

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «КИЇВСЬКИЙ АВІАЦІЙНИЙ ІНСТИТУТ»**

**Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису**

ОЛЄЙНІКОВА ТАМАРА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 342.9:614.2:331.363

ДИСЕРТАЦІЯ

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА
АТЕСТАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Спеціальність 081 Право

Галузь знань – 08 Право

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

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

**Науковий керівник: к.ю.н, доцент, професор кафедри теорії держави і права,
конституційного та адміністративного права
Устинова Ірина Петрівна**

КИЇВ - 2026

АНОТАЦІЯ

Олєйнікова Т.В. Адміністративно-правове регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників під час проведення медичної реформи. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 08 Право – Державне некомерційне підприємство “Державний університет “Київський авіаційний інститут”, 2026.

У дисертаційній роботі здійснено комплексне дослідження адміністративно-правових засад регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників як складових системи післядипломної медичної освіти, обґрунтовано нові наукові положення та розроблено пропозиції щодо вдосконалення правового регулювання у зазначеній сфері.

Проаналізовано теоретико-методологічні підходи до управління якістю медичної допомоги у взаємозв’язку з процесами підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників. У межах дослідження обґрунтовано, що сучасні підходи до забезпечення якості медичної допомоги в Україні ґрунтуються на імплементації національних стандартів і процедур, гармонізованих із міжнародними вимогами та принципами доказової медицини, що забезпечує підвищення ефективності медичних послуг і рівня задоволеності пацієнтів.

Встановлено, що розвиток системи управління якістю медичної допомоги детермінується необхідністю інтеграції медичних, соціально-економічних та етичних компонентів у процес державного регулювання сфери охорони здоров’я. Доведено, що ключовими інструментами забезпечення якості виступають механізми ліцензування, акредитації та безперервного професійного розвитку медичних працівників, які сприяють стандартизації медичної діяльності та її постійному вдосконаленню.

Аргументовано, що функціонування системи управління якістю медичної допомоги забезпечується поєднанням зовнішніх регуляторних механізмів і внутрішніх інструментів контролю, зокрема самооцінки та сертифікації закладів

охорони здоров'я. Така інтегрована модель управління відповідає сучасним викликам у сфері охорони здоров'я та сприяє підвищенню адаптивності й результативності медичної системи в контексті забезпечення національної безпеки та сталого розвитку.

Охарактеризовано сучасний стан і проблемні аспекти нормативно-правового регулювання процесів підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників в Україні, а також ідентифіковано ключові суперечності та прогалини чинної правової бази. Установлено, що, попри суттєве оновлення нормативного забезпечення упродовж останніх років, зберігається низка нерегульованих питань, зокрема щодо уніфікації методології оцінювання професійних компетентностей, узгодженості процедур і термінологічного апарату, особливо в умовах правового режиму воєнного стану, а також недостатньої формалізації механізмів моніторингу професійного розвитку.

Доведено, що атестація медичних працівників трансформується з періодичної формалізованої процедури у безперервний процес оцінювання професійної компетентності, інтегрований у систему безперервного професійного розвитку. Встановлено, що впровадження відповідних нормативних змін сприяло переходу до гнучкої моделі професійного зростання, орієнтованої на міжнародні стандарти та принципи доказової медицини.

Обґрунтовано, що відсутність уніфікованого науково-правового тлумачення поняття «атестація» ускладнює правозастосовну практику та стримує процес стандартизації оцінювання професійної відповідності медичних працівників. У зв'язку з цим актуалізується необхідність системного дослідження змістових і процедурних характеристик атестаційного механізму з урахуванням не лише формальних критеріїв, але й результативності професійної діяльності.

Визначено, що в умовах реформування системи охорони здоров'я особливого значення набуває мотиваційний компонент професійного розвитку, який реалізується через інструменти освітнього портфоліо, інституціоналізацію провайдерів освітніх послуг, цифровізацію обліку результатів навчання та впровадження гнучких механізмів накопичення балів. Установлено, що

нормативно-правове регулювання зазнало адаптаційних змін у період воєнного стану, що проявилось у спрощенні процедур і пролонгації дії кваліфікаційних документів, що свідчить про підвищення адаптивності державної політики у сфері професійного розвитку медичних працівників.

Аргументовано, що сучасна нормативно-правова база досліджуваних процесів характеризується поступовою гармонізацією з міжнародними підходами та переходом до підтримувальної моделі оцінювання професійної компетентності, водночас зберігаючи потребу у подальшій конкретизації правових норм, удосконаленні методичного забезпечення та розвитку інструментів технологізації процедур оцінювання.

З'ясовано соціально-економічну значущість і публічну цінність безперервного професійного розвитку медичних працівників як системоутворювального елементу забезпечення якості медичної допомоги. Встановлено, що процеси підвищення кваліфікації та атестації виступають ключовими інструментами підтримання належного рівня професійної компетентності, сприяють актуалізації знань відповідно до сучасних клінічних стандартів та підвищують здатність медичного персоналу до ефективного функціонування в умовах трансформацій системи охорони здоров'я.

Обґрунтовано, що безперервний професійний розвиток має комплексний соціальний ефект, який проявляється у підвищенні рівня громадського здоров'я, зміцненні довіри до медичних інституцій та мінімізації ризиків медичних помилок. Доведено економічну доцільність інвестування у професійний розвиток медичних працівників, що виявляється в оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я, зниженні витрат на лікування ускладнень та скороченні непрямих економічних втрат, пов'язаних із тимчасовою втратою працездатності населення.

Сформовано висновки, що розвиток системи безперервного професійного вдосконалення медичних працівників виступає стратегічним чинником підвищення конкурентоспроможності національної системи охорони здоров'я,

забезпечення її стійкості та сприяє досягненню цілей сталого соціально-економічного розвитку держави.

Розкрито адміністративно-правову природу, функціональне призначення та компетенційні повноваження інституту лікарського самоврядування, а також здійснено порівняльний аналіз європейського досвіду його організації з метою визначення можливостей адаптації відповідної моделі в Україні. Встановлено, що лікарське самоврядування є багаторівневою інституційною системою, спрямованою на забезпечення професійної автономії медичних працівників, підтримання високих стандартів медичної практики та захист їхніх професійних прав у поєднанні з гарантуванням інтересів пацієнтів.

Обґрунтовано, що функціональна структура лікарського самоврядування охоплює комплекс організаційних і регуляторних інструментів, які забезпечують ведення професійних реєстрів, надання та припинення права на здійснення медичної практики, участь у формуванні кадрової політики, сертифікації освітніх програм, розробленні стандартів і протоколів лікування, а також реалізації механізмів професійної етики та дисциплінарної відповідальності. Доведено, що зазначений інститут виконує ключову роль у забезпеченні умов для безперервного професійного розвитку медичних працівників та підвищенні ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Визначено, що впровадження лікарського самоврядування сприяє формуванню середовища професійної відповідальності, підвищенню мотивації до безперервного вдосконалення кваліфікації та залученню медичної спільноти до процесів вироблення галузевої політики. Установлено, що інтеграція механізмів безперервного професійного розвитку в діяльність органів самоврядування забезпечує узгодження національної практики з міжнародними стандартами та підвищує якість медичних послуг.

На основі аналізу європейських моделей лікарського самоврядування (зокрема країн континентальної та англосаксонської правових систем) доведено, що обов'язкове професійне членство, інституційна автономія та делегування регуляторних повноважень професійним організаціям є визначальними

чинниками ефективного функціонування системи. Обґрунтовано доцільність поетапної імплементації відповідної моделі в Україні, яка має передбачати нормативне закріплення повноважень органів самоврядування, формування їх інституційної структури, забезпечення участі медичних працівників у прийнятті рішень, а також створення прозорих механізмів контролю та підзвітності.

Розглянуто організаційно-правові засади функціонування закладів післядипломної медичної освіти та визначено механізми їх інтеграції в систему вищої освіти України і взаємодії з суб'єктами публічного управління. Установлено, що правовий статус таких закладів формується на основі поєднання конституційних норм, законодавства у сфері освіти та спеціальних актів галузі охорони здоров'я, що забезпечує їх функціонування як складових системи вищої освіти з визначеними вимогами до ліцензування, акредитації та організації освітньої діяльності. Обґрунтовано, що сучасні трансформаційні процеси, зокрема інтеграція спеціалізованих закладів післядипломної освіти до структури медичних університетів, відображають тенденцію до уніфікації організаційно-правових форм та формування єдиного освітнього простору.

Визначено, що заклади післядипломної медичної освіти реалізують комплекс взаємопов'язаних функцій, які охоплюють освітню, науково-дослідницьку, методичну, інформаційну та експертно-консультативну діяльність, забезпечуючи підготовку та професійний розвиток медичних працівників через інтернатуру, спеціалізацію, перепідготовку та інші форми безперервного професійного розвитку. Доведено, що їх науково-методичний потенціал є визначальним чинником формування змісту освітніх програм, гармонізованих із принципами доказової медицини та міжнародними стандартами.

На основі комплексного аналізу встановлено, що інтеграція післядипломної медичної освіти у систему вищої освіти України відбувається шляхом формування цілісної нормативно-інституційної моделі, яка забезпечує єдність усіх етапів підготовки медичних кадрів. Обґрунтовано, що включення інтернатури, резидентури та безперервного професійного розвитку до законодавчого поля освіти й охорони здоров'я створило правові передумови для

уніфікації освітніх програм, їх стандартизації та впровадження єдиних підходів до ліцензування й акредитації.

Визначено, що ключовою тенденцією інтеграційних процесів є трансформація моделей управління від відомчої централізації до поєднання академічної автономії закладів вищої освіти та механізмів міжвідомчої взаємодії, що реалізується через співпрацю органів державної влади, закладів освіти, клінічних баз і професійної спільноти. Установлено, що організаційно-правові механізми інтеграції включають розмежування компетенцій між суб'єктами управління, розвиток університетських клінік, впровадження моделей змішаного фінансування та інституціоналізацію провайдерів безперервного професійного розвитку.

Узагальнено, що сформовані в Україні організаційно-правові механізми забезпечують поступову трансформацію післядипломної медичної освіти у невід'ємний компонент системи вищої освіти, орієнтований на підготовку конкурентоспроможного фахівця, здатного до безперервного професійного розвитку, що відповідає потребам національної системи охорони здоров'я та міжнародним стандартам професійної діяльності.

Розроблено напрями вдосконалення адміністративно-правового регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників у контексті трансформації системи післядипломної медичної освіти. Обґрунтовано необхідність формування цілісної нормативно-правової моделі, що передбачає уніфікацію стандартів безперервного професійного розвитку, нормативне закріплення компетентнісного підходу до оцінювання професійної діяльності та усунення фрагментарності правового регулювання процедур атестації.

Аргументовано, необхідність удосконалення адміністративно-правових механізмів акредитації освітніх програм і діяльності провайдерів безперервного професійного розвитку, а також запровадження єдиних вимог до якості освітніх послуг, їх моніторингу та зовнішнього контролю. Обґрунтовано необхідність нормативної регламентації цифровізації процесів підвищення кваліфікації, зокрема впровадження електронних систем обліку результатів професійного

розвитку, верифікації освітньої активності та автоматизованого оцінювання відповідності кваліфікаційним вимогам.

Доведено доцільність удосконалення процедур атестації шляхом переходу від формалізованої перевірки до багатокомпонентної моделі оцінювання, що інтегрує результати безперервного професійного розвитку, показники професійної діяльності та етичні стандарти. Запропоновано нормативне визначення понятійно-категоріального апарату атестації з метою забезпечення єдності правозастосування та підвищення правової визначеності.

Обґрунтовано необхідність посилення ролі професійного самоврядування у процесах оцінювання та регулювання професійної діяльності медичних працівників, а також удосконалення механізмів міжвідомчої взаємодії органів публічного управління у сфері охорони здоров'я та освіти. Встановлено доцільність запровадження адаптивних правових режимів функціонування системи підвищення кваліфікації в умовах воєнного стану.

Сформовано висновки, що реалізація запропонованих напрямів забезпечить підвищення ефективності адміністративно-правового регулювання професійного розвитку медичних працівників, сприятиме гармонізації національної системи з міжнародними стандартами та підвищенню якості медичної допомоги.

