інституції так і окремих чиновників в сфері медицини. Все вище перераховане про Японію, країну, яка за більшістю рейтингів ВООЗ один зі світових лідерів за якістю надання медичних послуг [12]. Зазначений стан речей крім функціонування якісної системи надання медичних послуг та підготовки медичних кадрів зумовлений і соціокультурною складовою організації соціальних зв'язків та високим рівнем як індивідуальної так і соціальної відповідальності. Саме цей фактор є основою довіри між всіма учасниками організації системи надання медичної допомоги та організації процесу

підготовки медичних кадрів в сфері вищої медичної освіти. Тому при високому рівні довіри до держави як організатора та структури, що забезпечує якість надання медичної допомоги частково відпадає необхідність у громадському контролі і делегуванні паралельного функціоналу для недержавних органів контролю. Саме тому можна стверджувати, що японський досвід функціонування підготовки медичних кадрів та медичної практики це досвід монопольної державної системи, яка організовує систему та забезпечує функціонування більшості елементів системи та жорстко регулює приватну медичну сферу навіть встановлює тарифні сітки для працівників приватних медичних закладів та суб'єктів приватної вищої медичної освіти.

М. Шевченко стверджує, що «усе населення Японії охоплене медичним страхуванням, котре забезпечують держава та роботодавці. Особисті витрати населення на охорону здоров'я не перевищують 18% загального обсягу витрат на медицину в країні (14% з них іде на добровільне медичне страхування)» [Шевченко]. Перелічені факти свідчать проте, що незважаючи на високий рівень централізації японської медицини наріжною технологією фінансування є не прямі бюджетні субвенції, а система державного соціального страхування. Суттєвою перевагою зазначеної системи є те, що на функціонування всієї медичної системи та зокрема вищої медичної освіти виділяються найбільші в світі кошти, якщо порівнювати відсоткове співвідношення до ВВП з іншими країнами світу. Тому за такої системи, коли держава не змушена економити на медицині можна реалізовувати монопольну стратегію держави в сфері контролю за медициною та організацією медичної освіти.

Незважаючи на високий рівень централізації всієї системи медичної освіти і в тому числі вищої в Японії використовується механізм підготовки студентів через мережу університетських клінік. Одним з прикладів зазначеного напрямку є університетська клініка «Токійського медичного університету». «У грудні 1993 року зазначена клініка була визнана японським урядом лікарнею спеціального призначення і це дозволило клініці надавати максимальний спектр медичних послуг у своєму географічному регіоні.



Університетська клініка «Токійського медичного університету» займається налагодженням розвитку хороших зв'язків та комунікацій з іншими закладами охорони здоров'я в регіоні та постійно працюємо над розширенням нашої системи перехресних перенаправлень» [170]. Розглянутий нам приклад свідчить проте, що навіть в такій зарегульованій медичній системі як в Японії є можливою система практичної підготовки медичних кадрів на базі університетських клінік. Японські університетські клініки головною метою діяльності ставлять не підготовку висококваліфікованих кадрів, а саме лікування пацієнтів. Підготовка висококваліфікованих медичних кадрів є лише однією з функцій японських університетських клінік і тому вони не можуть експериментувати зі здоров'ям пацієнтів в угоду навчальному процесу.

З розглянутих нами прикладів організації клінічних стажувань в різних країнах світу ми розуміємо, що система функціонування клінічних університетських клінік є майже обов'язковим елементом. Кожна країна пройшла свою еволюцію, що сприяло утворенню національної систем підготовки медичних кадрів на базі вищої освіти. Система підготовки кадрів в Австралії, також має свої особливості. Почнемо з того, що в країні на 25 млн населення в країні функціонує 13 університетів з медичними факультетами та ціла мережа афільованих з ними медичних коледжів, медичних шкіл та університетських клінік. Це досить висока концентрація медичних факультетів порівняно з багатьма європейськими країнами, що засвідчує бажання австралійської держави до фінансування сфери наукових досліджень в сфері медицини та підготовки медичних кадрів зокрема.

Одним з найбільш медичних факультетів Австралії є факультет Сіднейського державного дослідницького університету (USYD). «Вивчення ступеня охорони здоров'я в Сіднейському університеті дає студентам лідерські здібності, клінічні навички та соціальне компетентності, щоб істотно змінити життя окремих людей і цілих громад. Клінічні стажування є основними компонентами більшості курсів охорони здоров'я та невід'ємною частиною

отримання професійної акредитації» [11]. Як бачимо особливістю використання клінічної бази в підготовці медичних кадрів в рамках системи вищої освіти полягає в тому, що залучення конкретних фахівців до стажування в університетській клініці регламентується не якимись проміжками в рамках освітньої програми, а лише на рівень освоєних студентом компетентностей. Тобто чим раніше студент освоїть необхідні терапевтичні компетентності тим раніше він почне навчання на базі університетської клініки. Тому кількість проведеного часу в рамках клінічного стажування є маркером успішності студента та слугує формою позитивних санкцій, які застосовуються до успішних студентів, щоб вони скоріше могли засвоїти важливі для своєї подальшої лікарської роботи компетентності.

Приклад практичного навчання студентів на базі Сіднейського державного дослідницького університету (USYD) є типовим і для інших австралійських закладів вищої медичної освіти. В рамках нашого дослідження перед нами стояло завдання дослідити типові особливості саме взаємодії держави та інших суб'єктів медичної практики. Серед основних таких особливостей саме на території Австралії можна виділити те, що майже всі медичні факультети та медичні школи функціонують в рамках державних науково-дослідних університетах і фінансуються більшістю випадків з державного бюджету, що дає можливість факультетам уникнути проблеми необхідності зберігати студентів, що не виконують у повному обсязі навчальне навантаження. Ця проблема дуже актуальна для багатьох пострадянських країн через те, що медичні університети не мають значного державного замовлення і зменшення кількості студентів, що навчаються на контракті є потенційною можливістю втрати фінансування. В Австралії як ми пам'ятаємо медичні факультети головним пріоритетом вважають саме наукові дослідження. Фінансування зазначених досліджень відбувається через відкриту систему конкурсів. Тому роль держави зводиться до трьох основних функцій. Перша полягає у визначенні державного фінансування та замовлення в сфері вищої

медичної освіти. Друга полягає у визначенні умов для вступу абітурієнтами на ту чи іншу медичну спеціальність. Для того щоб була висока конкуренція серед абітурієнтів в країні встановлені найбільші бар'єри для відсіювання не обдарованих студентів. Третя функція держави полягає у якісному оцінюванні осіб, що претендують на ведення медичної практики. Для цього держава створила один з найважчих державних іспитів для студентів-випускників медичних факультетів. Всі зазначені компоненти існують майже у більшості країн світу, але високий рівень соціальної відповідальності австралійських медиків, чиновників та високий рівень розвитку економіки роблять зазначену систему ефективною та взірцем для наслідування для країн, що знаходяться на шляху реформування системи підготовки медичних кадрів.

В рамках підрозділу ми розглянули досвід взаємодії держави та інших суб'єктів медицини в сфері організації вищої медичної освіти та організації медичної практики держав, що знаходяться на всіх материках крім Африки. Незважаючи на скептичне ставлення до африканської медичної освіти серед європейців, слід відмітити певні цікаві тенденції, які реалізуються в африканських країнах в сфері функціонування медичних закладів вищої освіти. Для африканського континенту підготовка медичних кадрів є стратегічним питанням розвитку як окремих країн так і континенту в цілому. Головною причиною зазначеного стану речей можна назвати поширення великої кількості інфекційних та хронічних захворювань через низький рівень соціального розвитку, перманентні гуманітарні катастрофи та багато інших факторів. Саме тому сьогодні кожен підготовлений лікар в країнах африканського континенту має велике гуманітарне значення. Все вище перераховане призвело до того, що сьогодні уряди більшості африканських країн стимулюють підтримку підготовки лікарів в рамках системи вищої освіти як на території власних країн так і інших країн світу. Хоча незважаючи на те, що в більшості африканських країн постійно збільшується кількість студентів-медиків та молодих лікарів, але відсутність гідних умов для праці та відповідного медичного обладнання не

призводить до збільшення кількості медиків, що працюють в сфері охорони здоров'я і значна частина підготовлених в країнах Африки лікарів емігрують до Європи та Азії.

Одним з прикладів підготовки медичних кадрів в рамках системи вищої освіти на африканському континенті є Університет Ботсвани (University of Botswana). Зазначений університет має у своїй структурі два медичних факультети один з яких спрямований на підготовку спеціалістів з наукових досліджень, а інший спеціалізується на підготовку спеціалістів з лікувальних спеціалістів [12]. Особливістю медичних досліджень в Університеті Ботсвани є те, що на базі зазначеного університету існує центр з дослідження проблем поширення та лікування ВІЛ-інфекції. Зазначена проблема є наріжною для медицини країн всього африканського континенту і тому наявність подібного центру на території Ботсвани є важливим як для «Університету Ботсвани» так і для всього африканського континенту. Парадокс підготовки медичних кадрів в рамках системи вищої медичної освіти полягає в тому, що до африканських медичних факультетів легше залучити закордонних науковців та викладачів за рахунок міжнародної фінансової підтримки і через низький рівень покриття освітніми послугами важко відібрати здібних абітурієнтів, але сьогодні країни Африки є найбільш динамічно зростаючим ринком в сфері медичної освіти зі зростаючою підтримкою держави.

Зважаючи на все вище перераховане можна зробити наступні висновки. Системна робота в сфері стандартизації державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є важливою частиною як державного так і публічного управління. Досвід кожної країни в зазначеній сфері є важливим для такої молоді країни як Україна. Найкращі зразки зазначеного досвіду слід адаптувати до українських реалій для того щоб реформування української медичної освіти відбувалося за правильним вектором у відповідності до основних тенденцій за якими розвивається вища медична освіта в передових країнах Європи та світу. Найбільших здобутків в

створенні міжнародних стандартів державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики досягли країни ЄС, де починаючи з 50-и років ХХ століття ведеться цілеспрямована робота в сфері створення спільного освітнього простору в сфері взаємовизнання локальних освітніх документів та сертифікатів, які повинні визнаватися країнами ЄС. Единбургська конвенція стала одним з наріжних каменів формування медичних освітніх стандартів за якими повинна регламентуватися вища медична освіта в країнах ЄС. Зазначені міждержавні документи були прийняті з ініціативи держав країн ЄС з метою підвищення конкурентоздатності медичних університетів та лікарів, що здійснюють власну діяльність на території окремих країн європейського співтовариства. Приклад держав ЄС показує яких гарних результатів можна досягти у співпраці між наддержавними, державними органами регулювання системи медичної освіти і практики так медичними університетами та іншими органами, які займаються підготовкою та перепідготовкою медичних кадрів. В той же час аналіз досвіду окремих країн ЄС свідчить проте, що вибудовування системи взаємодії між державою і освітніми та медичними установами мало свою специфіку від Польщі, де прийшлося робити перезавантаження системи до Чехії, що пішла еволюційним шляхом. Досить розвинутою взаємодія між державою та суб'єктами вищої медичної освіти є розвинутою на американському континенті і найкращі його зразки можна спостерігати в країнах Північної Америки. Так в США медичні університети досягли такого розвитку, що активно співпрацюють напряду з урядами країн Латинської Америки в сфері досліджень тропічних хвороб. В той же час для того щоб вища медична освіта відповідала всім основним викликам сьогодення Канада впровадила систему соціального діалогу між всіма учасниками медичного процесу та підготовки медичних кадрів задля врахування позицій всіх зацікавлених сторін.[66] Незважаючи на різні форми взаємодії між всіма учасниками освітнього процесу в сфері підготовки медичних кадрів в сфері освіти університетські клініки залишаються опорою в

сфері практичної підготовки незалежно від країни та континенту.

## **Висновки до розділу 1**

Охарактеризовано систему вищої медичної освіти, систему медичної практики та їх взаємодію як об'єктів державного регулювання в цій сфері; проаналізовано міжнародні й зарубіжні стандарти державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

Взаємодія системи вищої медичної освіти із системою медичної практики є вагомим компонентом державної політики у сфері охорони здоров'я, а тому також є об'єктом державного управління. Так, державне управління в питаннях взаємодії системи вищої медичної освіти із системою медичної практики здійснюється, зокрема, в таких аспектах: утворення й функціонування університетських клінік; організації освітнього процесу в закладах охорони здоров'я; державного розподілу випускників закладів вищої медичної освіти тощо.

Основою взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є клінічні бази та клінічні кафедри закладів вищої медичної освіти. Зазначені терміни знайшли своє визначення в Положенні про організацію освітнього процесу у закладах охорони здоров'я за участю науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти у сфері охорони здоров'я, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1337. Отже, державне регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики полягає в тих аспектах державного регулювання, що є спільними для вищої медичної освіти та медичної практики.

Встановлено, що метою державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики є забезпечення високого рівня підготовки (насамперед практичної складової) лікарських кадрів, створення та

впровадження в лікувальний процес передових медичних технологій, а також підвищення якості медичної допомоги населенню.

Завданнями державної політики взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є вжиття заходів для реалізації мети такої державної політики. Такими завданнями, зокрема, є: створення умов для участі в наданні допомоги науково-педагогічними працівниками клінічних кафедр закладів вищої й післядипломної медичної освіти; належне функціонування клінічних кафедр на базі закладів охорони здоров'я; розвиток і створення мережі університетських клінік; ефективне провадження післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку.

Проаналізовано міжнародні стандарти й зарубіжний досвід реалізації державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Встановлено, що в зарубіжних державах успішний досвід організації ефективної взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики ґрунтується на забезпеченні балансу інтересів держави, територіальних громад, закладів вищої медичної освіти й суспільства в цілому.

У контексті взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики запропоновано імплементувати: позитивний досвід Канади з питань побудови й ведення соціального діалогу між закладами вищої освіти, лікарнями, органами державної влади та місцевого самоврядування, іншими бенефіціарами; досвід Швейцарії щодо створення, управління та фінансування базових університетських клінік; досвід Чехії щодо концентрації державних ресурсів навколо комплексу базового університету та базової клініки; досвід США в аспектах співробітництва медичних спільнот університетів з урядами зарубіжних держав.

Отже, ефективна модель взаємодії систем вищої медичної та медичної практики має враховувати такі фактори: виконання функцій держави щодо реалізації громадянами права на охорону здоров'я та права на вищу освіту; забезпечення територіальних громад кваліфікованими медичними кадрами з

метою організації якісного й доступного медичного обслуговування населення зазначених територій; забезпечення належних умов освітньої діяльності закладів вищої медичної освіти з питань практичної підготовки висококваліфікованих лікарських кадрів; суспільство в цілому зацікавлено в розвитку медичної освіти, науки та практики, створенні й упровадженні в лікувальний процес передових лікарських засобів та медичних технологій, що є вагомим фактором соціального комфорту.



## РОЗДІЛ 2

### СУЧАСНИЙ СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ З ПИТАНЬ ВЗАЄМОДІЇ СИСТЕМ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

#### **2.1. Форми взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики згідно чинного законодавства України**

Варто зазначити, що на цей час українське законодавство не містить нормативного визначення клінічної кафедри, натомість у Законі України «Про вищу освіту» [96] є визначення кафедри. Хоча саме клінічні кафедри грають провідну роль у підготовці лікарів-спеціалістів різного профілю для практичної медицини, адже саме клінічні кафедри спеціалізуються на лікувальній діяльності певного профілю (терапевтичного, хірургічного, офтальмологічного, фтизіатричного, педіатричного та багатьох інших), саме на клінічних кафедрах працюють науково-педагогічні працівники, які фактично є лікуючими лікарями з відповідними лікарськими категоріями. Саме такі науково-педагогічні працівники одночасно здійснюють лікувальну роботу, наукову роботу та обов'язково навчальну роботу. Дані види роботи здійснюються саме на базі закладів охорони здоров'я. Таким чином, підготовка висококваліфікованих медичних кадрів саме на клінічних кафедрах з урахуванням специфіки їх діяльності здійснюється доволі зручно та логічно з організаційно-управлінської точки зору. Адже підготовка лікарських кадрів безпосередньо у закладах охорони здоров'я практикуючими лікарями є неможливою, оскільки лікарі мають зовсім інші посадові обов'язки, а заклади охорони здоров'я не мають ліцензію на підготовку фахівців у сфері охорони здоров'я. Якщо ж здійснювати підготовку висококваліфікованих медичних кадрів без практичної складової, без роботи біля ліжка пацієнта, то якість підготовки різко впаде, і випускники закладів вищої медичної освіти не будуть володіти навіть елементарними

практичними компетентностями, не будуть здатні якісно лікувати людей. Тому гідної альтернативи клінічним кафедрам в аспекті підготовки високоякісних медичних кадрів, на наш погляд, досі немає. Навіть сучасні високотехнологічні симуляційні центри не в змозі повноцінно замінити реальних пацієнтів. До того ж, придбання таких центрів потребує значних фінансових ресурсів, які, на жаль, відсутні у вітчизняній галузі вищої медичної освіти. Хоча, звичайно, така схема роботи клінічних кафедр, м'яко кажучи, не зовсім вписується у вітчизняну правову доктрину, адже, по суті науково-педагогічні працівники клінічних кафедр не є ані працівниками закладів охорони здоров'я, ані перебувають у підрядних відносинах із закладами охорони здоров'я, а також не мають індивідуальної ліцензії на медичну практику, але при цьому всьому практично її здійснюють. На це ж можемо вказати, що сфера охорони здоров'я є дуже важливою та специфічною сферою соціального буття людини, адже по суті відповідає за збереження та покращення здоров'я, а також врятування життя людей. А тому для охорони здоров'я не слід застосовувати звичні господарсько-правові шаблони та штампи, бо вказані відносини потребують особливого способу їх правового урегулювання та державного управління ними. Тим паче, що вищевказаний алгоритм діяльності клінічних кафедр сформувався історично протягом принаймні, останнього століття та має славні традиції високоякісної підготовки медичних працівників найвищого рівня.

Різними аспектами державного управління у сфері охорони здоров'я займалися такі відомі учені в галузі державного управління, як М. Білинська, Д. Карамішев, Є. Кульгінський, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Хожило та інші. Однак, тема нашого дослідження ще не була ґрунтовно розроблена вітчизняними науковцями, що і спричинило поштовх до створення даної наукової праці.

Однак, в різних наукових джерелах можна знайти свідчення важливості взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики.

Так, Є. Кульгінський одним із пріоритетних шляхів реформування сфери охорони здоров'я в Україні зазначає удосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров'я [69, с. 91].

Н. М. Кінаш вказує, що однією з основних складових професійної підготовки сучасного лікаря повинен стати навчальний процес, орієнтований на пацієнта. Навчання, орієнтоване на пацієнта, – це не лише практична освіта під час безпосередньої взаємодії з хворими, це формування пацієнтоорієнтованої позиції, яка визначає подальшу професійну діяльність у галузі медицини [70, с. 79].

В контексті розгляду клінічних кафедр також варто зазначити, що управлінсько-правовий супровід їх діяльності здійснюється на підставі договорів про спільну діяльність між закладами вищої (післядипломної) медичної освіти та закладами охорони здоров'я. Типової або примірної форми такого договору, затвердженої нормативно-правовим актом, на теперішній час також не існує.

Однією із форм взаємодії закладів вищої медичної освіти із закладами охорони здоров'я є інтернатура – первинна спеціалізація лікарів. Інтернатура є також однією з характерних особливостей вищої медичної освіти, оскільки закінчивши медичний університет за спеціальністю «Медицина» та отримавши ступінь магістра, випускник закладу вищої медичної освіти не має права працювати лікарем. Адже випускник повинен спочатку успішно пройти очно-заочне навчання в інтернатурі, а вже потім буде мати право займати посаду лікаря у закладі охорони здоров'я або займатися господарською діяльністю з медичної практики відповідно до чинного законодавства.

Детальне правове регулювання інтернатури в Україні здійснюється затвердженням наказом Міністерства охорони здоров'я України № 291 від 19.09.1996 р. Положенням про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів, що є морально застарілим через кардинальні зміни у державному управлінні, правовій системі та вітчизняній економіці [128].

Освітній процес в інтернатурі складається з очної частини на кафедрах закладів вищої медичної освіти та заочної частини – стажуванні у закладах

охорони здоров'я.

У закладі охорони здоров'я лікарі-інтерни вдосконалюють набуті в процесі навчання медичні знання та отримують практичні навички лікувально-діагностичної діяльності, в тому числі:

залучаються до систематичної активної участі в діагностичній, лікувальній (санітарно-профілактичній, протиепідемічній) роботі, виконання всіх видів діяльності, передбачених вимогами кваліфікаційної характеристики та індивідуальними навчальними планами підготовки лікарів-інтернів;

беруть участь у планових й тематичних клінічних обходах, аналізі історій хвороб і інших облікових та звітних документах, співбесідах, семінарах, практичних заняттях для здобуття практичних навичок, передбачених індивідуальним навчальним планом, здійснюють оформлення службової документації;

беруть участь у проведенні клінічних та патологоанатомічних конференціях;

прищеплюються повага до колег по роботі, принципи медичної етики і деонтології [117].

Статус лікаря-інтерна закріплено в Законі України «Про вищу освіту». Відповідно до ч. 3 ст. 61 Закону України «Про вищу освіту», лікар (провізор)-інтерн - особа, яка має ступінь магістра медичного або фармацевтичного спрямування, виконує програму підготовки в інтернатурі за відповідною спеціальністю під керівництвом лікаря закладу охорони здоров'я та закріпленого за ним викладача кафедри закладу вищої освіти, що здійснює підготовку лікарів (провізорів)-інтернів, та бере участь у наданні всіх видів медичної допомоги, передбачених вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики [117].

Цікаво, що у Законі України «Про вищу освіту» також дано визначення лікаря-резидента, за яким лікар-резидент - особа, яка має ступінь магістра медичного спрямування, навчається виключно на відповідних клінічних кафедрах або базах резидентури з метою отримання кваліфікації лікаря певної

спеціальності відповідно до переліку спеціальностей резидентури. Однак, положення про резидентуру досі поки що не прийнято, спеціальності резидентури не визначені, кваліфікаційні характеристики лікарів-резидентів відсутні, а як наслідок, підготовка лікарів-резидентів на цей час не здійснюється [87].

Демонстрацією дуже цікавого зв'язку між медичною освітою, наукою та практикою є університетські клініки. Так, частиною 8 ст. 33 Закону України «Про вищу освіту» встановлено, що заклад вищої освіти, що готує фахівців у сфері охорони здоров'я або здійснює їх післядипломну освіту, та академія, інститут післядипломної освіти, що здійснюють післядипломну освіту, спільно з центральними органами виконавчої влади, Національною академією наук України та національними галузевими академіями наук, органами місцевого самоврядування можуть утворювати на базі наукових установ, закладів охорони здоров'я, у тому числі тих, що належать територіальним громадам або передані їм, клінічні бази закладів освіти у сфері охорони здоров'я, університетські клініки та лікарні. Порядок утворення і функціонування клінічних баз закладів освіти у сфері охорони здоров'я, університетських клінік та університетських лікарень визначається нормативно-правовими актами центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [87]. Цією ж статтею вищенаведеного закону регламентовано, що клінічні бази закладів медичної освіти, університетські клініки та лікарні можуть бути структурними підрозділами закладів вищої освіти.

Якщо говорити про клінічні бази закладів медичної освіти та університетські лікарні, то законодавством не надано їх дефініцій, а підзаконними нормативно-правовими актами не регламентовано порядок їх утворення та функціонування. Так само законодавством не зазначено, яким чином університетські клініки чи лікарні можуть бути утворені на базі комунальних закладів охорони здоров'я, адже це є неможливим згідно Господарського кодексу України, в тому числі через різні форми власності закладів охорони здоров'я та закладів медичної освіти.

Аспект діяльності університетських клінік все ж має підзаконне нормативно-правове регулювання наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.07.2015 р. № 408 «Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти)» [132]. Даним наказом закріплюється статус університетської клініки як закладу охорони здоров'я, який є лікувально-навчально-науковим структурним підрозділом вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти).

Серед основних завдань і напрямів діяльності університетської клініки зазначено:

- 1) організація і надання медичної допомоги населенню;
- 2) розробка, апробація і впровадження медичних технологій, клінічних рекомендацій, стандартів (клінічних протоколів) надання медичної допомоги населенню та забезпечення умов для оволодіння студентами та медичними працівниками практичними навичками;
- 3) проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян у встановленому законодавством порядку та у разі необхідності направлення їх на медико-соціальну експертизу;
- 4) підвищення якості освіти і виховання студентів, науково-педагогічних та медичних працівників за стандартами медичної освіти, забезпечення їх практичної підготовки;
- 5) запровадження гнучких освітніх програм, дистанційного навчання, максимальне використання в лікувально-діагностичному, навчальному процесах сучасних інформаційних технологій;
- 6) забезпечення умов для клінічної підготовки студентів, науково-педагогічних та медичних працівників у межах відповідних освітніх програм; удосконалення і реалізація програм навчання в інтернатурі, магістратурі, клінічній ординатурі, резидентурі; участь у розробці і реалізації програм підвищення кваліфікації медичних працівників;
- 7) участь у підготовці науково-педагогічних працівників в аспірантурі, докторантурі та підвищення їх кваліфікації;

8) здійснення наукової та науково-технічної діяльності з орієнтацією на пріоритетні напрями наукових досліджень шляхом спрямування фундаментальних і прикладних наукових досліджень на створення і впровадження конкурентоспроможних медичних технологій, розвиток міждисциплінарних наукових напрямів;

9) проведення аналітичної і дослідницької роботи для удосконалення освітнього процесу підготовки працівників у галузі медицини відповідно до сучасних тенденцій розвитку світової медичної науки, органічного поєднання освіти, науки та медичної практики;

10) забезпечення проведення розробок, експертних оцінок, апробацій та впроваджень нових медичних технологій, матеріалів, лікарських засобів, у тому числі на договірних засадах;

11) організація і участь у проведенні наукових форумів: конгресів, з'їздів, науково-практичних конференцій тощо;

12) виховання медичних працівників на засадах загальнолюдських цінностей, професійної етики, морально-етичної і правової культури (колегіальність, коректність, обов'язковість, гуманність, дотримання лікарської таємниці тощо);

13) організація і проведення заходів щодо санітарно-гігієнічного виховання населення та формування здорового способу життя;

14) проведення статистичного обліку та звітності із застосуванням сучасних інформаційних технологій.

Працівники кафедр, докторанти, аспіранти, клінічні ординатори беруть участь у проведенні лікувально-діагностичного процесу, здійснюють обходи, консультації хворих, організують консилиуми, визначають та коригують плани і тактику подальшого обстеження і лікування хворих, спільно з іншими працівниками є відповідальними за якість лікувально-діагностичного процесу, організують клінічні, патолого-анатомічні та науково-практичні конференції.

Штатні посади лікарів Університетської клініки можуть обіймати науково-педагогічні працівники ВНЗ та лікарі вищої кваліфікаційної категорії.

В університетських клініках, як правило, також розміщуються кафедри медичних університетів для забезпечення практичної складової освітнього та наукового процесів.

Організація проходження виробничої практики студентів у медичному закладі медичних і фармацевтичних закладів вищої освіти регламентується [6] Положенням про проведення практики студентів вищих навчальних закладів України, затвердженим наказом Міністерства освіти України від 08.04.1993 № 93 [119], та Інструкцією про виробничу практику студентів медичного, лікувального, педіатричного, медико-профілактичного, стоматологічного і фармацевтичного факультетів медичних і фармацевтичного вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.10.1995 № 179 [121].

