

Ю. В. Василенко,
аспірант кафедри публічного управління та права,
Комунальний заклад вищої освіти "Дніпровська академія неперервної освіти"
Дніпропетровської обласної ради"
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-2312-6979>

DOI: 10.32702/2306-6814.2023.20.169

ДОСВІД ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН ЩОДО РЕФОРМУВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: МОЖЛИВОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Y. Vasylenko,
Postgraduate student, Dnipro Academy of Continuing Education

EXPERIENCE OF FOREIGN COUNTRIES REGARDING THE REFORM OF POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION: POSSIBILITIES OF IMPLEMENTATION IN UKRAINE

У статті зроблено огляд зарубіжного досвіду у реформуванні післядипломної медичної освіти. Узагальнено підходи, особливості, відмінності формування сучасної системи безперервної медичної освіти, що є пріоритетним напрямом розвитку галузі охорони здоров'я будь якої країни. Особливе місце в регулюванні суспільних відносин займає здоров'я, оскільки воно пов'язане із задоволенням однієї з основних потреб людини, реалізацією права людини на здоров'я, діяльністю, спрямованою на підтримання та збереження фізичного, духовного та соціального благополуччя. Відповідно, мова йде про багатогранність проблематики дослідження, його тісний зв'язок з різними сферами життя. В умовах життєдіяльності сучасної людини спостерігається тенденція постійного зростання загроз здоров'ю людей, зумовлених загостренням економічних, соціальних та екологічних проблем. Особливу увагу слід звернути на ризики та можливості покращення здоров'я, пов'язані з цифровізацією країни та суспільства. Це актуалізує необхідність пошуку ефективніших механізмів ефективної діяльності післядипломної медичної освіти. З точки зору зміни поглядів на роль держави у забезпеченні формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, особливий інтерес становлять досягнення теорії та практики державного управління. Модернізація післядипломної медичної освіти в Україні може бути досягнута шляхом адаптації європейського досвіду до української системи охорони здоров'я. Процес оновлення має враховувати розвиток медицини, потреби пацієнтів, зміни в медичній практиці та виклики, з якими стикається медична спільнота. Післядипломна медична освіта в ЄС є цінним досвідом, який можна використати для інституційної реформи в Україні. Водночас важливо врахувати особливі потреби та виклики української галузі охорони здоров'я, забезпечити вищий рівень підготовки спеціалістів та покращити медичне обслуговування населення.

The article reviews foreign experience in reforming postgraduate medical education. The approaches, peculiarities, and differences of the formation of a modern system of continuous medical education, which is a priority direction of the development of the health care industry

of any country, are summarized. Health occupies a special place in the regulation of social relations, as it is related to the satisfaction of one of the basic human needs, the realization of the human right to health, activities aimed at maintaining and preserving physical, spiritual and social well-being. Accordingly, we are talking about the multifaceted nature of the research problem, its close connection with various spheres of life. In the conditions of life of a modern person, there is a trend of constant growth of threats to people's health caused by the aggravation of economic, social and environmental problems. Particular attention should be paid to the risks and opportunities to improve health associated with the digitalization of the country and society. This actualizes the need to find more effective mechanisms for the effective activity of postgraduate medical education. From the point of view of changing views on the role of the state in ensuring the formation and implementation of policy in the field of health care, the achievements of the theory and practice of public administration are of particular interest. Modernization of postgraduate medical education in Ukraine can be achieved by adapting European experience to the Ukrainian health care system. The renewal process must take into account the development of medicine, the needs of patients, changes in medical practice and challenges faced by the medical community. Postgraduate medical education in the EU is a valuable experience that can be used for institutional reform in Ukraine. At the same time, it is important to take into account the special needs and challenges of the Ukrainian healthcare industry, to ensure a higher level of training of specialists and to improve medical services for the population.

Ключові слова: післядипломна медична освіта, реформування, медична освіта, медичні заклади, професійний розвиток, інновації в навчанні.

Key words: postgraduate medical education, reforms, medical education, medical institutions, professional development, innovations in education.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Реформування післядипломної медичної освіти є невід'ємною складовою розвитку медичної системи та надання якісної медичної допомоги населенню. Впровадження моделей на основі індивідуалізованого підходу, інтерактивних методів навчання, партнерства з клінічними закладами та інших інноваційних підходів може сприяти підвищенню кваліфікації медичних працівників та покращенню якості медичної допомоги. Проте реформа стикається з низкою проблем, таких як фінансові обмеження, опір системи охорони здоров'я та потреба у підготовці викладацького складу.