Ключові слова: адміністративно-правове регулювання, підвищення кваліфікації, атестація медичних працівників, післядипломна медична освіта, безперервний професійний розвиток, система охорони здоров'я, якість медичних послуг, сертифікація медичних працівників, медична допомога, лікарське самоврядування, професійна компетентність, освітні стандарти, цифровізація медичної освіти, реформа системи охорони здоров'я.

ABSTRACT

Oleinikova T.V. Administrative and legal regulation of advanced training and certification of medical workers during the implementation of medical reform. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 08 Law. – State Non-Profit Enterprise “State University “Kyiv Aviation Institute”, 2026.

The dissertation work carried out a comprehensive study of the administrative and legal principles of regulating advanced training and certification of medical workers as components of the postgraduate medical education system, substantiated new scientific provisions and developed proposals for improving legal regulation in this area.

Special attention is paid to the systematic analysis of theoretical and methodological approaches to managing the quality of medical care in relation to the processes of advanced training and certification of medical workers. The study substantiates that modern approaches to ensuring the quality of medical care in Ukraine are based on the implementation of national standards and procedures harmonized with international requirements and principles of evidence-based medicine, which ensures increased efficiency of medical services and patient satisfaction.

It is established that the development of the medical care quality management system is determined by the need to integrate medical, socio-economic and ethical components into the process of state regulation of the healthcare sector. It is proven that the key quality assurance tools are the mechanisms of licensing, accreditation and continuous professional development of medical workers, which contribute to the standardization of medical activities and its continuous improvement.

It is substantiated that the functioning of the medical care quality management system is ensured by a combination of external regulatory mechanisms and internal control tools, in particular self-assessment and certification of healthcare institutions. Such an integrated management model meets modern challenges in the healthcare sector and contributes to increasing the adaptability and effectiveness of the medical system in the context of ensuring national security and sustainable development.

The current state and problematic aspects of the regulatory and legal regulation of the processes of advanced training and certification of medical workers in Ukraine are described, and key contradictions and gaps in the current legal framework are identified. It is established that, despite the significant update of the regulatory framework in recent years, a number of unresolved issues remain, in particular, regarding the unification of the methodology for assessing professional competencies, the consistency of procedures and terminology, especially under the conditions of the legal regime of martial law, as well as insufficient formalization of mechanisms for monitoring professional development.

Based on the analysis of legislative and regulatory acts, it is proven that the certification of medical workers is transformed from a periodic formalized procedure into a continuous process of assessing professional competence, integrated into the system of continuous professional development. It is established that the implementation of relevant regulatory changes contributed to the transition to a flexible model of professional growth, focused on international standards and principles of evidence-based medicine.

It is substantiated that the lack of a unified scientific and legal interpretation of the concept of "certification" complicates law enforcement practice and hinders the process of standardizing the assessment of professional compliance of medical workers. In this regard, the need for a systematic study of the content and procedural characteristics of the certification mechanism is relevant, taking into account Not only formal criteria, but also the effectiveness of professional activity. It is determined that in the conditions of reforming the healthcare system, the motivational component of professional development acquires special importance, which is implemented through educational portfolio tools, institutionalization of educational service providers, digitalization of accounting for learning outcomes and the introduction of flexible mechanisms for accumulating points. It is established that regulatory and legal regulation underwent adaptive changes during the period of martial law, which manifested itself in the simplification of procedures and the prolongation of the validity

of qualification documents, which indicates an increase in the adaptability of state policy in the field of professional development of medical workers.

It is argued that the modern regulatory framework of the studied processes is characterized by gradual harmonization with international approaches and the transition to a supportive model of professional competence assessment, while maintaining the need for further specification of legal norms, improvement of methodological support and development of tools for technologizing assessment procedures.

The socio-economic significance and public value of continuous professional development of medical workers as a system-forming element of ensuring the quality of medical care are clarified. It is established that the processes of advanced training and certification are key tools for maintaining the appropriate level of professional competence, contribute to the updating of knowledge in accordance with modern clinical standards and increase the ability of medical personnel to function effectively in the conditions of transformations of the healthcare system.

It is substantiated that continuous professional development has a complex social effect, which is manifested in increasing the level of public health, strengthening trust in medical institutions and minimizing the risks of medical errors. The economic feasibility of investing in the professional development of medical workers has been proven, which is manifested in optimizing the use of health care system resources, reducing costs for treating complications and reducing indirect economic losses associated with temporary loss of working capacity of the population.

The conclusions are drawn that the development of a system of continuous professional development of medical workers is a strategic factor in increasing the competitiveness of the national health care system, ensuring its sustainability and contributing to achieving the goals of sustainable socio-economic development of the state.

The administrative and legal nature, functional purpose and competence powers of the institute of medical self-government have been revealed, and a comparative analysis of the European experience of its organization has been carried out in order to determine the possibilities of adapting the corresponding model in Ukraine. It has been

established that medical self-government is a multi-level institutional system aimed at ensuring the professional autonomy of medical workers, maintaining high standards of medical practice and protecting their professional rights in combination with guaranteeing the interests of patients.

It is substantiated that the functional structure of medical self-government includes a set of organizational and regulatory instruments that ensure the maintenance of professional registers, the granting and termination of the right to practice medicine, participation in the formation of personnel policy, certification of educational programs, the development of standards and treatment protocols, as well as the implementation of mechanisms of professional ethics and disciplinary responsibility. It is proven that the specified institution plays a key role in ensuring the conditions for the continuous professional development of medical workers and increasing the efficiency of the functioning of the healthcare system.

It was determined that the introduction of medical self-government contributes to the formation of an environment of professional responsibility, increasing motivation for continuous improvement of qualifications and involving the medical community in the processes of developing industry policy. It was established that the integration of mechanisms for continuous professional development into the activities of self-government bodies ensures the harmonization of national practice with international standards and improves the quality of medical services.

Based on the analysis of European models of medical self-government (in particular, countries with continental and Anglo-Saxon legal systems), it is proven that mandatory professional membership, institutional autonomy and delegation of regulatory powers to professional organizations are determining factors for the effective functioning of the system. The feasibility of the phased implementation of the corresponding model in Ukraine, which should provide for the regulatory consolidation of the powers of self-government bodies, the formation of their institutional structure, ensuring the participation of medical professionals in decision-making, as well as the creation of transparent mechanisms of control and accountability, is substantiated.

The organizational and legal principles of the functioning of postgraduate medical education institutions have been studied, the mechanisms of their integration into the higher education system of Ukraine and interaction with public administration entities have been determined. It has been established that the legal status of such institutions is formed on the basis of a combination of constitutional norms, legislation in the field of education and special acts in the field of healthcare, which ensures their functioning as components of the higher education system with certain requirements for licensing, accreditation and organization of educational activities. It has been substantiated that modern transformation processes, in particular the integration of specialized postgraduate education institutions into the structure of medical universities, reflect a tendency towards the unification of organizational and legal forms and the formation of a single educational space.

It is determined that postgraduate medical education institutions implement a complex of interrelated functions that include educational, scientific and research, methodological, informational and expert-consultative activities, ensuring the training and professional development of medical workers through internships, specialization, retraining and other forms of continuous professional development. It is proven that their scientific and methodological potential is a determining factor in the formation of the content of educational programs harmonized with the principles of evidence-based medicine and international standards.

Based on a comprehensive analysis, it is established that the integration of postgraduate medical education into the higher education system of Ukraine occurs through the formation of a holistic regulatory and institutional model that ensures the unity of all stages of medical personnel training. It is substantiated that the inclusion of internships, residency and continuous professional development in the legislative field of education and healthcare has created the legal prerequisites for the unification of educational programs, their standardization and the implementation of unified approaches to licensing and accreditation.

It is determined that the key trend of integration processes is the transformation of management models from departmental centralization to a combination of academic

autonomy of higher education institutions and mechanisms of interagency interaction, which is implemented through cooperation between state authorities, educational institutions, clinical bases and the professional community. It is established that the organizational and legal mechanisms of integration include the delimitation of competencies between management entities, the development of university clinics, the implementation of mixed financing models and the institutionalization of providers of continuous professional development.

It is generalized that the organizational and legal mechanisms formed in Ukraine ensure the gradual transformation of postgraduate medical education into an integral component of the higher education system, focused on training a competitive specialist capable of continuous professional development, which meets the needs of the national healthcare system and international standards of professional activity.

Directions for improving the administrative and legal regulation of advanced training and certification of medical workers in the context of the transformation of the postgraduate medical education system have been developed. The need to form a holistic regulatory and legal model is substantiated, which provides for the unification of standards for continuous professional development, regulatory consolidation of a competency-based approach to the assessment of professional activity and elimination of fragmentation of the legal regulation of certification procedures.

The feasibility of improving administrative and legal mechanisms for the accreditation of educational programs and the activities of providers of continuous professional development has been determined, as well as the introduction of uniform requirements for the quality of educational services, their monitoring and external control. The need for regulatory regulation of the digitalization of advanced training processes is substantiated, in particular, the implementation of electronic systems for accounting for the results of professional development, verification of educational activity and automated assessment of compliance with qualification requirements.

The feasibility of improving certification procedures by moving from formalized verification to a multi-component assessment model that integrates the results of continuous professional development, indicators of professional activity and ethical

standards has been proven. A normative definition of the conceptual and categorical apparatus of certification is proposed in order to ensure the unity of law enforcement and increase legal certainty.

The need to strengthen the role of professional self-government in the processes of evaluating and regulating the professional activities of medical workers, as well as improving the mechanisms of interagency interaction of public administration bodies in the field of health care and education, is substantiated. The feasibility of introducing adaptive legal regimes for the functioning of the system of advanced training in martial law conditions is established.

The conclusions are drawn that the implementation of the proposed directions will ensure increased efficiency of administrative and legal regulation of the professional development of medical workers, will contribute to the harmonization of the national system with international standards and the improvement of the quality of medical care.

Key words: Keywords: administrative and legal regulation, professional development, certification of healthcare professionals, postgraduate medical education, continuing professional development, healthcare system, quality of medical services, certification of healthcare professionals, medical care, medical self-governance, professional competence, educational standards, digitalisation of medical education, healthcare system reform.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Олейнікова Т. В. Вплив запровадження лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників. *Повітряне і космічне право*. 2024. № 3 (72). С. 100–106. DOI: 10.18372/2307-9061.72.19066.

2. Олейнікова Т. В. Атестація медичних працівників та правове регулювання процесу підвищення кваліфікації. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 7 (7). С. 735–746. DOI: 10.52058/3041-1572-2024-7(7)-735-746.

3. Олейнікова Т. В. Нормативно-правове регулювання публічного адміністрування медичної сфери в Україні. *Національні інтереси України*. 2025. № 6 (11). С. 418–432. DOI: 10.52058/3041-1793-2025-6(11).

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

4. Олейнікова Т. В. Нормативно-правове регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників. Світ наукових досліджень: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 16–17 лютого 2023 р.). Тернопіль, 2023. С. 188–191.

5. Олейнікова Т. В. Актуальність правового регулювання у сфері надання медичної допомоги. Свобода, безпека та незалежність: правовий вимір: проблеми та перспективи: матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 24 лютого 2023 р.). Київ, 2023. С. 498–501.

6. Олейнікова Т. В. Соціально-економічне значення підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників. Правова парадигма відновлення України: проблеми та перспективи: матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 23 лютого 2024 р.). Тернопіль: Вектор, 2024. С. 247–249.

7. Олейнікова Т. В. Виклики та перспективи запровадження лікарського самоврядування в Україні. Матеріали VII Міжнародного молодіжного наукового юридичного форуму до Дня науки (м. Київ, 16–17 травня 2024 р.). Київ, 2024. С. 165–167.

8. Олейнікова Т. В. Впровадження лікарського самоврядування та його вплив на безперервний розвиток медичних працівників. Правова система України: Європейський вектор розвитку в умовах воєнного стану: матеріали XV

Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 21 лютого 2025 р.). Київ, 2025. С. 238–240.

9. Олейнікова Т.В., Європейський досвід підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників та можливості його імплементації в Україні, 16 Міжнародна науково-практична конференція (м. Київ, 13 лютого 2026 р.). Київ, 2026. С.309-313.