У вказаній Інструкції, зокрема, зазначено, що практика студентів навчальних закладів проводиться на базах організацій, підприємств, закладів, які відповідають вимогам програм з практики. Навчальний заклад укладає договір з організаціями підприємствами, закладами терміном до 5 років [120].

Ще однією з форм взаємодії вищої медичної освіти з практичною медициною є питання безперервного професійного розвитку, до якого, крім інтернатури, входять інші види післядипломної освіти медичних кадрів, такі як спеціалізація, тематичні удосконалення, передатестаційні цикли, семінари, тренінги та інші різновиди професійного удосконалення.

Так, згідно з пунктом 1 розділу V Порядку проведення атестації лікарів, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 р. № 446, атестаційна комісія нараховує бали за проходження безперервного професійного розвитку на основі даних особистого освітнього портфолію лікаря та оригіналів документів, що підтверджують ці дані [123]. Як правило, освітні заходи для лікарів проводять факультети післядипломної освіти закладів вищої післядипломної освіти та заклади післядипломної медичної освіти. Тому заклади охорони здоров'я, фізичні особи підприємці, що провадять господарську діяльність з медичної практики та окремі медичні працівників

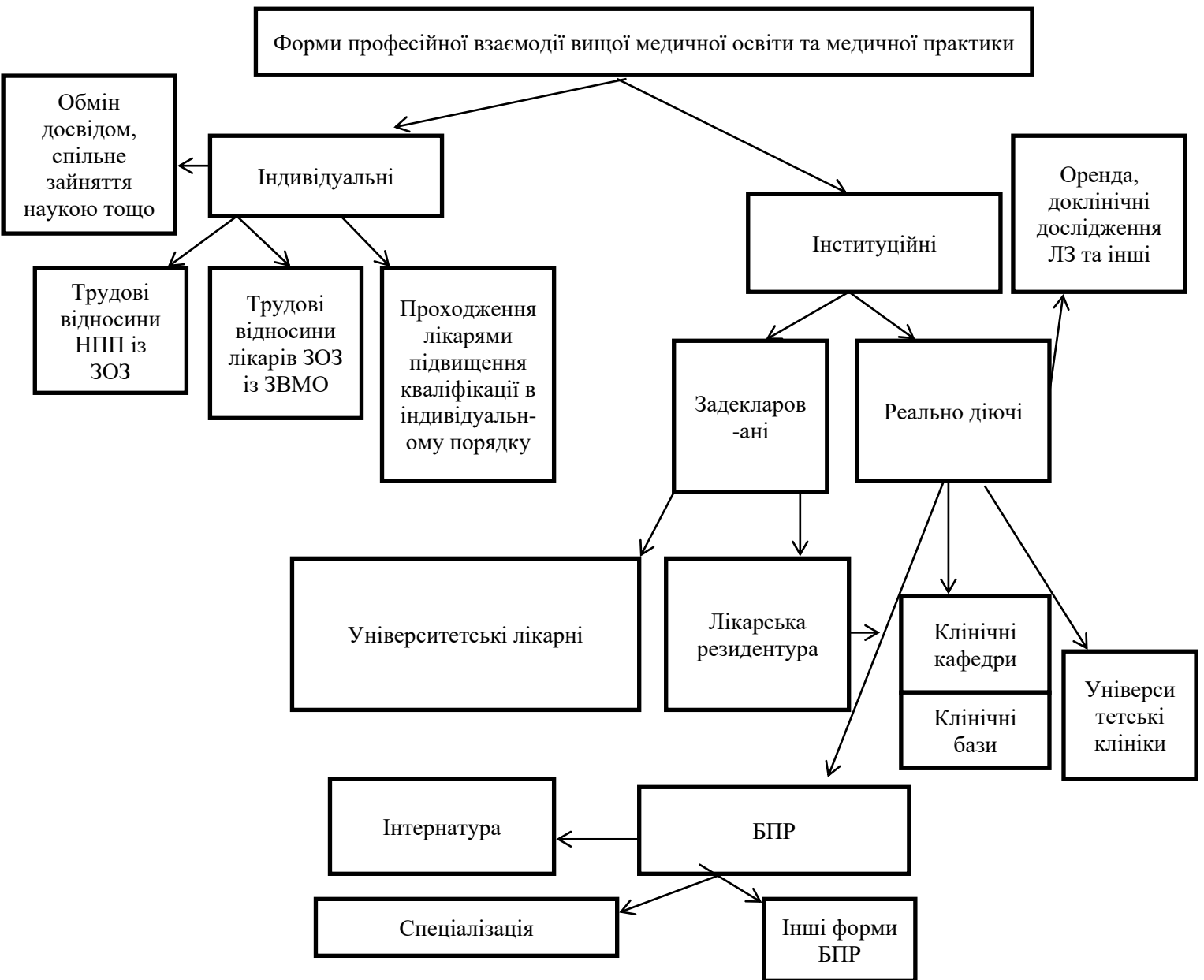


мають співпрацювати із закладами вищої медичної освіти та закладами післядипломної медичної освіти в напрямі безперервного професійного розвитку лікарів.

Взаємодія вищої медичної освіти з медичною практикою також є можливою в питаннях клінічних випробувань лікарських засобів, хоча така взаємодія частіше за все здійснюється в межах діяльності клінічної кафедри. Однак взаємодія з питань клінічних випробувань лікарських засобів може здійснюватись на основі окремого договору. Така можливість впливає із принципів свободи договору та відповідно до п. 5. 1 Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань, що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.09.2009 р. № 690, де вказано, що у разі, якщо відповідальний дослідник/дослідник є працівником кафедри вищого медичного навчального закладу, необхідна наявність договору про співпрацю між вищим медичним навчальним закладом та лікарсько-профілактичним закладом [141].

Окрім того, можуть бути і інші форми професійної договірної взаємодії між вищою медичною освітою та медичною практикою. До прикладу взаємодія з питань надання в оренду майна, проведення доклінічних досліджень лікарських засобів, залучення викладачів закладів вищої медичної освіти до медичної практики, залучення лікарів до викладацької діяльності у закладах вищої медичної освіти.

Схематично форми професійної взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики можна відобразити наступним чином (рис. 2.1).



**Рис. 2.1. Форми професійної взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики (розроблено автором)**

Можемо констатувати, що вища медична освіта має більш високий інтеграційний рівень взаємодії із медичною практикою у порівнянні до практико-орієнтованих інтеграційних тенденцій в інших галузях вищої освіти. Зокрема, в усіх закладах вищої медичної освіти діють спеціальні підрозділи, що відповідають за лікувально-діагностичну роботу.

Взаємодія вищої медичної освіти здійснюється на індивідуальному та інституційному рівні. На індивідуальному рівні відбувається взаємодія

професіоналів в сфері вищої медичної освіти та медицини між собою та відповідними інститутами, на інституційному – взаємодія закладів вищої медичної освіти та закладів охорони здоров'я.

За підставою виникнення можна також виділити договірну та структурно-функціональну форму взаємодії. Типовим прикладом структурно-функціональної форми взаємодії є університетська клініка, що є структурним підрозділом закладу вищої (післядипломної) медичної освіти.

Ефективність взаємодії вищої медичної освіти має вагоме значення для держави та суспільства в цілому, званою мірою визначає соціально-економічні показники діяльності держави, безпосередньо впливає на рівень розвитку охорони здоров'я. Подальше удосконалення та розвиток різноманітних форм взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики є одним із найважливіших напрямів державної політики в сфері охорони здоров'я.

## **2.2. Проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої медичної освіти**

Реформованим законодавством в сфері охорони здоров'я, що обумовлює сучасну трансформацію вищезазначеної сфери, на жаль не враховано особливості надання медичної допомоги як невід'ємної складової освітнього (наукового) процесу при підготовці фахівців в сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень.

Однак, без забезпечення необхідних організаційно-правових умов надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти як невід'ємної складової освітнього (наукового) процесу при підготовці фахівців в сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень, високоякісна підготовка кваліфікованих медичних кадрів та проведення результативних медико-біологічних досліджень є неможливим.

Питанням державного регулювання медичної освіти присвячені праці

таких вчених, як Я. Ф. Радиш, Д. В. Карамішев, Ю. В. Вороненко, В. М. Ждан, І. М. Скрипник, А. В. Марченко, Ю. С. Мазепа, О. В. Балуєва та інших. Однак, на даний час відсутній науковий аналіз проблем діяльності клінічних кафедр у розрізі їх взаємодії із закладами охорони здоров'я. Водночас, для якісної підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я, що є одним із завдань державного управління, однією із нагальних стоїть проблема діяльності клінічних кафедр, і саме тому наукові дослідження саме зазначеного аспекту державного регулювання охорони здоров'я є особливо актуальними.

Як зазначають В. М. Ждан, І. М. Скрипник, А. В. Марченко, впроваджена система підготовки медичних кадрів є невід'ємною частиною розвитку національної системи охорони здоров'я України та забезпечує збереження й відновлення здоров'я населення шляхом надання необхідного рівня медичної допомоги відповідно до державних стандартів [42, с. 38].

Ю. С. Мазепа вважає, що освіта для працівників охорони здоров'я має стати одним із ключових структурних елементів реформ системи охорони здоров'я, тісно пов'язана з її іншими функціями. Величезні зусилля необхідно докласти для поліпшення якості професійної підготовки та практичних навичок працівників охорони здоров'я для того, щоб їх кваліфікація відповідала потребам населення і вимогам системи охорони здоров'я. Потреби у сфері охорони здоров'я, нові очікування суспільства і складні умови існування в світі, що переживає глобалізацію, вимагають чітких правил по підготовці кадрових ресурсів охорони здоров'я [64, с. 76].

На думку О. В. Балуєвої, зарубіжний досвід переконливо свідчить, що майбутнє медичних вузів тісно пов'язане з університетськими клініками, функціонування яких дозволяє об'єднати підготовку і перепідготовку кадрів, наукові дослідження і надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги населенню [75, с. 8].

Вищеописана співпраця закладів вищої (післядипломної) медичної освіти із закладами охорони здоров'я в Україні успішно триває вже багато десятиліть, має свої усталені традиції та фундаментальні принципи, на яких практично

ґрунтується уся вітчизняна система вищої медичної освіти, що вибудовувалася більш як століття та має багатьох славетних вихованців, що стали видатними лікаря та вченими галузі медицини.

Донедавна, ключові відносини співпраці закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ із закладами охорони здоров'я успішно регулювалися постановою Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів» [56] та наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.09.1997 № 174 «Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я» [59]. Зазначені нормативно-правові акти передбачають забезпечення наступних необхідних умов провадження співпраці для закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ:

1) надання медичної допомоги населенню в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ;

2) безоплатне користування нерухомим майном комунальних закладів охорони здоров'я для розміщення навчально-наукових структурних підрозділів з оплатою комунальних платежів за рахунок місцевих бюджетів.

На даний час вищевказані нормативно-правові акти не втратили своєї юридичної сили. Однак, у зв'язку з прийняттям Законів України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [134] та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [135] та ряду прийнятих на їх виконання підзаконних нормативно-правових актів, автономізації більшості комунальних закладів охорони здоров'я (тобто зміни організаційно-правової форми з комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства), основні положення постанови Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 [118] та наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.09.1997 № 174 [123] стали мати дискусійний характер.

Якщо розглядати більш детально постанову Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 [118], то дискусійність зазначеної постанови визначається наступними обставинами.

Так, зокрема, підпунктом 2 пункту 2 вищезазначеної постанови вказано, що витрати, пов'язані з утриманням клінічних лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я комунальної власності (оплата послуг з теплопостачання, водопостачання і водовідведення, електроенергії, природного газу, інших енергоносіїв), наданням послуг з охорони майна та вивезення відходів і їх утилізації та знешкодження, проведення ремонту, забезпечення медичним обладнанням, апаратурою та іншими засобами медичного та господарського призначення, оплатою додаткового чергування у вечірній та нічний час понад місячну норму робочого часу асистентів та наукових працівників кафедр, здійснюються лікувально-профілактичними закладами охорони здоров'я за рахунок коштів місцевих бюджетів [118]. Однак, як бачимо даний пункт має архаїчні положення, адже відповідно проведеної реформи фінансування охорони здоров'я, для отримання коштів за програмою державних медичних гарантій комунальним та державним закладам охорони здоров'я потрібно мати статус комунального некомерційного підприємства або казенного підприємства відповідно. Такий висновок ми можемо зробити, проаналізувавши Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [92], Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [116], постанову Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [138]. А тому, кошти комунальних некомерційних підприємств (державних підприємств), виходячи з норм Бюджетного кодексу України, не є бюджетними на відміну від коштів комунальних чи державних установ, які мають статус бюджетних коштів. І виходячи з викладеного, приведена нами

вище норма постанови Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 [92] не може мати широкого застосування, адже більшість закладів охорони здоров'я в Україні набули статусу комунальних некомерційних підприємств з метою отримання фінансування від Національної служби здоров'я України.

Окрім того, як постановою Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 [92], так і наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.09.1997 № 174 [76], регулюється статус саме клінічного закладу охорони здоров'я. Однак, такий статус мають далеко не усі заклади охорони здоров'я, що є клінічними базами закладів вищої медичної освіти. До того ж, у процесі реорганізації багато закладів охорони здоров'я фактично втратили свій статус. Тому, до закладів охорони здоров'я, що не мають статусу клінічного, вищенаведені нормативно-правові акти застосовувати теж не можна.

В таких умовах далеко не усі суб'єкти означених правовідносин дотримуються приписів вищезазначених актів. Підтвердженням даного факту є прийняття рішень рядом обласних рад в Україні щодо організації співпраці закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування на підставі договорів оренди з відшкодуванням витрат на комунальні платежі (наприклад, рішення сесії Дніпропетровської та Запорізької обласних рад).

Однак основною проблемою забезпечення практичної складової освітнього (наукового) процесу під час підготовки фахівців медичного профілю та проведення медико-біологічних досліджень є питання доступу до пацієнтів у науково-педагогічних (наукових) працівників закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ, а також лікарів-інтернів. Справа в тому, що можливість надання медичної допомоги науково-педагогічними (науковими) працівниками, що мають відповідну лікарську категорію або сертифікат лікаря-спеціаліста, лікарями-інтернами, іншими лікарями в процесі здобуття післядипломної освіти, не передбачено ані Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [159], ні Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [162]. Законодавчими актами також і не визначено правовий режим використання

медичного обладнання закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ, що знаходиться як правило на клінічних кафедрах (лабораторіях) на території закладів охорони здоров'я. Положення про лікувально-діагностичну діяльність науково-педагогічних працівників клінічних кафедр закладів вищої (післядипломної) медичної освіти наказу МОЗ України від 06.09.1997 № 174 [119] сприймаються в більшості випадків органами управління охороною здоров'я як дискусійні, а тому за вимогами даних органів науково-педагогічні (наукові) працівники для доступу до пацієнтів мають бути працевлаштовані в закладах охорони здоров'я. Однак, працевлаштування на лікарські посади усіх науково-педагогічних (наукових) працівників в заклади охорони здоров'я видається нереальним через відсутність такої кількості вакансій. Тому, необхідно комплексно змінювати законодавство з метою регламентації надання медичної допомоги населенню науково-педагогічними (науковими) працівниками без трудових відносин із закладом охорони здоров'я на підставі договорів про спільну діяльність із закладами вищої (післядипломної) медичної освіти.

Окремою проблемою є також фінансування університетських клінік. Університетські клініки – заклади охорони здоров'я, що є лікувально-навчально-науковими підрозділами закладів вищої освіти та закладів післядипломної освіти, що готують фахівців у сфері охорони здоров'я та/або здійснюють їх післядипломну освіту. Статус університетських клінік визначено ст. 33 Закону України «Про вищу освіту» [14], Типовим положенням про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти), затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.07.2015 р. № 408 [113]. Крім того, ст. 33 Закону України «Про вищу освіту», передбачено можливість утворювати в структурі закладів вищої освіти університетські лікарні [127].

Джерелами фінансування університетських клінік є: 1) кошти Державного бюджету України;

2) власні надходження ВНЗ:



доходи від плати за послуги, що надаються згідно із законодавством університетською клінікою;

за оренду майна клініки;

благодійні внески, гранти та дарунки;

інші джерела, не заборонені законодавством [95].

Цікаво, що вищезазначене Типове положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти) до джерел фінансування відносить і власні надходження вищих навчальних закладів, що не дозволено ч. 4 ст. 13 Бюджетного кодексу України [146], до якої пропонується внести відповідні зміни, аби дозволити таке використання.

Окрім того, згідно преамбули до Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави. Відповідно до ст. 4 цього ж Закону, одним із основних принципів охорони здоров'я в Україні є визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України. Згідно ст. 5 того ж нормативно-правового акту, державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності [125]. Виходячи з викладеного, державі та суспільству варто усвідомити, що без належної підготовки висококваліфікованих медичних кадрів та результативного проведення медико-біологічних наукових досліджень не можливо забезпечити високий рівень охорони здоров'я в Україні, а тому означені проблеми не є проблемами суто закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ, а є спільними проблемами суспільства в цілому, усієї системи публічної влади, в тому числі органів державної влади та місцевого самоврядування. До того ж, переважна більшість випускників закладів вищої (післядипломної) медичної освіти працевлаштовуються саме у комунальні заклади охорони здоров'я, тим

самим забезпечуючи дієвість регіональних систем охорони здоров'я.

Таким чином, перелічені проблеми надання медичної допомоги науково-педагогічними (науковими) працівниками з метою провадження освітньої та наукової діяльності необхідно вирішувати шляхом прийняття необхідного законопроекту, а в подальшому проводити роботу щодо приведення у відповідність із даним законопроектом підзаконних нормативно-правових актів та прийняття нових підзаконних актів, що будуть уточнювати положення майбутнього Закону.

### **2.3. Проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти**

Післядипломна медична освіта грає найбільш важливу роль у підготовці висококваліфікованих медичних кадрів і є найбільш пов'язаною з медичною практикою, адже, як правило, поєднується з практичною діяльністю медичних працівників у закладах охорони здоров'я.

Реформаційні процеси, що на цей час проходять як у сфері вищої медичної освіти, так і у сфері охорони здоров'я, є часом непередуманими та руйнують напрацьовані роками зв'язки медичної освіти з медичною практикою, що негативно позначається на якості охорони здоров'я в цілому. Тому потрібно працювати над виробленнями державної політики в даній сфері таким чином, аби повною мірою забезпечити інтереси громадян та держави в цілому.

Наука державного управління приділяє достатньо багато уваги питанням державного управління в сфері охорони здоров'я. Окремими аспектами проблематики державного управління післядипломною медичною освітою займалися такі вчені в галузі державного управління, як Т. Авраменко, М. Білинська, Н. Васюк, Ю. Ковбасюк, В. Лещенко, Я. Радиш та інші. Питаннями державного регулювання післядипломної медичної освіти займалися і представники інших наук, зокрема, медичних.

Незважаючи на численні праці з питань розвитку післядипломної медичної освіти, на цей час відсутній комплексний науковий аналіз державного регулювання післядипломної медичної освіти, а тому подальші наукові розвідки у цьому напрямі є актуальними.

Так, на думку Т. Авраменко, перспективи розвитку сфери охорони здоров'я в Україні в значній мірі залежать від стану професійного рівня і якості підготовки медичних і фармацевтичних кадрів, їх безперервного удосконалення протягом трудової діяльності [13, с. 13].

Я. Радиш вважає, що пріоритетними завданнями державної політики України в галузі охорони здоров'я має стати удосконалення системи законодавчого забезпечення діяльності сфери охорони громадського здоров'я, що виражається підготовкою, затвердженням і впровадженням у життя відповідних законодавчих актів та вирішення проблеми правової післядипломної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації відповідних фахівців-професіоналів [18].

О. Ільницька, В. Катеринюк, О. Катеринюк, Н. Хороб вважають, що знання, отримані впродовж безперервної післядипломної освіти та лікарської діяльності, а також підвищення мотивації до постійного оновлення і здобуття практичних навичок, отриманих із досвідом, стануть фундаментом успішної роботи медичного працівника та вирішальним чинником розвитку медицини. Систему державного управління медичною освітою можна визначити як цілісну, ієрархічну, взаємопов'язану сукупність управлінських відносин щодо реалізації певними суб'єктами структурно розподілених функцій впливу держави на зміст, форми, стан, процеси, результати і пріоритети розвитку медичної освіти [53, с. 17].

Для підвищення рівня практичної підготовки випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти III-IV рівнів акредитації та медичних факультетів університетів, їх професійної готовності до самостійної лікарської (провізорської) діяльності існує система післядипломної медичної освіти, найважливіший вид якої становить інтернатура – первинна спеціалізація

лікарів, що є обов'язковою та без якої випускник закладу вищої медичної освіти не має права займатися професійною діяльністю, тобто надавати медичну допомогу. Правовим підґрунтям державного управління з питань організації інтернатури стала Постанова Кабінету Міністрів України від 27.02.1992 р. № 96 «Про зміни в організації спеціалізації (інтернатури) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів», де визначалося, що Кабінет Міністрів України постановляє: прийняти пропозицію Міністерства охорони здоров'я України, погоджену з Міністерством економіки, Міністерством вищої освіти, Міністерством фінансів України, про встановлення починаючи з 1992/93 навчального року спеціалізації (інтернатури) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів протягом 1-3 років. Цією ж постановою регламентувались і фінансові питання: «2. Установити, що лікарям і провізорам, які проходять спеціалізацію, заробітна плата протягом усього періоду навчання виплачується за рахунок тих установ, в яких вони проходять зазначену спеціалізацію (базові установи), в розмірі, встановленому діючим законодавством. Витрати по відрядженню інтернів на навчання в інститутах (на факультетах) удосконалення лікарів і провізорів здійснюються базовою установою в такому ж порядку, як і при направленні спеціалістів на підвищення кваліфікації [87].

Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) України було дано доручення розробити і затвердити положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів, на виконання якого вийшов Наказ від 20.06.94 р. № 104 «Про затвердження Положення про первинну спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних (фармацевтичних) вищих навчальних закладів України» [Про затв]. Відповідно до Наказу МОЗ від 19.09.1996 р. № 291 це положення втратило чинність, проте затверджено нове Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів [93]. Відповідно до п. 1.1 цього Положення

спеціалізація (інтернатура) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників усіх факультетів медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація лікаря (провізора)-спеціаліста певного фаху.

При цьому відповідно до загального законодавства у сфері освітньої діяльності, а саме ст. 18 Закону України «Про освіту» від 05.09.2017 р. інтернатура відноситься до освіти дорослих, зокрема до післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я (п. 7 ст. 18). Визначено, що інтернатура проводиться в університетах, академіях, інститутах, наукових установах, закладах охорони здоров'я, визнаних центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я як бази інтернатури, і є обов'язковою формою первинної спеціалізації осіб за лікарськими та провізорськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста або провізора-спеціаліста [112]. Згідно із ст. 61 (п. 3 ч. 3) Закону України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. лікар (провізор)-інтерн – особа, яка має ступінь магістра медичного або фармацевтичного спрямування, виконує програму підготовки в інтернатурі за відповідною спеціальністю під керівництвом лікаря закладу охорони здоров'я та закріпленого за ним викладача кафедри закладу вищої освіти, що здійснює підготовку лікарів (провізорів)-інтернів, та бере участь у наданні всіх видів медичної допомоги, передбачених вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики [133].

У Основах законодавства України про охорону здоров'я термін «інтернатура» зустрічається один раз, регламентуючи у ст. 75 що підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних працівників та фахівців з реабілітації здійснюються відповідними закладами фахової передвищої та вищої освіти, а також через [інтернатуру](#), лікарську резидентуру, клінічну ординатуру, аспірантуру і докторантуру згідно із законодавством про освіту [141].

Згідно з чинним Положенням основним завданням інтернатури є

підвищення рівня практичної підготовки випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів, їх професійної готовності до самостійної лікарської (провізорської) діяльності, безпосередньо визначає зв'язок вищої медичної освіти та медичної практики. Інтернатура проводиться в очно-заочній формі навчання на кафедрах медичних (фармацевтичних) вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів і закладів медичної (фармацевтичної) післядипломної освіти та стажування в базових установах і закладах охорони здоров'я (п. 1.4 Положення). Поряд із загальними положеннями (Розділ 1) Положення регламентує питання зарахування до інтернатури (Розділ II), організації навчального процесу (Розділ III), прав та обов'язків лікарів(провізорів)-інтернів (Розділ IV), контрольних заходів (Розділ V), переведення, звільнення та поновлення в інтернатурі (Розділ VI), фінансового забезпечення інтернатури (Розділ VII) [119].

Наведемо деякі положення, що відповідають предмету нашого дослідження з метою аналізу відповідності сучасним реаліям і потребам освіти та практики, а також для вироблення пропозицій щодо удосконалення. Так, відповідно до п.п. 3.5.2 Положення № 291 бази стажування лікарів (провізорів)-інтернів повинні відповідати таким вимогам:

- мати у своєму складі лікувально-діагностичні відділення, лабораторні та діагностичні кабінети, інші виробничі підрозділи, навчання інтернів в яких передбачене навчальним планом і програмою інтернатури з певної спеціальності;

- бути забезпечені медичним (фармацевтичним) обладнанням, апаратурою та інструментарієм, необхідними для здійснення діагностичної, лікувальної, санітарно-профілактичної (протиепідемічної), провізорської роботи на сучасному рівні і відповідно до завдань закладу чи установи (підприємства);

- мати можливість надати лікарям (провізорам)-інтернам робочі місця і обсяг роботи відповідно до вимог навчальних планів та програм інтернатури з

певної спеціальності;

– мати навчальні приміщення для лікарів (провізорів)-інтернів, обладнані необхідними навчально-методичними посібниками, таблицями, макетами, стендами, сучасними технічними засобами навчання тощо; - мати можливість забезпечення лікарів (провізорів)-інтернів гуртожитком.

При цьому під базами стажування лікарів (провізорів)-інтернів розуміють базові установи та заклади охорони здоров'я, які використовуються з метою первинної спеціалізації випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти. Базами стажування можуть бути обласні, міські і центральні районні лікарні, міські та обласні дитячі лікарні, пологові будинки, диспансери, лікарні, підпорядковані іншим відомствам, клініки науково-дослідних інститутів, діагностичні центри, бюро судово-медичної експертизи, установи і заклади санітарно-епідеміологічної служби, аптечні заклади тощо, що мають у своєму складі структурні підрозділи, підготовка в яких передбачена навчальним планом та програмою інтернатури з відповідної спеціальності.

Що стосується строків навчання, то відповідно до пп. 3.2.1. Положення тривалість навчання в інтернатурі 1-2 роки. Випускники медичних факультетів (спеціальність «лікувальна справа») та лікувальних факультетів навчаються в інтернатурі 2 роки з спеціальності «загальна практика – сімейна медицина».

Випускники медичних факультетів (спеціальність «лікувальна справа») та лікувальних факультетів навчаються в інтернатурі 1,5 роки з спеціальностей хірургічного профілю, «акушерство і гінекологія», «медицина невідкладних станів».

Випускники медичних факультетів (спеціальність «педіатрія») та педіатричних факультетів навчаються в інтернатурі 1,5 роки із спеціальностей «дитяча хірургія», «дитяча анестезіологія».

Випускники стоматологічних факультетів навчаються в інтернатурі 1,5 роки з спеціальностей «стоматологія», «стоматологія ортопедична», «ортодонтія».

Термін навчання в інтернатурі з інших спеціальностей – 1 рік [115].

Також пп. 3.2.2. Положення регламентується тривалість очної частини навчання в інтернатурі на кафедрах вищих закладів освіти та стажування в базових закладах та установах охорони здоров'я. Документ використовує бланкетну норму, посилаючись на наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.1996 р. № 50 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів» [127]. Проте цей Наказ втратив чинність на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я від 23.02.2005 р. № 81 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів», де у вигляді таблиці для 35 спеціальностей визначено тривалість інтернатури в роках та розподіл навчання на кафедрах та стажування на базі в межах кожного року [129].