Реалізація успішних реформ післядипломної медичної освіти вимагатиме спільних зусиль органів влади, медичних університетів, клінічних установ та медичних асоціацій. На фоні складних викликів, які постають перед медичною системою України, важливо зосередитися на практичних кроках, що були реалізовані в інших країнах, та безсумнівно сприятимуть зміцненню кадрового потенціалу медичної галузі.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Акредитація АССМЕ — це добровільна система саморегулювання, яка гарантує громадськості та медичній спільноті, що акредитовані провайдери є стратегічними партнерами в ініціативах з якості та безпеки охорони здоров'я та забезпечують належну та ефективну освіту, яка відповідає потребам професійної освіти та практики лікарів. Стандарти акредитації гарантують, що БПР є незалежним, вільним від комерційної упередженості та ґрунтується на сучасній найкращій практиці. Процес прийняття рішення про акредитацію та повторну акредитацію оцінює відповідність провайдерів вимогам до акредитації БПР, а АССМЕ визначає статус акредитації провайдера на основі цих висновків, використовуючи ряд опцій.

АССМЕ акредитовано приблизно 700 організацій. Окрім цього, АССМЕ є визнаною 41 державним і територіальними медичними товариствами, здійснює акредитацію близько 1200 державних організацій, що про-

понують СМЕ. Акредитовані постачальники представляють широкий спектр організацій, а саме: від національних спеціалізованих товариств до невеликих громадських лікарень. Загалом, майже 1,900 акредитованих постачальників СМЕ пропонують понад 148 000 заходів щороку. Лікарі беруть участь у акредитованих заходах СМЕ для підтримки власної освіченості та вдосконалення практичних компетенцій. Участь у акредитованих СМЕ також допомагає лікарям відповідати вимогам отримання ліцензій, сертифікації спеціальної ради, акредитації, членства в професійних товариствах та іншим професійним вимогам [1].

Останніми роками моделі державно-приватного партнерства стали популярними і в Західній Європі, але специфіка фінансування є ще однією важливою темою: персонал складається з професорів медичних університетів, а завідувач кафедри є керівником клінічного підрозділу. У цих підрозділах також працюють штатні співробітники університету (за фахом); основну силу складають лікарі зі спеціалізованою підготовкою (тривалістю 5-броків) Існує чітка ієрархія за роками навчання: саме ці клінічні ординатори керують студентами на III—VI курсах, а їхні педагогічні здібності та вміння надавати практичні та теоретичні знання оцінюються на рівні лікарської майстерності. Клінічні ординатори відповідають за навчання студентів практичним навичкам та вмінню вести медичну документацію. Ключовий принцип такого навчання — "орієнтуйся на мене". Практично-орієнтоване навчання також дозволяє студентам розуміти медичні процеси від простого до складного, використовуючи класифікаційну модель SOLO, застосовуючи систематизацію знань: S1 "простий", S2 "складний", S3 "споріднений" і S4 "розширений" [2].

Наразі такі освітні принципи в системі медичних вищих навчальних закладів не можуть бути застосовані в повсякденному житті без присутності університетських клінік. Використовуючи спочатку через теоретичну підготовку практичного підходу до ведення пацієнта, а потім самостійно виконувати процедури за системою Міллера: m1 "знає", m2 "вміє", m3 "може показати як", m4 "може робити професійно" [3].

Національна реформа післядипломної медичної освіти в Данії запровадила (1) навчання, орієнтоване на результат, (2) систему компетенцій CanMEDS, пов'язану з сімома ролями лікаря, і (3) оцінювання під час навчання. Метою цього дослідження було оцінити процес розробки нової навчальної програми для 38 програм підготовки спеціалістів. Питання дослідження полягало в наступному: які умови сприяють і перешкоджають цьому процесу? В оцінці процесу взяли участь 76 стейкхолдерів, які очолювали процес розробки навчальних програм за своїми спеціальностями. Кількісні та якісні дані, отримані за допомогою анкетування та телефонних інтерв'ю, показали, що фасилітаторами були позитивне ставлення та мотивація викладачів, а також підтримка з боку письмових інструкцій та семінарів. Бар'єрами були визначені недостатня педагогічна підтримка, незнання завдання, мінлива і непослідовна інформація від органів влади, плінність кадрів консультантів і стресові дедлайни.

Дослідження визначило фактори, які сприяють і перешкоджають процесу розробки національного курсу для післядипломної освіти. Як виявилось педагогічна підтримка, яка надається протягом усього процесу, може не бути корисною в деяких аспектах [4].