Публікації, які додатково відображають наукові результати дисертації

10. Олейнікова Т. В. Підвищення кваліфікації та атестація медичних працівників: юридичний та соціально-економічний аспект. Гарантії прав людини і громадянина в контексті європейської інтеграції України: монографія / за ред. Ю. Л. Юринець та ін. Чернівці: Технодрук, 2023. С. 53–70.

ЗМІСТ

ВСТУП	20
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА АТЕСТАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	30
1.1. Теоретико-методологічні підходи управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні.	30
1.2. Нормативно-правове регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.	55
1.3. Соціально-економічне значення підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.	68
Висновки до розділу 1.	76
РОЗДІЛ 2. АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ	79
2.1. Поняття, структура та функції лікарського самоврядування в Україні.	79
2.2. Вплив лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників, у випадку його запровадження.	101
2.3. Лікарське самоврядування: європейський досвід і кроки до впровадження в Україні.	110
Висновки до розділу 2.	125
РОЗДІЛ 3. ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СИСТЕМІ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ	128
3.1. Правовий статус та основні функції закладів післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я.	128
3.2. Організаційно-правові механізми інтеграції післядипломної медичної освіти у систему вищої освіти.	140
3.3. Напрями вдосконалення правового забезпечення освітньої,	163

наукової та фінансово-господарської діяльності закладів
післядипломної освіти.

Висновки до розділу 3 179

ВИСНОВКИ 183

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 190

ДОДАТКИ 208

ВСТУП

Актуальність дослідження. Реформування медичної сфери в Україні упродовж останнього десятиліття супроводжується активним пошуком ефективних моделей професійного розвитку медичних працівників, які б відповідали сучасним викликам, стандартам якості та потребам пацієнтів. Зміна підходів до організації післядипломної медичної освіти, формування концепції безперервного професійного розвитку та спроби нормативної імплементації цих процесів визначили необхідність переосмислення адміністративно-правових засад підвищення кваліфікації та атестації фахівців галузі охорони здоров'я.

Надзвичайні обставини, спричинені пандемією COVID-19 (з 2019 року) та повномасштабною військовою агресією проти України (з 2022 року), виявили обмеженість чинних механізмів державного регулювання професійної підготовки медиків. У таких умовах підвищення кваліфікації та атестація лікарів стають не лише інструментом фахового вдосконалення, а й важливою складовою національної безпеки та соціальної стійкості системи охорони здоров'я.

Незважаючи на наявність законодавчих актів, які регламентують загальні підходи до професійного розвитку (Закони України «Про освіту», «Про вищу освіту», «Про професійний розвиток працівників», «Основи законодавства України про охорону здоров'я»), спеціальні механізми реалізації цих положень потребують подальшого нормативного та інституційного вдосконалення. Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725, яка затверджує Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників, містить низку прогресивних положень, однак їх практична реалізація залишається недостатньо забезпеченою – передусім у фінансовому, організаційному та контролюючому аспектах.

У період дії воєнного стану нормативні вимоги до проходження обов'язкових заходів підвищення кваліфікації були призупинені (наказ МОЗ України від 07.03.2022 № 426), а термін дії лікарських сертифікатів подовжено. У

зв'язку з цим постає питання ефективності регулювання професійної придатності медичних працівників в умовах, коли від їхніх знань і навичок залежать життя і здоров'я громадян.

Окрему значущість становить проблема організації післядипломної освіти: у національному законодавстві відсутня єдина модель функціонування таких закладів, значна частина яких зберегла радянську інституційну структуру та не інтегрувалася в систему закладів вищої освіти. Водночас у країнах Європейського Союзу післядипломна медична підготовка здійснюється як структурна частина університетів або медичних факультетів, що забезпечує єдність стандартів та підвищує ефективність державного управління в галузі.

З 2020 року в Україні почав формуватись ринок безперервної освіти для лікарів, де провайдерами освітніх послуг виступають не лише державні установи, а й недержавні суб'єкти, що призводить до конкуренції між ними, але за відсутності чіткого правового механізму акредитації, контролю та фінансування освітніх заходів спостерігається зниження якості частини з них, що створює ризики для всієї системи охорони здоров'я.

Не менш важливою є спроба імплементації в Україні інституту лікарського самоврядування, за прикладом Польщі, Німеччини, Австрії, Болгарії. Запровадження саморегульованих повноважень професійної медичної спільноти, зокрема права на атестацію, видачу сертифікатів, контроль за етикою професійної діяльності, викликає широкий суспільний та професійний резонанс і потребує ґрунтового науково-правового аналізу.

Теоретичну основу дослідження становить сукупність наукових праць вітчизняних і зарубіжних учених, які досліджували проблематику якості медичної допомоги, особливостей післядипломної освіти лікарів, адміністративно-правового регулювання сфери охорони здоров'я та організаційно-інституційних аспектів професійного розвитку медичних працівників.

Концептуальні положення щодо управління якістю медичної допомоги як цілісного процесу, що охоплює клінічні, управлінські та освітні складові, окреслено в працях В.В. Горачука, А.В. Степаненка, В.Г. Бідного, а також у

дослідженнях В.М. Лехана, Л.В. Крячкової та В.В. Волчек, які акцентують на необхідності оновлення підходів до організації стаціонарної допомоги та включення інструментів внутрішнього контролю, моніторингу і стандартів у систему підвищення кваліфікації.

Питання трансформації післядипломної освіти в контексті Болонського процесу проаналізовано у публікаціях В.С. Андруха та М.В. Слободяна , які наголошують на інтеграції післядипломної медичної освіти у європейський простір вищої освіти. Сучасні виклики та вектори оновлення цієї сфери ґрунтовно висвітлено в роботах Х.С. Симчича, С.В. Федорова, Г.О. Боднара, І.Є. Булаха та О. Лисенка, де підкреслюється важливість безперервного професійного розвитку як обов'язкової складової національної системи підготовки лікарів.

Організаційно-правові механізми, зокрема атестаційні процедури, правове регулювання професійної відповідальності та роль нормативно-правових актів у забезпеченні ефективного функціонування післядипломної медичної освіти, стали предметом дослідження В.П. Кохана, Т.В. Олейнікової, А.Б. Зіменковського.

Вивчення ролі самоврядних професійних організацій у регулюванні якості медичної допомоги та підвищенні кваліфікації лікарів розкрито у працях Р.А. Полюляха, І.П. Мазура та М.М. Тищука.

Дослідження стану розв'язання в теорії й практиці проблем адміністративно-правового механізму регулювання процесів підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників зумовлюється наявністю ряду суперечностей, зокрема:

- між нормативними вимогами щодо безперервного професійного розвитку та недостатнім організаційним і фінансовим забезпеченням їх реалізації;
- між збереженням автономних закладів післядипломної освіти та потребою інтеграції їх у систему вищої медичної освіти;
- між відсутністю єдиного правового механізму контролю за якістю освітніх заходів та формуванням відкритого ринку освітніх послуг для лікарів;
- між централізованим управлінням процесом атестації та спробами впровадження лікарського самоврядування.

Вивчення зазначених суперечностей, їх нормативно-правової природи та пошук шляхів їх вирішення у межах адміністративно-правової доктрини обумовлює вивчення теми: Адміністративно-правового регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є теоретичне обґрунтування та правовий аналіз адміністративно-правового механізму регулювання процесів підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників, а також у визначенні визначення напрямків вдосконалення процесу безперервної післядипломної освіти медичних працівників у системі вищої освіти України

Мета дисертаційного дослідження деталізується через досягнення наступних **завдань**:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до управління якістю медичної допомоги в контексті підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.
2. Охарактеризувати стан і проблематику нормативно-правового регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників в Україні, виявити ключові суперечності та недоліки чинної правової бази.
3. З'ясувати соціально-економічне значення та публічну цінність безперервного професійного розвитку медичних працівників, з урахуванням викликів реформування галузі охорони здоров'я, пандемії та воєнного стану.
4. Розкрити адміністративно-правову природу, функції та повноваження лікарського самоврядування, дослідити європейський досвід його впровадження та оцінити можливості адаптації такої моделі в Україні.
5. Дослідити організаційно-правові засади функціонування закладів післядипломної медичної освіти, встановити механізми їх інтеграції в систему вищої освіти та взаємодії з іншими суб'єктами публічного управління.
6. Розробити напрями вдосконалення адміністративно-правового регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що виникають у процесі нормативного та організаційного забезпечення професійного розвитку медичних працівників у сфері охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – адміністративно-правовий механізм регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників, включаючи нормативно-правові акти, інституційні структури, управлінські процедури, а також перспективи впровадження професійного самоврядування й інтеграції післядипломної медичної освіти в систему вищої освіти.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети у роботі було використано комплекс взаємопов'язаних загальнонаукових, спеціально-юридичних і міждисциплінарних методів дослідження, що забезпечили належний рівень обґрунтованості наукових положень, висновків і практичних рекомендацій. Методологічну основу становить системний підхід, що дозволив розглядати об'єкт дослідження як цілісне явище в межах публічного управління сферою охорони здоров'я. Застосування діалектичного методу забезпечило розкриття динаміки змін у нормативно-правовому регулюванні професійного розвитку медичних працівників, а також виявлення суперечностей і тенденцій еволюції адміністративно-правового механізму в цій галузі. За допомогою формально-юридичного методу здійснено аналіз положень законодавства України та проєктів нормативно-правових актів, що регламентують організацію підвищення кваліфікації, атестації, функціонування закладів післядипломної освіти та перспективи впровадження лікарського самоврядування. Порівняльно-правовий метод дозволив виявити особливості європейських моделей професійного саморегулювання у сфері медицини та окреслити можливості їх адаптації в українських умовах. Соціально-правовий метод застосовано для оцінки соціального впливу ефективного або неефективного регулювання на якість медичної допомоги, зокрема в умовах воєнного стану. Логіко-семантичний метод забезпечив уточнення основних понять і категорій дослідження, зокрема «безперервний професійний розвиток», «адміністративно-правовий механізм», «атестація медичних працівників», «лікарське самоврядування». Метод

моделювання дозволив сформулювати пропозиції щодо оптимізації правового статусу закладів післядипломної медичної освіти та структури адміністративно-правового механізму регулювання професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

вперше:

розроблено цілісну концепцію модернізації адміністративно-правового механізму функціонування післядипломної медичної освіти, яка охоплює оновлення нормативного забезпечення освітньої, наукової та фінансово-господарської діяльності закладів відповідного профілю. У межах цієї концепції обґрунтовано: необхідність розроблення галузевих державних стандартів післядипломної медичної освіти на основі доказової медицини, рекомендацій ВООЗ, ECFMG, директив ЄС; впровадження інституту лікарської резидентури з визначенням її правового статусу, тривалості, змісту програм і механізмів взаємного визнання на міжнародному рівні; створення національної електронної інфраструктури БПР: єдиний реєстр заходів, система накопичення балів, електронне портфоліо медичного працівника; закріплення на рівні закону права лікаря на вільний вибір форми БПР, з демонополізацією ринку післядипломних освітніх послуг; введення державного ваучера на БПР як інструменту адресного бюджетного фінансування підвищення кваліфікації.

запропоновано систему адміністративно-правових заходів, спрямовану на подолання бар'єрів у сфері післядипломної медичної освіти, що охоплює чотири ключові вектори трансформації: нормативно-правовий, організаційно-управлінський, інституційно-фінансовий та кадровий. У межах цієї системи обґрунтовано доцільність впровадження механізмів ваучерного фінансування, університетських клінік, оновлення процедур атестації тощо.

обґрунтовано доцільність закріплення на законодавчому рівні лікарського самоврядування як суб'єкта публічно-правових відносин, здатного реалізовувати повноваження у сфері атестації та БПР медичних працівників, за умови встановлення чітких меж адміністративного контролю й процедурної підзвітності.

уточнено:

понятійний апарат адміністративно-правового регулювання у сфері післядипломної медичної освіти, зокрема дефініції «післядипломна медична освіта», «лікарське самоврядування», «структурні бар'єри в БПР»;

зміст і межі компетенції держави та професійних організацій у забезпеченні якості післядипломної освіти та проведенні атестації медичних працівників;

ознаки правового статусу закладів післядипломної освіти у системі вищої освіти України як суб'єктів адміністративно-правових відносин.