Аналізуючи положення вказаних нормативно-правових актів розуміємо, що вони не відповідають ані чинному законодавству, ані сучасним тенденціям державного управління та рівню соціально-економічного розвитку суспільства. Адже навіть назва вказаного наказу та Положення суперечить чинній редакції Закону України «Про вищу освіту», де рівнів акредитації закладів вищої освіти узагалі не передбачено, а відповідно до ст. 5 підготовка фахівців з вищою освітою здійснюється за відповідними освітніми програмами на таких рівнях вищої освіти: початковий рівень (короткий цикл) вищої освіти; перший (бакалаврський) рівень; другий (магістерський) рівень; третій (освітньо-науковий/освітньо-творчий) рівень (п. 1), а здобуття вищої освіти на кожному рівні вищої освіти передбачає успішне виконання особою освітньої програми, що є підставою для присудження відповідного ступеня вищої освіти: 1) молодший бакалавр; 2) бакалавр; 3) магістр; 4) доктор філософії/доктор мистецтва (п. 2) [119]. Проте, крім назви, рівні акредитації зустрічаються по всьому тексту наказу та Положення [129].

Окрім того, вказане Положення передбачає вступ та особливості навчального процесу в інтернатурі лише за бюджетні кошти, і аж ніяк не



передбачає вступ та особливості навчального процесу в інтернатурі за кошти фізичних та юридичних осіб. Однак, відсоток інтернів, що навчаються на платній основі порівняно великий, а відтак зазначене законодавство не відповідає ані правовим, ані соціально-економічним реаліям сьогодення, а також порушує, формально, права інтернів, що навчаються або бажають навчатися в інтернатурі на платній основі. Але, усе ж, пунктами 7.8-7.10 Положення передбачено право інтернів навчатися в інтернатурі за кошти юридичних і фізичних осіб [Про затв96], однак дане право детально не регламентоване, не унормовано порядок вступу та особливості навчання інтернів на платній основі, не передбачено право бюджетних студентів навчатися на платній основі в інтернатурі.

Також не відповідає сучасній правовій дійсності і перелік документів, необхідних для вступу в інтернатуру, що передбачений даним Положенням, адже на сьогодні за чинною редакцією Закону України «Про вищу освіту» [Про вищ] скасовано обов'язковий розподіл випускників закладів вищої освіти, на підставі чого втратила чинність відповідна постанова Кабінету Міністрів України від 22.08.1996 р. № 992 «Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» [134].

Узагалі, питання обов'язкового відпрацювання випускниками закладів вищої медичної освіти в державному секторі економіки є надзвичайно важливим з точки зору державного управління, оскільки є ключовим у забезпеченні функцій держави у сфері охорони здоров'я. Однак, водночас із вищенаведеним, є також надзвичайно дискусійним, оскільки може порушувати права людини, застосовувати механізми обов'язкової праці, перетворювати державне замовлення у так зване «закріпачення» випускників закладів вищої медичної освіти. Таке питання постає в контексті ряду правових та управлінських чинників.

Адже з одного боку, існує ряд правових норм, що констатують недопустимість обов'язкового відпрацювання випускниками закладів вищої

освіти, які навчалися за державним замовленням, в тому числі випускниками саме закладів вищої медичної освіти. Причому, маються на увазі як міжнародні, так і внутрішньодержавні нормативно-правові акти. Так, на міжнародному рівні подібні відпрацювання забороняє Конвенція про скасування примусової праці № 105. Відповідно до пункту «б» статті 1 вищезгаданої Конвенції зазначено, що скасовується примусова або обов'язкова праця, в тому числі, як метод мобілізації і використання робочої сили для потреб економічного розвитку [52]. Також, відповідно до частини 2 статті 43 Конституції України, використання примусової праці забороняється [145]. Окрім того, згідно ч. 1 ст. 64 Закону України «Про вищу освіту», випускники закладів вищої освіти вільні у виборі місця роботи, крім випадків, передбачених даним Законом, а заклади вищої освіти не зобов'язані здійснювати працевлаштування випускників [Про вищ].

Водночас, як уже зазначалось вище, Кабінетом Міністрів України було скасовано постанову Кабінету Міністрів України від 22.08.1996 р. № 992. Однак, Міністерством охорони здоров'я України так і не було прийнято рішення щодо скасування наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.1997 р. № 367 «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» [119], що був ухвалений на виконання згаданої постанови та по суті дублює її, екстраполюючи на специфіку взаємовідносин закладів вищої медичної (фармацевтичної) освіти із закладами охорони здоров'я. А от далі відкривається інший бік обов'язкового відпрацювання у публічному секторі економіки, який полягає у специфічній позиції Міністерства охорони здоров'я України, що по суті, зобов'язує підпорядковані заклади вищої освіти подавати позови до випускників, які не відпрацювали після закінчення інтернатури 3 роки за направленням. Причому, позови не зупинилися після скасування обговорюваної постанови, і подаються на підставі угоди, яка була укладена між закладом

вищої медичної освіти та студентом і однією з умов якої є обов'язкове відпрацювання 3 років після навчання.

Така позиція Міністерства охорони здоров'я України з правової точки зору дивує, адже протирічить усім вищенаведеним правовим нормам, в тому числі і міжнародним. Але з погляду державного управління, зазначену позицію можна пояснити гострою потребою вітчизняної галузі охорони здоров'я у висококваліфікованих медичних працівниках, яких катастрофічно не вистачає.

Однак, державне управління має здійснюватись при неухильному дотриманні чинних правових норм та водночас бути ефективним та вирішувати завдання держави, виконувати її функції. Тому у даному випадку необхідно вирішувати проблеми дефіциту висококваліфікованих медичних кадрів не методами заборон та примусів, а методом стимулювання, в першу чергу. В цьому контексті прикладом стимулювання можуть служити норми частини 4 ст. 43 Закону України «Про вищу освіту», де вказано, що випускникам вищих медичних і педагогічних навчальних закладів, які уклали угоду про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості або селищах міського типу, держава відповідно до законодавства забезпечує безоплатне користування житлом з опаленням і освітленням у межах встановлених норм [121]. Також як приклад стимулювання випускників закладів вищої медичної освіти слід навести наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.05.2012 р. № 390 «Про затвердження Порядку надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямками і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілів». Зокрема, Порядок, затверджений зазначеним наказом, передбачає виплату одноразової грошової допомоги випускникам закладів вищої медичної освіти, які навчались за державним замовленням та уклали договір про роботу на строк не менше трьох років у сільських закладах охорони здоров'я на посадах лікарів яким після закінчення інтернатури присвоєно кваліфікацію спеціаліста певного фаху, а також у інших закладах охорони здоров'я на посадах лікарів загальної

практики – сімейних лікарів, лікарів – педіатрів дільничних і лікарів – терапевтів дільничних, яким після закінчення інтернатури присвоєно кваліфікацію спеціаліста відповідного фаху[128].

Проте, вказані стимули є доволі недостатніми для розвитку медицини у сільській місцевості та її охорони здоров'я взагалі. Абсолютно неконкурентна зарплата українських медиків порівняно із тим, який рівень оплати праці мають лікарі у сусідніх державах, спонукає їх оформлювати належним чином освітні документи для нострифікації у зарубіжних державах та їхати туди на заробітки. Також Положення має безліч уже застарілих термінів, що є скасованими законодавчо. До прикладу, це: «магістратура» (у значенні післядипломної магістерської освіти спеціалістів зі спеціальності «Лікувальна справа»), «клінічна ординатура», «санітарно-епідеміологічна станція» [137].

Одним з найважливіших видів післядипломної медичної освіти є інтернатура, проходження якої регулюється нормами Закону України «Про вищу освіту», а також наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.1996 р. № 291 «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів» [112].

Зазначений наказ та затверджене ним Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів (далі – Положення), є дуже анахронічними та не відповідають ані чинному законодавству, ані сучасним тенденціям державного управління та рівню соціально-економічного розвитку суспільства. Адже навіть назва вказаного наказу та Положення суперечить чинній редакції Закону України «Про вищу освіту», адже відповідно зазначеному закону рівнів акредитації закладів вищої освіти узагалі не існує. Крім назви, рівні акредитації зустрічаються по всьому тексту наказу та Положення [112].

Окрім того, вказане Положення передбачає вступ та особливості

навчального процесу в інтернатурі лише за бюджетні кошти, і аж ніяк не передбачає вступ та особливості навчального процесу в інтернатурі за кошти фізичних та юридичних осіб. Однак, відсоток інтернів, що навчаються на платній основі порівняно великий, а відтак зазначене законодавство не відповідає ані правовим, ані соціально-економічним реаліям сьогодення, а також порушує, формально, права інтернів, що навчаються або бажають навчатися в інтернатурі на платній основі. Але, усе ж, пунктами 7.8-7.10 Положення передбачено право інтернів навчатися в інтернатурі за кошти юридичних і фізичних осіб, однак дане право детально не регламентоване, не унормовано порядок вступу та особливості навчання інтернів на платній основі, не передбачено право бюджетних студентів навчатися на платній основі в інтернатурі [112].

Намагання змінити нормативно-правову базу інтернатури в Україні вже було, але не знайшло своєї підтримки у медичних та медико-освітянських колах. А головне, такі намагання зустріли величезний опір студентів, які наприкінці 2019 року вийшли на акції громадянського протесту по всій Україні проти нового Положення про інтернатуру. Такий різкий супротив широких кіл студентів-медиків проти модернізації інтернатури пояснюється загрозою залишитися узагалі без лікарської спеціальності, адже проект передбачав електронну систему розподілу в інтернатуру на основі результатів ліцензійного іспиту «Крок-2», обмежену кількість місць інтернатури, що обумовлювало неможливість для багатьох випускників закладів вищої медичної освіти фактично реалізувати своє право вступу до інтернатури. За такої ситуації, більшість українських студентів закладів вищої медичної освіти переїхали б у сусідню Польщу для проходження інтернатури, що стало б одним із причин і без того серйозного відтоку лікарських кадрів із нашої держави.

Окрім того, проектом Положення про інтернатуру пропонувалося скорочення спеціальностей підготовки в інтернатурі з 35 до 13. Так, до нового переліку спеціальностей інтернатури не потрапили такі лікарські та

провізорські спеціальності, як: «Дитяча хірургія», «Загальна гігієна», «Епідеміологія», «Інфекційні хвороби», «Лабораторна діагностика», «Медична психологія», «Клінічна онкологія», «Медична психологія», «Мікробіологія та вірусологія», «Неврологія», «Нейрохірургія», «Ортопедія і травматологія», «Патологічна анатомія», «Пульмонологія та фтизіатрія», «Судово-медична експертиза», «Урологія», «Загальна фармація», «Клінічна фармація», «Неонатологія», «Дитяча анестезіологія», «Спортивна медицина», «Дерматовенерологія», «Дитяча отоларингологія», «Фізична та реабілітаційна медицина» [153]. Однак, абсолютно усі з перелічених спеціальностей особливо потрібні вітчизняному суспільству для охорони здоров'я людей від різних хвороб, травм, отруєнь та патологічних станів. А деякі з них, як продемонструвала вже наша суворая дійсність, в тому числі пандемія COVID-19, мають стратегічне, і не лише загальнодержавне, а міжнародне значення.

Також не відповідає сучасній правовій дійсності і перелік документів, необхідних для вступу в інтернатуру, що передбачений даним Положенням, адже на сьогодні за чинною редакцією Закону України «Про вищу освіту» [25] скасовано обов'язковий розподіл випускників закладів вищої освіти, також було скасовано відповідну постанову Кабінету Міністрів України від 22.08.1996 р. № 992 «Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» [109].

Узагалі, питання обов'язкового відпрацювання випускниками закладів вищої медичної освіти в державному секторі економіки є надзвичайно важливим з точки зору державного управління, оскільки є ключовим у забезпеченні функцій держави у сфері охорони здоров'я. Однак, водночас із вищенаведеним, є також надзвичайно дискусійним, оскільки може порушувати права людини, застосовувати механізми обов'язкової праці, перетворювати державне замовлення у так зване «закріпачення» випускників закладів вищої медичної освіти. Таке питання постає в контексті ряду правових та управлінських чинників.

Адже з одного боку, існує ряд правових норм, що констатують недопустимість обов'язкового відпрацювання випускниками закладів вищої освіти, які навчалися за державним замовленням, в тому числі випускниками саме закладів вищої медичної освіти. Причому, маються на увазі як міжнародні, так і внутрішньодержавні нормативно-правові акти. Так, на міжнародному рівні подібні відпрацювання забороняє Конвенція про скасування примусової праці № 105. Відповідно до пункту «б» статті 1 вищезгаданої Конвенції зазначено, що скасовується примусова або обов'язкова праця, в тому числі, як метод мобілізації і використання робочої сили для потреб економічного розвитку [157]. Також, відповідно до частини 2 статті 43 Конституції України, використання примусової праці забороняється [18]. Окрім того, згідно ч. 1 ст. 64 Закону України «Про вищу освіту», випускники закладів вищої освіти вільні у виборі місця роботи, крім випадків, передбачених даним Законом, а заклади вищої освіти не зобов'язані здійснювати працевлаштування випускників [31].

Водночас, як уже зазначалось вище, Кабінетом Міністрів України було скасовано постанову Кабінету Міністрів України від 22.08.1996 р. № 992. Однак, Міністерством охорони здоров'я України так і не було прийнято рішення щодо скасування наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.1997 р. № 367 «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» [164], що був ухвалений на виконання згаданої постанови та по суті дублює її, екстраполюючи на специфіку взаємовідносин закладів вищої медичної (фармацевтичної) освіти із закладами охорони здоров'я. А от далі відкривається інший бік обов'язкового відпрацювання у публічному секторі економіки, який полягає у специфічній позиції Міністерства охорони здоров'я України, що по суті, зобов'язує підпорядковані заклади вищої освіти подавати позови до випускників, які не відпрацювали після закінчення інтернатури 3 роки за направленням. Причому, позови не зупинилися після скасування обговорюваної

постанови, і подаються на підставі угоди, яка була укладена між закладом вищої медичної освіти та студентом і однією з умов якої є обов'язкове відпрацювання 3 років після навчання.

Така позиція Міністерства охорони здоров'я України з правової точки зору дивує, адже протирічить усім вищенаведеним правовим нормам, в тому числі і міжнародним. Але з погляду державного управління, зазначену позицію можна пояснити гострою потребою вітчизняної галузі охорони здоров'я у висококваліфікованих медичних працівниках, яких катастрофічно не вистачає.

Однак, державне управління має здійснюватись при неухильному дотриманні чинних правових норм та водночас бути ефективним та вирішувати завдання держави, виконувати її функції. Тому у даному випадку необхідно вирішувати проблеми дефіциту висококваліфікованих медичних кадрів не методами заборон та примусів, а методом стимулювання, в першу чергу. В цьому контексті прикладом стимулювання можуть служити норми частини 4 ст. 43 Закону України «Про вищу освіту», де вказано, що випускникам вищих медичних і педагогічних навчальних закладів, які уклали угоду про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості або селищах міського типу, держава відповідно до законодавства забезпечує безоплатне користування житлом з опаленням і освітленням у межах встановлених норм [6]. Також як приклад стимулювання випускників закладів вищої медичної освіти слід навести наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.05.2012 р. № 390 «Про затвердження Порядку надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямами і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілів». Зокрема, Порядок, затверджений зазначеним наказом, передбачає виплату одноразової грошової допомоги випускникам закладів вищої медичної освіти, які навчались за державним замовленням та уклали договір про роботу на строк не менше трьох років у сільських закладах охорони здоров'я на посадах лікарів яким після закінчення інтернатури присвоєно кваліфікацію спеціаліста певного



фаху, а також у інших закладах охорони здоров'я на посадах лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів - педіатрів дільничних і лікарів - терапевтів дільничних, яким після закінчення інтернатури присвоєно кваліфікацію спеціаліста відповідного фаху [19].

Однак, вказані стимули є доволі недостатніми для стрімкого розвитку медицини у сільській місцевості та й охорони здоров'я взагалі. Абсолютно неконкурентна зарплата українських медиків порівняно із тим, який рівень оплати праці мають лікарі у сусідніх державах, спонукає їх оформлювати належним чином освітні документи для нострифікації у зарубіжних державах та їхати туди на заробітки. На нашу думку, ситуацію може змінити чітка та реалістична державна програма соціально-економічного розвитку з питань відновлення престижності лікарської праці, яка б забезпечувала гідні умови професійної медичної діяльності, включаючи житло, достойну заробітну плату, помірну плату за комунальні послуги, забезпечення сучасним медичним обладнанням, інші пільги та бонуси від держави.

Також Положення має безліч уже застарілих термінів, що є скасованими законодавчо. До прикладу, це: «магістратура» (у значенні післядипломної магістерської освіти спеціалістів зі спеціальності «Лікувальна справа»), «клінічна ординатура», «санітарно-епідеміологічна станція».

Також, на даний час, присутні проблемні питання, що пов'язані з проходженням інтернатури в закладах охорони здоров'я – комунальних некомерційних підприємствах. Дані проблеми виявляються у першу чергу при проходженні інтернатури за державним замовленням, адже комунальні некомерційні підприємства не фінансуються за бюджетні кошти та фінансуються за рахунок надання послуг фізичним та юридичним особам, в тому числі за програмою державних медичних гарантій. Вказаних коштів катастрофічно не вистачає на потреби закладів через недофінансування, а тому виплата зарплат лікарям-інтернам є для них великою проблемою. В свою чергу, внаслідок наведеної ситуації під загрозою опиняється проходження інтернатури

за держзамовленням, а це означає, що зривається державний план підготовки спеціалістів за лікарськими спеціальностями, в яких є гостра державна потреба.

На сьогодні досі не розробленим і не затвердженим є Положення про лікарську резидентуру, немає і освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-резидента. Поміж-тим, змінами у Закон України «Про вищу освіту» було вилучено норми про клінічну ординатуру [74], через що зупинено підготовку клінічних ординаторів закладами післядипломної медичної освіти або факультетами післядипломної освіти закладів вищої медичної освіти, що має наслідком в тому числі і втрату коштів вітчизняними закладами медичної освіти через неможливість підготовки іноземців у клінічній ординатурі. Однак, Положення про клінічну ординатуру, затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.01.1998 р. № 12 є чинним та досі не скасовано [161].

Також викликають дуже багато питань різноманітні проекти положень про професійне ліцензування медичних працівників, де по суті викладається своєрідне бачення регламентації процесу проходження інтернатури та лікарської резидентури, створення та функціонування органів професійного лікарського самоврядування. Зокрема, пропонується створити органи лікарського самоврядування та наділити їх, в тому числі, функціями приймати кваліфікаційні іспити, за результатами яких видавати професійні ліцензії, що є підставою для зайняття медичною діяльністю та обіймання лікарських посад.

Відповідно до проекту Концепції професійного ліцензування лікарів запропоновано новий алгоритм доступу до професії: 6 років університету (включаючи іспити «Крок1-2») – інтернатура (включаючи іспит «Крок-3») – неповна ліцензія – резидентура – повна ліцензія – здобуття балів – подовження ліцензії – у разі деяких проблем – зупинка або позбавлення ліцензії [88].

Проблемою є також скорочення фінансування закладів післядипломної медичної освіти, а по суті зміна її концепції. Наслідком таких змін має бути тотальне скорочення науково-педагогічних працівників Національної медичної

академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Запорізької медичної академії післядипломної освіти.

До прикладу, у Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика заявили про загрозу ліквідації 25 унікальних кафедр і скорочення співробітників через зміну системи фінансування професійного розвитку лікарів. Юрій Вдовиченко заявив, що через недофінансування з держбюджету Національній медичній академії післядипломної освіти доведеться скоротити близько 40% співробітників [64].

Трансформацію фінансування підвищення кваліфікації та впровадження фінансування БПР втілюватиметься за гібридною моделлю переходу до капітаційного фінансування, а саме з 1 квітня 2020 р. передбачити 50% коштів для підвищення кваліфікації на інституційне фінансування закладів, а 50% коштів направити на департаменти охорони здоров'я за КПКВК 2301090 для трансфертів на персоніфіковані виплати для лікарів із цільовим призначенням — БПР [33].

До проблем післядипломної медичної освіти можна віднести: застарілу нормативно-правову базу, що її регулює; невдалі спроби реформування державного управління післядипломною медичною освітою, що не ґрунтуються на державницькому підході розвитку охорони здоров'я та не враховують багатьох важливих питань (як то: необхідність тих чи інших медичних спеціальностей, необхідність підготовки достатньої кількості висококваліфікованих медичних кадрів, забезпечення балансу між правами випускників та інтересами держави, забезпечення інтересів закладів вищої та післядипломної медичної освіти, створення зайвих перепон на шляху до лікарської професії).

Державна політика в питаннях організації післядипломної медичної освіти має ґрунтуватися на необхідності подальшого розвитку та поглиблення співпраці між закладами вищої та післядипломної медичної освіти та закладами

охорони здоров'я з метою досягнення суспільно корисного результату у вигляді підвищення якості та доступності медичних послуг у державі.

### **Висновки до другого розділу**

Визначено форми взаємодії вищої медичної освіти з практичною медициною згідно із чинним законодавством України; проаналізовано проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої медичної освіти; виявлено проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти.

Організація вищої медичної освіти передбачає наявність клінічних кафедр, науково-педагогічні працівники яких здійснюють навчальну, наукову та лікувальну роботу. Причому лікувально-діагностична робота здійснюється науково-педагогічними працівниками як невід'ємна складова освітнього процесу. Крім того, науково-педагогічні працівники разом з освітньою здійснюють наукову діяльність, у тому числі готують дисертації на здобуття наукових ступенів, апробують нові методи лікування певних хвороб та вдосконалюють уже відомі методи, здійснюють клінічні випробування лікарських засобів. Отже, клінічна кафедра, що є структурним підрозділом закладу вищої медичної освіти, знаходиться на території закладу охорони здоров'я та здійснює навчальну, наукову, а також лікувально-діагностичну діяльність, є основою для взаємодії між закладом вищої медичної освіти та закладом охорони здоров'я. А на цій основі реалізуються різні форми співпраці між закладами вищої медичної освіти та закладами охорони здоров'я. До них належать університетські клініки, інтернатура, лікарська резидентура, різноманітні форми безперервного професійного розвитку лікарів, оренда приміщень і медичної техніки, проведення клінічних та доклінічних досліджень лікарських засобів, залучення викладачів закладів вищої медичної освіти до медичної практики, залучення лікарів до викладацької діяльності в закладах

вищої медичної освіти тощо.

Встановлено, що основною проблемою діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти є питання доступу до пацієнтів у науково-педагогічних працівників закладів вищої (післядипломної) медичної освіти, а також лікарів-інтернів. Справа в тому, що можливість надання медичної допомоги науково-педагогічними (науковими) працівниками, що мають відповідну лікарську категорію або сертифікат лікаря-спеціаліста, лікарями-інтернами, іншими лікарями в процесі здобуття післядипломної освіти, не було передбачено ані Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, ані Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. І прийняття Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо окремих питань організації освітнього процесу у сфері охорони здоров'я» від 03.07.2020 № 749-IX вирішило зазначену проблему лише тимчасово. Відповідно до перехідних положень цього Закону, норма, якою регламентовано право надання медичної допомоги науково-педагогічних працівників закладів вищої (післядипломної) освіти, які здійснюють підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я, діє лише протягом двох років з моменту прийняття, що не є логічним. Адже саме можливість здійснення лікувально-діагностичної роботи в умовах освітнього процесу забезпечує високоякісну підготовку кваліфікованих медичних кадрів з відповідними практичними компетентностями. Така діяльність має не тимчасовий, а постійний характер та ґрунтується на багаторічних традиціях плідної співпраці закладів вищої медичної освіти із закладами охорони здоров'я. Тому потрібно сприяти трансформації цих норм у постійні норми без зазначення строку їх дії, адже досягнення результату є вирішальним для подальшої діяльності закладів вищої медичної освіти з підготовки висококваліфікованих медичних кадрів.

Законодавчими актами не визначено й правовий режим використання

медичного обладнання закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ, що знаходиться зазвичай на клінічних кафедрах (лабораторіях) на території закладів охорони здоров'я.

Окремою проблемою є фінансування університетських клінік. Університетські клініки – заклади охорони здоров'я, що є лікувально-навчально-науковими підрозділами закладів вищої освіти та закладів післядипломної освіти, що готують фахівців у сфері охорони здоров'я та/або здійснюють їх післядипломну освіту. Зокрема, виходячи зі змісту проєкту Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення системи управління сферою охорони здоров'я та забезпечення медичного обслуговування населення (р. № 5873), державні установи для фінансування за програмою медичних гарантій необхідно перетворити у державні некомерційні підприємства, оскільки Постановою КМУ «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28.03.2018 № 391 не передбачено фінансування державних установ за програмою медичних гарантій. Оскільки заклади вищої освіти є державними установами, а університетські клініки – їх структурними підрозділами, то перетворення університетських клінік на державні некомерційні підприємства призведе до втрати закладами вищої освіти своїх структурних підрозділів. Крім того, таке перетворення суперечитиме ст. 33 Закону України «Про вищу освіту», Типовому положенню про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти), затвердженому наказом МОЗ України від 06.07.2015 № 408.

Потребують також уваги проблеми фінансування видатків на оренду та комунальні платежі в контексті розміщення клінічних кафедр у закладах охорони здоров'я, оплати праці за лікувально-діагностичну роботу науково-педагогічним працівникам в умовах відсутності доступу до пацієнтів.

Наголошено, що для розв'язання окреслених проблем необхідно вносити зміни до чинного законодавства.

На основі аналізу чинної нормативно-правової бази та соціально-економічних відносин у державі, а також управлінської практики розглянуто основні проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти. Зокрема, встановлено, що одним з найважливіших видів післядипломної медичної освіти є інтернатура – первинна спеціалізація лікарів, що є обов'язковою та без якої випускник закладу вищої медичної освіти не має права займатися професійною діяльністю, тобто надавати медичну допомогу.

Проблеми інтернатури на цей час не вирішуються оновленням нормативно-правової бази. Адже сучасний стан державної регламентації не містить багатьох аспектів специфіки регулювання навчання інтернів за кошти фізичних чи юридичних осіб (особливості зарахування осіб, що навчаються на контрактній основі; особливості оформлення відносин із базою стажування; особливі підстави відрахування тощо); не враховує рівноправності форм власності у відносинах інтернатури; створює зайві перешкоди при набутті статусу бази стажування; не враховує деякі лікарські спеціальності відповідно до суспільних потреб тощо.

Не є остаточно вирішеним на організаційно-правовому рівні питання обов'язкового працевлаштування випускників закладів вищої медичної освіти бюджетної форми навчання після інтернатури.

До того ж, чекають свого вирішення на управлінсько-правовому рівні проблеми регламентації лікарської резидентури, фінансування безперервного професійного розвитку лікарських кадрів, лікарського самоврядування й індивідуального ліцензування лікарської діяльності, вироблення належних стимулюючих механізмів для професійної діяльності в Україні кваліфікованих молодих лікарських кадрів – випускників закладів вищої та післядипломної медичної освіти.





### РОЗДІЛ 3

## НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ З ПИТАНЬ ВЗАЄМОДІЇ СИСТЕМ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

### **3.1. Напрями удосконалення державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти**

На сучасному етапі реалізації медичної реформи відкрилася низка організаційних, соціальних та правових проблем, що негативно позначаються на розвитку та стані справ у сфері охорони здоров'я. Зокрема, в окрему групу можна виокремити проблеми вищої медичної освіти, які потребують нагального вирішення. Адже, цілком зрозуміло, що без потужного кадрового потенціалу у сучасній системі охорони здоров'я немає перспектив стабільного розвитку.