Нові освітні тенденції частково імпортувалися з англо-американських країн з давніми традиціями психометрії, а література того часу містила мало інформації проте, як ефективно справлятися з такими змінами парадигми. Лише нещодавно з'явилася дискусія про трансатлантичні відмінності.

Навчання на цих програмах зосереджене на трьох циклах: оцінювання навчання та практики під час навчання; збір портфоліо як доказ розвитку стажерів; глобальний розвиток стажерів силами стажерів та їхніх керівників; зростання відповідно до цілей CanMEDS; регулярний перегляд результатів діяльності відповідно до конкретних завдань; майбутні цілі та стратегії навчання; перегляд особистого плану навчання та стратегії навчання, а також перегляд особистого плану розвитку як основи для розробки стратегії.

Особливо важливим є розуміння розвитку стажерів: розвиток стажерів у різних ролях CanMEDS у поєднанні з детальним розумінням їхнього рівня володіння конкретними ЕРА та темами виявився дуже корисним для структурування розробки нових навчальних програм [5].

МЕТА СТАТТІ

Мета статті полягає у здійсненні наукового огляду сучасних досліджень з питань удосконалення післядипломної медичної освіти у зарубіжних країнах та виокремлення перспективних напрямів та механізмів її розвитку.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Медична освіта в Європейському союзі зазвичай базується на вищих навчальних закладах, таких як університети та медичні школи. Більшість країн мають багаторівневу систему освіти, що включає бакалаврат, магістратуру та докторські ступені. Окрім того, після завершення освітньої програми, медичні фахівці зазвичай працюють у лікарнях, клініках, лабораторіях та інших медичних установах.

Стандарти якості. Європейський союз покладає великий акцент на якість медичної освіти. Багато країн регулюють медичну освіту через національні агентства та органи акредитації, що допомагає забезпечити високий рівень освіти та компетентності випускників.

Мобільність. Багато медичних фахівців з Європейського союзу мають можливість працювати та навчатися в інших країнах ЄС завдяки спільним програмам обміну, стипендіям та іншим ініціативам.

Міжнародна співпраця. Медична освіта в Європейському союзі може включати міжнародну співпрацю, особливо в контексті досліджень, обміну досвідом та впровадженні інновацій. Це допомагає сприяти взаємному збагаченню та обміну знаннями.

Виклики та реформи. Медична освіта в Європейському союзі стикається з різними викликами, такими як

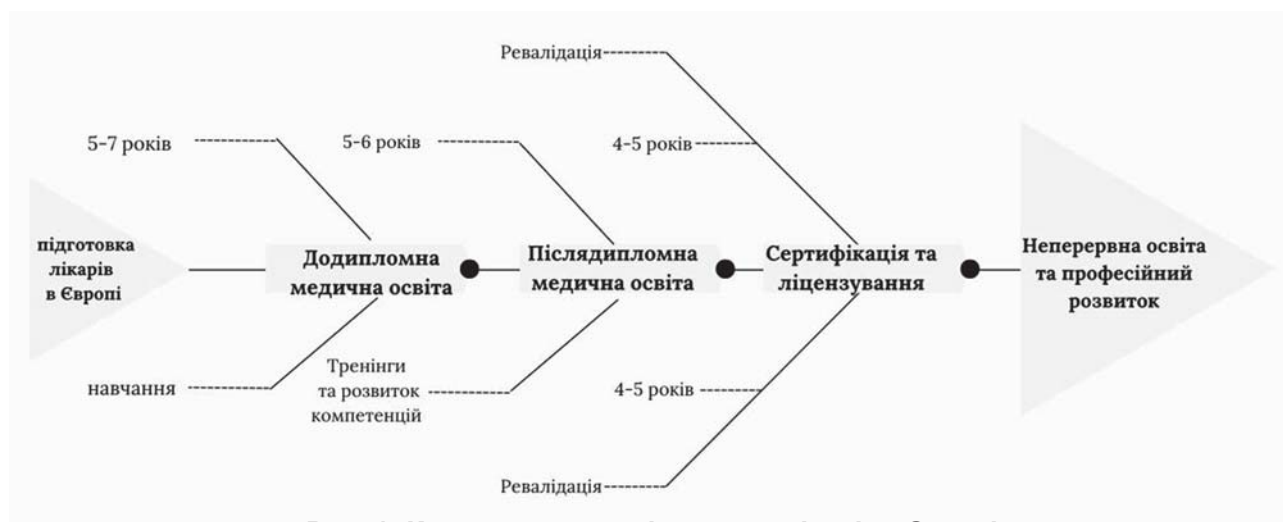


Рис. 1. Класична схема підготовки лікарів в Європі

забезпечення достатньої кількості медичних фахівців, впровадження новітніх технологій у навчання, адаптація до змін в медичній практиці та популяційним потребам.