удосконалено:

нормативно-правовий підхід до визначення ролі професійних самоврядних організацій у системі охорони здоров'я України, зокрема через аналіз зарубіжних моделей (Німеччина, Чехія, Польща), що дозволило адаптувати окремі елементи до вітчизняних умов.

механізми нормативного забезпечення функціонування закладів післядипломної освіти, з урахуванням сучасних викликів реформування медичної освіти та реалій автономії ЗВО;

підходи до правового регулювання інтеграції післядипломної медичної освіти у загальнонаціональну систему вищої освіти на принципах міжгалузевої узгодженості.

дістало подальшого розвитку:

концепція впровадження лікарського самоврядування в Україні як складової адміністративно-правового механізму регулювання професійної діяльності медичних працівників; запропоновано авторське обґрунтування необхідності законодавчого закріплення професійних палат (лікарів, стоматологів, фармацевтів, медсестер) як органів публічного права з функціями ведення реєстрів, акредитації освітніх програм, регулювання безперервного професійного розвитку та етичного контролю.

ідея про необхідність поступового розмежування повноважень між державними органами та професійними спільнотами у процесі атестації лікарів і визнання неформального професійного розвитку;

реструктуризація закладів післядипломної освіти до існуючих закладів вищої освіти.

Практичне значення одержаних результатів. Теоретичні та прикладні висновки і рекомендації дисертаційної роботи можуть бути використані у:

- науково-дослідній роботі – для подальших доктринальних розробок нового бачення та змісту адміністративно-правового забезпечення функціонування інституту післядипломної освіти;

- законотворчій діяльності – для вдосконалення норм, що регулюють процеси надання якісних медичних послуг, а також положень законодавства якими визначається правовий статус інституту післядипломної освіти і в свою чергу з метою підвищення ефективності та раціоналізації використання державних коштів;

- навчально-методичній роботі – при викладанні навчальних дисциплін «Адміністративне право», «Медичне право», «Трудове право», «Правові спори в сучасній науці і практиці», а також для підготовки підручників, навчальних посібників і навчально-методичних матеріалів.

Дискусійні положення дисертаційної роботи можуть стати основою для подальших наукових розробок.

Основні результати дослідження впроваджені. Практичне значення результатів дисертаційного дослідження підтверджується відповідними актами та довідками про впровадження, зокрема: *Акт впровадження результатів наукових досліджень Міністерства охорони здоров'я України*, що складено комісією Управління медичних кадрів, освіти і науки Міністерства охорони здоров'я України за результатами розгляду матеріалів дослідження 23 березня 2026 року № 23/03. У документі зазначено, що результати дослідження можуть бути використані Міністерством охорони здоров'я України під час розроблення проєктів нормативно-правових актів та програмних документів, які регулюють питання підготовки, безперервного професійного розвитку та атестації працівників сфери охорони здоров'я. *Довідка Київської обласної ради про впровадження результатів дисертаційного дослідження* 16 березня 2026 року, № 675/06/32-2. Наукові положення, висновки та пропозиції використовуються під

час підготовки й опрацювання матеріалів, що стосуються кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я області, організації безперервного професійного розвитку медичних працівників, а також формування підходів до оцінювання рівня їх професійної компетентності. *Акт впровадження результатів дисертаційного дослідження Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*, від 18 березня 2026 року № 36/1. У документі підтверджено, що результати дисертаційного дослідження впроваджено в діяльність Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Окремі результати дослідження використовуються у навчальному процесі під час підготовки здобувачів вищої освіти за медичними спеціальностями, а також у процесі удосконалення навчально-методичних матеріалів з питань правового регулювання професійної діяльності медичних працівників, *Акт від ДУ «Київський авіаційний інститут» від 05.05.2026 р.*, в якому зазначено, що робота має необхідний теоретичний та методологічний рівень, а також практичну значимість і використовується у науково-дослідній роботі Державного університету «Київський авіаційний інститут» під час проведення загально-теоретичних і галузевих досліджень з питань удосконалення адміністративно-правового регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.

Практичне значення результатів наукового дослідження підтверджується їх упровадженням у діяльність Міністерства охорони здоров'я України, Київської обласної ради та Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, що засвідчено відповідними актами й довідками про впровадження. Зокрема, результати дослідження можуть бути використані під час розроблення нормативно-правових актів і програмних документів у сфері охорони здоров'я, удосконалення організаційно-правових засад підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників, а також у навчальному процесі й підготовці навчально-методичних матеріалів з питань правового регулювання професійної діяльності медичних працівників.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати 7 дисертаційного дослідження апробовано на 7 міжнародних науково-практичних конференціях, зокрема: «Світ наукових досліджень» (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 16–17 лютого 2023 р.); «Свобода, безпека та незалежність: правовий вимір: проблеми та перспективи» (м. Київ, 24 лютого 2023 р.); «Правова парадигма відновлення України: проблеми та перспективи» (м. Київ, 23 лютого 2024 р.); VII Міжнародному молодіжному науковому юридичному форумі до Дня науки (м. Київ, 16–17 травня 2024 р.); «Правова система України: Європейський вектор розвитку в умовах воєнного стану» (м. Київ, 21 лютого 2025 р.); XVI Міжнародній науково-практичній конференції (м. Київ, 13 лютого 2026 р.).

Публікації. Основні результати дослідження опубліковано у 10 наукових працях, всі одноосібні, зокрема: 3 статей – у провідних наукових фахових виданнях України, і 6 тез – у матеріалах конференцій, 1 – колективній монографії.

Обсяг і структура дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел, загальних висновків, 2 додатків. Робота містить 2 таблиці, 0 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА АТЕСТАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Теоретико-методологічні підходи управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні

У контексті глобалізації, яка характеризується зростаючою інтеграцією та зміцненням взаємозв'язків між різними сферами людської діяльності, питання якості набуває особливого значення та проникає у всі сфери, включаючи виробництво, інженерію, управління та надання послуг, що постійно акцентує потребу у підвищенні встановлених стандартів.

Важливість якості особливо відчутна у такій галузі, як охорона здоров'я, де рівень задоволення пацієнтів є безпосереднім показником ефективності медичних послуг.

В Україні, як і у більшості країн світу, відсутній універсальний міжнародний стандарт, який би дозволяв об'єктивно оцінювати та порівнювати якість медичного обслуговування. Ця обставина висуває на передній план важливість розвитку національних стратегій та стандартів, що вимагає активного втручання державних структур. Саме органи влади на різних рівнях, від місцевого до національного, займають ключову роль у формулюванні напрямків розвитку та оцінки якості наданих медичних послуг. Забезпечення високого рівня медичного обслуговування стає показником не тільки професіоналізму медичних кадрів, але й ефективності управлінської політики в секторі охорони здоров'я.

Однією з найважливіших потреб людини є прагнення зберегти здоров'я, що можливо лише через доступ до якісних медичних послуг. Якість у сфері охорони здоров'я безпосередньо пов'язана зі станом здоров'я населення, тому забезпечення високого рівня медичного обслуговування стає вирішальним. Важливо зазначити, що задоволеність пацієнта має стати основним індикатором

якості, на відміну від існуючих практик, коли думка пацієнта часто залишається неврахованою у формулюванні стандартів якості.

Результати медичного втручання, такі як одужання, відновлення функцій та виживання, традиційно використовуються як індикатори якості. Ці показники вважаються позитивними результатами, що дає значні переваги у оцінюванні ефективності медичної допомоги. Однак, необхідно враховувати, що такі результати не завжди адекватно відображають реальний стан справ. Наприклад, виживання як критерій успіху не завжди може бути застосованим у випадках, що не є фатальними, але призводять до субоптимального стану здоров'я або значно погіршують якість життя. Також, важливо враховувати обмеження та фактори, які можуть вплинути на результат, та приділити належну увагу задоволеності пацієнтів цими результатами, оскільки цей аспект часто залишається поза фокусом уваги при оцінюванні якості медичних послуг.

Проблема контролю якості медичних послуг є давньою та системно важливою у світовому медичному контексті. Історичні документи свідчать про занепокоєння якістю медичного обслуговування ще з античних часів. Наприклад, закони Хамурапі, датовані приблизно 2000 роками до нашої ери, включали положення, що стосувались санітарних та медичних аспектів життя, підкреслюючи турботу про малозабезпечені верстви населення.

Давні медичні канони, на прикладі клятви Гіппократа та подібні норми, що формувались в стародавній Індії, Китаї та Персії, стали основою для сучасних міжнародних стандартів, які були закріплені, зокрема, в Женевській декларації 1948 року.

Розвиток методологій управління якістю в медицині можна прослідкувати через ключові історичні віхи, такі як доповідь А. Флекснера «Рух до підвищення медичних стандартів» 1910 року, що ініціювала покращення вимог до медичної освіти, і створення мінімальних стандартів для лікарень, опублікованих Американським хірургічним коледжем у 1917 році. Ці заходи, поряд з інспекційними відвідуваннями лікувальних закладів в Америці та Європі, сприяли стандартизації підходів до якості медичної допомоги.

Різні автори виділяють численні складові якості медичної допомоги, які часто відрізняються одна від одної. А. Донабедіан, перший вивчав якості в медицині, та розробив відому модель оцінки якості медичної допомоги, відому як «Donabedian model». Згідно цієї моделі, якість медичної допомоги охоплює три основні компоненти: якість структури, процесу та результату. Структура включає організацію надання допомоги, кадрові та матеріально-технічні ресурси. Процес описує виконання медичних процедур відповідно до настанов та стандартів, а результат відображає наслідки для пацієнта після надання допомоги, такі як розвиток ускладнень чи задоволеність лікуванням. Додаткові аспекти моделі Донабедіана включають результативність, ефективність, оптимальність, сприйнятливість, законність та справедливість, що охоплюють взаємодію витрат і результатів, відповідність етичним стандартам, законам, нормам та доступність для різних верств населення [130; 131].

У контексті теоретико-методологічних підходів управління якістю медичної допомоги, високі стандарти в системі охорони здоров'я можуть іноді спричиняти несприятливі наслідки. Рефлексія над цим аспектом призвела до формування концепції оптимальної якості, яку розробив відомий дослідник і експерт у галузі охорони здоров'я, Х. Вуорі. Він висунув тезу, що початкове підвищення якості може бути відносно економічним для медичних установ та держави, але подальше підвищення якості вимагає значних витрат на ресурси, що може навіть призвести до зниження якості через перевитрати.

Х. Вуорі (1982) визначає ключові характеристики якості медичної допомоги наступним чином: ефективність, економічність, адекватність та науково-технічний рівень. Ефективність відображає співвідношення між фактичним впливом медичного обслуговування та його максимальним потенціалом у ідеальних умовах; економічність розглядає співвідношення впливу до вартості послуг; адекватність оцінює, наскільки фактичні медичні послуги задовольняють потреби населення; науково-технічний рівень оцінює використання сучасних медичних знань та технологій. Оптимальна якість, за Вуорі, досягається тоді, коли

користь від медичних послуг суттєво перевищує їх вартість і забезпечується раціональне використання ресурсів [11; 141].

Роберт Максвелл є визначним фахівцем у галузі якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я. Він розширює розуміння якості медичних послуг, виходячи за рамки простої відповідності стандартам та індикаторам, підкреслюючи також значення економічності послуг та орієнтацію на споживача. За його поглядами, споживацька орієнтація насамперед виявляється через загальне задоволення та відповідність медичних послуг очікуванням та потребам клієнтів.

Р. Максвелл (1992) визначив шість ключових аспектів якості медичної допомоги, які можуть бути розглянуті через серію запитань, спрямованих на уточнення та розширення поняття «якість». Цей підхід дозволяє більш глибоко зрозуміти, як медичні послуги відповідають та перевищують очікування пацієнтів, а також як вони інтегруються в ширший контекст здоров'я та благополуччя [112; 138].

Сучасні теорії та практики управління якістю в системі охорони здоров'я часто базуються на світових напрацюваннях, які підтверджують, що оптимальні результати можливі завдяки застосуванню всеосяжного методу управління якістю, відомого як total quality management (TQM). Цей підхід став широко використовуватися з кінця 1980-х років і був детально проаналізований та описаний у роботах таких вчених, як Е. Демінг, Дж. Юран і Ф. Кросбі.