Реформованим законодавством в сфері охорони здоров'я, що обумовлює сучасну трансформацію вищезазначеної сфери, на жаль не враховано особливості надання медичної допомоги як невід'ємної складової освітнього (наукового) процесу при підготовці фахівців в сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень. Надання такої медичної допомоги в основному пов'язано з особливостями взаємодії закладів охорони здоров'я із закладами вищої (післядипломної) освіти та науковими установами, співпраця яких передбачає спільну діяльність в напрямках провадження навчальної, наукової та лікувально-діагностичної діяльності. Організація зазначеної співпраці, як правило, здійснюється шляхом розміщення на території закладів охорони здоров'я навчально-наукових (наукових) підрозділів (кафедр, лабораторій тощо) закладів вищої (післядипломної) освіти та наукових установ на умовах договорів про спільну діяльність. При цьому науково-педагогічні (наукові) працівники, що мають відповідну лікарську категорію та/або

сертифікат лікаря-спеціаліста, лікарі-інтерни, інші лікарі, які навчаються на післядипломному рівні професійної підготовки, надають медичну допомогу пацієнтам закладу охорони здоров'я, на території якого розміщено відповідний підрозділ закладу вищої (післядипломної) освіти та наукової установи, в межах провадження освітнього (наукового) процесу.

Надання медичної допомоги (профілактика, діагностика, лікування та реабілітація) науково-педагогічними працівниками під час підготовки (перепідготовки, підвищення кваліфікації) фахівців в сфері охорони здоров'я є обов'язковою компонентою освітнього процесу, невід'ємною частиною навчального плану з підготовки лікарських кадрів. Без практичної компоненти навчання студентів (інших осіб, що навчаються у закладі вищої (післядипломної) освіти) біля ліжка хворого, оволодіння ними необхідними для лікаря компетентностями є неможливим. Таким чином, без забезпечення необхідних організаційно-правових умов надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ як невід'ємної складової освітнього (наукового) процесу при підготовці фахівців в сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень, високоякісна підготовка кваліфікованих медичних кадрів та проведення результативних медико-біологічних досліджень є неможливим.

Вищеописана співпраця закладів вищої (післядипломної) медичної освіти (наукових установ) із закладами охорони здоров'я в Україні успішно триває вже багато десятиліть, має свої усталені традиції та фундаментальні принципи, на яких практично ґрунтується уся вітчизняна система вищої медичної освіти, що вибудовувалася більш як століття та має багатьох славетних вихованців, що стали видатними лікаря та вченими галузі медицини.

Донедавна, ключові відносини співпраці закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ із закладами охорони здоров'я успішно регулювалися постановою Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких

бюджетних установ одночасно з різних бюджетів» та наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.09.1997 № 174 «Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я». Зазначені нормативно-правові акти передбачають забезпечення наступних необхідних умов провадження співпраці для закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ:

1) надання медичної допомоги населенню в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ;

2) безоплатне користування нерухомим майном комунальних закладів охорони здоров'я для розміщення навчально-наукових структурних підрозділів з оплатою комунальних платежів за рахунок місцевих бюджетів.

На даний час вищевказані нормативно-правові акти не втратили своєї юридичної сили. Однак, у зв'язку з прийняттям Законів України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та ряду прийнятих на їх виконання підзаконних нормативно-правових актів, автономізації більшості комунальних закладів охорони здоров'я (тобто зміни організаційно-правової форми з комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства), основні положення постанови Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 та наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.09.1997 № 174 стали мати дискусійний характер. В таких умовах далеко не усі суб'єкти означених правовідносин дотримуються приписів вищезазначених актів. Підтвердженням даного факту є прийняття рішень рядом обласних рад в Україні щодо організації співпраці закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування на підставі договорів оренди з відшкодуванням витрат на комунальні платежі (наприклад, рішення сесії Дніпропетровської та Запорізької обласних рад).

Однак основною проблемою забезпечення практичної складової освітнього (наукового) процесу під час підготовки фахівців медичного профілю та

проведення медико-біологічних досліджень є питання доступу до пацієнтів у науково-педагогічних (наукових) працівників закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ, а також лікарів-інтернів. Справа в тому, що можливість надання медичної допомоги науково-педагогічними (науковими) працівниками, що мають відповідну лікарську категорію або сертифікат лікаря-спеціаліста, лікарями-інтернами, іншими лікарями в процесі здобуття післядипломної освіти, не передбачено ані Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ні Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Законодавчими актами також і не визначено правовий режим використання медичного обладнання закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ, що знаходиться як правило на клінічних кафедрах (лабораторіях) на території закладів охорони здоров'я. Положення про лікувально-діагностичну діяльність науково-педагогічних працівників клінічних кафедр закладів вищої (післядипломної) медичної освіти наказу МОЗ України від 06.09.1997 № 174 сприймаються в більшості випадків органами управління охороною здоров'я як дискусійні, а тому за вимогами даних органів науково-педагогічні (наукові) працівники для доступу до пацієнтів мають бути працевлаштовані в закладах охорони здоров'я. Однак, працевлаштування на лікарські посади усіх науково-педагогічних (наукових) працівників в заклади охорони здоров'я видається нереальним через відсутність такої кількості вакансій. Тому, необхідно комплексно змінювати законодавство з метою регламентації надання медичної допомоги населенню науково-педагогічними (науковими) працівниками без трудових відносин із закладом охорони здоров'я на підставі договорів про спільну діяльність із закладами вищої (післядипломної) медичної освіти та науковими установами.

Таким чином, змінами до деяких законів України необхідно вирішити наступні основні проблеми провадження медичної діяльності в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ як невід'ємної

складової освітнього (наукового) процесу при підготовці фахівців в сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень:

1) проблема доступу до пацієнтів для надання медичної допомоги науково-педагогічними (науковими) працівниками з метою провадження освітньої та наукової діяльності;

2) відсутність фінансування державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ на сплату орендних платежів за використання нерухомого майна комунальних закладів охорони здоров'я під розміщення навчально-наукових (наукових) структурних підрозділів;

3) відсутність фінансування державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ на сплату комунальних платежів, пов'язаних з утриманням нерухомого майна комунальних закладів охорони здоров'я, де розміщені навчально-наукові (наукові) структурні підрозділи.

Окремою проблемою є також фінансування університетських клінік. Університетські клініки – заклади охорони здоров'я, що є лікувально-навчально-науковими підрозділами закладів вищої освіти та закладів післядипломної освіти, що готують фахівців у сфері охорони здоров'я та/або здійснюють їх післядипломну освіту. Статус університетських клінік визначено ст. 33 Закону України «Про вищу освіту», Типовим положенням про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти), затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України. Крім того, ст. 33 Закону України «Про вищу освіту», передбачено можливість утворювати в структурі закладів вищої освіти університетські лікарні.

Джерелами фінансування університетських клінік є: 1) кошти Державного бюджету України;

2) власні надходження ВНЗ:

доходи від плати за послуги, що надаються згідно із законодавством університетською клінікою;

за оренду майна клініки;

благодійні внески, гранти та дарунки;

інші джерела, не заборонені законодавством.

Цікаво, що вищезазначене Типове положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти) до джерел фінансування відносить і власні надходження вищих навчальних закладів, що не дозволено ч. 4 ст. 13 Бюджетного кодексу України, до якої пропонується внести відповідні зміни, аби дозволити таке використання. Адже саме надходження від основної діяльності (для закладів вищої та післядипломної освіти основною діяльністю є підготовка відповідних фахівців) є найбільш чисельними та стабільними, оскільки велика кількість закладів вищої освіти, що готують фахівців в сфері охорони здоров'я, спеціалізується на підготовці іноземних громадян, що дозволяє залучати до спеціального фонду кошторисів відповідних закладів достатньо серйозні фінансові ресурси, які можуть бути використані, в тому числі, і для забезпечення діяльності університетської клініки (ремонт, енергоносії, високотехнологічне медичне обладнання), оскільки університетські клініки, як зазначалось вище, є лікувально-навчально-науковими підрозділами, а лікувальний, навчальний та науковий процеси є невіддільними, пов'язаними, взаємозалежними, становлять собою різні прояви освітнього процесу при підготовці висококваліфікованих медичних кадрів.

Надходження з Державного бюджету та від провадження медичної практики університетськими клініками є недостатнім для стрімкого розвитку вищезазначених клінік, адже ці кошти покривають лише нагальні потреби, не створюючи фондів для розвитку. Фінансування закладами вищої освіти університетських клінік за рахунок власних надходжень від провадження основної діяльності – підготовки фахівців, дозволить більш ефективно сконцентрувати інтелектуально-кадровий, науковий, інноваційний та фінансовий потенціал не лише з метою якісної підготовки висококваліфікованих медичних кадрів, а й з метою надання високопрофесійної медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівнях з використанням найсучаснішого медичного обладнання.

Світовий досвід свідчить про те, що підготовка медичних кадрів

здійснюється на базі університетських клінік. В сусідній Польщі, наприклад, університети мають власні університетські клініки, що фінансуються з різних джерел.

Без належного оснащення університетських клінік та лікарень не можливим є процес якісної підготовки майбутніх лікарів. Крім цього, внаслідок реформування, зменшується кількість лікувальних закладів регіону, тому значення університетської клініки буде тільки зростати. В таких умовах з метою збереження та подальшого розвитку медицини на регіональному рівні варто навпаки розширювати мережу університетських клінік та лікарень шляхом їх передачі університетам з місцевих бюджетів та посилювати їх матеріально-технічну базу.

Крім того, зазначимо, що відповідно до ст. 3 Конституції України, людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Згідно преамбули до Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави. Відповідно до ст. 4 цього ж Закону, одним із основних принципів охорони здоров'я в Україні є визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України. Згідно ст. 5 того ж нормативно-правового акту, державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності. Однак, без належної підготовки висококваліфікованих медичних кадрів та результативного проведення медико-біологічних наукових досліджень не можливо забезпечити високий рівень охорони здоров'я в Україні, а тому означені проблеми не є проблемами суто закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ, а є спільними проблемами суспільства в цілому, усієї системи публічної влади, в тому числі органів державної влади та місцевого

самоврядування. До того ж, переважна більшість випускників закладів вищої (післядипломної) медичної освіти працевлаштовуються саме у комунальні заклади охорони здоров'я, тим самим забезпечуючи дієвість регіональних систем охорони здоров'я.

Таким чином, перелічені проблеми надання медичної допомоги науково-педагогічними (науковими) працівниками з метою провадження освітньої та наукової діяльності необхідно вирішувати шляхом прийняття необхідного законопроекту, а в подальшому проводити роботу щодо приведення у відповідність із даним законопроектом підзаконних нормативно-правових актів та прийняття нових підзаконних актів, що будуть уточнювати положення майбутнього Закону.

Шляхи вирішення вищевказаних проблем є неможливими без внесення відповідних змін у законодавство, які потрібно і варто обговорювати на рівні державного управління, а також з юридичною, медичною та профільною науково-педагогічною спільнотою.

Питання проблем державного управління вищою медичною освітою є предметом наукових досліджень таких науковців, як: Я. Ф. Радиш, Д. В. Карамішев, М.М. Білинська, З.О. Надюк, Н. В. Авраменко, І. Я. Сенюта та багатьох інших вчених. Однак, на даний час бракує наукових публікацій, що присвячені саме державному регулюванню діяльності клінічних кафедр в контексті сучасної трансформації охорони здоров'я. Тому, дослідження діяльності клінічних кафедр з позицій державного регулювання з огляду на його значення для розвитку охорони здоров'я є надзвичайно актуальним.

Зокрема, І. О. Беззуб зазначає, що крім змін у дипломній та післядипломній освіті, урядовцям, парламентарям, освітянам і медикам потрібно визначитися з тим, як зокрема впорядкувати відносини між навчальними закладами та закладами охорони здоров'я [17].

Г. М. Руденко стверджує, що одним із пріоритетів реформи є удосконалення вищої медичної освіти та підвищення практично-орієнтованої підготовки медичних кадрів. Необхідно значно посилити практичну підготовку



майбутніх лікарів при збереженні високого рівня теоретичних знань. Основним завданням практичноорієнтованого навчання студентів–медиків на кафедрах є освоєння ними методів клінічного обстеження та діагностики захворювань, а також формування клінічного мислення. Лікар, який володіє гарними теоретичними знаннями, але не має практичних навиків збору анамнезу, клінічного обстеження та аналізу додаткових методів обстеження, в критичних ситуаціях не зможе швидко встановити вірний діагноз і надати якісну медичну допомогу [54, с. 170].

Заїчко Н.В., Мельник А.В., Качула С.О., Юрченко П.О., Качула О.О. зауважують, що використання університетської клініки як клінічної бази надає можливість найширшої інтеграції освітньої, лікувальної та наукової роботи викладачів в роботу медичних установ. Швидкість та ефективність втілення таких напрямків також залежить від фінансування. Враховуючи нинішній стан економіки нашої країни, бюджетне забезпечення університетських клінік знаходиться не в кращому стані, зокрема недостатньо засобів на отримання сучасного медичного обладнання та надання безкоштовної медичної допомоги. Це спонукає до пошуку інших джерел фінансування, спонсорської та грантової підтримки [41, с. 81].

Нормативно-правовою базою у цій сфері правового регулювання є Конституція України [91], Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [92], Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [95], Закон України «Про вищу освіту» [97], Закон України «Про оренду державного та комунального майна» [98], Закон України «Про місцеве самоврядування» [99], Бюджетний кодекс України [100].

Успішна та якісна підготовка медичних кадрів є основним та вирішальним фактором ефективності системи охорони здоров'я, що є одним із головних завдань державного управління в Україні. Клінічна кафедра закладів вищої (післядипломної) освіти грає основну роль у підготовці лікарських кадрів. адже саме на базі клінічних кафедр безпосередньо формуються лікувальні

компетентності майбутнього лікаря. Клінічна кафедра займає особливе місце у функціональній взаємодії суб'єктів підготовки лікарських кадрів, юридично будучи у структурі закладу вищої (післядипломної) медичної освіти, а де-факто, організаційно перебуває у складі закладу охорони здоров'я, виконуючи частину лікувального навантаження даного закладу.

Місце та значення клінічних кафедр у соціальному розвитку держави зображено на рис. 3. 1.

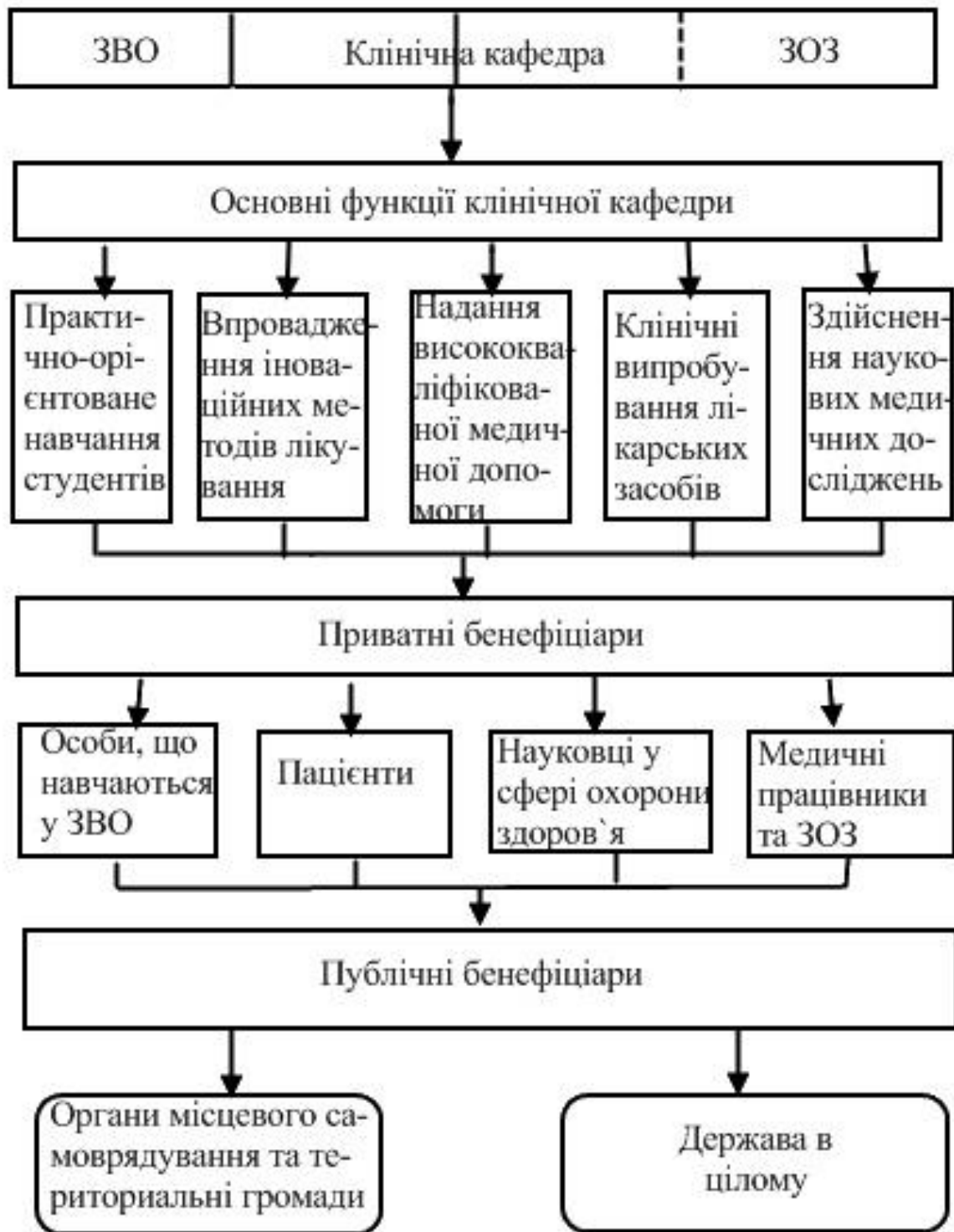


Рис. 3.1. Місце та значення клінічних кафедр у соціальному розвитку держави (розроблено автором)

Функції клінічної кафедри відграють значну роль у формування соціально-економічних показників охорони здоров'я в цілому.

Партнерські паритетні відносини державних закладів освіти, що готують

фахівців у сфері охорони здоров'я та комунальних некомерційних підприємств (закладів охорони здоров'я) мають будуватися в контексті усвідомлення ролі та значення діяльності кожної із сторін як у процесі підготовки медичних кадрів, так і у сфері розвитку та належного функціонування охорони здоров'я загалом. Адже, наприклад, кожного року витрачається велика кількість коштів Державного бюджету України на підготовку лікарських кадрів, левова частка яких працевлаштовується саме у заклади охорони здоров'я комунальної власності. Тому відносини оренди та відшкодування комунальних витрат в контексті розміщення клінічних кафедр державних закладів освіти в комунальних закладах навряд чи є економічно обґрунтованими.

З метою реалізації вищенаведених надважливих функцій клінічних кафедр, а також вирішення вищевказаних соціально-економічних та правових проблем державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої (післядипломної) освіти необхідно підготувати та запропонувати до прийняття Верховною Радою України відповідного проекту Закону, який би врегулював вищевказані відносини згідно мети державного управління, тобто для задоволення потреб суспільства і держави.

Цілями проекту Закону є забезпечення організаційно-правових умов надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ як невід'ємної складової освітнього (наукового) процесу при підготовці фахівців в сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень. Завдання проекту закону є внесення відповідних змін до Законів України, що визначають правові основи надання медичної допомоги, державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, провадження освітнього процесу, місцевого самоврядування, відносин щодо оренди державного та комунального майна, бюджетних відносин.

Проектом Закону пропонується внести зміни до діючих редакцій деяких Законів України. А саме, пропонуються нижчевикладені зміни до Законів.

1. Внести до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [67] такі зміни:

1) частину першу статті 33 викласти в наступній редакції:

«Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах. З метою забезпечення освітнього та наукового процесів медична допомога надається науково-педагогічними (науковими) працівниками, аспірантами та докторантами, що мають відповідну лікарську категорію та/або сертифікат лікаря-спеціаліста, а також лікарями-інтернами, у закладах охорони здоров'я (в тому числі комунальними некомерційними підприємствами), що співпрацюють із закладами вищої (післядипломної) освіти та науково-дослідними установами на підставі відповідних договорів про спільну діяльність. Відповідно до вказаних умов науково-педагогічні (наукові) працівники, докторанти та аспіранти, лікарі-інтерни надають медичну допомогу в межах медичного обслуговування населення відповідними закладами охорони здоров'я та на підставі ліцензій, одержаних закладами охорони здоров'я в установленому законодавством порядку.»;

2) частину першу статті 34 викласти в наступній редакції:

«Лікуючий лікар - лікар закладу охорони здоров'я або лікар, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець і який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування. У закладах охорони здоров'я, що співпрацюють із закладами вищої (післядипломної) освіти та науково-дослідними установами на підставі відповідних договорів про спільну діяльність, лікуючим лікарем може бути науково-педагогічний (науковий) працівник, який має відповідну лікарську категорію та/або сертифікат лікаря-спеціаліста».

2. Внести до Закону України «Про вищу освіту» [78] такі зміни:

1) абзац третій частини восьмої статті 33 викласти в наступній редакції:

«Порядок утворення і функціонування клінічних баз закладів освіти у сфері охорони здоров'я, університетських клінік та університетських лікарень визначається нормативно-правовими актами Кабінету Міністрів України».

2) статтю 56 доповнити частиною шостою наступного змісту:

«В межах освітнього процесу науково-педагогічні працівники клінічних кафедр закладів вищої (післядипломної) освіти провадять лікувально-діагностичну роботу у закладах охорони здоров'я (в тому числі у комунальних некомерційних підприємствах). Така лікувально-діагностична робота регламентована договорами про спільну діяльність між закладами вищої (післядипломної) освіти та закладами охорони здоров'я, не передбачає укладення трудових відносин та здійснюється відповідно до ліцензій, одержаних закладами охорони здоров'я в установленому законодавством порядку.».

3) статтю 70 доповнити частиною четвертою наступного змісту:

«Медичне обладнання клінічних кафедр державних закладів вищої освіти у сфері охорони здоров'я може використовуватися для надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, на території яких розташовані ці клінічні кафедри, на умовах договору про спільну діяльність між закладами освіти та закладами охорони здоров'я з метою забезпечення практичної складової освітнього процесу.

3. Внести до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [139] такі зміни:

1) статтю 9 доповнити частиною дев'ятою наступного змісту:

«Надавач медичних послуг має право у встановленому законом порядку здійснювати медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за участі науково-педагогічних (наукових) працівників клінічних кафедр закладів вищої (післядипломної) освіти або підрозділів науково-дослідних установ, які перебувають у договірних правовідносинах із закладами

охорони здоров'я (в тому числі комунальними некомерційними підприємствами), що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, на базі яких розміщуються такі клінічні кафедри або підрозділи науково-дослідних установ та здійснюють лікувально-діагностичну роботу як невід'ємну складову освітнього або наукового процесів. Таке обслуговування може здійснюватись з використанням обладнання державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти на умовах договорів про спільну діяльність між таким закладом та надавачем медичних послуг».

2) частину першу статті 10 доповнити абзацом четвертим наступного змісту:

«Для надавачів медичних послуг, що мають статус клінічних закладів охорони здоров'я, встановлюються підвищені тарифи».

4. Внести до Закону України «Про місцеве самоврядування» [65] такі зміни:

1) підпункт 2 пункту «б» статті 32 викласти в наступній редакції:

«2) забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів освіти і медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі освітніх і лікувальних закладів усіх форм власності, фізичної культури і спорту, забезпечення належних умов організації лікувально-діагностичної, навчальної та/або наукової діяльності та розміщення навчально-наукових (наукових) підрозділів державних закладів вищої (післядипломної) освіти (науково-дослідних установ) на базі комунальних закладів охорони здоров'я відповідно до договорів про спільну діяльність, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів, залучення роботодавців до надання місць для проходження виробничої практики учнями професійно-технічних навчальних закладів».

5. Внести до Закону України «Про оренду державного та комунального майна» [74] такі зміни:

1) доповнити статтю 1 частиною одинадцятою наступного змісту:

«Дія цього Закону не поширюється на відносини між комунальними (державними) закладами охорони здоров'я та державними (комунальними) закладами вищої (післядипломної) освіти (науковими установами) щодо використання нерухомого майна закладів охорони здоров'я (в тому числі комунальних некомерційних підприємств) для розміщення навчально-наукових та/або наукових підрозділів закладів вищої (післядипломної) освіти (наукових установ) з метою забезпечення освітнього та наукового процесів і надання медичної допомоги населенню. Вищезазначені відносини здійснюються на безоплатній основі відповідно договору про спільну діяльність, типова форма якого затверджується постановою Кабінету Міністрів України.».

6. Внести до Бюджетного кодексу України [166] такі зміни:

1) частину четверту статті 13 доповнити абзацом двадцять третім наступного змісту:

«Заклади вищої (післядипломної) освіти, що є бюджетними установами, самостійно визначають статті та обсяги витрат власних надходжень».

Реалізація положень цього проекту Закону не потребує збільшення бюджетних видатків, і навпаки сприяє залученню в практичну медицину коштів з фондів закладів вищої медичної освіти через оплату праці висококваліфікованих науково-педагогічних працівників та закупівлю високоякісного медичного обладнання.

Реалізація положень проекту Закону у разі його прийняття сприятиме подальшому розвитку вищої медичної освіти, знівелює ризики втрати клінічних баз закладами вищої медичної освіти в сучасних умовах, стане гарантією забезпечення обов'язкової компоненти освітнього процесу (практичної підготовки майбутніх лікарів) у підготовці медичних кадрів, сприятиме підвищенню якості медичних послуг, що ними надаються, і, як наслідок підвищиться доступність цих послуг для пацієнтів.

Цей Закон набирає чинності та вводиться в дію з дня, наступного за днем його опублікування.

Кабінету Міністрів України у тримісячний строк з дня набрання чинності



цим Законом:

привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;  
 забезпечити приведення міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів у відповідність із цим Законом;  
 забезпечити прийняття нормативно-правових актів, необхідних для реалізації положень цього Закону.

Органам місцевого самоврядування України:

привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;  
 забезпечити прийняття нормативно-правових актів, необхідних для реалізації положень цього Закону.

Зазначені зміни забезпечать закладам вищої та післядипломної медичної освіти, науковим установам організаційно-правові умови надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ як невід'ємної складової освітнього (наукового) процесу при підготовці фахівців в сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень, а також дозволять фінансувати діяльність університетських клінік та лікарень за рахунок коштів, залучених саме від надання платних освітніх послуг, що є власними надходженнями зазначених закладів від основної діяльності.

Доцільні зміни у Закони України щодо удосконалення державного регулювання клінічних кафедр закладів вищої медичної освіти вказані у табл. 3. 1.