Професійний розвиток. Медичні фахівці в Європейському союзі також залучаються до постійного професійного розвитку, який дозволяє їм поглиблювати знання та набувати нові навички відповідно до змін в медичній сфері.

Інновації в навчанні. Однією з ключових тенденцій є використання новітніх технологій, симуляційних навчальних засобів, віртуальних навчальних середовищ та інших інновацій для покращення якості медичної освіти та підготовки.

Роль Європейського Союзу. ЄС виконує роль сприяння та координації в галузі медичної освіти через різні програми, ініціативи та фінансову підтримку.

Ця тема відкриває багато можливостей для дослідження та розгляду різних аспектів медичної освіти в Європейському союзі. Важливо вивчити специфіку кожної країни-члена, їхні методи та підходи до медичної освіти, ролі національних агентств та регуляторів у забезпеченні якості, а також реакції на виклики та тенденції в медичній галузі.

Навчаючись у вищих навчальних закладах та проходячи післядипломну освіту в університетських клініках по всьому світу, можна порівняти підхід до навчального процесу та принципіальні відмінності медичної освіти.

На рис. 1. приведена структурна схема підготовки лікарів в Європі

На рис. 2 — 5 приведені структурні схеми підготовки лікарів у певних європейських країнах, на рис 6 — в Ізраїлі.

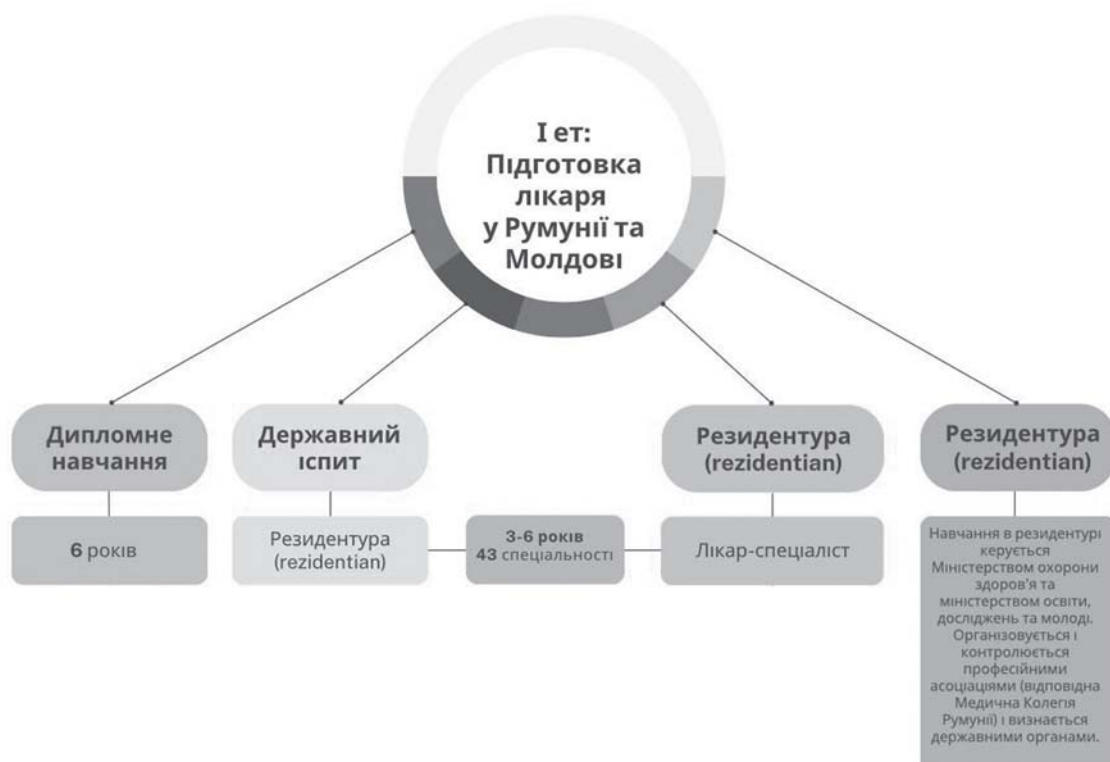


Рис. 2. Структурна схема підготовки лікарів в Румунії та Молдові



Рис. 3. Структурна схема підготовки лікарів у Великій Британії

Окремо варто зазначити про медичні науково-дослідні інститути в країні. Практично всі наукові та прикладні дослідження і впровадження здійснюються в університетах і вищих навчальних закладах, тобто вся національна дослідницька організація

представлена незалежною одиницею вищої освіти. Очевидно, що організація науково-дослідних інститутів у складі університетів дозволила б оптимізувати використання бюджетних коштів, забезпечити їх сучасним обладнанням та гідною заробітною



Рис. 4. Структурна схема підготовки лікарів у Польщі



Рис. 5. Структурна схема підготовки лікарів у Франції

платою. Хоча багато українських науково-дослідних інститутів підтримують високий медичний рівень, їхній освітній потенціал не довикористовується.