Концепція TQM може бути наочно продемонстрована на прикладі інструменту, розробленого Е.Демінгом, відомого як «коло якості» або «спіраль якості». Цей циклічний процес включає етапи планування, виконання, контролю та актуалізації, які повинні бути послідовно та регулярно проходжені в рамках системи менеджменту якості. Відомий як «колесо Демінга», цей цикл слугує для забезпечення неперервного вдосконалення якості, де кожен етап є критичним для загальної ефективності управлінської системи [112].

Філософія Total Quality Management (TQM) довела свою високу ефективність, особливо на прикладі підприємств у Японії та США. Застосування

принципів TQM в Японії, яка була однією з перших країн, що впровадила ці методи у виробництво, дозволило країні досягти лідируючих позицій у виробництві якісної продукції та управлінні якістю.

Суть філософії TQM полягає не тільки в покращенні якості кінцевого продукту, а й у вдосконаленні організаційних процесів на підприємстві, зокрема в управлінні ефективністю роботи персоналу. Постійне зосередження на покращенні ключових аспектів якості, таких як якість продукції, організація процесів та кваліфікація персоналу, сприяє поліпшенню загальних результатів роботи закладу і становить основу для його сталого розвитку.

В результаті таких вдосконалень, підвищення основних показників якості веде до покращення фінансових та економічних показників підприємства. Якість у цьому контексті може бути оцінена за допомогою таких критеріїв, як відповідність вимогам клієнтів, фінансові показники організації та рівень задоволеності працівників їхньою роботою.

Е. Демінг розробив інструмент для визначення якості, відомий як «формула 98/2», який може бути застосований для аналізу ефективності систем управління якістю, включно з галуззю охорони здоров'я. Згідно з цією формулою, 98% проблем у якості послуг відповідних секторів зумовлені системними недоліками, а не недостатнім виконанням окремих виконавців, таких як медичні працівники. Така структура вказує на те, що основні зусилля слід зосереджувати на вдосконаленні системи, а не на локальному виправленні недоліків, які становлять лише 2% причин.

Цей підхід часто ілюструється в медичній практиці, де звичайні працівники, такі як лікарі та медсестри, зазвичай звинувачуються в недостатній кваліфікації, коли насправді основна проблема полягає в неефективно організованих процесах. Така оцінка сприяє неефективному використанню зусиль, спрямованих на вирішення лише малої частини проблем, часто через покарання винних, замість роботи над системними змінами, які можуть вирішити 98% проблем [112].

Таким чином, методи управління якістю, які традиційно застосовувалися у промисловому виробництві, тепер активно впроваджуються в інші сфери,

включаючи охорону здоров'я. Пацієнти в сучасній медичній практиці все частіше виступають у ролі клієнтів, що підкреслює зміну в орієнтації медичних послуг. Незважаючи на складність адаптації деяких промислових інструментів до медичної практики, важливість принципів задоволення клієнта як засобу забезпечення якості демонструє їх успішне перенесення в галузь охорони здоров'я.

Світова практика управління якістю в сфері охорони здоров'я демонструє, що імплементація методу загального управління якістю – total quality management (TQM) – може сприяти значному прогресу в розвитку систем охорони здоров'я. Зокрема, цей комплекс підходів, який охоплює питання якості, ефективності та управління, успішно застосовувався в японській промисловості, де допоміг країні досягти лідируючих позицій у світовій економіці протягом останніх десятиліть.

Застосування цих методів управління, спочатку розроблених для промислового виробництва, тепер знаходить своє місце у різних сферах, включаючи охорону здоров'я. Попри складності адаптації деяких принципів TQM до медичних завдань, досвід багатьох країн, включаючи Японію, західні держави, а також Україну, підтверджує успішне застосування основних положень цієї методики в охороні здоров'я, сприяючи покращенню якості медичних послуг та збільшенню їх ефективності [16].

Розвиток суспільства невіддільно пов'язаний із змінами у вимогах до якості медичної допомоги. Сучасний період характеризується глобальною зацікавленістю країн у питаннях підвищення якості охорони здоров'я, що обумовлено зростанням вимог населення, документально зафіксованою низькою якістю медичних послуг, акцентом на кінцеві результати медичної діяльності та новими підходами в управлінні якістю, такими як доказова медицина та стандартизація медичних послуг.

Основною метою політики та стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо національних програм з якості є безперервне покращення якості медичної допомоги та збільшення її ефективності. Ці питання займають ключове місце у Європейській політиці здоров'я і відображені в стратегічних документах,

таких як Люблянська хартія (1996), доповідь «Здоров'я населення в Європі» (1997), декларація «Досягнення здоров'я для всіх у 21-му сторіччі» (1998), та документ «Здоров'я-21: Основи політики і досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ» (1999). Фундаментом для цих документів послужили «Загальна декларація прав людини», ухвалена Генеральною Асамблеєю ООН у 1966 році, та «Хартія прав людини», які проголошують право кожної особи на життя, свободу, безпеку, а також якісне та доступне медичне обслуговування [48, с. 170].

У контексті теоретико-методологічних підходів управління якістю медичної допомоги в Україні, ключове значення має визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Якісне медичне обслуговування є таким, що організовує ресурси з максимальною ефективністю та безпечністю, щоб відповідати медико-санітарним потребам тих, хто найбільше потребує допомоги, забезпечуючи при цьому високі стандарти профілактики та лікування без зайвих витрат» (2008). Наукові дослідження підтверджують, що якісна медична допомога значно підвищує можливості залишатися здоровим, успішно одужувати або відновлюватися після захворювань, а також забезпечує додаткові п'ять років життя. Відомо, що хоча загальний внесок системи охорони здоров'я в збереження здоров'я нації становить менше десяти відсотків, якість медичного обслуговування відіграє вирішальну роль у подовженні життя громадян [6; 38].

Відповідно до наукових праць, якість медичної допомоги можна визначити як відповідність потребам пацієнтів, з урахуванням сучасних досягнень медичної науки та практики, а також при умові ефективного використання наявних ресурсів. У медичній практиці прийнято розглядати такі аспекти якості:

1. Структурна якість – це умови, в яких надається медична допомога, що включають обладнання, кваліфікацію персоналу та організаційне забезпечення лікувальних установ.

2. Якість технологій – оцінюється через адекватність вибору лікувально-діагностичних заходів для конкретного пацієнта, виходячи з найновіших даних досліджень і клінічних настанов.

3. Якість результату – визначається як співвідношення між фактично досягнутими результатами лікування та тими, що були заплановані. Цей показник важливий для оцінки ефективності медичних інтервенцій.

Ці компоненти якості є критичними для розробки та впровадження ефективних стратегій управління якістю в галузі охорони здоров'я, що вимагає комплексного підходу та залучення різних рівнів медичної інфраструктури.

Якість структури в медичній допомозі визначається через сукупність умов, в яких вона надається. Ці умови включають кваліфікацію медичних кадрів, наявність та стан медичного устаткування, ефективність його використання, стан лікарняних будівель і приміщень, а також забезпечення ліками, наявність і своєчасне поповнення витратних матеріалів. Структурна якість охоплює не лише загальні матеріально-технічні та кадрові аспекти установи, а й організацію її роботи та рівень сервісу, що визначає потенціал медичного закладу надавати послуги належної якості.

Структурна якість також розглядається на індивідуальному рівні кожного медичного працівника, де оцінюються його професійні компетенції, включаючи знання, навички та вміння виконувати конкретні лікувально-діагностичні процедури. Даний аспект забезпечує обмін необхідною інформацією для внутрішніх і зовнішніх зв'язків медичної установи за допомогою сучасних інформаційних технологій, забезпечуючи доступність інформації для пацієнтів, що сприяє їхній участі у прийнятті рішень, пов'язаних з їхнім здоров'ям.

Структурна якість також впливає на підвищення кваліфікаційного рівня медичних працівників, підтримку належного рівня професійних навичок та регулярне оновлення знань. Якість процесу надання медичної допомоги регулюється через клінічні рекомендації та протоколи, які базуються на доказовій медицині та встановлюють стандарти для раціонального лікування в різних клінічних ситуаціях.

Якість процесу в медичній допомозі може бути охарактеризована як комплексність і оптимальність лікувально-діагностичних заходів, що застосовуються до конкретного пацієнта. Цей підхід вимірює, наскільки

ефективно і точно виконуються встановлені медичні процедури та втручання, оцінюючи їх відповідність визначеним стандартам і кращим практикам.

Основний принцип процесуального підходу до якості полягає в створенні умов, де можливі помилки виконавця або випадкові відхилення від стандартного процесу не призводять до погіршення результатів лікування. Це передбачає наявність чітко визначених протоколів та процедур, які мінімізують ризики і забезпечують стабільність та передбачуваність медичних втручань.

Такий підхід підкреслює важливість не тільки технічної вправності виконання медичних процедур, але й систематичного контролю за дотриманням норм і стандартів у кожному окремому випадку лікування. Він сприяє підвищенню ефективності лікування та зниженню ймовірності медичних помилок, що в кінцевому підсумку веде до покращення загальної якості медичної допомоги.

Якість результату в медичній допомозі розглядається як співвідношення між фактично досягнутими результатами лікування та тими, що були планованими чи потенційно досяжними. Цей показник має широке застосування та може відноситися до різних об'єктів оцінювання:

- динаміки стану здоров'я конкретного пацієнта, що відображає індивідуальний прогрес у лікуванні;
- результатів лікування усіх пацієнтів лікувальної установи (ЛПУ) за звітний період, що дозволяє оцінювати загальну ефективність і якість медичного обслуговування у цьому закладі;
- стан здоров'я населення на певній території, що відображає ширші масштаби впливу медичних інтервенцій на громадське здоров'я.

Оцінка якості результату заснована на комплексному підході до аналізу профілактики, діагностики, та лікування захворювань, відповідаючи встановленим медичним стандартам і вимогам. Цей процес включає такі аспекти як:

- своєчасність та повнота обстеження пацієнтів у поліклінічних та стаціонарних умовах;

- обґрунтованість госпіталізації пацієнтів, забезпечуючи їхнє лікування в стаціонарних умовах тільки за необхідності;
- застосування сучасних методів діагностики та лікування, що забезпечує високий рівень медичного обслуговування;
- систематичний аналіз діяльності відповідних підрозділів ЛПУ для оцінки їхньої ефективності і вдосконалення робочих процесів;
- стан забезпечення медичною технікою та медикаментами, що є критичним для забезпечення якісного лікування.

Така багаторівнева оцінка якості результату в медичній допомозі дозволяє виявляти слабкі місця в лікувальних процесах та вносити необхідні корективи для підвищення загальної ефективності медичної системи.

Теоретико-методологічні підходи до управління якістю медичної допомоги в Україні передбачають комплексну оцінку лікувально-профілактичних заходів через застосування експертних методик. Аналіз якості послуг в галузі охорони здоров'я вимагає використання таких індикаторів, як частота ускладнень та загострень хвороб, результати лікування, що включають покращення, погіршення або стабілізацію стану пацієнта, летальність, первинний вихід на інвалідність та зміни в структурі диспансерних груп.

Згідно з наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», якість медичної допомоги означає здійснення медичних послуг та виконання інших заходів з організації надання медичних послуг медичними установами відповідно до прийнятих стандартів у галузі охорони здоров'я. Процедура оцінки якості медичної допомоги включає визначення рівня відповідності наданих послуг цим стандартам [95].

Контроль за якістю медичної допомоги реалізується через використання як зовнішніх, так і внутрішніх механізмів контролю, що включає самооцінку медичних працівників, експертну оцінку, клінічний аудит та моніторинг системи індикаторів якості. Також, здійснюється атестація та сертифікація відповідно до вимог національного законодавства України та нормативів Європейського Союзу.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) відіграє ключову роль у формулюванні та аналізі питань якості в системах охорони здоров'я. Діяльність ВООЗ зосереджена на підтримці країн у впровадженні програм, спрямованих на зниження викликів в системі охорони здоров'я та покращення їхньої ефективності. Ці програми дозволяють адресувати та усувати критичні прогалини у якості медичного обслуговування, підвищуючи загальний рівень здоров'я населення.