*Таблиця 3.1*

**Доцільні зміни у закони України щодо удосконалення державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики**

Нормативно-правовий акт, до якого мають вноситися зміни	Норми, що мають змінитися	Очікувані результати змін до законодавства

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	ч. 1 ст. 33, ч. 1 ст. 34	Науково-педагогічні працівники клінічних кафедр матимуть право надавати медичну допомогу в рамках освітнього процесу
Закон України «Про вищу освіту»	Доповнення ст. ст. 56, 70, 71	До видів науково-педагогічної діяльності додано лікувально-діагностичну роботу, унормовано спільне використання медичного обладнання закладами вищої медичної освіти та закладами охорони здоров'я, врегульовано питання оплати праці викладачам за лікувально-діагностичну роботи
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Доповнення до ст. ст. 9, 10	Унормовано право здійснювати медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за участі науково-педагогічних (наукових) працівників та з використанням обладнання закладів вищої медичної освіти
Закон України «Про місцеве самоврядування»	підпункт 2 пункту «б» статті 32	До делегованих повноважень органів місцевого самоврядування віднесено забезпечення розміщення навчально-наукових підрозділів державних закладів вищої (післядипломної) освіти на базі комунальних закладів охорони здоров'я відповідно до договорів про спільну діяльність

Закон України «Про оренду державного та комунального майна»	Доповнення до ст. 1	Правила оренди не будуть поширюватися на відносини з розміщення клінічних кафедр в закладах охорони здоров'я
Бюджетний кодекс України	Доповнення до ст. 13, ч. 2 ст. 85	Заклади вищої освіти самостійно визначатимуть статті та обсяги витрат власних надходжень (не обмежуючись однією бюджетною програмою), унормовано порядок здійснення видатків на утримання клінічних кафедр

З метою деталізації положень вищезазначеного проекту Закону, впровадження його у практику державного управління, необхідно прийняти відповідні підзаконні нормаивно-правові акти та внести зміни до вже існуючих. Так, пропонується внести зміни до Вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджених постановою КМУ від 28.03.2018 № 391 [117] шляхом викладення зазначених вимог у новій редакції.

Зміни, передбачені новою редакцією Вимог, полягають у викладенні абзацу четвертого зазначеного документу наступним змістом: «Реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи, що не є закладом вищої освіти) або як фізичної особи – підприємця. Надавачем можуть бути заклади вищої освіти, в структурі яких є університетські клініки та/або університетські лікарні.»

Окрім того, пропонуємо внести зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [112].

Основними завданнями проекту є забезпечення включення до Реєстру

медичних працівників науково-педагогічних працівників клінічних кафедр і лікарів-інтернів закладів вищої освіти та забезпечення їм доступу до пацієнтів.

Доцільні зміни у підзаконні нормативно-правові акти України щодо удосконалення державного регулювання клінічних кафедр закладів вищої медичної освіти вказані у таблиці 3.2.

*Таблиця 3.2*

**Доцільні зміни у підзаконні нормативно-правові акти України щодо удосконалення державного регулювання клінічних кафедр закладів вищої медичної освіти**

Нормативно-правовий акт, до якого мають вноситися зміни	Норми, що мають змінитися	Очікувані результати змін до законодавства
Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»	Вимоги, затверджені постановою	Отримання фінансування за програмою медичних гарантій університетськими клініками
Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»	абзац перший підпункту 3 пункту 20, підпункту 5 пункту 20	Можливість реєстрації закладів вищої освіти та науково-педагогічних працівників клінічних кафедр в електронній системі охорони здоров'я

Крім цього, вважаємо за необхідне створити нову Постанову Кабінету Міністрів України, якою затвердити:

Положення про організацію освітнього процесу у закладах охорони

здоров'я;

Типове положення про університетську клініку закладу вищої освіти (закладу післядипломної освіти);

Типовий договір про спільну діяльність між закладом вищої освіти (закладом післядипломної освіти) та закладом охорони здоров'я.

Організація співпраці між закладами вищої (післядипломної) медичної освіти та науковими установами із закладами охорони здоров'я, як правило, здійснюється шляхом розміщення на території закладів охорони здоров'я навчально-наукових (наукових) підрозділів (кафедр, лабораторій тощо) закладів вищої (післядипломної) освіти та наукових установ на умовах договорів про спільну діяльність. При цьому науково-педагогічні (наукові) працівники, що мають відповідну лікарську надають медичну допомогу пацієнтам закладу охорони здоров'я, на території якого розміщено відповідний підрозділ закладу вищої (післядипломної) освіти та наукової установи, в межах провадження освітнього (наукового) процесу.

Надання медичної допомоги (профілактика, діагностика, лікування та реабілітація) науково-педагогічними працівниками під час підготовки (перепідготовки, підвищення кваліфікації) фахівців в сфері охорони здоров'я є обов'язковою компонентою освітнього процесу, невід'ємною частиною навчального плану майбутніх лікарів. Без практичної підготовки студентів біля ліжка хворого, оволодіння ними необхідними для лікаря компетентностями є неможливим. Таким чином, без забезпечення необхідних організаційно-правових умов надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ як невід'ємної складової освітнього (наукового) процесу при підготовці фахівців в сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень, високоякісна підготовка кваліфікованих медичних кадрів та проведення результативних медико-біологічних досліджень є неможливим.

Донедавна, ключові відносини співпраці закладів вищої (післядипломної)

медичної освіти та наукових установ із закладами охорони здоров'я регулювалися постановою Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 «Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів» та наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.09.1997 № 174 «Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я». Зазначені нормативно-правові акти передбачають забезпечення наступних необхідних умов провадження співпраці для закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ:

1) надання медичної допомоги населенню в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ;

2) безоплатне користування нерухомим майном комунальних закладів охорони здоров'я для розміщення навчально-наукових структурних підрозділів з оплатою комунальних платежів за рахунок місцевих бюджетів.

На даний час, у зв'язку з прийняттям Законів України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та ряду прийнятих на їх виконання підзаконних нормативно-правових актів, автономізації більшості комунальних закладів охорони здоров'я (тобто зміни організаційно-правової форми з комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства), основні положення постанови Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679 та наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.09.1997 № 174 стали мати дискусійний характер. Підтвердженням даного факту є прийняття рішень рядом обласних рад України щодо організації співпраці закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування на підставі договорів оренди з відшкодуванням витрат на комунальні платежі (наприклад, рішення сесії Дніпропетровської та Запорізької обласних рад). Хоча, враховуючи позицію Міністерства охорони здоров'я України, яка була висловлена представниками МОЗ на численних нарадах щодо розвитку університетських, кошти на

вищевказані потреби, в розпорядженні міністерства відсутні.

Однак основною проблемою забезпечення практичної складової освітнього (наукового) процесу під час підготовки фахівців медичного профілю та проведення медико-біологічних досліджень є питання доступу до пацієнтів у науково-педагогічних (наукових) працівників закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ. Положення про лікувально-діагностичну діяльність науково-педагогічних працівників клінічних кафедр закладів вищої (післядипломної) медичної освіти наказу МОЗ України від 06.09.1997 № 174 сприймаються в більшості випадків органами управління охороною здоров'я як дискусійні, а тому за вимогами даних органів науково-педагогічні (наукові) працівники для доступу до пацієнтів мають бути працевлаштовані в закладах охорони здоров'я. Крім того, не передбачена правова можливість реєстрації науково-педагогічних (наукових) (працівників в електронній системі охорони здоров'я (e-Health), так само як реєстрації лікарів закладів охорони здоров'я, що є структурними підрозділами закладів освіти, а також лікарів-інтернів та інших лікарів, що навчаються на післядипломному етапі. Однак, працевлаштування на лікарські посади усіх науково-педагогічних (наукових) працівників в заклади охорони здоров'я видається нереальним через відсутність такої кількості вакансій. Тому, необхідно комплексно змінювати законодавство з метою регламентації надання медичної допомоги населенню науково-педагогічними (науковими) працівниками без трудових відносин із закладом охорони здоров'я на підставі договорів про спільну діяльність із закладами вищої (післядипломної) медичної освіти та науковими установами та шукати нові форми взаємовигідної співпраці закладів вищої (післядипломної) освіти та наукових установ із закладами охорони здоров'я, вирішувати проблему фінансування університетських клінік, що є структурними підрозділами закладів освіти, в нових умовах фінансування.

З метою вирішення вищевказаних проблем необхідно прийняти запропоновану постанову Кабінету Міністрів України, якою затвердити:

Положення про клінічний заклад охорони здоров'я;

Типове положення про університетську клініку закладу вищої освіти (закладу післядипломної освіти);

Типовий договір про спільну діяльність між закладом вищої освіти (закладом післядипломної освіти) та закладом охорони здоров'я.

Запропонований нами пакет проектів нормативно-правових актів вирішує наступні важливі завдання державного управління в питаннях підготовки висококваліфікованих медичних кадрів, а саме:

надає можливість науково-педагогічним працівникам, що відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, надавати медичну допомогу пацієнтам в межах освітнього процесу, в тому числі реєстрації в Реєстрі медичних працівників електронної системи охорони здоров'я;

вирішує питання розміщення клінічних кафедр у закладах охорони здоров'я, фінансування видатків на оплату комунальних послуг, доплати науково-педагогічним працівникам за лікувально-діагностичну роботу;

вирішує питання фінансування видатків на утримання університетських клінік державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти;

вирішує питання спільного використання медичного обладнання державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти в освітньому та лікувальному процесі.

Таким чином, реалізація положень запропонованого нами пакету проектів нормативно-правових актів у разі його прийняття сприятиме подальшому розвитку вищої медичної освіти, знівелює ризики втрати клінічних баз закладами вищої медичної освіти в сучасних умовах, стане гарантією забезпечення обов'язкової практичної компоненти освітнього процесу у підготовці медичних кадрів, сприятиме збереженню діючої мережі закладів охорони здоров'я та підвищення якості медичних послуг, що ними надаються, і, як наслідок підвищиться доступність цих послуг для пацієнтів.

Метою проекту постанови є забезпечення організаційно-правових умов утворення і функціонування клінічних баз, університетських клінік та лікарень закладів вищої (післядипломної) освіти, закладів, що здійснюють наукову



діяльність у сфері охорони здоров'я. Завдання проекту постанови є визначення джерел фінансування діяльності клінічних баз, університетських клінік та лікарень, істотних умов співпраці закладів вищої (післядипломної) освіти, закладів, що здійснюють наукову діяльність у сфері охорони здоров'я із закладами охорони здоров'я, порядку надання статусу та організацію діяльності лікувально-навчального наукового комплексу.

Реалізація положень цього проекту постанови не потребує збільшення бюджетних видатків, і навпаки сприяє залученню в практичну медицину коштів з фондів закладів вищої медичної освіти через оплату праці висококваліфікованих науково-педагогічних працівників та закупівлю високоякісного медичного обладнання.

Реалізація положень проекту постанови у разі його прийняття сприятиме подальшому розвитку вищої медичної освіти, знівелює ризики втрати клінічних баз закладами вищої медичної освіти в сучасних умовах, стане гарантією забезпечення обов'язкової компоненти освітнього процесу (практичної підготовки майбутніх лікарів) у підготовці медичних кадрів, сприятиме підвищенню якості медичних послуг, що ними надаються, і, як наслідок підвищиться доступність цих послуг для пацієнтів.

### **3.2. Напрями удосконалення державного регулювання лікарської інтернатури**

Державне регулювання лікарської інтернатури в Україні тривалий час здійснювалось на підставі Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів, що затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.1996 р. № 291. Зазначене Положення, як вже було зазначено вище, є морально застарілим в багатьох аспектах (зокрема, там детально розписано лише алгоритм проходження бюджетної форми інтернатури і лише вказано на можливість навчатися за

кошти юридичних та фізичних осіб без належної деталізації) і давно потребує своєї заміни на актуальний документ, що повною мірою відповідатиме сучасному рівню соціально-економічного розвитку суспільства та державного управління.

Зважаючи на невдалі спроби розробити та затвердити зазначений документ восени 2019 року через значний суспільний спротив студентів-медиків, викладацької та лікарської громадськості, державно-регуляторний акт, що відображає публічно-управлінський вектор розвитку інтернатури з'явився лише влітку 2021 року. Так, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.06.2021 № 1254 було затверджено Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію.

Зазначеним новим Положенням було закріплено ряд принципових новацій державного регулювання інтернатури, зокрема:

- подача документів на вступ здійснюватиметься в електронній системі;
- відбір вступників здійснюватиметься відповідно конкурсного балу;
- можливість для вступників вибору фінансової основи підготовки в інтернатурі (студенти, які навчались за кошти фізичних чи юридичних осіб можуть навчатися за бюджетні кошти і навпаки);

суттєве скорочення спеціальностей інтернатури з 35 до 23.

З боку студентства, аналогічно як це було у 2019 р., склалася негативна реакція на вимоги нового Положення. Ще у лютому 2021 р.. Громадська організація «УМСА» (Ukrainian Medical Students` Association) на своєму сайті опублікувала офіційну позицію щодо Проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження положення про інтернатуру». Зокрема, визначено, що «цьогорічний проєкт Положення є дещо подібним, але, на нашу думку, недоопрацьований, та створює підґрунтя для нових корупційних схем у закладах вищої освіти. У порівнянні з проєктом 2019 року, де конкурсний бал випускника формувався лише за ЄДКІ (КРОК+ОСК), цьогорічний базується також на середньому балі випускника (за бали окремих дисциплін, отриманих впродовж навчання) та фаховому іспиті, процедура якого не вказана в

Положенні.

Ми вважаємо, що принцип формування конкурсного балу в новому проєкті є менш об'єктивним, оскільки оцінки, отримані під час навчання, досить часто є суб'єктивними та не відображають реальних знань студента. Це створює додаткові корупційні ризики при складанні фахових іспитів, рутинному опитуванні тощо.

Також ми зауважили, що нове Положення зовсім не регламентує вимоги до закладу охорони здоров'я щодо його кадрової та матеріальної забезпеченості для якісного проходження інтернатури здобувачами медичної освіти, а її тривалість недостатня для набуття лікарем-інтерном необхідних знань і компетенцій для прийняття самостійних рішень. Відсутній перелік необхідних дій, навичок і маніпуляцій, якими інтерн повинен оволодіти за час проходження інтернатури. Крім того, виникає питання про подальший маршрут випускника, який не пройде на інтернатуру за 5 обраними пріоритетами, а також про забезпечення працевлаштування спеціалістів після її проходження. Ми переконані, що розподіл має бути електронним, оскільки таким чином забезпечується прозорість відбору, зменшується ризик помилки через вплив людського фактора» [Позиція].

Проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти, висвітлені у підрозділі 2.3 дисертації, потребують термінового вирішення, тому що післядипломна медична освіта грає найбільш важливу роль у підготовці висококваліфікованих медичних кадрів і є найбільш пов'язаною з медичною практикою, адже, як правило, поєднується з практичною діяльністю медичних працівників у закладах охорони здоров'я. Реформаційні процеси, що на цей час проходять як у сфері вищої медичної освіти, так і у сфері охорони здоров'я, є часом непродуманими та руйнують напрацьовані роками зв'язки медичної освіти з медичною практикою, що негативно позначається на якості охорони здоров'я в цілому. Тому потрібно працювати над виробленнями державної політики в даній сфері таким чином, аби повною мірою забезпечити інтереси громадян та держави в цілому.

Ця думка підтверджується напрацюваннями фахівців у сфері охорони здоров'я. Так, на думку Т. Авраменко, перспективи розвитку сфери охорони здоров'я в Україні в значній мірі залежать від стану професійного рівня і якості підготовки медичних і фармацевтичних кадрів, їх безперервного удосконалення протягом трудової діяльності [13, с. 13].

Ю. Вороненко та Я. Радиш вважають, що пріоритетними завданнями державної політики України в галузі охорони здоров'я має стати удосконалення системи законодавчого забезпечення діяльності сфери охорони громадського здоров'я, що виражається підготовкою, затвердженням і впровадженням у життя відповідних законодавчих актів та вирішення проблеми правової післядипломної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації відповідних фахівців-професіоналів [29]. А колектив вчених (О. Ільницька, В. Катеринюк, О. Катеринюк, Н. Хороб) у своєму дослідженні наголошують, що знання, отримані впродовж безперервної післядипломної освіти та лікарської діяльності, а також підвищення мотивації до постійного оновлення і здобуття практичних навичок, отриманих із досвідом, стануть фундаментом успішної роботи медичного працівника та вирішальним чинником розвитку медицини. Систему державного управління медичною освітою можна визначити як цілісну, ієрархічну, взаємопов'язану сукупність управлінських відносин щодо реалізації певними суб'єктами структурно розподілених функцій впливу держави на зміст, форми, стан, процеси, результати і пріоритети розвитку медичної освіти [51, с. 17].

Для окреслення напрямів удосконалення державного регулювання лікарської інтернатури треба враховувати, що в Україні низька мотивація медичного персоналу надавати якісні медичні послуги; низький професійний рівень певної частини медичного персоналу; безвідповідальність непрофесійного медичного персоналу за завдану шкоду внаслідок надання неякісної медичної допомоги тощо. Також треба прислухатися до думок студентів, інтереси яких лобіює ГО «УМСА» (позиція щодо Проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження положення про

інтернатуру» викладена у підрозділі 2.3 дисертації). Все ж основним має залишатися права та інтереси пацієнтів, регламентовані Положенням про захист прав та конфіденційності пацієнтів, прийнятим 45-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Будапешт, Угорщина, жовтень 1993 р. [132]. В Україні у 2013 р. зареєстровано та працює ГО «Рада захисту прав пацієнтів та медичних працівників». Проте закону про захист прав пацієнтів не існує, хоча ще у 2007 р. народним депутатом України Ю. Каракаєм був внесений законопроект [154].

Доцільно використання передового зарубіжного досвіду. Так, наприклад, У Міністерстві охорони здоров'я вказують, що наразі існує суттєва різниця між кількістю років підготовки лікарів в Україні та у світі. Наприклад, в США підготовка лікаря акушера-гінеколога триває 12 років, в той час як в Україні – 9. Це є нерелевантним досвідом і унеможлиблює конкуренцію українських спеціалістів на світовому рівні [У МОЗ].

Як вважається, за основу треба взяти пункти плану заходів з реалізації Стратегії розвитку медичної освіти в Україні на 2019-2021 роки [109]. У розділі «Трансформаційні процеси в інтернатурі та резидентурі» передбачені наступні заходи:

- 1) удосконалення нормативно-правового регулювання проходження інтернатури;
- 2) розроблення механізмів запровадження академічної мобільності інтернів;
- 3) розроблення механізмів оцінки результативності проходження інтернатури;
- 4) формування оптимальної моделі лікарської резидентури;
- 5) нормативно-правове регулювання проходження лікарської резидентури

Що стосується першого заходу, то основними питаннями у процесі удосконалення є наступні: розподіл, проходження та завершення інтернатури; вимоги до баз інтернатури. Має бути впроваджена електронна система розподілу випускників. Для цього треба синхронізувати інформацію Єдиної державної електронної бази з питань освіти та Пенсійного фонду, протестувати

систему. Це сприятиме якісному аналізу для подальших рішень з розвитку системи вищої освіти і вдосконалення формули розподілу фінансування.

Необхідно створити умови, за яких проходження інтернатури є однаково можливим у державних і приватних лікарнях, які відповідають вимогам для підготовки інтернів. Безумовно, якість підготовки залежить від злагодженої співпраці університетів, академій післядипломної освіти із базами стажування на основі європейських примірних програм. Тому треба передбачити, що заклади вищої освіти співпрацюватимуть із закладами охорони здоров'я для визначення переліку посад лікарів-інтернів та формування спільних програм інтернатури. Таким чином, випускники матимуть змогу обрати конкретний заклад охорони здоров'я (будь-якої форми власності), заклад освіти та спеціальність як комплексну програму інтернатури, а засобами електронної системи на основі рейтингу та визначених пріоритетів буде здійснено електронний розподіл. В результаті розподілу, випускники матимуть змогу пройти інтернатуру в обраних ними закладах охорони здоров'я, а бази стажування – вмотивованого інтерна.

Вимоги до баз стажування мають ґрунтуватися на переліку матеріально-технічного оснащення та відповідному пацієнтопотокі. Такий підхід дозволяє спрямувати майбутнього лікаря для підготовки в той заклад, де він зможе якнайкраще ознайомитися з усіма аспектами надання медичної допомоги за своєю спеціальністю. При цьому бази стажування мають:

- відповідати оновленим вимогам;
- створювати умови для максимального доступу інтерна до пацієнтів;
- забезпечувати практичну підготовку в інтернатурі.

Що стосується лікарей-кураторів, які є професійними наставниками для інтернів, треба передбачити їх ретельний підбір з боку керівництва бази стажування, можливість проходження курсів менторства та надання фінансової винагороди за кураторство. Кошти на оплату праці лікарям кураторам мають надходити через субвенцію, проте доцільно розробити механізм оплати через НСЗУ.

Указані та інші питання щодо бази практики мають бути оформлені у Положення про базу практики лікарів-інтернів. Зокрема, обов'язково слід закріпити, що база практики повинна мати акредитаційний сертифікат першої або вищої категорії, а також лікувально-діагностичне відділення, лабораторії, діагностичні кабінети, інші виробничі підрозділи, які зможуть забезпечити виконання навчального плану підготовки спеціаліста. Для цього заклад має бути забезпечено відповідним обладнанням, він повинен надати лікарям обсяг роботи відповідно до навчального плану, мати навчальні приміщення, необхідну кількість лікарів-кураторів і забезпечити інтернів гуртожитком тощо.

У новому Положенні передбачено, що лікар-інтерн може змінити базу стажування, якщо там йому не забезпечили можливість працювати й виконувати необхідний обсяг робіт, визначений у його індивідуальній навчальній програмі. Проте для уникнення зловживання цим правом має бути прописаний механізм його реалізації. Наприклад, за кожним випадком має бути створена комісія з представників закладу освіти, де навчається інтерн, баз стажування, де він проходить інтернатуру та куди збирається переходити (можливо, департаменту охорони здоров'я), на засіданні якої розглядатимуться аргументи інтерна, заслуховується звіт його лікаря-куратора та проводиться проміжний контроль за виконанням програми стажування, тобто набутими практичними навичками. Для цього у програмі проходження інтернатури у кожному пункті має бути прописано, які саме навички має опанувати за цей період інтерн, яку кількість маніпуляцій повинен виконати тощо.

Треба ще переглянути терміни навчання в інтернатурі. За новим Положенням для деяких спеціальностей вони збільшилися, наприклад, для анестезіології та інтенсивної терапії – з 2 до 3 років, інфекційних хвороб, а також з неврології – з 1,5 до 2 років, лабораторної діагностики, вірусології, мікробіології (тепер це одна первинна спеціальність), а також патанатомії, психіатрії, дерматовенерології – з 1 до 1,5 року, а для деяких скоротилися, наприклад, для стоматологів – з 2 до 1 року, для фізичної реабілітаційної медицини – з 3 до 2 років. Безумовно, такі скорочення недоречні, оскільки за

кордоном післядипломна освіта лікаря становить мінімум 3 роки. З урахуванням прагнення України до міжнародного співробітництва, орієнтацією на міжнародні, зокрема європейські стандарти, треба встановлювати терміни навчання в інтернатурі не меншими, ніж у зарубіжних країнах для конкурентоспроможності вітчизняних лікарів на світовому ринку надання медичних послуг. Також за цей період, як визначає директор Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О. О. Богомольця, доктор медичних наук Т. Вежновець, куратор і керівник закладу бачать, як працює лікар-інтерн, чи прагне він до самоудосконалення, і якщо це їх влаштовує – його запросять на роботу. Це краще, ніж отримати «кота в мішку», і вірити, що він стане гарним фахівцем. Та й сам інтерн придивляється, чи варто залишатися в цьому колективі назавжди, якщо ні — його ніхто не втримає силоміць для відпрацювання. Тож система державницького підходу щодо стратегії кадрової політики поєднуватиметься з елементами вільного ринку в системі охорони здоров'я [Вежн]

Резидентура – нова для вітчизняних медиків форма навчання. Приміром, щоб стати нейрохірургом, студент повинен буде пройти інтернатуру за спеціальністю хірургія, а згодом – резидентуру за спеціальністю нейрохірургія. Для розвитку резидентури в Україні слід враховувати передовий зарубіжний досвід. Зарубіжні медичні словники дають наступні визначення: «Резидент: лікар (молодий фахівець), який перебуває в університетській лікарні і лікує госпіталізованих пацієнтів під спостереженням медичного штату лікарні; лікар, що одержує спеціалізоване клінічне навчання в лікарні, як правило після завершення інтернатури» (The free Dictionary by Farlex); «Резидент: лікар, який закінчив медичну школу і інтернатуру і тепер отримує навчання в спеціалізованій області такої як, наприклад, хірургія, внутрішня медицина, патологія тощо. Отримання дозволу на практику у всіх медичних і хірургічних спеціальностях вимагає задовільного завершення програми резидентури» (Webster's Medical Dictionary) [Вороненко].

Етапність системи післядипломної медичної освіти в різних країнах



наступна:

– одноетапна: після отримання диплому лікаря навчання в інтернатурі чи в резидентурі (Німеччина, Ізраїль, Румунія, Молдова та ін.);

– двохетапна: після отримання диплому лікаря навчання в інтернатурі, а потім в резидентурі чи на спеціалізації (Швеція, Велика Британія, Польща та ін.);

– трьохетапна: після отримання диплому лікаря стажування чи навчання в інтернатурі, потім в резидентурі, а потім спеціалізація з вузьких спеціальностей (США, Франція та ін.) [Вороненко].

Україна з урахуванням світового досвіду та національної специфіки для подальшого розвитку обрала двохетапну систему, впроваджуючи резидентуру. Так, відповідно до п. 7 ст. 18 Закону України «Про освіту» післядипломна освіта у сфері охорони здоров'я також включає: інтернатуру; лікарську [резидентуру](#). Лікарська резидентура проводиться в університетах, академіях, інститутах, наукових установах, закладах охорони здоров'я, визнаних центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я як бази лікарської резидентури, і є формою спеціалізації лікарів-спеціалістів за певними лікарськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста згідно з переліком лікарських спеціальностей, затвердженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [129].

Відповідно до ст. 61 Закону України «Про вищу освіту» у перелік інших осіб, які навчаються у закладах вищої освіти, ще у 2017 р. додано п. 4 ч. 3: «лікар-резидент – особа, яка має ступінь магістра медичного спрямування, навчається виключно на відповідних клінічних кафедрах або базах [резидентури](#) з метою отримання кваліфікації лікаря певної спеціальності відповідно до переліку спеціальностей [резидентури](#)» [144].

У ст. 75 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних працівників та фахівців з реабілітації здійснюються відповідними закладами фахової передвищої та вищої освіти, а також через

інтернатуру, лікарську резидентуру, клінічну ординатуру, аспірантуру і докторантуру згідно із законодавством про освіту [119].

Щодо розвитку державного регулювання резидентури доцільно як для інтернатури встановити тривалість навчання в резидентурі, що залежатиме, насамперед, від складності спеціалізації. Як вбачається, цей термін має складати від 2 до 4 років. Треба передбачити в законодавстві, що піти в резидентуру може як лікар після студентської лави, так і зрілий лікар, який довго мріяв здобути певну спеціальність, але не мав такої можливості. Також має бути визначений та затверджений Перелік можливих спеціальностей резидентури. Вважаємо за доцільне підтримати і пропозиції ректора Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шулика, академіка НАМН України, професора Ю. Вороненка: «МОЗ разом із профільними асоціаціями: встановлює та розподіляє між ВНЗ квоти по кожній спеціалізації резидентури (перевищення квот неприпустиме!) – Наприклад: квота по нейрохірургії 20 місць по всій Україні (держзамовлення 10, контракт 10), які розподіляються між окремими ВНЗ. Утворити робочу групу для узгодження моделі підготовки фахівців в інтернатурі, лікарській резидентурі та спеціалізації, а також переліків спеціальностей» [37].