Як наслідок, українські медичні університети випускають багато молодих лікарів, але далеко не всі з них здатні виконувати базові медичні та медсестринські процедури, надавати корисні консультації па-



Рис. 6. Структурна схема підготовки лікарів в Ізраїлі

ціентам або приймати рішення про напрямок лікування. Наслідки цього вже сьогодні помітні. На ринку праці вже відчувається дефіцит компетентних і кваліфікованих лікарів, який може стати катастрофічним через п'ять-десять років. В європейських країнах також існує дефіцит медичних працівників, але це пов'язано з небажанням молоді вчитися і наполегливо працювати в молоді роки, щоб досягти щедрих, але ілюзорних перспектив через 15—20—25 років. В той же час, майже 100 відсотків випускників університетів володіють міцними практичними навичками та знаннями.

Враховуючи канадський досвід, можна зробити наступні рекомендації щодо трансформації канадської системи ПДМО:

- сприяти підвищенню соціальної відповідальності через досвід роботи в різних навчальних та робочих середовищах;
- створити позитивне середовище для навчання та роботи, засноване на співпраці;
- забезпечити правильне поєднання, розподіл і кількість лікарів для задоволення потреб суспільства;
- інтегрувати навчальні програми, засновані на компетентностях, у програми післядипломної освіти;
- розвивати, підтримувати та оцінювати клінічних викладачів;
- сприяти розвитку лідерства;
- розвивати ефективне спільне управління в PGME;
- ефективно інтегрувати та трансформувати навчальні програми;
- впроваджувати ефективні системи оцінювання [6].

Система післядипломної медичної освіти (PGME) в Південній Кореї мало змінилася з моменту запровадження системи інтернатури-резидентури понад 50 років тому, але зміни у змісті базової медичної освіти та взаємовідносинах між пацієнтом і лікарем, диференціація на субспеціальності, запровадження навчання в інтернатурі, зміни в моделях роботи лікарів у зв'язку з розвитком інформаційних технологій, а також у передових країн, а також модифікації систем PGME зробили його особливо складним. Інтернатура не є ефективною формою проходження PGME. Випускники медичних коледжів і медичних шкіл можуть практикувати самостійно без проходження курсу PGME. Тривалість PGME зрізних підспеціальностей майже однакова: однорічна інтернатура та чотирирічна резидентура. Умови роботи лікарів-інтернів не є адекватними для належного навчання та безпеки пацієнтів. Нинішні інтерни повинні бути інтегровані з резидентурою шляхом безпосереднього навчання. PGME має бути обов'язковою для випускників медичних коледжів та медичних училищ, які починають практикувати без навчання в резидентурі. Необхідно покращити умови праці лікарів-інтернів. Цей звіт дає загальне уявлення про майбутній напрямок розвитку, але він потребує подальшого детального коригування та доопрацювання. У цьому звіті також були враховані думки різних асоціацій. Тим не менш, може знадобитися подаль-

ше обговорення між зацікавленими сторонами PGME, включаючи лікарів-стажерів, щоб уникнути непорозумінь і спроб і помилок у процесі доопрацювання [7].

Хоча на сьогодні в Європі не існує загальноприйнятого підходу до безперервної медичної освіти, існує загальна згода, що якість медичних послуг безпосередньо залежить від постійного підвищення компетентності лікарів шляхом безперервного професійного розвитку та оцінювання. Також зазначається, що підвищення якості та академічних вимог провайдерів освітніх послуг і навчальних програм має вирішальне значення для лікарів при коригуванні власних освітніх планів.

Найважливішою передумовою забезпечення обов'язковості безперервного професійного розвитку є створення єдиної системи акредитації провайдерів послуг і навчальних програм та "солідарна відповідальність" усіх учасників системи підготовки лікарів.

Загальні схеми медичної освіти в Європі виглядають наступним чином.