Термін «якість в охороні здоров'я», який був сформульований Інститутом медицини в знаковому звіті «Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century», видається в якості фундаментальної концепції сучасної медицини. Згідно з цим звітом, опублікованим у 2001 році, якість в охороні здоров'я визначається як ступінь, до якого медичні послуги надаються індивідуально кожній особі та населенню загалом з метою досягнення бажаних результатів, які базуються на сучасних професійних знаннях [112].

Це визначення підкреслює важливість ефективності, безпеки та реактивності медичної допомоги, враховуючи найновіші медичні знання та технології. Основні компоненти якості в охороні здоров'я зображено на рис. 1.1.

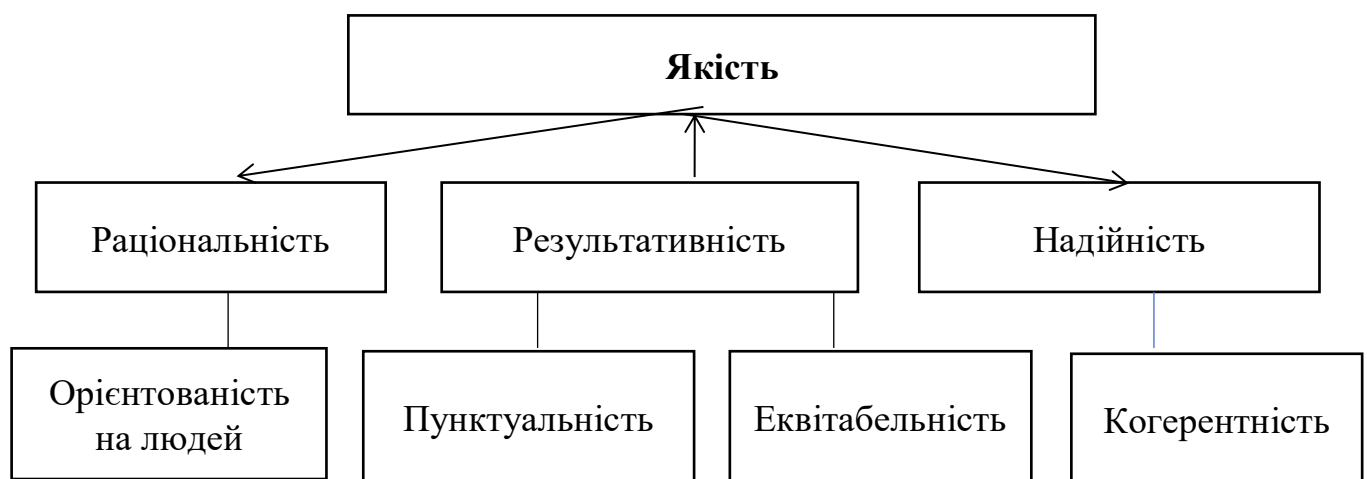


Рис. 1.1 Компоненти якості у сфері охорони здоров'я [26; 112]

Ключові елементи якості медичної допомоги оцінюються згідно з наступними дефініціями:

- надійність – забезпечення медичної допомоги без ризику завдання шкоди пацієнтам;

- продуктивність – надання медичних послуг, які ґрунтуються на найновіших наукових доказах, уникнення недостатнього та надмірного використання ресурсів;

- центрованість на індивідах, тобто повага до індивідуальних вимог, потреб та цінностей пацієнтів при наданні допомоги;

- пунктуальність – зниження часу очікування та затримок як для осіб, що надають допомогу, так і для тих, хто її отримує;

- оптимальність – мінімізація марнування обладнання, ресурсів, ідей та енергії;

- еквітабельність – забезпечення медичної допомоги без змін в якості залежно від особистих характеристик пацієнта, таких як стать, раса, етнічність, місце проживання та соціально-економічний статус [26; 112].

Таким чином, якісна медична допомога повинна гарантувати досягнення цілей здоров'я населення через раціональне, продуктивне та економічно ефективне використання доступних ресурсів медичними працівниками.

Імператив розвитку стандартизації в організаційних технологіях медичного сектору в Україні був закладений серією наказів Міністерства охорони здоров'я України, зокрема: наказом від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», наказом від 19.09.2011 р. № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року». Зазначена Концепція управління якістю критикує застарілий адміністративно-командний підхід до забезпечення якості медичної допомоги, який вже не відповідає сучасним організаційно-правовим та економічним реаліям галузі, підкреслюючи потребу в переході на процесний підхід.

Процесний підхід, який є фундаментальним в управлінні якістю, згідно з міжнародними стандартами International Organization for Standardization (ISO) серії

9000, вимагає від керівництва використання системного підходу для забезпечення координації та взаємодії усіх процесів у системі охорони здоров'я. Цей підхід дозволяє забезпечити більш ефективне впровадження поліпшень та здійснення контролю якості на всіх рівнях організаційної структури.

Міжнародні стандарти становлять основу сучасних нормативних вимог, адже вони інтегрують новітні технічні розробки, передові технології та великий обсяг практичного досвіду. Вони розробляються на основі консенсусу, що досягається завдяки участі експертів із понад 160 країн світу в рамках Міжнародної організації зі стандартизації (ISO). ISO також підтримує співпрацю з майже 400 міжнародними організаціями, спеціалізованими у стандартизації.

Україна приєдналася до ISO у 1993 році і з того часу активно залучена в роботу організації, ставши членом Ради ISO з 2004 року. Відповідно до стратегії гармонізації, Україна пристосовує свої національні стандарти (ДСТУ) до міжнародних вимог, що засвідчується статистикою гармонізації 80,2% національних стандартів у період з 2006 по 2010 рік.

Міжнародні стандарти ISO серії 9000:2008, які виконують функції реалізації принципів повного управління якістю (TQM), визнані однією з найбільш дієвих концепцій у сфері управління якістю.

Вони інтегрують вісім основних принципів, що включають як гуманітарні, так і організаційно-технічні вимоги. Основною метою системи менеджменту якості, створеної згідно з ISO 9000, є задоволення потреб та очікувань усіх зацікавлених сторін, включаючи споживачів, постачальників послуг та ресурсів, а також суспільство та державу.

Процесний підхід, який визначено як основний метод управління якістю в рамках положень Міжнародної організації стандартизації (ISO), вимагає від керівників використання системного підходу для оптимізації взаємодії всіх процесів в системі. Міжнародні стандарти становлять важливе джерело норм і правил, оскільки базуються на досягненнях у різних галузях техніки та використанні передових технологій і практичного досвіду. Затвердження

стандартів здійснюється на основі консенсусу серед учасників ISO з понад 160 країн, забезпечуючи широке міжнародне визнання.

Стандарти ISO серії 9000 визначаються як організаційні стандарти системи якості, формулюючи вимоги не тільки до системи якості, але й до її організаційної структури і функціонального наповнення. Ці стандарти не стосуються безпосередньо клінічної допомоги, але важливі для створення єдиних вимог до процесів виготовлення продукції чи надання послуг у різних організаціях.

Важливим досягненням є розробка міжнародного документа IWA 1:2005, на основі якого було гармонізовано Національний стандарт ДСТУ IWA 1:2007 «Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшення процесів в організаціях охорони здоров'я» (Держспоживстандарт України, 2008 р.). Цей стандарт сприяє розробці та вдосконаленню систем управління якістю в медичних установах, маючи на меті безперервне поліпшення, запобігання помилкам і мінімізацію відхилень, що можуть призвести до нераціонального використання ресурсів [120, с. 20].

Основна мета ДСТУ IWA 1:2007 полягає в наданні вказівок організаціям охорони здоров'я щодо розробки або удосконалення систем управління якістю. Це дозволяє забезпечити постійне поліпшення, мінімізувати ризики помилок та негативних наслідків, скоротити відхилення та втрати, які можуть виникати, наприклад, через нераціональне використання ресурсів.

Процеси управління якістю в медичних закладах згідно з міжнародними стандартами можна систематизувати в чотири основні групи:

1. Процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва в області якості, забезпечуючи лідерство та відданість якості на вищому рівні керування.
2. Процеси управління ресурсами, які включають забезпечення необхідних ресурсів для виконання лікувально-діагностичних процедур.
3. Процеси надання медичної допомоги, які охоплюють всі аспекти медичного обслуговування, включаючи профілактичні, лікувальні, діагностичні, реабілітаційні та доглядові послуги.

4. Процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення, які дозволяють систематично відстежувати та оцінювати якість послуг, сприяючи їх постійному удосконаленню.

Кожна з цих груп процесів реалізується на різних рівнях управління, від керівництва закладу до безпосередніх виконавців, що включає керівників структурних підрозділів та медичних працівників, забезпечуючи єдиний інтегрований підхід до управління якістю в організаціях охорони здоров'я.

Будь-яка система управління вимагає формалізації, зокрема документаційного опису та імплементації документообігу, як інструменту забезпечення інформаційних зв'язків у системі. Згідно з положеннями міжнародних стандартів, ієрархія документів системи управління якістю має трирівневу структуру і мусить включати «Настанови з якості» — провідний документ, що описує систему управління якістю в організації; задокументовані методики із моделями процесів; документи, які свідчать про виконання робіт — включно з первинною медичною документацією та протоколами аудитів та самооцінки [108, с. 218].

Враховуючи розгорнуте розуміння стратегії як комплексу теоретично обґрунтованих дій, спрямованих на досягнення довгострокових цілей організації, первинним завданням керівника медичного закладу після ухвалення рішення про створення та впровадження системи управління якістю відповідно до стандартів ДСТУ ISO 9001:2009 є детальне визначення та систематична комунікація об'єктивів даної системи серед усіх працівників [120].

Часто метою для керівників медичного закладу є здобуття сертифікату про впровадження системи управління якістю, що підтверджує відповідність до ДСТУ ISO 9001:2009. Оскільки стандарти ISO прийняті глобально як універсальні критерії для оцінювання здатності надавати послуги стабільної якості, що відповідають вимогам клієнтів та інших сторін. Проте, стратегія, що зосереджена виключно на отриманні сертифікату і не передбачає більш глибоких завдань, робить процес впровадження надмірно поверховим і може викликати розчарування у доцільності загальної системи управління якістю [78;111].

Однак, не існує єдиної стратегії впровадження вимог ДСТУ ISO 9001:2009, адже кожна організація є унікальною і стратегія вибору залежить від багатьох чинників. Ефективною є стратегія, яка вбудовує створення системи управління якістю у процес поліпшення діяльності на довгостроковій основі, що здійснюється через циклічне управління процесами за принципом циклу Демінга, що охоплює планування, виконання, перевірку та дії з поліпшення. Система управління якістю повинна бути орієнтована на задоволення потреб пацієнтів та інших зацікавлених сторін.

Управління якістю в медичних закладах, відповідно до міжнародних стандартів та національних нормативів, ініціюється з етапу детального планування показників якості, що мають бути в основному кількісними. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, що виділяє п'ять основних стратегій забезпечення якості в системах охорони здоров'я, планування якості слід орієнтувати відповідно до специфіки медичної установи та її стратегічних напрямків діяльності. Це включає фокус на медичних працівниках, медико-санітарних організаціях, медичних препаратах та технологіях, пацієнтах, а також на організаціях, що фінансують медичні заклади.

Важливим аспектом є декомпозиція встановлених показників якості на всі рівні управління, щоб кожен підрозділ мав чітке розуміння своїх цілей та відповідальностей.

Для ефективного досягнення запланованих показників якості керівництво медичного закладу повинно забезпечувати виконання наступних завдань:

1. Закупівля та забезпечення ресурсів для лікувально-діагностичного процесу в оперативному режимі, що включає постійне оновлення і поповнення необхідних матеріалів та обладнання.
2. Забезпечення умов для належного зберігання та безпечного використання закуплених товарів.
3. Мотивація персоналу до дотримання встановлених регламентів і процедур, що сприяє підтримці високого рівня якості обслуговування.

4. Навчання персоналу на робочих місцях для постійного підвищення їхніх кваліфікаційних рівнів та адаптації до змін у медичних стандартах та технологіях.
5. Координація діяльності всіх структурних підрозділів та зовнішніх партнерів, які беруть участь у медичному процесі, з метою забезпечення цілісності та ефективності в роботі медичного закладу.