Важливим напрямом удосконалення державного регулювання лікарської інтернатури має стати впровадження засобів стимулювання випускників закладів вищої медичної освіти. У доповнення до діючих стимулів, що передбачені Законом України «Про вищу освіту» та Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.05.2012 р. № 390 «Про затвердження Порядку надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямами і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілів» (наведені та проаналізовані у підрозділі 2.3. дисертації), треба передбачити обов'язковість створення гідних умов професійної медичної діяльності, включаючи житло, достойну заробітну плату, помірну плату за комунальні послуги, забезпечення сучасним медичним обладнанням, інші пільги та бонуси від держави. Це має бути оформлене у

чітку та реалістичну державну програму соціально-економічного розвитку з питань відновлення престижності лікарської праці.

У зв'язку із схваленням Концепції розвитку електронної охорони здоров'я [Про схв.Кон] та затвердженням Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я [Про затв.плану] доцільно передбачити у Положенні про інтернатуру обов'язкову підготовку інтернів вмінням та навичкам використання ресурсів єдиного медичного інформаційного простору.

### **3.3. Напрями удосконалення інших форм взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики**

Сфера медичної освіти є унікальною сферою освітньої діяльності через кілька важливих факторів. По-перше, медична освіта є дуже консервативною та інноваційною водночас. Подібний стан речей зумовлений тим, що освоєння лікарських компетентностей відбувається в кілька етапів. На початковому етапі, коли студенти роблять перші кроки в освоєнні медичного фаху дуже важливо надати класичні знання з основ медицини і фізіології, які треба засвоїти у формі, що вже існує століттями. В той же час, коли справа йде про студентів старших курсів, то для засвоєння специфічних професійних компетентностей необхідно використовувати найсучасніше обладнання або те, що використовується в медичних закладах та установах, що можуть потенційно стати робочим місцем для студентів медичного вузу в регіоні, де здійснюється безпосереднє навчання. Подібна історія і з клініками, що можуть мати потребу специфічних медичних навичках, які можуть бути затребуваними у окремих медичних закладах регіону та навіть у національних масштабах, що потребує особливої форми співробітництва між медичними навчальними закладами та медичними клініками. По-друге, вища медична освіта це велика кількість практичних занять, які повинні бути організованими з

активним використанням клінічної бази. Зазначений фактор робить медичну освіту і вищу медичну освіту зокрема найкоштовнішим видами серед інших видів освітніх послуг і тому від зазначеної форми освіти, тому слід зважувати на те, що суб'єкти сфери вищої медичної освіти та практики повинні поєднувати власні зусилля в сфері для оптимізації процесу підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів. По-третє, через коштовність та тривалість підготовки медичних кадрів постає проблема створення комфортних умов для інтернів та молодих лікарів так як через погані побутові умови життя так і через відсутність соціального комфорту на робочому місці можуть вирішити припинити професійний розвиток та зайнятися іншими видами професійної діяльності або мігрувати закордон.

Пропонуємо удосконалення державного регулювання інших форм взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, в тому числі за рахунок наступних нововведень та новел:

1). Однією з важливих новацій в сфері регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є лікарське самоврядування. Розвиток лікарського самоврядування, що матиме представницькі, консультативно-допоміжні функції, функції контролю якості медичної допомоги, але не є доцільним на нашу думку надавати лікарському самоврядуванню прерогативу доступу до лікарської професії, адже вища медична освіта є найбільш тривалою і передбачає три ліцензійних іспити, що є достатньою підставою для присвоєння відповідної кваліфікації. Самоврядування це важливий шлях для подальшого розвитку медичної спільноти та її незалежності від бюрократії і можливості кожному лікареві та медичному закладові в особі його керівництва. Лікарське самоврядування відкриє можливість участь представників медичної спільноти у соціальному діалозі з представниками інших інституцій для вирішення важливих для фахового медичного середовища проблем.

Проблема лікарського самоврядування є інноваційною для сучасної

української медичної освіти та практики. Тільки в 2021 році Міністерство охорони здоров'я виступило з ініціативою про створення законопроекту, що повинен регулювати. На думку представників міністерства «медичне самоврядування – це ефективна система, яка регулює здійснення професійної діяльності, захист прав та інтересів медичних працівників» [96]. Ініціатива міністерства є слушною та своєчасною так як сьогодні захист інтересів медичних працівників повинен бути пріоритетним, особливо, коли через наслідки пандемії COVID-19 суттєво трансформувалися соціальні відносини у тому числі і в сфері соціальної комунікації [156, с.82]. Тому нормативно-правові новації в сфері впровадження місцевого самоврядування повинні сприяти вирішенню проблеми адаптації медичних працівників до умов постковідного світу та сприяти підвищенню стандартів соціального забезпечення та соціальних гарантій для медичних працівників.

В статті 4 проєкту Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні» зазначається «організації професійного самоврядування медичних професій мають право вносити пропозиції суб'єктам права законодавчої ініціативи і відповідним державним органам про прийняття або внесення змін до законів і інших нормативно-правових актів з питань формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я» [113]. Саме зазначена можливість і є важливою для медичного фахового товариства так як сьогодні не існує ефективних важелів впливу на зміни нормативно-правової бази, що регулює медичну діяльність та сферу охорони здоров'я загалом. Це суттєво підвищує негативний вплив на подальший розвиток медичної сфери в Україні з боку політиків, що користуються політичною та економічною доцільністю і сприяють прийняттю рішень, що не відповідають нагальним потребам розвитку медицини на національному, регіональному та місцевому рівнях.

«Наша мета – надати можливість та сформулювати засади для створення незалежної від держави організації, яка поєднує професіоналів із важелями

впливу в медичній галузі та ефективними механізмами самоконтролю, відстоювання колективних інтересів лікарів, інших медичних працівників, фармацевтів. Така організація забезпечить працівникам сфери охорони здоров'я право на те, щоб питання їх діяльності вирішувалось не чиновником у кабінеті, а обраним ними ж представником професійної спільноти» [44]. Раніше роль самоврядування в сфері охорони здоров'я частково виконували профспілки. Та після відновлення української незалежності профспілкових рух зазнав краху. Головною причиною зменшення ролі профспілкових організацій це втрата до них довіри з боку рядових членів через зниження ефективності функціонування профспілкових організацій як на низовому рівні так і на рівні топ-менеджменту.

Фліс І. зазначає: «профспілка почала втрачати довіру трудівника, відбувся масовий відтік працівників, які не вбачали користі від членства у цій бюрократичній організації. За роки незалежності профспілковий склад, тільки ФПУ, зменшився майже на 62 %, до 9 208,5 тис. осіб. Тенденція до зниження чисельності профспілок є характерною і для республік СНД, країн Європи» [160, с.418]. Як ми вже зазначали наведені статистичні дані свідчать про те, що профспілкові організації втратили здатність виконувати власні функції, що оцінили рядові члени профспілкових організацій. Багато в чому це було спричинено тим, що профспілки як і більшість інших соціальних інституцій не змогли адаптуватися до умов ринкової економіки. Хоча слід зазначати, що проблеми профспілкового руху почалися ще за радянських часів в умовах так званої «перебудови». Саме в цей час була допущена стратегічна помилка розвитку радянського профспілкового руху. Вона полягала в тому, що профспілкові організації налагодили латентні комунікації з керівництвом підприємств та установ інтереси працівників яких вони повинні були захищати. Зазначена тісна форма співпраці між профспілками та керівництвом закладів'я охорони здоров з роками почала знижувати ефективність і досягла пікової точки неефективності наприкінці

90-их років ХХ століття. В цей час відбувалася активна фаза переходу на рейки ринкової економіки і профспілки виявилися не готовими до такої різкої трансформації українського суспільства, яке знаходилося на стадії формування.

На думку І. Меркушевої «досягнення цілей діяльності будь-якого проектно-орієнтованого підприємства неможлива без ефективної організації, методології та технології багатопроєктного управління в функціонально-організованих управлінських структури» [38]. Так вийшло, що профспілки як інституція не змогли адаптуватися до нових реалій, а звична для них структура вже знаходилася в операціональній та концептуальній кризах. Тому кризовий стан управлінської системи профспілками призвів не до інституційної кризи на яку управлінці профспілок повинні буди дати технолого-функціональну відповідь, а до знищення профспілок як інституції в як на деяких підприємствах так і окремих секторах економіки. В умовах трансформації української соціально-економічної сфери головним ударом по профспілкам став той факт, що було створено тисячі нових підприємств та десятки тисяч нових організацій та установ та у більшості з них не було побудовано ні ефективних профспілкових організацій, а подекуди вони навіть не були створені і тому сьогодні незважаючи на важливість профспілкового руху його зусиль сьогодні недостатньо щоб в умовах інформаційного суспільства забезпечувати представництво інтересів найманих працівників і працівників медичної сфери зокрема. Том розвиток сфери місцевого самоврядування в сфері охорони здоров'я повинно доповнити сектор вираження потреб та інтересів найманих працівників.

В ХХІ столітті відбулися певні зрушення з налагодження профспілкового руху в Україні і медичній сфері зокрема. Зокрема українські профспілки почали розбудовувати систему соціального партнерства. «Приєднавшись до Конвенцій Міжнародної організації праці «Про тристоронні консультації» Україна підтвердила своє прагнення через соціальне партнерство забезпечити побудову прозорих і прогнозованих відносин між урядом,

роботодавцями та найманими працівниками й соціальну злагоду у суспільстві» [16]. Розвиток соціального партнерства в сфері охорони здоров'я є одним з механізмів налагодження співпраці між суб'єктами сфери підготовки медичних кадрів через заклади вищої медичної освіти та учасників процесу ведення медичної практики. Головна мета соціального партнерства полягає у делегуванні повноважень окремих учасників профспілкового руху у представництві інтересів або лобіюванні інтересів суб'єктів медичної системи. Через відсутність в українській нормативно-правовій базі зазначеного поняття на відміну законодавства інших країн в рамках соціального партнерства актуальною залишається лише функція соціального представництва. Делегування власних повноважень в рамках соціального представництва є ефективною, коли представники інтересів всієї медичної галузі будуть консолідовані і вибиратимуть для представлення власних інтересів найбільш достойних осіб. Та як показує практика в рамках медичної сфери залишається все менше таких осіб і тому важко організувати соціальне партнерство на засадах професійної консолідації та добросовісності. Через не високий рівень довіри до профспілок у багатьох учасників медичної сфери виникає питання чому саме профспілки мають монополію на представлення інтересів медичної сфери в рамках соціального діалогу.

Класична система соціального діалогу, що в нашій країні нормується та регулюється Законом України «Про соціальний діалог в Україні» [61]. Соціальний діалог в Україні є трьохстороннім процесом в якому задіяні представники держави, роботодавців та профспілок. Зазначена форма є цілком застарілою хоча б тому, що трансформація української економіки призвела до появи великої кількості сам зайнятих осіб та не великих підприємств. Подібна ситуація і в медичній сфері. За тридцять років української незалежності було створено велику кількість приватних клінік та медичних кабінетів. Відсотків 70% з перелічених суб'єктів медичної практики не мають первинних профспілкових організацій і тому не долучені як до профспілкового руху так і не мають можливості приймати участі як безпосередньому соціальному діалозі



так і представленні власних інтересів. Тому завданням для всієї медичної спільноти є напрацювання нових інструментів для здійснення ефективного соціального діалогу в рамках актуальних державних і соціальних процесів в країні з врахуванням точки зору представників медичної спільноти України. Тим більше, що значення соціального діалогу як на національному так і міжнародному рівнях, з часом тільки підсилюється.

На думку М. Коляди: «згідно з договорами та відповідно до законодавства Європейського Союзу, терміном «соціальний діалог» описується процедура спільних консультацій соціальних партнерів на європейському рівні» [55, с.296]. Євроінтеграція України сьогодні не в останню чергу залежить від організації соціального діалогу на рівні консультацій з державами сусідами та включення українських соціальних інституцій до відповідних наднаціональних, що функціонують в Брюсселі. Тим більше, що можливість включення українських соціальних інституцій до європейського соціального діалогу є можливою вже сьогодні, коли Україна ще не стала частиною ЄС і тільки торує свій євроінтеграційний шлях. Медицина є соціальною інституцією, яка продукує велику кількість соціальних і технологічних інновацій і тому представництво української медицини в європейському соціальному діалозі є необхідним елементом залучення до європейських інноваційних та кращих світових медичних та фармацевтичних інновацій. Тому доцільним є посилення суб'єктів, що здійснюють соціальний діалог в сфері охорони здоров'я.

Тому досить правильною став наказ від 19 вересня 2007 року №562. Про затвердження Порядку проведення соціального діалогу в галузі охорони здоров'я [9]. Зазначений документ визначає головними суб'єктами соціального діалогу в сфері охорони здоров'я на галузевому рівні 1). Профспілкова сторона, суб'єктом якої є Профспілка працівників охорони здоров'я України. 2). Сторона органів виконавчої влади, суб'єктом якої є центральний орган виконавчої влади в галузі охорони здоров'я - Міністерство охорони здоров'я України. На нашу думку зазначені сторони не відповідають сучасним реаліям і не є вичерпними учасниками, які б

могли представити громадську думку та професійні потреби медичного професійного співтовариства. З одного боку можна було б представникам медичної сфери, пацієнтськими організаціям та Міністерству охорони здоров'я ініціювати зміну зазначеної постанови та навіть Закону України «Про соціальний діалог», але цей шлях дуже довгий та вимагає значних зусиль, тому ініціатива профільного міністерства з приводу ініціювання окремого законопроекту про «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні». Цей законопроект сприятиме впровадженню нової системи, яка згодом надасть можливість максимально якісно розвивати процес відстоювання медичними працівниками власних прав в рамках всіх сфер суспільного буття. Система з часом почне виконувати функціонал з саморозвитку шляхом підвищення рівня довіри з боку медичного фахового співтовариства. Коли медичне самоврядування отримає суспільну легітимність та стане повноцінним процесом здійснення медичної практики, то теми його розвитку будуть вимірюватися в арифметичній прогресії, а користь від його впровадження буде поширюватись у геометричній прогресії.

2). Останнім часом все більше уваги в рамках медичної реформи та реформи вищої медичної освіти приділяється університетським лікарням. Останні кілька десятиліть серед наукових та адміністративних кіл точилися дискусії з приводу рівня необхідності розвитку мережі університетських клінік. Проблема впровадження університетських лікарень є відносно новою так як на протязі багатьох років зазначений функціонал виконував інститут університетських клінік. Сьогоднішня новела Міністерства охорони здоров'я з приводу актуалізації поняття «медична лікарня» поряд з поняттям «медична клініка» вносить певні непорозуміння. Так як зрозуміло з усіх точок зору, що ми маємо справу з двома синонімами, але в той час саме з юридичної точки зору на сьогодні існує юридична колізія в рамках якої ми констатуємо існування і університетських медичних клінік і лікарень одночасно. На нашу думку зазначену колізію можна використати

для медичної системи з позитивом. Медичне фахове співтовариство може використати зазначену колізію у власних інтересах. По-перше, з юридичної точки зору, якщо створюється така інституція, то слід розробити типові положення про університетські лікарні та затвердити його наказом Міністерства охорони здоров'я України. Це суттєво полегшить створення нових університетських лікарень та вдосконалити структуру вже існуючих університетських клінік створивши нові робочі місця, які не вписувались в колишню структуру медичної клініки. На нашу думку в цьому положенні слід гарно прописати особливості автономії університетських лікарень. Так як зважаючи на те, що в більшості країн світу університетські клініки входять в структуру медичних університетів, спеціалізованих медичних коледжів та медичних факультетів наче в них не має значного автономного функціоналу. Тому саме українською інновацією може стати максимальна автономізація фінансових процесів в рамках діяльності. В той же час українські лікарні повинні освоїти велику кількість адміністративних та економічних функцій.

Головна особливість автономізації сучасних українських клінік полягає в тому, що вони отримали статус підприємства, а «фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами» [53]. Саме тому їм сьогодні слід вести активну роботу із залучення додаткових коштів на власне функціонування. У випадку не ефективного управління лікарні можуть бути ліквідованими, реорганізованими або можуть бути вимушеними йти на скорочення не тільки окремих одиниць персоналу, але й окремих структурних підрозділів. Часто до подібних проблем призводить некваліфікована і ризикована господарські діяльність керівництва медичних закладів. Один з інструментів подолання зазначеної проблеми є спрощення та послаблення відповідальності з приводу адміністративних порушень менеджментом лікарень. ;

3). Проблематика розподілу молодих лікарів після закінчення закладів вищої медичної освіти викликає критику через незбалансованість та відірваність від реалій. Так М.Корда зазначає «нині склалася дивна ситуація: випускники-контрактники влаштовуються на престижні, високотехнологічні спеціальності, а бюджетники, у яких були вищі бали ЗНО і які краще навчалися у виші, зобов'язані віддавати борги державі в сільській місцевості як сімейні лікарі»[5]. Тобто через те, що особливості розподілу молодих лікарів по робочих місцях була скопійована з відповідних радянських нормативно-правових актів, то не враховувала перспективи розподілу на перше робоче місце студентів, які навчаються у закладах медичної вищої освіти на контрактній формі навчання. В перші роки відновленої української незалежності контрактна форма освіти в сфері вищої медичної освіти тільки набирала обертів і не мала такої питомої ваги як сьогодні. Тому дійсно сьогодні студенти закладів медичної вищої освіти є дискредитованими через те, що повинні відпрацювати державні освітні інвестиції, що в деякій мірі порушує право особи на вибір місця роботи. Тим більше, що на бюджетній формі навчаються студенти та інтерни, які відібрані як кращі з кращих і саме їх держава бачить в них майбутнє української медицини, але через те, що найперспективніші медичні кадри не мають можливості реалізувати себе в професії за своїм власним бажанням і тому вони здебільшого мають бажання уникнути відпрацювань в державних закладах вищої медичної освіти. Для цього значна кількість студентів емігрує до сусідніх країн або приймають мінімальну участь в рамках свого офіційного робочого місця, а в той же час вони паралельно працюють у приватних медичних закладах. Зазначена ситуація є деструктивною і повинна бути вирішеною. Для вирішення цієї проблеми необхідно або розробити систему стимулювання інтернів, студентів-медиків старших курсів та молодих лікарів. Зазначене стимулювання може бути як у матеріальній так і не у матеріальній формі, але саме його існування суттєво підтримало б

мотивацію студентів бюджетної форми власності працювати в населених пунктах, де держава не має достатньої кількості кваліфікованих медичних кадрів.

«На сьогодні студенти-медики, які навчалися на бюджетній формі навчання, можуть або скористатись можливістю розподілу, або знайти самостійно місце працевлаштування з проходженням інтернатури. Студенти-контрактники самі обирають місце проходження інтернатури і повинні принести гарантійний лист від медзакладу про зарахування до закладу освіти» [45]. В даному випадку ми також маємо справу з проявом соціальної несправедливості так як з одного боку студенти, які навчаються на контрактній формі навчання мають достатньо свободи для вибору свого першого місця роботи та навчання в ординатурі. З іншого боку, якщо студент-контрактник не має достатніх зв'язків в медичній сфері, то він є жертвою соціальної нерівності так як не може претендувати на державний розподіл в інтернатуру. В даному випадку система повинна бути гнучкою і давати можливість обдарованим студентам незалежно від форми навчання отримувати можливість проходження інтернатури або за власним бажанням, коли він має індивідуальну домовленість з тим чи іншим медичним закладом, що надає освітні послуги в сфері інтернатури. У випадку, коли в нього немає індивідуальних побажань з приводу проходження інтернатури підкріплених відповідними договорами та іншими правовими документами, то він повинен мати можливість участі у державному розподілі місць в інтернатурі. В той же час студенти з високим рейтингом у навчанні та переможці олімпіад повинні мати можливість пріоритетного вибору державних місць в ординатурі. Для того об студенти не відносилися формально до вибору місця треба створити спеціалізований благодійний фонд з державною участю кошти з якого можуть бути використані для оплати інтернатури з міждержавними договорами на території інших країн з обов'язковим відпрацюванням в українських лікарнях незалежно від форми власності. Кваліфіковані лікарі навіть у закладах комунальної та приватної

форми власності є корисними для української медицини в цілому і тому створення зазначеного фонду є доцільним як і використання коштів з державного бюджету України тим більше, що цей фонд можуть підтримувати власними коштами представники бізнесу та інших філантропічних установ. Тому ми пропонуємо удосконалити систему розподілу випускників, створивши механізм реальних стимулів для лікарів роботи в сільській місцевості, державних та комунальних закладах охорони здоров'я (підвищення одноразової цільової грошової допомоги випускникам, безоплатне забезпечення службовим житлом та транспортом, гідні умови роботи та оплати праці тощо).

Особливу увагу слід приділити саме роботі лікарів в сільській місцевості. Це одна з найголовніших бід української медицини. Пальчук В. зазначає «в усьому світі первинна ланка в сільській місцевості ефективно працює і вирішує на місці до 80 % медичних звернень. У країнах ЄС співвідношення звернень пацієнтів на первинний та інші рівні медицини кардинально протилежне і становить 70 % звернень на первинну ланку 30 % – на вторинну. В Україні статистика невтішна: 80 % пацієнтів отримують допомогу на другому чи третьому рівнях, оминаючи первинну ланку – амбулаторії та сімейних лікарів» [19]. На практиці це означає, що сільські мешканці не мають змоги отримати якісної первинної медичної допомоги і вони всіма правдами та не правдами схиляються шукають можливості отримати медичну допомогу на вторинному чи третинному рівнях. Крім відсутності реальної первинної медичної допомоги в сільській місцевості причиною такої кількості українських селян, які прагнуть обслуговування на другому та третьому рівнях є і те, що поки вони не могли отримати своєчасну допомогу на первинному рівні хвороба пацієнта вже переросла в хронічну форму і тому відсутність профілактики чи якісної медичної допомоги на первинному рівні це пряма причина погіршення стану здоров'я пацієнта.

Вирішення проблеми якості сільської медицини або підвищення рівня

її доступності може полягати у заохоченні молодих лікарів працювати у сільській місцевості через фінансові бонуси, які вони можуть отримати у разі згоди працювати у сільській місцевості та вирішення проблеми з житлом і умовами праці, які зазвичай не зрівняні з міськими. Вирішити цю проблему можна тільки за рахунок прямих бюджетних субвенцій та в певних випадках за рахунок місцевих бюджетів. Через те, що витрати на вирішення цієї проблеми є дуже великими, то задовільнити їх можна лише за рахунок окремої державної програми, яка повинна передбачати строк не менше 8-10 років. З фінансової точки зору зазначена програма повинна передбачати фіксування певного відсотку від бюджету медичної сфери. Тільки застосувавши зазначені комплексні міри можна сподіватися на вирішення проблеми підвищення якості медичних послуг у сільській місцевості. Альтернативою може слугувати популярна технологія, що передбачає підвищення фінансування сільської медицини на невеликий відсоток за рахунок перевиконання державного та місцевих бюджетів. Зазначена технологія не носить системного характеру і не має високого рівня ефективності.

4). Реформування сучасної медичної сфери внесло необхідність освоєння представникам закладів вищої медичної освіти компетенцій в сфері ведення господарської діяльності і ведення орендних кейсів зокрема. Тобто сьогодні приміщення медичних закладів та медичних закладів освіти можуть бути використаними ним задля поповнення зарплатного фонду та для акумулювання додаткових ресурсів для здійснення операційної діяльності [169]. Зазначена сфера вимагає високого компетентності з боку представників медичних закладів та закладів вищої медичної освіти. В той же час освоєння їх в максимально короткі строки є досить складною справою. Представники державної влади, що виконують законодавчі нормативи в сфері можуть спростити орендні норми саме для медичних закладів на строк від 5 до 10 років. В той же час всі негативні кейси в сфері неправомірної орендної та інших форм адміністративної діяльності повинні

бути виявлені та проаналізовані, а не їх бази створені інтерактивні матеріали, які б дозволили навчатися іншим управлінцям на рівні медичних закладів зі статусом підприємства. В той же час починати слід з того, щоб внести відповідні зміни до законодавства щодо спрощення умов орендних відносин щодо нерухомого та рухомого майна між закладами охорони здоров'я та закладами вищої та післядипломної медичної освіти. Коли будуть реалізовані запропоновані нами практики то можна стверджувати про співпрацю між державою та фаховою спільнотою заради підвищення ефективності функціонування медичних закладів в сфері адміністративної діяльності як про доконаний факт.

5). Розвинути та поширити територією України позитивний досвід спільної діяльності закладів вищої медичної освіти та органів місцевого самоврядування з питань підвищення якості медичного обслуговування населення, розвитку кадрового медичного потенціалу територій, розвитку медичної науки та впровадженню інновацій у лікувальний процес. Зазвичай подібні практики базуються на розробках українських науковців. В той же час досить рідко вдається організувати саме ефективну співпрацю між органами державної і місцевої влади.

Одним з прикладів подібного співробітництва є медичне містечко на території м. Запоріжжя. «Концепція передбачає створення точки концентрації надання послуг, об'єднання зусиль наукових, освітніх, медичних навколо обласної лікарні. Це і перенесення моргу, бюро судмедекспертизи в одну точку. Це більше включення освітнього закладу - медколеджу - в роботу. Це розвиток і авіа медицини» [3]. Зазначена концепція активно втілюється в життя і вже вся країна бачила, що саме в рамках зазначеної концепції в Запоріжжі вже працює пілотний проєкт в сфері авіамедицини. Базується вона на гвинтокрилах виробництва ПрАТ «Мотор Січ». В даному конкретному випадку можна говорити не тільки про ефективну співпрацю між медичним закладом та органами місцевої влади, але й про їх спільну співпрацю з українським



національним бізнесом, що сприяє і розвитку української національної економіки.

б). Одним з найголовніший аспектів нашого дослідження полягає у розробці концепції державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, яка передбачає: прийняття необхідного пакету законодавства щодо удосконалення правового регулювання функціонування клінічних баз закладів вищої освіти та університетських клінік. Зазначений пакет законодавства конкретизацію умов та порядку функціонування клінічних баз закладів вищої освіти та університетських клінік. В 2017 році народний депутат тодішнього групою депутатів на чолі з О. Богомолець був запропонований «проект Закону про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо створення клінічних баз)» [Проект]. Зазначений законопроект був відхилений профільним комітетом через зміну депутатського корпусу так як серед представників оновленого депутатського корпусу не знайшлося охочих для доопрацювання зазначеного законопроекту. В той же час сьогодні назріла ситуація, коли зазначена сфера потребує реальної нормативно-правової основи. Так як поняття про клінічної бази є багатомірним і на сьогодні в країні клінічні бази здебільшого використовуються для випробувань медичних препаратів та інших фармакологічних засобів. В той же час в Україні сьогодні зменшується кількість закладів, які можна використовувати як безпосередню клінічну базу. Цьому процесу передують два основні причини. Перша полягає, в тому, що деякі клінічні бази через відсутність модернізації втрачають можливість відповідати вимогам до клінічних баз. Тому одним із перших завдань нових нормативно-правових документів в цій сфері це відрегулювати систему сертифікації клінічних баз. Можливою новелою зазначеного нормування могла б стати диференціація клінічних баз. Тобто треба вихолодити з того, що з одного боку ми повинні сприяти підвищенню інноваційності сучасних клінічних баз, щоб на їх базі були проведені

медичні та фармацевтичні дослідження найвищого рівня. Зазначені клінічні бази повинні відповідати умовам не тільки національного, але й міжнародної сертифікації. У випадку коли таких баз стане достатньо багато, то українська медична та фармацевтична галузі могли б отримати значні інвестиції для подальшого розвитку.

Не менш важливим елементом нашої концепції є створення консультативно-дорадчого допоміжного органу при Кабінеті Міністрів України – ради з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, до складу якої мають входити представники Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, закладів вищої та післядипломної медичної освіти усіх форм власності, місцевих органів державного управління охороною здоров'я та органів місцевого самоврядування, професійних лікарських асоціацій, здобувачів вищої медичної освіти, пацієнтської громадськості.