Післядипломна медична освіта-це етап медичної підготовки, на якому лікарі набувають досвіду після отримання базової медичної кваліфікації. Цей етап здійснюється за певними правилами та нормами.

Післядипломна медична освіта включає підготовку до офіційної реєстрації, виробниче та професійне навчання, спеціалізацію та субспеціалізацію, а також інші офіційні навчальні програми, пов'язані з виконанням конкретних професійних обов'язків.

Післядипломна освіта є частиною безперервної медичної освіти, яка також включає в себе безперервну медичну освіту (БМО) або безперервний професійний розвиток (БПР).

У світі існує багато моделей БПР:

Одноступенева: навчання в інтернатурі або резидентурі після отримання медичної ліцензії (наприклад, Німеччина, Ізраїль, Румунія, Молдова та ін.):

Двоступенева: після отримання медичної ліцензії-інтернатура, потім резидентура або спеціалізація (наприклад, Україна, Швеція, Великобританія, Польща та ін.):

Триступенева: медична ліцензія, потім інтернатура або стажування, потім резидентура, потім спеціалізація за вузькою спеціальністю (наприклад, США, Франція та ін.):

Системи підготовки лікарів у Європі та США наразі намагаються гармонізувати на основі наступних принципів:

- управління освітніми кредитами здійснюється щорічно і накопичується на постійній основі;
- безперервна медична освіта є обов'язковою через такі механізми, як ліцензування, акредитація для медичних працівників. Умовою отримання та підтвердження кваліфікації лікаря-спеціаліста є щорічне набуття певної кількості кредитів;
- регулювання діяльності посилюється через управління якістю медичної допомоги, за активної участі професійних товариств;
- забезпечено доступ громадськості до інформації про якість роботи лікарів.

Сучасна медицина розвивається дуже швидкими темпами, а разом з нею швидко застарівають навички та знання лікарів.

Уроки, які Україна може взяти з модернізації післядипломної медичної освіти на основі досвіду Європейського союзу:

1. Стандартизація та якість: ЄС активно працює над встановленням стандартів якості та акредитації для післядипломної медичної освіти. Це сприяє вдосконаленню програм, забезпеченню високої якості навчання та підвищенню довіри до медичних фахівців.

2. Інтеграція інновацій: ЄС активно впроваджує інновації та новітні технології у навчальний процес, включаючи симуляційні засоби та віртуальну реальність. Це допомагає покращити практичні навички та реалістичність навчання.

3. Міжнародна співпраця та мобільність: Міжнародна співпраця та обмін досвідом допомагають залучити різноманітні підходи та практики у медичну освіту. Мобільність медичних фахівців сприяє поглибленню знань та здобуттю нового досвіду.

4. Професійний розвиток: Професійний розвиток медичних фахівців є необхідною частиною системи післядипломної освіти. Це допомагає фахівцям підтримувати свою компетентність та відповідати сучасним вимогам медичної практики.

5. Адаптація до змін: У сучасному світі медична практика та технології швидко змінюються. ЄС демонструє важливість гнучкої системи післядипломної освіти, що дозволяє медичним фахівцям адаптуватися до нових викликів.

6. Прозорість та доступність інформації: ЄС акцентує на важливості надання чіткої та доступної інформації щодо післядипломних програм, можливостей та вимог. Це сприяє більш обґрунтованому вибору навчальних шляхів.

7. Партнерство з професійними асоціаціями: Співпраця з професійними асоціаціями допомагає адаптувати навчальні програми до потреб медичної спільноти та забезпечити відповідність стандартам практики.

8. Залучення фахівців до реформування: Важливість залучення медичних фахівців до процесу реформування післядипломної медичної освіти для врахування їхнього практичного досвіду та потреб.

9. Дотримання етичних стандартів: ЄС підкреслює важливість дотримання етичних норм у медичній освіті та практиці для забезпечення високої якості допомоги пацієнтам.

10. Підтримка досліджень та інновацій: Європейський досвід показує, що інвестування у наукові дослідження та інновації сприяє розвитку медичної освіти та практики. Це може включати створення дослідницьких центрів та фондів підтримки інновацій.

11. Врахування здоров'я населення: Орієнтація післядипломної медичної освіти на вирішення конкретних здоров'я людей і потреб населення є ключовим аспектом.

12. Залучення інтернаціональних експертів: Залучення зарубіжних експертів та практиків може сприяти обміну знань, передачі найкращих практик та впровадженню нових підходів у післядипломну медичну освіту.

13. Система неперервної підготовки: Важливість створення системи неперервної підготовки, яка включає постійне професійне навчання та підтримку медичних фахівців у їхньому кар'єрному розвитку.