Ініціювання процесу управління якістю має починатися з ретельного планування показників якості. Ці показники повинні бути переважно кількісними та орієнтованими на стратегічні напрямки діяльності медичного закладу, що включає п'ять сучасних стратегій забезпечення якості, як визначено Всесвітньою організацією охорони здоров'я: орієнтацію на медичних працівників, медико-санітарні організації, медичні препарати та технології, пацієнтів, та фінансові інституції.

Важливо здійснювати систематичний моніторинг, вимірювання та оцінку всіх процесів у системі якості для забезпечення зворотного зв'язку та ідентифікації будь-яких невідповідностей або дефектів. Моніторинг може включати постійне та періодичне спостереження, за участі як безпосередніх виконавців діяльності, таких як лікарі та медичні сестри, так і керівництва відділень і заступників директора медичного закладу.

Періодичні моніторинги включають внутрішні аудити та самооцінку за заздалегідь встановленими критеріями, що корелюють із запланованими показниками якості. Джерелом інформації для таких оцінок служать первинні медичні документи, результати яких підлягають аналізу для виявлення причин проблем.

Крім того, звіти про якість від керівників структурних підрозділів, дані з моніторингів, аудитів, самооцінки та аналізи зовнішнього середовища і внутрішнього стану медичного закладу є важливими для керівника, щоб вживати коригувальних заходів при виявленні відхилень у системі якості. Це може включати запровадження корективних заходів, профілактичних дій чи

встановлення нових цілей для безперервного поліпшення якості з використанням стратегій «кайдзен» або «кайрію» із залученням усього персоналу.

Кожна система управління якістю потребує чіткої документації, що включає «Настанову з якості» як провідний документ, документовані методики з моделями процесів, та документацію, яка підтверджує виконання робіт, таку як медичні записи та протоколи аудитів. Це сприяє створенню ефективних інформаційних зв'язків у системі управління якістю.

У контексті забезпечення медичної допомоги в Україні, теоретико-методологічні підходи до управління якістю відіграють ключову роль. Згідно з Програмою економічних реформ Президента на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», підвищення якості медичної допомоги є одним з основних завдань національної політики [27].

Реформування системи управління якістю медичних послуг потребує імплементації інтегрованих та динамічних стратегій, що спрямовані на оптимізацію загальносистемних результатів та неперервне удосконалення медичного обслуговування [34; 49; 109]. На державному рівні активно формується нормативно-правове поле, що регулює якість медичного забезпечення, включаючи стандартизацію, ліцензування, акредитацію та атестацію. Законодавча база слугує основою для регулювання в сфері медичної якості [16; 28].

Однак, аналіз сучасної системи управління якістю медичної допомоги виявляє значні прогалини у механізмах її безперервного покращення, такі як відсутність ефективних систем моніторингу, внутрішнього аудиту та навчання персоналу, а також слабкі стимули для мотивації медичних працівників. Структурні недоліки системи ще більше підсилюють ці виклики, що акцентує на актуальності та значущості обраної тематики для подальших досліджень.

Формування сукупності детермінант, які впливають на систему управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, створює фундаментальний каркас для розробки напрямків покращення якості медичного обслуговування. Цей процес включає ідентифікацію та аналіз критичних

факторів, що мають безпосередній вплив на результати лікувальної діяльності та задоволеність пацієнтів.

На рисунку 1.2 представлено результати конструювання системи ключових детермінант, які формують якість медичної допомоги в медичних установах України. Для візуалізації використано діаграму Ісікави, яка дозволяє чітко відобразити причинно-наслідкові зв'язки між основними елементами системи та потенційними джерелами проблем у забезпеченні високої якості допомоги.



Рис. 1.2 Інтегрована модель ключових елементів, що забезпечують якість медичної допомоги у медичних установах України (авторська розробка).

У контексті управління якістю медичної допомоги в Україні ідентифіковано комплексну структуру основних детермінант, яка охоплює чотири основні групи впливових факторів:

1. Ресурсна база: Включає фінансування, кадровий потенціал, медичне обладнання, умови надання медичних послуг та ефективність використання ресурсів. Ці аспекти визначають фундаментальні можливості закладу у забезпеченні якості медичного обслуговування.

2. Державне регулювання та організаційні аспекти: Законодавче забезпечення, включаючи ліцензування, акредитацію, стандартизацію, механізми фінансування та зовнішній аудит. Ці механізми формують офіційні рамки для оптимізації якості на державному рівні.

3. Організаційне управління на рівні медичного закладу: Стандартизація процесів надання допомоги, передові медичні технології, внутрішні протоколи, а також формування середовища, що сприяє високому рівню медичного обслуговування через систему мотивації та деонтологічні настанови.

4. Поведінка пацієнтів: Включає аспекти, як-от особиста відповідальність за власне здоров'я, обізнаність з принципами здорового способу життя, дотримання медичних приписів та ставлення до профілактичних заходів, запропонованих лікарем.

Зазначена інтегративна модель дозволяє забезпечити багатогранний підхід до підвищення якості медичної допомоги в Україні, акцентуючи на взаємозалежності між різними рівнями управлінських та ресурсних компонентів.

В рамках вивчення теоретико-методологічних підходів до управління якістю медичної допомоги в Україні пропонуємо мультирівневу систему стратегій, що включають комплексні заходи з підвищення якості медичного обслуговування:

1. Ресурсно-орієнтовані стратегії – зосереджені на інтенсивному використанні виробничих факторів у сфері охорони здоров'я, включаючи

модернізацію основних фондів, розширення кваліфікаційного та чисельного складу медичних працівників, а також збільшення фінансування. Ці заходи припускають наявність адекватних фінансових ресурсів та можливість їх ефективного застосування.

2. Стратегії на державному рівні – включають інноваційні зміни в системі охорони здоров'я, орієнтовані на реформування фінансових механізмів, управлінських практик та методів лікування, що забезпечують більшу доступність та якість медичних послуг.

3. Поведінкові стратегії – мають на меті формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я через розробку та впровадження програм здоров'язбереження, ефективних комунікаційних кампаній та освітніх ініціатив, спрямованих на стабільну зміну поведінки.

4. Стратегії на рівні медичного закладу – охоплюють впровадження внутрішніх аудитів, стандартизації послуг, бенчмаркінгу та заходів з мотивації персоналу, які сприяють підвищенню ефективності управління та поліпшенню якості надання медичної допомоги.

Зазначені стратегії взаємодіють та підсилюють одна одну, створюючи стійку систему управління якістю медичної допомоги, адаптовану до потреб та особливостей українського контексту.

На основі вище зазначеного, можемо стверджувати, що:

1. Управління на рівні держави проявляється у динамічному розвитку та значно впливає на процеси якісного медичного обслуговування. Реалізовано вертикально інтегровану систему контролю якості, що охоплює всі управлінські рівні, від Міністерства охорони здоров'я до окремих медичних установ. Введена Галузева програма стандартизації медичної допомоги до 2020 року та розроблено уніфіковану методику клінічних настанов на основі доказової медицини, з метою впровадження уніфікованих клінічних протоколів [74; 77; 101].

2. Економічні обмеження актуалізують проблему ефективного використання наявних ресурсів, оскільки нинішній економічний стан не дозволяє значно збільшувати ресурсне забезпечення медичних установ.

3. Зміна поведінки населення вимагає тривалого часу (10-20 років і більше), і пов'язана з формуванням мотивацій, що сприяють здоровому способу життя, та здійсненням впливу через адресні комунікації та освітні програми.

4. Управління на рівні медичного закладу визнано як найбільш актуальний і перспективний напрямок для оперативних змін у підвищенні якості медичного обслуговування, враховуючи значний потенціал медичних установ до гнучкого адаптування до змінюваних потреб у сфері охорони здоров'я.

Такий підхід передбачає проведення регулярної оцінки якості медичних послуг, базуючись на структурованій моделі управління, що включає як сталі (нормативно-правове забезпечення), так і змінні (середовище забезпечення якості та цикл аудиту) компоненти системи.

Актуальний рівень якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я стає визначальним фактором для напрямків та змісту внутрішнього аудиту якості. Ефективність цього аудиту прямо корелює з якістю існуючого середовища забезпечення медичної допомоги, що охоплює мотиваційні та структурні аспекти, які підлягають модифікаціям відповідно до управлінських рішень, прийнятих на основі результатів кожного аудиту. Ключовим елементом є також нормативно-правова база, яка регулює процеси управління якістю медичної допомоги.

Структурований підхід до організації системи управління якістю в медичному закладі базується перш за все на створенні та впровадженні нормативно-правової бази. Це включає стандартизацію через розробку локальних клінічних протоколів, наказів, методичних рекомендацій, клінічних маршрутів пацієнтів, внутрішніх технологічних стандартів, форм анкетування, а також складання річних планів діяльності. Ці ініціативи створюють міцну основу для забезпечення високого рівня медичного обслуговування і сприяють цілеспрямованому і системному підходу до управління якістю медичних послуг.

У рамках теоретико-методологічних підходів до управління якістю медичної допомоги в Україні встановлюється, що розвиток нормативно-правової бази в медичних закладах супроводжується формуванням середовища, яке сприяє

безперервному вдосконаленню якісного рівня медичного обслуговування. Серед ключових аспектів такого середовища виділяються:

- Лідерство керівного складу у закладі, яке визначає стратегічний напрямок і підтримує культуру високої якості.
- Залучення персоналу через регулярні збори та семінари, на яких обговорюються цілі та принципи безперервного покращення якості, підкреслюючи значення доброзичливості, конфіденційності, об'єктивності аудитів та відсутності негативних наслідків за результатами аудиту.
- Структурна організація безперервного покращення, що включає створення моно- або мультидисциплінарних команд, до складу яких за наказом головного лікаря входять представники різних підрозділів закладу, а також споживачі медичних послуг, що сприяє інтеграції досвіду та перспектив.
- Мотиваційні заходи для персоналу, які охоплюють матеріальні та моральні винагороди за якісне надання медичної допомоги та активну участь у роботі команд безперервного вдосконалення.

Окреслені заходи допомагають створити у закладах охорони здоров'я атмосферу, в якій розуміння та відданість ідеям якості стають пріоритетними, що, в свою чергу, сприяє регулярному проведенню внутрішнього аудиту та постійному покращенню якості медичного обслуговування [109]. Таке середовище не тільки підвищує загальний рівень медичного обслуговування, але й стимулює персонал до якісного виконання професійних обов'язків та активної участі у процесах управління якістю.

Для ефективізації процесу впровадження механізму внутрішнього аудиту у медичних закладах, існують такі види внутрішнього аудиту, які базується на специфічних критеріях аналізу та перевірки. В рамках першої групи, аудит структури, виділяються наступні види: фінансово-економічний аудит, аудит кадрового забезпечення, аудит матеріального забезпечення та аудит медичної документації. Основою для критеріальної оцінки у фінансово-економічному аудиті служать медико-економічні нормативи і розрахунки; у кадровому аудиті – кваліфікаційний склад та нормативна укомплектованість персоналу; у

матеріальному аудиті – стандартизовані переліки обладнання, необхідного для здійснення медичних процедур; у аудиті медичної документації – дотримання вимог до якості та повноти медичних записів. Друга група, аудит процесу, включає клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит та аудит впровадження медичних технологій і обладнання, критеріями для яких є локальні клінічні протоколи, часові нормативи медичного обслуговування, організаційні та технічні аспекти медичної діяльності. Третя група – аудит результату — оцінює задоволеність пацієнтів і медичних працівників, стан здоров'я пацієнтів та загальні показники здоров'я населення, з метою визначення кінцевої ефективності наданої медичної допомоги [22].

Оцінка задоволеності пацієнтів та медичних працівників лягає в основу проведення аудиту результативності внутрішньої системи медичного обслуговування. Збір і аналіз думок зазначених груп дозволяють формувати більш точне уявлення про рівень відповідності медичних послуг очікуванням та потребам користувачів. Паралельно, основою для аудиту показників здоров'я населення служать статистичні звіти, які забезпечують можливість порівняння та аналізу динаміки якості наданої медичної допомоги на основі об'єктивних даних.

Вибір конкретного типу внутрішнього аудиту та відповідної критеріальної бази зумовлює специфіку його проведення. Зокрема, це визначає підбір спеціалістів до робочої групи, обсяг первинної документації, що вимагається для збору інформації, а також ідентифікацію елементів внутрішнього середовища медичного закладу, що потребують оптимізації. Ефективність внутрішнього аудиту в значній мірі залежить від існуючої системи управління якістю медичної допомоги.