Згідно зазначеної Концепції складається графік роботи вказаної ради та заплановані нею заходи, а основними функціями ради необхідно вказати розробку відповідних регуляторних актів та державних цільових програм з питань розвитку взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Рада з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики повинна мати потужну інтернет-платформу для активної комунікації з усіма зацікавленими сторонами. Зазначена інтернет-платформа повинна мати відповідну технічну підтримку.

В Україні відомі приклади підписання меморандумів між закладами вищої освіти та суб'єктами владних повноважень – державними органами та органами місцевого самоврядування. Зазначені меморандуми створюють нове правове поле для ефективної взаємодії між всіма потенційними учасниками медичного процесу та медичної освіти. Так як в рамках меморандуму можна передбачити появу нових форм співробітництва, що можуть сприяти як покращенню адміністрування окремих медичних так і закладів вищої медичної освіти і надати новий стимул для їх подальшого розвитку.

Вважаємо, що даний управлінський інструмент виявив себе досить позитивно та є необхідність його масового впровадження з метою підвищення ефективності взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

Так, меморандум про співпрацю між суб'єктом владних повноважень (далі – владним суб'єктом) та закладом вищої медичної освіти (далі – ЗВМО) має визначати основні напрями та порядок залучення науково-практичного потенціалу ЗВМО до розв'язання актуальних проблем розвитку сфери охорони здоров'я певної територіальної громади або галузі в контексті реалізації стратегії розвитку, а також місцевих планів дій, програм економічного і соціального розвитку певної території/галузі, з метою забезпечення підвищення доступності та покращення якості медичної допомоги для кожного мешканця територіальної громади, сприяння науково-технологічній модернізації закладів охорони здоров'я, а також суттєвому поліпшенню показників здоров'я населення тощо.

Меморандум може містити певні наміри сторін, наприклад:

- створення нових та модернізацію вже існуючих клінічних баз закладів вищої медичної освіти. Вже існуючі клінічні бази є неоціненним ресурсом сучасної медичної вищої освіти. Так як вони вже мають усталену структуру і навіть в рамках реформування можуть пережити без втрат так як проведуть перерозподіл вже існуючих ресурсів;

- створення та розвиток науково-освітніх комплексів закладів вищої медичної освіти у складі загальноосвітніх шкіл певної території. Загальноосвітні школи є важливим елементом української освіти. В рамках загальноосвітніх шкіл можна створювати науково-освітні школи. Зазначені школи можуть отримати біолого-хімічну спеціалізацію, що дасть можливість загальноосвітніх шкіл отримати устаткування з фонду закладів вищої медичної освіти. Розвиток наукових комплексів є пріоритетом всіх сучасних держав світу в умовах інформаційного суспільства так як наукові знання та технології це важливий ресурс як розвитку економіки так і суспільства в цілому;

- залучення науковців закладів вищої медичної освіти до практичного впровадження наукових розробок закладів вищої медичної освіти в сферу охорони здоров'я певної території/галузі. Особливістю функціонування соціальних систем та інституцій є те, що незважаючи на нові інформаційні та комунікаційні технології, які охопили світ кількість науковців, що залучаються до прийняття важливих управлінських рішень має стійку тенденцію до зменшення. Тому на нашу думку зазначене питання слід розглядати на стратегічному рівні планування та розвитку суспільних інституцій у тому числі і медицини;

- спільної організації навчально-просвітницької роботи серед населення, спрямованої на профілактику захворювань та протидію інфекціям. Ситуація з поширенням коронавірусної інфекції COVID-19 показала, що роль просвітництва в сучасних медико-соціальних процесах недооцінювалася. І сьогодні вченим-медикам через засоби масової інформації приходиться пояснювати на широку громадськість елементарні біологічні знання;

- залучення науковців та студентів ЗВМО до вивчення громадської думки про проблеми охорони здоров'я певної території/галузі шляхом соціальних опитувань;

- організація та участь у спільних заходах:(конкурсах, фестивалях, форуммах, "круглих столах", конференціях тощо);

- спільна участь у розробці та реалізації проектів міжнародної технічної допомоги;

- сприяння задоволенню інформаційних, технологічних, інвестиційних, інноваційних потреб підприємств та установ певної території/галузі в сфері охорони здоров'я;

- налагодження співпраці із роботодавцями в частині проходження виробничої практики випускниками ЗВМО на підприємствах та в установах певної території/галузі з метою збереження кадрового потенціалу.

Реалізація меморандуму сторонами має полягати у:

- створенні консультативно-дорадчого органу в складі представників владного суб'єкта та ЗВМО, головним завданням якого є реалізація положень даного меморандуму;
- спільних діях щодо розвитку клінічних баз ЗВМО;
- реалізації заходів щодо створення та забезпечення функціонування науково-освітніх комплексів в складі загальноосвітніх шкіл певної території;
- спільній участі у розробці та реалізації проектів міжнародної технічної допомоги;
- залученні науковців та студентів ЗВМО до вивчення громадської думки про проблеми сфери охорони здоров'я певної території/галузі шляхом соціальних опитувань.
- організації та участі у зустрічах науковців з представниками малого і середнього бізнесу, промислових і комунальних підприємств з метою представлення досягнень та наукових розробок, інноваційних технологій;
- організації та участі у спільних заходах (конкурсах, фестивалях, форумах, "круглих столах", конференціях тощо);
- залученні спеціалістів та студентів ЗВМО із знанням іноземних мов до організації та проведення міжнародних фестивалів, форумів, конференцій, Дня міста тощо;
- сприянні в проходженні практики особами, які навчаються в закладах вищої медичної освіти на підприємствах та в установах певної території/галузі з метою збереження кадрового потенціалу фахівців в сфері охорони здоров'я;
- залученні науковців закладів вищої медичної освіти до розробки та реалізації Стратегії розвитку певної території/галузі, а також програм економічного і соціального розвитку території, інших загальнодержавних та місцевих цільових програм.

Сторони мають будувати свої взаємовідносини на принципах партнерства, ділової етики та керуватися чинним законодавством України.

На сьогодні в Україні склалася ситуація, коли не завжди партнери ведуть свою діяльність керуючись нормами українського законодавства. Достатньо поширеними є випадки правого нігілізму та відвертого ігнорування українського законодавства.

Вважаємо, що зазначені меморандуми мають вагоме значення як для розвитку системи вищої медичної освіти, так і для системи медичної практики, адже ці процеси є взаємопов'язаними. Адже такі меморандуми покращують взаємодію органів влади і закладів вищої медичної освіти, конкретизують її предмет та визначають інструменти реалізації. А тому, на нашу думку, потрібно передбачити в концепціях розвитку як вищої медичної освіти, так і охорони здоров'я в цілому, державну підтримку та заохочення вищезазначених референдумів.

Зважаючи на все вище перераховане можна зробити наступні висновки. Удосконалення різних форм взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики передбачає включає в себе як розробку новел так і подальший розвиток вже існуючих моделей та технологій. Однією з важливих новел є розвиток самоврядування в сфері охорони здоров'я. Поштовхом для його розвитку повинен стати одноіменний закон, що розроблений та представлений на розсуд громадськості представниками Міністерства охорони здоров'я України. Зазначений законопроект є першою ластівкою в сфері розвитку самоврядування в сфері охорони здоров'я, він ініційований державою та підтриманий фаховою спільнотою. Розвиток самоврядування в рамках охорони здоров'я повинен стати підсиленням соціального партнерства та соціального діалогу в сфері охорони здоров'я, але на відміну від них самоврядування надасть можливість максимально ефективно співпрацювати державним органам з фаховим медичним співтовариством.

### Висновки до розділу 3

Запропоновано напрями вдосконалення державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти; розроблено модель механізмів державного регулювання лікарської інтернатури та інших форм взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики.

Визначено основні напрями вдосконалення державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти, а також запропоновано конкретні зміни до чинних нормативно-правових актів України, у тому числі створення нових нормативно-правових документів, які б вирішували проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр. Зміст запропонованих змін є таким.

Запропоновано зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Зокрема, доповнити норми Закону положенням про те, що з метою забезпечення освітнього та наукового процесів медичну допомогу можуть надавати й науково-педагогічні працівники та лікарі-інтерни в закладах охорони здоров'я, на підставі відповідних договорів про спільну діяльність; надати право здійснювати лікувально-діагностичну діяльність аспірантам, докторантам та іншим особам, які навчаються на післядипломному етапі. Передбачена можливість науково-педагогічного (наукового) працівника, що має відповідну лікарську категорію або сертифікат лікаря-спеціаліста, бути лікуючим лікарем. На відміну від норм Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо окремих питань організації освітнього процесу у сфері охорони здоров'я» від 03.07.2020 № 749-IX, ці положення мають бути чинними постійно, без зазначення строку їх дії, адже взаємодія систем вищої медичної освіти та медичної практики має постійний характер.

Запропоновані зміни до Закону України «Про вищу освіту» передбачають здійснення лікувально-діагностичної роботи в закладах охорони здоров'я як невід'ємної складової освітнього процесу. Доцільно надати можливість спільного із закладами охорони здоров'я використання медичного обладнання

закладів вищої медичної освіти на умовах договору про спільну діяльність. Оплату за лікувально-діагностичну роботу науково-педагогічних працівників клінічних кафедр запропоновано здійснювати за рахунок видатків загального та спеціального фондів кошторисів закладів освіти, що є бюджетними установами.

Варто також внести зміни до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Зокрема, додати норму, яка визначає, що заклад охорони здоров'я має право здійснювати медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за участю науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти; врегулювати використання обладнання на умовах договорів про спільну діяльність між закладом освіти та надавачем медичних послуг; передбачити підвищення тарифів програми медичних гарантій для клінічних закладів охорони здоров'я.

Окрім того, внесено пропозиції щодо змін ряду інших законів та підзаконних нормативно-правових актів.

Зазначені зміни забезпечать закладам вищої та післядипломної медичної освіти організаційно-правові умови надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я науково-педагогічними (науковими) працівниками закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ як невід'ємної складової освітнього процесу при підготовці фахівців у сфері охорони здоров'я та проведенні медико-біологічних наукових досліджень, а також дадуть змогу фінансувати діяльність університетських клінік та лікарень за рахунок коштів, залучених саме від надання платних освітніх послуг, що є власними надходженнями зазначених закладів від основної діяльності, оскільки за результатами аналізу кошторисів закладів вищої медичної освіти державної форми власності саме ці кошти становлять 70–80% від загальної суми доходів кошторисів.

Виявлено, що, попри введені новації державного регулювання лікарської інтернатури, Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію, затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.06.2021 № 1254, має ряд контраверсійних аспектів та потребує



вдосконалення. Так, у наведене Положення варто додати норми щодо регулювання навчання інтернів за кошти фізичних чи юридичних осіб (особливості зарахування осіб, що навчаються на контрактній основі; особливості оформлення відносин із базою стажування; особливі підстави відрахування тощо).

Запропоновано вдосконалення державного регулювання інших форм взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, у тому числі: розвивати лікарське самоврядування, що матиме представницькі, консультаційно-допоміжні функції, функції контролю якості медичної допомоги, водночас видається недоцільним надавати лікарському самоврядуванню прерогативу доступу до лікарської професії, адже вища медична освіта є найбільш тривалою й передбачає три ліцензійних іспити, що є достатньою підставою для присвоєння відповідної кваліфікації; розробити Типове положення про університетські лікарні та затвердити його наказом Міністерства охорони здоров'я України; удосконалити систему розподілу випускників, створивши механізм реальних стимулів для лікарів роботи в сільській місцевості, державних та комунальних закладах охорони здоров'я (підвищення одноразової цільової грошової допомоги випускникам, безоплатне забезпечення службовим житлом та транспортом, гідні умови роботи та оплати праці тощо); внести відповідні зміни до законодавства щодо спрощення умов орендних відносин щодо нерухомого та рухомого майна між закладами охорони здоров'я й закладами вищої та післядипломної медичної освіти; розвинути й поширити територією України позитивний досвід спільної діяльності закладів вищої медичної освіти та органів місцевого самоврядування з питань підвищення якості медичного обслуговування населення, розвитку кадрового медичного потенціалу територій, медичної науки та впровадження інновацій у лікувальний процес.

Запропоновано Концепцію державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, яка передбачає: прийняття необхідного пакету законодавства щодо вдосконалення правового регулювання

функціонування клінічних баз закладів вищої освіти та університетських клінік; створення консультативно-дорадчого допоміжного органу при Кабінеті Міністрів України – ради з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, до складу якої мають входити представники Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, закладів вищої та післядипломної медичної освіти всіх форм власності, місцевих органів державного управління охороною здоров'я та органів місцевого самоврядування, професійних лікарських асоціацій, здобувачів вищої медичної освіти, пацієнтської громадськості.

## ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення й запропоновано нові підходи до вирішення наукових завдань щодо розвитку державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Одержані в процесі дослідження результати свідчать про реалізацію поставлених мети й завдань і дають підстави сформулювати основні висновки та розробити відповідні пропозиції.

1. Взаємодія системи вищої медичної освіти та медичної практики є об'єктом державного управління, оскільки при ефективному управлінні забезпечується виконання основних функцій держави у сфері охорони здоров'я, зокрема підготовка висококваліфікованих медичних кадрів, підвищення якості медичної допомоги для населення, упровадження нових методів лікування та лікарських засобів у медичну практику. Управлінський вплив держави в аспекті взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики полягає в застосуванні правових, організаційних та економічних механізмів за такими напрямками, як: забезпечення утворення й функціонування університетських клінік і клінічних баз закладів вищої медичної освіти; державне регулювання та стимулювання організації освітнього процесу в закладах охорони здоров'я; проведення організаційних заходів щодо державного розподілу випускників закладів вищої медичної освіти; державне регулювання й стимулювання співпраці закладів вищої медичної освіти із закладами охорони здоров'я в питаннях клінічних випробувань лікарських засобів і впровадження нових технологій у медичну практику; державне стимулювання випускників закладів вищої медичної освіти, зокрема до працевлаштування й подальшої роботи в сільській місцевості тощо.

2. Метою державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є забезпечення високого рівня підготовки (насамперед практичної складової) лікарських кадрів, створення та впровадження в лікувально-діагностичний процес інноваційних та ефективних

лікарських засобів, виробів медичного призначення й медичних технологій, підвищення якості надання медичної допомоги населенню на основі балансу інтересів держави та суспільства, територіальних громад, закладів вищої й післядипломної освіти, здобувачів вищої освіти, пацієнтської громадськості. Завданнями державної політики щодо взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики має бути створення умов для участі в наданні допомоги науково-педагогічними працівниками клінічних кафедр закладів охорони здоров'я; належне функціонування клінічних кафедр на базі закладів охорони здоров'я; розвиток та створення мережі університетських клінік; ефективне провадження післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку.

3. Встановлено, що в розвинутих державах зазначена взаємодія здійснюється на основі врахування інтересів різних стейкхолдерів: держави, суспільства, регіонів, пацієнтів, закладів вищої медичної освіти, здобувачів вищої медичної освіти та приватних компаній. Зокрема, фінансування заходів щодо взаємодії систем вищої медичної освіти може здійснюватися з різних джерел: державного та місцевих бюджетів, соціального медичного страхування, грантових коштів, приватного капіталу. Запропоновано імплементувати в практику державного регулювання в Україні позитивний досвід державного управління взаємодією систем вищої медичної освіти, що набув поширення в Канаді, Швейцарії, Чехії, США.

4. Обґрунтовано, що вища медична освіта має вищий інтеграційний рівень взаємодії з медичною практикою порівняно з практико-орієнтованими інтеграційними тенденціями в інших галузях вищої освіти. Зокрема, в усіх закладах вищої медичної освіти діють спеціальні підрозділи, що відповідають за лікувально-діагностичну роботу.

Взаємодія вищої медичної освіти відбувається на індивідуальному та інституційному рівнях. На індивідуальному рівні – взаємодія професіоналів у сфері вищої медичної освіти та медицини між собою та відповідними інститутами, на інституційному – закладів вищої медичної освіти та закладів охорони здоров'я.

За підставою виникнення можна також виділити договірну та структурно-функціональну форму взаємодії. Типовим прикладом структурно-функціональної форми взаємодії є університетська клініка, що є структурним підрозділом закладу вищої (післядипломної) медичної освіти.

Подальші вдосконалення та розвиток різноманітних форм взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики є одним із найважливіших напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я.

5. Виявлено, що при проведенні реформи фінансування охорони здоров'я в Україні не було враховано особливих форм співпраці закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та закладів охорони здоров'я в процесі підготовки висококваліфікованих медичних кадрів. Встановлено, що основними проблемами державного регулювання діяльності клінічних кафедр є такі, як: 1) доступ до пацієнтів для надання медичної допомоги науково-педагогічних (наукових) працівників з метою провадження освітньої та наукової діяльності; 2) відсутність фінансування державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти на сплату орендних платежів за використання нерухомого майна комунальних закладів охорони здоров'я під розміщення навчально-наукових (наукових) структурних підрозділів і сплату комунальних платежів, пов'язаних з утриманням нерухомого майна комунальних закладів охорони здоров'я, де розміщені навчально-наукові (наукові) структурні підрозділи; 3) фінансування університетських клінік, що є структурними підрозділами державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти; 4) оплата праці науково-педагогічних працівників за лікувально-діагностичну роботу в умовах відсутності доступу до пацієнтів; 5) невизначеність правового режиму використання медичного обладнання закладів вищої (післядипломної) медичної освіти та наукових установ, що знаходиться зазвичай на клінічних кафедрах (лабораторіях) на території закладів охорони здоров'я.

6. Визначено, що до проблем післядипломної медичної освіти можна зарахувати: застарілу нормативно-правову базу, що її регулює; невдалі спроби реформування державного управління післядипломною медичною освітою, що

не ґрунтуються на державницькому підході до розвитку охорони здоров'я та не враховують багатьох важливих питань (як-от: необхідність тих чи інших медичних спеціальностей, необхідність підготовки достатньої кількості висококваліфікованих медичних кадрів, забезпечення балансу між правами випускників та інтересами держави, забезпечення інтересів закладів вищої й післядипломної медичної освіти, створення зайвих перепон на шляху до лікарської професії).

7. Запропоновано пакет проєктів нормативно-правових актів щодо державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти, які:

– передбачають можливість науково-педагогічних працівників, що відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, надавати медичну допомогу пацієнтам у межах освітнього процесу, у тому числі реєстрації в Реєстрі медичних працівників електронної системи охорони здоров'я;

– вирішують питання розміщення клінічних кафедр у закладах охорони здоров'я, фінансування видатків на оплату комунальних послуг, доплати науково-педагогічним працівникам за лікувально-діагностичну роботу;

– вирішують питання фінансування видатків на утримання університетських клінік державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти;

– вирішують питання спільного використання медичного обладнання державних закладів вищої (післядипломної) медичної освіти в освітньому та лікувальному процесах.

8. Запропоновано вдосконалити державне регулювання лікарської інтернатури за такими напрямками: у Положенні про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію детально прописати особливості зарахування, навчання та відрахування інтернів, що навчаються за кошти юридичних або фізичних осіб, з метою приведення фактичних відносин до нормативного регулювання; надати право закладам вищої та післядипломної медичної освіти самостійно обирати бази стажування інтернів із закладів охорони

здоров'я без спеціальних дозвільних процедур від Міністерства охорони здоров'я України; передбачити право приватних закладів охорони здоров'я готувати лікарів-інтернів за державним замовленням у практичній частині програми підготовки в інтернатурі; переглянути лікарські спеціальності інтернатури та розширити їх перелік, оскільки нещодавніми змінами із цього переліку було виключено ряд важливих для суспільства й держави спеціальностей, що значною мірою ускладнить процес здобуття зазначених лікарських спеціальностей.

9. Визначено напрями подальшого вдосконалення інших форм взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, зокрема таких, як лікарське самоврядування, університетські лікарні, система розподілу випускників закладів вищої медичної освіти, система державних і регіональних стимулів для студентів та випускників закладів вищої медичної освіти, спрощені умови надання в оренду (користування) нерухомого та рухомого майна для закладів вищої та післядипломної освіти. Обґрунтовано необхідність створення дорадчого допоміжного органу при Кабінеті Міністрів України – ради з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

10. Розроблено Концепцію державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, яка має включати певні державні цільові програми, що мають бути розроблені та виконані відповідно до Закону України «Про державні цільові програми» та Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм» від 31.01.2007 № 106. Концепція має реалізовуватися на основі проектного методу управління з активним використанням системи університетських клінік та організації соціального діалогу між усіма бенефіціарами взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Faculty of Medicine and Health. URL: <https://www.sydney.edu.au/medicine-health/schools/clinical-schools.html>
2. Garmonya: <https://garmonya.in.ua/riznytsya-mizh-tsilyamy-i-zavdannamy>
3. Health Research and Quality Act. – Washington, 1999. – 24 p.
4. Johnson, Ian; Donovan, Denise; Parboosingh, Jean. Steps to Improve the Teaching of Public Health to Undergraduate Medical Students in Canada. *Academic Medicine*: April 2008 - Volume 83 - Issue 4 - p 414-418. doi: 10.1097/ACM.0b013e318166a8e4
5. Lékařská fakulta univerzita karlova. URL: <https://www.lf1.cuni.cz/o-fakulte>
6. Motol University Hospital. URL: <https://www.fnmotol.cz/en/o-nas/>
7. Ramesh Bhat. Characteristics of Private Medical Practice in India: A Provider Perspective. *Health Policy and Planning*, Volume 14, Issue 1, 1999, Pages 26–37, <https://doi.org/10.1093/heapol/14.1.26>
8. Special Features of the Hospital. URL: <https://hospinfo.tokyo-med.ac.jp/english/features.html>
9. Szpitale Uniwersyteckie. URL: <https://www.cm-uj.krakow.pl/index.php/collegium/szpitala/>
10. Über das USZ. URL: <https://www.usz.ch/ueber-das-usz/>
11. University of Botswana.Faculty of Medicine. URL:<https://www.ub.bw/discover/faculties/medicine>
12. Yasmin S. Meah MD, Eric L. Smith PhD, David C. Thomas MD.Student-Run Health Clinic: Novel Arena to Educate Medical Students on Systems-Based Practice. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*. 2009. Volume 76, Issue 4.<https://doi.org/10.1002/msj.20128ypravlinnya.html>



13. Авраменко Т. Державна політика щодо підвищення якості професійної підготовки медичних працівників. Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 23 берез. 2016 р.) / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. – К. : ДКС-Центр, 2016. – 212 с. С. 11-14.

14. Автономізація лікарень: як відбуватиметься, які переваги надасть мед установам. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/avtonomizacija-likaren-jak-vidbuvatimetsja-jaki-perevagi-nadast-medustanovam>

15. Актуальні проблеми підвищення якості національної аграрної освіти відповідно до вимог Болонської конвенції : матеріали XVI навч.-метод. конф. наук.-пед. працівників, признач. 190-річчю Харків. нац. аграр. ун-ту ім. В.В. Докучаєва (Харків, 15–17 лют. 2006 р.) Х., 2006. 111с.

16. Андріяш В. І. Державна політика: концептуальні аспекти визначення. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 9. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2013\\_9\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2013_9_6)

17. Бакуменко В. Д. Теоретичні та організаційні засади державного управління: навч. посіб. / В. Д. Бакуменко, П. І. Надолішній. –К. : Міленіум, 2003. – 256 с.

18. Балусєва О. В. Пріоритетні напрями розвитку і удосконалення медичної освіти. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я: матеріали науково-практичної конференції. (м. Київ, 22 квітня 2015 року). За загальною редакцією Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. ДКС Центр, 2015. 160 с. С. 7-10.

19. Балусєва О. В. Формування стратегічних напрямів діяльності вищих медичних навчальних закладів, спрямованих на удосконалення підготовки медичних кадрів / О. В. Балусєва // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2013. – № 12. (Електронне наукове фахове видання.)

20. Банчук М. В. Основні проблеми державного управління

реформуванням галузі охорони здоров'я України [Текст] : монографія / М. В. Банчук ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. -Київ : НАДУ, 2013. - 439 с.

21. Беззуб І. О. Сучасний стан та перспективи розвитку медичної освіти в Україні. URL: [http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2855:suchasnij-stan-ta-perspektivi-rozvitku-medichnoji-osviti-v-ukrajini&catid=8&Itemid=350](http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2855:suchasnij-stan-ta-perspektivi-rozvitku-medichnoji-osviti-v-ukrajini&catid=8&Itemid=350)

22. Білокур Є. І. Управління об'єктами державної власності як складова змісту управлінської діяльності. URL: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nashp\\_2015\\_4\\_27](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nashp_2015_4_27).

23. Білокур Є. І. Функції державного управління: поняття, особливості, правове регулювання : дис... канд. юрид. наук : 12.00.07. Нац. ун-т «Одеська юридична академія». Одеса, 2015. 194 с.

24. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання, механізми державного управління : дис. ... на здоб. наук. ступ. канд. наук з держ. упр. / НАДУПУ ОРІДУ. Одеса. 2014. 22 с.

25. Бюджетний кодекс України: Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>.

26. Вежновець Т. Які новації підготували інтернам і чи будуть вони у захваті від них? URL: <https://www.vz.kiev.ua/yaki-novatsiyi-pidgotuvaly-internam-i-chy-budut-vony-u-zahvati-vid-nyh/>

27. Вовк С. М., Лобас В.М. Модернізація управлінських процесів в системі охорони здоров'я та факторів для розвинення концесійної співпраці The Strategic Potential of the State and Territorial Development [collective monograph]. European Institute of Further Education. Donetsk State University of Management: Slovak Republic, Podhájska, 2017. 256 с.

28. Вороненко Ю. В., Радиш Я. Ф. Право – важлива складова програми післядипломної підготовки керівників системи охорони здоров'я України. Український медичний часопис. 2006. № 6 (56). URL:

<https://www.umj.com.ua/article/347/pravo-vazhliva-skladova-programi-pislyadiplomnoi-pidgotovki-kerivnikiv-sistemi-oxoroni-zdorov-ya-ukraini>.

29. Вороненко Ю. Напрями розвитку системи підготовки лікарів на післядипломному етапі. Київ: Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шулика, 2017. URL: [https://nmapo.edu.ua/images/Novosti/16\\_02\\_17-10.pdf](https://nmapo.edu.ua/images/Novosti/16_02_17-10.pdf)

30. Горпініч Т.І. Проблеми використання досвіду США з організації професійної підготовки майбутніх лікарів: український контекст. Медична освіта. 2019. № 2. С.156-161

31. Гурне Б. Державне управління / Б. Гурне ; пер. з фр. В. Шовкуна. – К. : Основи, 1993. – 165 с.

32. Декларація 5-ї Всесвітньої конференції ВМА щодо медичної освіти URL: [http://www.uazakon.com/documents/date\\_53/pg\\_ifcvof.htm](http://www.uazakon.com/documents/date_53/pg_ifcvof.htm)

33. Державна політика у сфері охорони здоров'я: колективна монографія. За загальною редакцією М. Білинської та Я. Радиша. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

34. Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади : навч. посібник / за заг.ред. Н. Р. Нижник, В. М. Олуйка. Львів, Вид-во Національного університету «Львівська політехніка», 2002. 352 с.

35. Державне управління в Україні: організаційно-правові засади : навч. посібник / Н. Р. Нижник, С. Д. Дубенко, В. І. Мельниченко та ін.; за заг. ред. проф. Н. Р. Нижник. Київ : Вид-во УАДУ, 2002. 164 с.

36. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

37. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 р. № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>.

38. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>.

39. Деякі питання, пов'язані з підготовкою і внесенням подань щодо осіб, призначення на посаду та звільнення з посади яких здійснюється Президентом України або Кабінетом Міністрів України чи погоджується з Кабінетом Міністрів України : Постанова КМУ від 11.04.2012 р. № 298. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/-show/298-2012-%D0%BF>.