14. Взаємодія з пацієнтами: Залучення пацієнтів до процесу навчання та реформування післядипломної медичної освіти може сприяти вдосконаленню якості медичної допомоги та збільшити довіру до медичних фахівців.

15. Поширення кращої практики: ЄС активно підтримує поширення кращої практики та досвіду серед навчальних закладів та медичних фахівців. Це сприяє підвищенню загальної якості медичної освіти.

16. Постійна оцінка та корекція: Європейський досвід показує, що постійна оцінка та корекція програм та підходів є важливим аспектом реформування післядипломної медичної освіти.

17. Впровадження е-навчання та онлайн-ресурсів: Використання електронного навчання та доступу до онлайн-ресурсів може значно розширити можливості медичних фахівців у навчанні та підвищенні компетентності.

18. Підтримка педагогічної експертизи: Забезпечення педагогічної підготовки та підтримки викладачів є важливим елементом успішної модернізації післядипломної медичної освіти.

19. Фінансування та ресурси: Забезпечення адекватного фінансування та ресурсів для модернізації післядипломної медичної освіти є ключовим фактором успіху. Важливо забезпечити стабільне фінансування та ефективне використання коштів.

20. Взаємодія з роботодавцями: Врахування потреб та очікувань роботодавців, медичних установ та клінік є важливим елементом при реформуванні післядипломної медичної освіти. Це допоможе випускникам бути готовими до практичної діяльності.

21. Партнерство з міжнародними організаціями: Співпраця з міжнародними організаціями, такими як ВООЗ та Європейська медична асоціація, може сприяти обміну досвідом, отриманню підтримки та доступу до експертного знання.

22. Моніторинг та оцінка результатів: Система моніторингу та оцінки результатів модернізації післядипломної медичної освіти є важливим засобом визначення ефективності реформ та внесення необхідних корекцій.

23. Сприяння інтердисциплінарному підходу: Сприяння взаємодії між різними медичними спеціальностями та інтердисциплінарному підходу у навчанні може сприяти покращенню комунікації та спільного розуміння між медичними фахівцями.

24. Залучення стейкхолдерів: Важливість залучення всіх зацікавлених сторін, включаючи пацієнтів, академічних викладачів, клінічні установи та професійні асоціації, може забезпечити широкий спектр перспектив та впровадження різноманітних підходів.

ВИСНОВКИ

Модернізація післядипломної медичної освіти в Україні може бути досягнута шляхом адаптації європейського досвіду до української системи охорони здоров'я.

Процес оновлення повинен враховувати розвиток медицини, потреби пацієнтів, зміни в медичній практиці та виклики, з якими стикається медична спільнота.

Післядипломна медична освіта ЄС є цінним досвідом, який може бути використаний для інституційної реформи в Україні. При цьому важливо врахувати особливі потреби та виклики українського медичного сектору, забезпечити вищий рівень підготовки фахівців та покращити медичне обслуговування населення.

Українська медична освіта і наука мають використовувати світові ресурси та передовий досвід у цій сфері. Водночас досягнення українських педагогів і науковців мають бути конкурентоспроможними на світовому ринку. Результатом реалізації стратегії стане підвищення якості та конкурентоспроможності медичної освіти в Україні. У довгостроковій перспективі реалізація стратегії сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг населенню України.

Аналіз основних концепцій дослідження свідчить про те, що сучасний розвиток науки пропонує широкий спектр можливостей післядипломної освіти лікарів в Україні, зокрема, нормативно визначені рівні професійної спеціалізації та підготовки лікарів є різноманітними. При цьому слід звернути увагу на впровадження в систему безперервного професійного розвитку лікарів сучасних форм і методів інтерактивного, особистісно орієнтованого навчання з використанням дистанційних технологій та інших засобів.

Розробка інноваційного змісту програм підвищення кваліфікації в умовах модернізації освіти сприяє особистісному та професійному розвитку слухачів і актуалізує необхідність проведення наукових досліджень з проблем розвитку та управління якістю післядипломної освіти.