40. Довгаль І.В. Соціальний діалог крізь призму основних комунікаційних теорій. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики, 2011, вип. 52. С.104-109.

41. Долгіх М. В. Модернізація управління системою охорони здоров'я: теоретичний аспект. Європейський вимір реформування публічного управління в Україні: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (22 листопада 2019 року) / за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл. К.: МАУП, 2019. С. 26-30

42. Долгіх М. В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я України як аспект національної безпеки. Трансформація системи публічного управління створенням здоров'язбережувального та безпечного простору України (модернізація, інновації, розвиток): матеріали міжнародної науково-практичної конференції (22 червня 2020 р.) / за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл. Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом. 2020. С. 26-29

43. Дубініна В. Г. Університетська клініка: яку модель візьме за взірць Україна? / В. Г. Дубініна // Ваше здоров'я. – 2015. – № 33–34.

44. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. :Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко[та ін.] ; за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. –К. : НАДУ, 2010. – 20 с.15.

45. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011.

46. Ждан В. М., Скрипник І. М., Марченко А. В. Проблеми кадрової політики медичної галузі в розрізі часу. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я: матеріали науково-практичної конференції. (м. Київ, 22 квітня 2015 року). За загальною редакцією Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. ДКС Центр, 2015. 160 с. С. 37-39.

47. Заїчко Н.В., Мельник А.В., Качула С.О., Юрченко П.О., Качула О.О. Перспективи розвитку університетських клінік в Україні. Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти: національний та світовий вимір. Тези доповідей навчально-методичної конференції 07.02.2019. За редакцією В. М. Мороза, Ю. Й. Гумінського, Л. В. Фоміної. ВНМУ імені М.І. Пирогова, 2019. 260 с. С. 80-81.

48. Закон України «Про соціальний діалог». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2011, № 28, ст.255

49. Запорожан В.М. Сучасні підходи до освітнього процесу з підготовки високопрофесійних фахівців // В. М. Запорожан, М. М. Каштальян, О. В. Чернецька //Медична освіта . –2017. –№ 3. –С.27-31.

50. Іваницька О. М. Державне регулювання розвитку фінансової інфраструктури : монографія. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 276 с.

51. Іваницька О. М. та ін. Фінансовий сектор України в системі забезпечення інноваційного економічного зростання. Фінансова система національної економіки: проблеми розвитку та управління змінами : у 3-х т. / за заг. ред. Т. І. Єфименко; ДННУ «Академія фінансового управління». Київ, 2012. Т. 1. 894 с. С. 317–418.

52. Іваницька О. М., Чумакова І. Ю. Теорія нового державного менеджменту та її застосування при модернізації державного фінансового контролю. Фінанси України. 2011. № 5. С. 68–77.

53. Ільницька О., Катеринюк В., Катеринюк О., Хороб Н. Актуальність післядипломної освіти медичних працівників у державних закладах охорони здоров'я України. Медична освіта. 2018. № 3.С. 13-18.

54. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами

в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2006. 401 с.

55. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 1. С.161-164. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/1\\_2020/28.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf)

56. Кінаш Н. М. Напрямки реорганізації вищої медичної освіти в Україні. Архів клінічної медицини. 2015. № 2 (21). С. 77-80.

57. Клименко О.-В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції-розвитку. 2016. 262 с.

58. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я : стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич//Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2008. – №3 (3). –С. 23–37.

59. Коваленко Б. На базе Запорожской областной больницы появится медицинский городок. URL: <http://iz.com.ua/zaporoje/na-baze-zaporozhskoy-oblastnoy-bolnitsyi-poyavitsya-meditsinskiy-gorodok>

60. Ковбасюк Ю. В. Державне управління. Том 1. Навчальний посібник. URL: [http://e-pidruchniki.com/content/2047\\_55Sybekt\\_i\\_ta\\_obekt\\_i\\_derjavnogo\\_](http://e-pidruchniki.com/content/2047_55Sybekt_i_ta_obekt_i_derjavnogo_)

61. Коляда М. Співвідношення понять «соціальне партнерство» і «соціальний діалог» у трудовому праві: теорія та практика. Публічне право № 4 (12) (2013). С.291-296.

62. Конвенція про скасування примусової праці № 105: Конвенція від 25.06.1957. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993\\_013#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_013#Text).

63. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#n47>.

64. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.

65. Конституція України: Закон України від 28.06.1998 № 254к/96-ВР.  
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
66. Корда М. Нові стимули для медичних кадрів - батіг замість пряника? Ваше здоров'я. URL: <https://www.vz.kiev.ua/novi-stimuli-dlya-medichnix-kadriv-batig-zamist-pryanika/>
67. Корпоративне управління : монографія / І. Спасибо-Фатєєва, О. Кибенко, В. Борисова; за ред. І. Спасибо-Фатєєвої. Харків : Право, 2007. 100 с.
68. Кравцова Т. М., Калініченко Г. В. Дослідження видів функцій державного управління та їх значення у процесі державно-управлінської діяльності. Форум права. 2011. № 1. С. 522–527. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP\\_index.htm\\_2011\\_1\\_84](http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_1_84).
69. Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики збереження громадського здоров'я в Україні. Державне управління та місцеве самоврядування. 2016. Випуск 3 (30). С. 84-91.
70. Кухрівський Денис. Наслідки впливу карантинного режиму на трансформаційні процеси суспільних відносин. Вплив пандемії коронавірусу COVID-19 на права, свободи і безпеку людини в інформаційній сфері: Матеріали другої наук.-практ. студ. конф., м. Київ, 18 листоп. 2020 р. / Упоряд. : В. М. Фурашев, С. Ю. Петряєв, О. А. Самчинська. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського», Вид-во «Політехніка», 2020. с.82-87.
71. Лаврук О. В. Сутність поняття державної політики. Університетські наукові записки. 2018. № 67-68. С. 254-363.
72. Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія]. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». К., 2014. 450 с.
73. Лех І. А. Проблеми управління державними корпоративними

правами у промисловості. URL: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/15689/1/9-Lekh-24-25.pdf>.

74. Лисак В. В. До питання про удосконалення державного регулювання лікарської інтернатури. Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 5–6 березня 2021 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2021. С. 38–40.

75. Лисак В. В. Меморандум про співпрацю як управлінський акт, що сприяє інтеграції систем вищої медичної освіти та медичної практики. Соціальні, правові та управлінські аспекти розвитку охорони здоров'я: проблеми, перспективи, світовий досвід : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Льорет-де-Мар, Іспанія, 05 лютого 2021 р.). Льорет-де-Мар, 2021. С. 91–93.

76. Лисак В. В. Мета та завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. KELM (Knowledge, Education, Law, Management). 2021. № 6(42). Vol. 1. С. 78–82.

77. Лисак В. В. Напрями удосконалення державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти. Право та державне управління. 2020. № 2. С. 314–320.

78. Лисак В. В. Основні державно-управлінські фактори, що сприяють ефективній взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я-2021 : зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Запоріжжя, 27–28 травня 2021 р.). Запоріжжя, 2021. С. 51–52.

79. Лисак В. В. Проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти. Право та державне управління. 2020. № 3. С. 107–112.

80. Лисак В. В. Проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти. Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2020. № 2. С. 210–215.



81. Лисак В. В. Система вищої медичної освіти, система медичної практики та їх взаємодія як об'єкти державного управління. Право та державне управління. 2021. № 3. С. 81–86.

82. Лисак В. В. Удосконалення бюджетного фінансування університетських клінік як елемент державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. Напрями вдосконалення механізмів державного управління в умовах сучасних реформаційних процесів : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 25–26 грудня 2020 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. С. 48–50.

83. Лисак В. В. Форми професійної взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики: державно-управлінський аспект. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2020. № 19. С. 148–153.

84. Лісовий В.М. Університетські клініки в розвитку вищої медичної освіти / В. М. Лісовий, В. А. Капустник, Ю. К. Резуненко [та ін.] //Матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присв. 60-річчю ТДМУ «Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні» (Тернопіль, 18-19 травня 2017 р.): у 2 т. –Тернопіль: ТДМУ, 2017. –Т.1. –211 с.

85. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2018. 428 с.

86. Логуш Л. Г. Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук. Київ, 2016. 239 с.

87. Лукашук Л. Як готують лікарів у США - інтеграція з клінікою з перших днів і пліч-о-пліч з великою наукою. URL:<https://www.vz.kiev.ua/yak-gotuyut-likariv-u-ssha-integratsiya-z-klinikoyu-z-pershyh-dniv-i-plich-o-plich-z-velykoyu-naukoju/>

88. Магрламова К. Основні підходи до реформування вищої медичної освіти як визначального чинника системи охорони здоров'я. URL: <https://repo.dma.dp.ua/3903/1/35.pdf>

89. Мазепа Ю. С. Стратегічний підхід оцінки кадрових ресурсів охорони здоров'я в європейському регіоні. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я: матеріали науково-практичної конференції. (м. Київ, 22 квітня 2015 року). За загальною редакцією Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. ДКС Центр, 2015. 160 с. С. 74-76.
90. Мартинов П. Медична освіта в США: важке дороге навчання та прибуткова робота. URL: <http://old.cost.ua/news/427-Medical-education-USA>
91. Мельниченко А. 10 стран с лучшей системой здравоохранения в мире. URL: <https://likkasa.com.ua/10-stran-s-luchshej-sistemoj-zdravooxraneniya-v-mire/>
92. Мельничук С. М. Щодо участі державних підприємств в реалізації державних функцій. Форум права. 2019. № 56 (3). С. 58–66.
93. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємств оновлена версія. Київ, 2018. 84 с. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz\\_metod\\_recomendations\\_autonomization\\_2018\\_ua\\_final\\_web.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf)
94. Меркушева І.В., Тесля Н.Ю. Структура інформаційних взаємодій в системах розподіленого управління проектами. Управління розвитком складних систем : зб. наук.праць. К., 2011. № 6. С. 47-50.
95. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 19 вересня 2007 року №562. Про затвердження Порядку проведення соціального діалогу в галузі охорони здоров'я [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ7290.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ7290.html)
96. МОЗ представило законопроект про лікарське самоврядування на громадське обговорення. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-predstavilo-zakonoproekt-pro-likarske-samovrjaduvannja-na-gromadske-obgovorennya>
97. МОЗ України змінює підхід до підготовки лікарів: громадське обговорення нової моделі інтернатури. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-ukraini-zminjue-pidhid-do-pidgotovki-likariv-gromadske-obgovorennya-novoi-modeli-internaturi>

98. Моніторинг ефективності управління об'єктами державної власності. Офіційний сайт Міністерства економіки України. URL: <https://www.me.gov.ua/Documents/List?lang=uk-UA&id=2e24db81-1b0d-4322-80ce3c269e2&tag=MonitoringEfektivnostiUpravlinniaObiektamiDerzhavnoiVlasnosti>.
99. Мосаєв Ю. Гендерні особливості нерівності у доступі до медичних послуг: соціально-правовий аспект. Адаптація правової системи України до права Європейського Союзу : теоретичні та практичні аспекти : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м.Полтава, 23 листопада 2017 року). Том 1. С.96-98.
100. Москалик Г.Ф. Безперервна освіта та сучасний інформаційний простір / Г. Ф. Москалик // European cooperation. – 2015. – № 5. – С. 24–34.
101. Москалюк Н. Т. Загальне управління власністю як категорія здійснення права державної власності. URL: <http://www.sulj.oduvs.od.ua/archive/2020/1/19.pdf>.
102. Національна економічна стратегія на період до 2030 року, затв. постановою Кабінету Міністрів України від 3 березня 2021 р. № 179. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnoyi-eko-a179>.
103. Нижник Н. Р. Машков О. А. Системний підхід в організації державного управління : навч. посіб. / за заг. ред. Н. Р. Нижник. Київ : Вид-во УАДУ, 1998. 160 с.
104. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
105. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
106. Пальчук В. **Пріоритет 2018 року – реформування сільської медицини.** URL: [http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3332:silska-meditsina-v-konteksti-medichnoji-reformi&catid=8&Itemid=350](http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=3332:silska-meditsina-v-konteksti-medichnoji-reformi&catid=8&Itemid=350)

107. Панова Н. С. Адміністративно-правові засади розвитку державного управління в сучасній Україні : автореф. дис. канд. юрид. наук : 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Одеса, 2008. 19 с.

108. Петришина Н. В. Державні підприємства в Україні: проблеми функціонування та шляхи їх вирішення. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 18: Економіка і право. 2015. Вип. 30. С. 73–79.

109. План заходів з реалізації Стратегії розвитку медичної освіти в Україні на 2019-2021 роки, що затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 р. № 674-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/674-2019-%D1%80#Text>

110. Положение о защите прав и конфиденциальности пациента Принято 45-й Всемирной медицинской ассамблеей, Будапешт, Венгрия, октябрь 1993 г. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_056#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_056#Text)

111. Практика студентів у медичних закладів: організаційні питання. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/629-qqq-15-m9-18-09-2015--praktika-studentv-u-medichnih-zakladah-organzatsyn-pitannya>.

112. Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020 : Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#n10>.

113. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>.

114. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>.

115. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>.

116. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>.

117. Про вищу освіту: Закон України від 14.07.2014 № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>.

118. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>.

119. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

120. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>.

121. Про затвердження Інструкції про виробничу практику студентів медичного, лікувального, педіатричного, медико-профілактичного, стоматологічного і фармацевтичного факультетів медичних і фармацевтичного вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.10.1995 р. № 179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0446-95#Text>.

122. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>.

123. Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії розвитку медичної освіти в Україні на 2019-2021 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 р. № 674-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/674-2019-p#Text>

124. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів

України від 29.09.2020 р. № 1175-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1175-2021-p?find=1&text=інтерн#Text>.

125. Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.09.1997 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0245-97#Text>.

126. Про затвердження Положення про клінічну ординатуру: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.01.1998 р. № 12. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0106-98#Text>.

127. Про затвердження Положення про організацію освітнього процесу у закладах охорони здоров'я за участю науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти у сфері охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1337. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1337-2020-%D0%BF#Text>.

128. Про затвердження Положення про проведення практики студентів вищих навчальних закладів України: наказ Міністерства освіти України від 08.04.1993 р. № 93. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0035-93#Text>.

129. Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.1996 р. № 291. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0696-96#Text>.

130. Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.1996 р. № 291. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0696-96#Text>.

131. Про затвердження Порядку надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямами і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілів: наказ

Міністерства охорони здоров'я України від 28.05.2012 р. № 390. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0942-12#Text>.

132. Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.1997 р. № 367. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0246-98#Text>.

133. Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.09.2009 № 690. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09#Text>.

134. Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.07.2015 р. № 408. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1104-15#Text>.

135. Про здійснення протягом бюджетного періоду видатків на утримання деяких бюджетних установ одночасно з різних бюджетів: постанова Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 679. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/679-2013-%D0%BF#Text>.

136. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>.

137. Про місцеве самоврядування: Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.

138. Про місцеві державні адміністрації : Закон України від 9.04.1999 р. № 586-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#n384>.

139. Про оренду державного та комунального майна: Закон України від 03.10.2019 р. № 157-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-20#Text>.

140. Про Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням: постанова Кабінету Міністрів України від 22.08.1996 р. № 992 (втратила чинність). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/992-96-%D0%BF#Text>.

141. Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності: Закон України від 15.09.1999 № 1045-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1045-14#Text>.

142. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою: указ Президента України від 18.08.2021 № 369/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>.

143. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#n8>.

144. Проект Закону про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо створення клінічних баз). URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=61492](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61492)

145. Проект Закону України «Про захист прав пацієнтів» від 06.12.2007 р. за № 1132, внесений народним депутатом України Ю. Каракаєм (перше читання). URL: <https://ips.ligazakon.net/document/LF0VG00A?an=2>

146. Проект Концепції професійного ліцензування лікарів. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/1/5589-reform\\_physicians\\_licensing\\_2018\\_06\\_11\\_clean.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/1/5589-reform_physicians_licensing_2018_06_11_clean.pdf).

147. Проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про інтернатуру». URL: <https://www.apteka.ua/article/511373>.

148. Проект Закону України "Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні". URL: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions/proekt-zakonu-ukraini-pro-samovrjaduvannja-v-sferi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-v-ukraini->



149. Пурденко Т.Й., Литвиненко Н.В., Гладка В.М., Силенко Г.Я., Таряник К.А., Пінчук В.А., Дельва М.Ю., Дельва І.І., Кривчун А.М., Саник О.В., Паленка О.Є., Самарченко Л.А. Удосконалення практичних навичок студентів на кафедрі нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою в контексті кредитно-модульної системи. URL: [http://elib.umsa.edu.ua/bitstream/umsa/10074/1/Purdenko\\_Udoskonalennia\\_praktychnykh\\_navychok.pdf](http://elib.umsa.edu.ua/bitstream/umsa/10074/1/Purdenko_Udoskonalennia_praktychnykh_navychok.pdf)

150. Романов В. Є., Рудік О. М., Брус Т. М. Державна політика: аналіз та механізми її впровадження. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2003. 72 с.

151. Руденко Г. М. Практично-орієнтована підготовка медичних кадрів у сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я України. Підготовка медичних кадрів в сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я. Тези доповідей навчально-методичної конференції 15.02.2017. За редакцією В. М. Мороза, Ю. Й. Гумінського, Л. В. Фоміної. ВНМУ імені М.І. Пирогова, 2017. 229 с. С. 170-171.

152. Ситник, О. Ю. Соціальне партнерство в Україні: особливості становлення і перспективи розвитку. Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки: зб. наук. пр. Кіровоград: КНТУ, 2009. Вип. 15. С. 280-285.

153. Сірик В. В. Державне підприємство. Публічне управління : термінологічний словник / уклад.: В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. С. 36.

154. Словник української мови.  
URL:<https://slovnuk.ua/index.php?sword=засади>.

155. Соціальне партнерство. URL: <http://medprof.org.ua/socialne-partnerstvo/>

156. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні: Моногр. /За ред. В. М. Лехан. –К.: Сфера, 2001. -176 с.

157. Таранич О. В., Ярошенко О. П. Ефективність управління об'єктами

державного сектору України. Економіка і організація управління. 2019. № 1(33). С. 103–109.

158. Трансформаційні процеси економічної системи в умовах сучасних викликів: монографія / за заг. редакцією В. І. Гринчуцького. Тернопіль : Крок, 2014. 544 с.

159. У МОЗ України змінюють підхід до підготовки лікарів. URL: <https://yur-gazeta.com/golovna/u-moz-ukrayini-zminuyuyut-pidhid-do-pidgotovki-likariv.html>

160. У Національній медакадемії післядипломної освіти ім. Шупика заявили про загрозу ліквідації 25 кафедр і скорочення співробітників через зміну системи фінансування. URL: <https://press.unian.ua/press/10902977-u-nacionalniy-medakademiji-pislyadiplomnoji-osviti-im-shupika-zayavili-pro-zagrozu-likvidaciji-25-kafedr-i-skorochennya-spivrobotnikiv-cherez-zminu-sistemi-finansuvannya.html>.

161. Устінов О. В. Безперервний професійний розвиток лікарів: запропоновано новий механізм фінансування. URL: <https://www.umj.com.ua/article/170565/bezperervnij-profesijnij-rozvitok-likariv-zaproponovano-novij-mehanizm-finansuvannya>

162. Фірсова О. Д. Економічні засади державного регулювання охорони здоров'я = Economic principles of state regulation in health care : навч. посіб. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. -Київ : НАДУ, 2019. -190 с.

163. Фліс І.М. Проблеми та перспективи розвитку профспілок. Науковий вісник НЛТУ України. 2014. Вип. 24.11. С.418-422.

164. Фрицький Ю. О. Державна влада в Україні: становлення, організація, функціонування. Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2006. 360 с.

165. Фуртак І.І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : матеріали І Всеукраїнської наук.-практ. конф., 19 –20 квіт. 2007 р. Львів, 2007. С. 318–32

166. Цветков В. В. Державне управління: основні фактори ефективності

(політико-правовий аспект). Харків : Право, 1996. 164 с.

167. Цехмістер Я.В. Медична освіта в системі вищої освіти розвинутих країн світу. Сучасна вища школа: психолого-педагогічний аспект: Монографія. За ред. Н.Г. Ничкало. URL: [https://www.researchgate.net/publication/329844783\\_Medicna\\_osvita\\_v\\_sistemi\\_visoi\\_osviti\\_rozvinutih\\_krain\\_svitu](https://www.researchgate.net/publication/329844783_Medicna_osvita_v_sistemi_visoi_osviti_rozvinutih_krain_svitu)

168. Чернишенко Т. І. Державне управління освітою фахівців охорони здоров'я в умовах перебудови галузі в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 “Механізми державного управління” / Т. І. Чернишенко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. –К., 2003. –20 с.

169. Шевченко М. М. Сутність державного управління освітою. URL: [ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/20531/1/218-Shevchenko-347-348.pdf](http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/20531/1/218-Shevchenko-347-348.pdf)

170. Шевченко М. Медицина Японії: держава – усьому голова? URL: <https://www.vz.kiev.ua/medytsyna-yaponiyi-derzhava-usomu-golova/>

171. Шишкин С. Н. Предпринимательско-правовые основы государственного регулирования экономики : дис. ... д-ра юрид. наук. Москва, 2010. 428 с.

172. Шкільняк М. М. Механізм управління державною власністю в системі національної економіки : автореф. дис. ... д-ра екон. наук : 08.00.03. Тернопіль : ТНЕУ, 2009. 38 с.

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ  
ДИСЕРТАЦІЇ*Публікації, що висвітлюють основні наукові результати  
дисертації**Статті в наукових фахових виданнях України*

1. Лисак В. В. Проблеми державного регулювання післядипломної медичної освіти. *Держава та регіони. Серія: Державне управління.* 2020. № 2. С. 210–215.

2. Лисак В. В. Напрями удосконалення державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти. *Право та державне управління.* 2020. № 2. С. 314–320.

3. Лисак В. В. Форми професійної взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики: державно-управлінський аспект. *Публічне управління і адміністрування в Україні.* 2020. № 19. С. 148–153.

4. Лисак В. В. Проблеми державного регулювання діяльності клінічних кафедр закладів вищої та післядипломної медичної освіти. *Право та державне управління.* 2020. № 3. С. 107–112.

5. Лисак В. В. Система вищої медичної освіти, система медичної практики та їх взаємодія як об'єкти державного управління. *Право та державне управління.* 2021. № 3. С. 81–86.

*Статті в зарубіжних виданнях*

6. Лисак В. В. Мета та завдання державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management).* 2021. № 6(42). Vol. 1. С. 78–82.

***Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації***

*Матеріали конференцій*

7. Лисак В. В. Основні державно-управлінські фактори, що сприяють ефективній взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. *Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я-2021*: зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Запоріжжя, 27–28 травня 2021 р.). Запоріжжя, 2021. С. 51–52.

8. Лисак В. В. Меморандум про співпрацю як управлінський акт, що сприяє інтеграції систем вищої медичної освіти та медичної практики. *Соціальні, правові та управлінські аспекти розвитку охорони здоров'я: проблеми, перспективи, світовий досвід*: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Льорет-де-Мар, Іспанія, 05 лютого 2021 р.). Льорет-де-Мар, 2021. С. 91–93.

9. Лисак В. В. Удосконалення бюджетного фінансування університетських клінік як елемент державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики. *Напрями вдосконалення механізмів державного управління в умовах сучасних реформаційних процесів*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 25–26 грудня 2020 р.). Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2020. С. 48–50.

10. Лисак В. В. До питання про удосконалення державного регулювання лікарської інтернатури. *Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 5–6 березня 2021 р.). Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2021. С. 38–40.



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**  
**ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
**УКРАЇНИ»**

бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, тел./факс: (061) 279-01-92, тел. (061) 279-16-38  
E-mail: [adminzmapo@gmail.com](mailto:adminzmapo@gmail.com) web: <http://www.zmapo.edu.ua> код ЄДРПОУ 01896694

23.12.2020 р. № 476

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Лисака Віталія Вікторовича на тему  
**«Взаємодія вищої медичної освіти та медичної практики в Україні:  
проблеми та перспективи державного регулювання»**

Теоретичні, методологічні та практичні положення і висновки щодо проблем становлення та розвитку державного регулювання систем вищої медичної освіти та медичної практики, розроблені Лисаком Віталієм Вікторовичем, знайшли своє застосування в адміністративно-управлінській діяльності Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти» Міністерства охорони здоров'я України.

Рекомендації автора застосовуються при здійсненні управлінської діяльності з організації освітнього та лікувального процесів, а саме:

- при підготовці та укладенні договорів про спільну діяльність із закладами охорони здоров'я;
- при підготовці та укладенні меморандумів про співпрацю з органами місцевого самоврядування;
- при підготовці локальних документів закладу, що регламентують лікувальну діяльність науково-педагогічних працівників.

**Проректор з науково-педагогічної роботи  
з інтернами та лікувальної роботи,  
професор, д.мед.н.**



**Д. Ю. Рязанов**

## Товариство з обмеженою відповідальністю «Клініка первинної медичної допомоги № 1»

р/р UA 303133990000026002040202256 в АТ КБ «Приватбанк» МФО 313399  
Код ЄДРПОУ 44103820, м. Запоріжжя, в. Жаботинського Леоніда 39, приміщення 47  
тел. 096-739-18-53 e-mail: kpm1@ukr.net

№ 23/01

від 13. 01. 2021 р.

### ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Лисака Віталія Вікторовича на тему

**«Взаємодія вищої медичної освіти та медичної практики в Україні: проблеми та перспективи державного регулювання»**

Теоретичні, методологічні та практичні положення і висновки щодо проблем становлення та розвитку державного регулювання систем вищої медичної освіти та медичної практики, розроблені Лисаком Віталієм Вікторовичем, знайшли своє застосування в управлінській діяльності товариства з обмеженою відповідальністю «Клініка первинної медичної допомоги № 1» як закладу охорони здоров'я.

Рекомендації автора застосовуються при здійсненні управлінської діяльності з організації діяльності з медичної практики, а саме:

- при підготовці та укладенні договорів про спільну діяльність із закладами вищої медичної освіти;
- при підготовці листів до закладів вищої освіти щодо співпраці в питаннях забезпечення медичними кадрами;
- при проведенні спільних нарад, конференцій, бесід щодо вирішення актуальних практичних та теоретичних питань організації медичної діяльності.

Директор ТОВ  
«Клініка первинної медичної допомоги № 1»



І. В. Мосаєва

КЛАСИЧНИЙ  
ПРИВАТНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

Україна, 69002 тел. (061) 764-57-15  
м. Запоріжжя, (0612) 63-99-73  
Жуковського, 70 "Б" факс (061) 764-57-15  
(061) 220-10-02



CLASSIC  
PRIVATE  
UNIVERSITY

70 "B", Zhukovskogo st., tel. (061) 764-57-15  
69002 Zaporizhja, (0612) 63-99-73  
UKRAINE fax (061) 764-57-15  
(061) 220-10-02

№ 142

"25" Od 2021 p.

## ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Лисака Віталія Вікторовича

Цією довідкою підтверджується використання в навчальному процесі Класичного приватного університету результатів науково-дослідної роботи за темами Класичного приватного університету: «Теоретико-методологічні та філософсько-історичні основи розвитку й перспективи реформування державного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0113U000589), «Теорія і практика публічного управління й адміністрування в Україні та зарубіжних країнах» (номер державної реєстрації 0116U002645).

Рекомендації автора запроваджені у навчальний процес і знайшли відображення при викладанні таких дисциплін: «Державне управління», «Державне регулювання економіки».

Перший проректор  
з науково-педагогічної та наукової роботи



О.В. Покатаєва