Література:

1. <https://www.nuozu.edu.ua/d/dovidkova-informatsiia/pisliadyplomna-osvita-u-sviti-ta-ukraini#-gsc.tab=0>
2. Biggs J.B., Collis K.F. (2014) Evaluating the quality of learning: The SOLO taxonomy (Structure of the Observed Learning Outcome): Academic Press.
3. Witheridge A., Ferns G., Scott-Smith W. (2019) Revisiting Miller's pyramid in medical education: the gap between traditional assessment and diagnostic reasoning. *Int. J. Med. Educ.*, 10: 191—192. doi: 10.5116/ijme-5d9b.0c37.
4. Gunver Lillevang, Lasse Bugge, Henning Beck, Jan Joost-Rethans & Charlotte Ringsted (2009) Evaluation of a national process of reforming curricula in postgraduate medical education, *Medical Teacher*, 31:6, e260-e266, DOI: 10.1080/01421590802637966. URL: <https://doi.org/10.1080/01421590802637966>, c. e260.
5. Scheele F., Teunissen P., Van Luijk S., Heineman E., Fluit L., Mulder H., Meininger A., Wijnen-Meijer M., Glas G., Sluiter H., Hummel T. Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Med Teach.* 2008;30(3):248-53. doi: 10.1080/01421590801993022. PMID: 18484450. URL: https://www.researchgate.net/publication/5367079_Introducing_competency-based_postgraduate_medical_education_in_the_Netherlands/link/02bfe50d4dcba6fb08000000/

download, c. 251.

6. Nick Busing, Ken Harris, Anne-Marie MacLellan, Genevieve Moineau, Ivy Oandasan, James Rourke, and Anurag Saxena The Future of Postgraduate Medical Education in Canada. July 2015. *Academic Medicine* 90(9). DOI:10.1097/ACM.0000000000000815. Source PubMed. https://www.researchgate.net/publication/280121740_The_Future_of_Postgraduate_Medical_Education_in_Canada/link/5b9cecbd92851ca9ed0b1662/download, c. 3.

7. Kyu-Chang Wang Reformation of post-graduate medical education system in Korea. *Korean Med Assoc* 2011 April; 54 (4): 352—354 DOI: 10.5124/jkma.2011-54.4.352 pISSN: 1975-8456. URL: <https://synapse.koreamed.org/upload/synapsedata/pdfdata/0119jkma/jkma-54-352.pdf>, c. 352.

References:

1. Shupyk National Healthcare University of Ukraine (2023), "Postgraduate education in the world and Ukraine", available at: <https://www.nuozu.edu.ua/d/dovidkova-informatsiia/pisliadyplomna-osvita-u-sviti-ta-ukraini#-gsc.tab=0> (Accessed 15 Sept 2023).
2. Biggs, J.B. and Collis, K.F. (2014), Evaluating the quality of learning: The SOLO taxonomy (Structure of the Observed Learning Outcome), Academic Press, Cambridge, USA.
3. Witheridge, A., Ferns, G. and Scott-Smith, W. (2019), "Revisiting Miller's pyramid in medical education: the gap between traditional assessment and diagnostic reasoning", *J. Med. Educ.*, vol. 10, pp. 191—192. doi: 10.5116/ijme.5d9b.0c37.
4. Lillevang, G. Bugge, L. Beck, H. Joost-Rethans, J. & Ringsted, C. (2009), "Evaluation of a national process of reforming curricula in postgraduate medical education", *Medical Teacher*, vol. 31:6, pp. e260-e266, DOI: 10.1080/01421590802637966.
5. Scheele, F., Teunissen, P., Van Luijk, S., Heineman, E., Fluit, L., Mulder, H., Meininger, A., Wijnen-Meijer, M., Glas, G., Sluiter, H., and Hummel, T. (2008), "Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands", *Med Teach.*, vol. 30 (3), pp. 248-53, available at: https://www.researchgate.net/publication/5367079_Introducing_competency-based_postgraduate_medical_education_in_the_Netherlands/link/02bfe50d4dcba6fb08000000/download (Accessed 15 Sept 2023). doi: 10.1080/01421590801993022.
6. Busing, N. Harris, K. MacLellan, A.-M. Moineau, G. Oandasan, I. Rourke, J. and Saxena, A. (2015), "The Future of Postgraduate Medical Education in Canada", *Academic Medicine*, vol. 90 (9), available at: https://www.researchgate.net/publication/280121740_The_Future_of_Postgraduate_Medical_Education_in_Canada/link/5b9cecbd92851ca9ed0b1662/download (Accessed 15 Sept 2023). DOI:10.1097/ACM.0000000000000815.
7. Kyu-Chang, Wang (2011), "Reformation of post-graduate medical education system in Korea", *Korean Med Assoc*, vol. 54 (4), pp. 352—354, available at: <https://synapse.koreamed.org/upload/synapsedata/pdfdata/0119jkma/jkma-54-352.pdf> (Accessed 15 Sept 2023). DOI: 10.5124/jkma.2011.54.4.352

Стаття надійшла до редакції 27.09.2023 р.