Процес внутрішнього аудиту якості медичних послуг зазвичай складається з п'яти основних етапів: планування, підготовка, проведення аудиту, впровадження змін та моніторинг з оцінкою ефективності впроваджених заходів. На етапі планування в медичних установах видається наказ про проведення аудиту, який визначає мету і завдання цього заходу. Важливим є вибір теми аудиту, що повинна бути актуальною та відповідати конкретним потребам закладу. Тема,

зазвичай, визначається на основі статистичних даних, результатів моніторингу задоволеності, протоколів лікування, а також аналізу скарг пацієнтів та працівників. Ціль аудиту повинна бути чіткою, специфічною, вимірюваною та орієнтованою на певний період часу з метою покращення якості медичного обслуговування.

Етап підготовки аудиту медичної допомоги вимагає від керівництва медичного закладу визначення чіткої методології, яка включає аналіз первинної документації, звітів, відповідності процесу лікування до локальних протоколів і стандартів, а також моніторинг думок пацієнтів. Паралельно, критично важливим є встановлення стандартів та індикаторів якості, які можуть бути зазначені у офіційних протоколах або розроблені внутрішньо закладом. Ці стандарти можуть охоплювати клінічні практичні керівництва і докладні кроки для виконання процедур, таких як протоколи переливання крові, і служити основою для вимірювання кращих практик.

На стадії проведення аудиту відбувається детальний аналіз зібраної інформації, виявлення прогалин та недоліків у організації медичної допомоги. На основі цього аналізу розробляються рекомендації щодо оптимізації медичних процедур, які формалізуються у вигляді протоколу засідання мультидисциплінарної команди.

Важливим аспектом є також аналіз та оптимізація часових проміжків між етапами лікування, особливо враховуючи незадоволення пацієнтів, пов'язане з організацією міжетапних періодів, таких як очікування у чергах або в приймальних відділеннях. Ці дії спрямовані на підвищення загальної ефективності та задоволеності користувачів медичними послугами.

Розробка маршруту пацієнта відіграє ключову роль у визначенні виконавців та їх подальшому включенні до складу мультидисциплінарної команди, що дозволяє ідентифікувати основні проблемні зони в процесі забезпечення якості медичного обслуговування. Важливим аспектом є виявлення і аналіз наступних етапів у наданні медичної допомоги, які включають повторювані дії, такі як дублювання медичних процедур різними членами медичної бригади; етапи з

нечітко визначеними результатами для пацієнта після завершення лікування; а також виявлення неефективних кроків, таких як направлення пацієнта до різних спеціалістів без чіткої координації чи непотрібні медичні втручання [109].

Зібрані дані підлягають ретельному аналізу мультидисциплінарною командою з метою формулювання стратегій для усунення виявлених недоліків. Після аналізу, на етапі впровадження змін, керівництво закладу охорони здоров'я видає наказ про впровадження внутрішнього аудиту, встановлює терміни для повторного аудиту та реєструє виникаючі проблеми під час імплементації змін.

Останній етап аудиту передбачає систематичний моніторинг і оцінку ефективності впроваджених заходів. Цей процес включає збір даних, що дозволяє виявити позитивні чи негативні наслідки реалізованих ініціатив і, в залежності від результатів, здійснити корекції у діяльності медичного закладу. Ключовим є порівняння моніторингових даних до і після впровадження змін, оцінка досягнення запланованих цілей, реєстрація виконаних процедур і висновки, які враховуються при прийнятті рішення про подальше удосконалення медичного обслуговування в закладі.

У контексті глобалізації та зростання взаємозв'язків між різними сферами, якість стає особливо важливою у всіх аспектах діяльності, особливо у сфері охорони здоров'я. В Україні відсутній універсальний стандарт для оцінювання якості медичних послуг, що робить важливим розвиток національних стандартів і стратегій, з активною роллю держави. Задоволеність пацієнтів, відновлення їх здоров'я, та інші показники якості відіграють ключову роль в оцінці ефективності медичних послуг. Управління якістю охорони здоров'я має глибокі історичні корені, включно з античними законами та медичними канонами, і сучасні підходи в цій сфері все більше застосовують методики загального управління якістю.

1.2 Нормативно-правове регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників

Атестація, як процес визначення кваліфікаційних характеристик працівників освіти, а також інших сфер, історично привертала увагу дослідників у

галузі трудового права. У радянську епоху атестацію часто асоціювали з перевіркою ділових та політичних кваліфікацій, що, відповідно до сучасних законодавчих та міжнародних норм [5, с. 100], не відповідає засадам об'єктивності і справедливості в оцінці трудових навичок.

Сучасне законодавство України та міжнародні правові акти [24; 30; 31; 46] закріплюють принципи рівності трудових прав, забезпечуючи справедливі умови праці і рівні можливості кар'єрного росту на основі професійних заслуг та досвіду, виключаючи будь-яку дискримінацію, не пов'язану безпосередньо з професійною діяльністю працівника.

Попри численні наукові дослідження, консенсус щодо уніфікованого визначення атестації працівників досі не було досягнуто. Різноманітність інтерпретацій цього поняття у науковій літературі свідчить про його багатогранність. Наприклад, деякі вчені трактують атестацію як механізм визначення відповідності працівників займаним посадам [36, с. 14], інші вважають її процесом оцінки кваліфікації з метою підтвердження відповідності особи робочому місцю [33, с. 102]. Також існують думки, що атестація виступає як періодичний огляд ділових кваліфікацій працівників [117, с. 327], або як організаційно-правова форма їхнього вдосконалення [66].

Атестація, як процес оцінки, має вимірювати не лише формальну підготовленість до певного виду діяльності, але й реальну здатність працівника до виконання своїх професійних обов'язків.

В. Кохан представляє атестацію як процедуру періодичної перевірки кваліфікації, зосереджуючи увагу на знаннях, досвіді, навичках та здібностях працівника, що повинні відповідати займаній посаді чи виконуваній роботі [33, с. 10]. Це визначення, хоча і акцентує на необхідності оцінювання професійної придатності, залишає відкритим питання методології такого оцінювання, оскільки кожна з цих характеристик (знання, навички, досвід, здібності) вимагає індивідуального підходу.

Складність оцінки навичок та здібностей полягає в тому, що вони є суб'єктивними та часто набуваються в неформальній обстановці. Навички – це

уміння, які формуються через практику та повторення [25, с. 421], досвід – це сукупність практично засвоєних знань [25, с. 187], а здібності можуть включати природні нахили [25, с. 287].

Розбіжності в трактуваннях атестації можуть створювати певні складнощі для юридичної практики та навіть перешкоджати єдиному розумінню її суті. Відтак, продовження наукових досліджень у цій галузі є важливим для формулювання оптимального і точного визначення, яке б знайшло широке прийняття. Особливу увагу слід звернути на вивчення загальних характеристик атестації, які можуть визначити напрямки майбутніх досліджень атестаційних процедур для медичних працівників.

В контексті українського законодавства, атестація сприймається як процедура оцінки відповідності професійних компетенцій працівника кваліфікаційним вимогам і посадовим обов'язкам [96]. Згідно з законом України «Про професійний розвиток працівників» атестація визначається як критична перевірка професійного рівня, підтвердження здатності особи виконувати певний спектр трудових завдань.

Атестація працівника проводиться з метою оцінки його кваліфікації відповідно до посадових обов'язків і задач, передбачених посадовою інструкцією, для забезпечення якості виконання робіт. Визначення кваліфікації, згідно з законодавством України, передбачає, що кваліфікація є стандартизованою сукупністю компетенцій (результатів навчання), визнаною уповноваженим суб'єктом і засвідченою відповідним документом [91].

Наведене визначення акцентує на тому, що кваліфікація відображає базовий набір знань, умінь та навичок, набутих в процесі навчання, який уможливорює особі займатися певним видом професійної діяльності. Проте, це не повною мірою описує професійний рівень особи, а лише дає змогу розпочати професійну діяльність.

Підвищення кваліфікації, як вид професійного навчання – це набуття особою нових або зростання рівня уже наявних компетентностей, необхідних для успішного виконання професійної діяльності [43, с. 64].

У процесі підвищення кваліфікації обов'язково повинен здійснюватися формувальний вплив, спрямований на актуалізацію мотивації та пізнавальних потреб фахівців, а через їхнє задоволення – формування усвідомленого результату навчання. Під формувальним впливом розуміється процес та результат цілеспрямованого перетворення професійної поведінки людини, її ставлень, оцінок, мотиваційних елементів та установок, який відбувається у процесі взаємодії з іншими суб'єктами освітнього простору. Важливою умовою цілеспрямованого вдосконалення системи підвищення кваліфікації є розробка методології програм психолого-педагогічного супроводу формування управлінської компетентності фахівців.

У контексті ринкових реалій, значущість кваліфікованої праці зростає, стаючи критичним фактором для розвитку та підтримки конкурентоздатності підприємств. Визнання цієї тенденції спонукає роботодавців залучати високопрофесійних працівників та створювати мотиваційні механізми для їх кар'єрного зростання, серед яких атестація відіграє важливу роль. Очікується, що важливість атестації як інструменту професійного просування збільшуватиметься, що підтверджується положеннями статті 314 проекту нового Трудового кодексу України, який зараз перебуває на розгляді Верховної Ради України [105].

У Юридичній енциклопедії кваліфікація визначена як: 1) наявність підготовки, професійних знань, навичок та досвіду, необхідних для належного виконання певних дій, і 2) рівень підготовленості, майстерності, ступінь готовності до виконання роботи за певною спеціальністю чи посадою, що визначається через розряди, класи чи інші атестаційні категорії [117, с. 71].

Наявне визначення «кваліфікації» недостатньо відображає професійну придатність працівника, яка, за Л. Балабановим, є ключовим аспектом для успішного виконання професійних обов'язків [4, с. 59].

Ця різноманітність параметрів ускладнює створення універсальних критеріїв для їх оцінки, особливо в галузях, де професійна майстерність безпосередньо впливає на якість результату роботи, таких як медицина.

Особливе значення ця проблема має у медичній сфері України, що з 2018 року перебуває у стадії глибоких трансформацій. Одним з ключових аспектів реформування є підтримка безперервного професійного розвитку медичних працівників, що допомагає забезпечити високий рівень кваліфікації необхідний для відповідності сучасним медичним стандартам і потребам пацієнтів.

Такий підхід забезпечує не лише сталість в набутті нових знань, але й сприяє підвищенню кваліфікаційного рівня, що в цілому відображається на якості медичних послуг, що надаються громадянам. За даними досліджень Х. Симчича та С. Федорова, основним завданням системи неперервного освітнього процесу для лікарів є не лише збереження наявних знань і навичок, але й їх адаптація та удосконалення у відповідності до швидкоплинних змін, які відбуваються в медичній практиці та технологіях. [107, с. 69] Наголос на необхідності такого підходу є доречним, адже вимоги сучасності ставлять перед медичною галуззю високі виклики, яким необхідно відповідати належним рівнем професіоналізму.

У контексті нормативно-правового регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників в Україні, актуальність дослідження законодавчих основ цієї сфери є незаперечною, особливо з урахуванням інтенсивних змін, що відбулися в період 2021-2023 років. Законодавство, що стосується регулювання отримання післядипломної освіти, вимагає постійного аналізу та оновлення відповідно до сучасних потреб медичної галузі та викликів, які перед нею стоять.

Відповідно до статті 77 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», зазначено, що медичні та фармацевтичні працівники мають проходити процеси підвищення кваліфікації та перепідготовки не рідше одного разу на п'ять років. Це передбачається виконувати у визначених закладах освіти та установах, які забезпечують відповідний рівень освітньої підготовки та актуалізацію професійних знань і навичок [65]. Даний законодавчий акт підкреслює важливість безперервної освіти як критичного чинника в підтримці професійної компетентності та ефективності медичного персоналу.

Важливим аспектом регуляторних змін у сфері медицини є встановлення обов'язків, які впливають з прав медичних та фармацевтичних працівників.

Якість виконання професійних обов'язків залежить від загального добробуту та здоров'я населення, що універсально визнаються в Україні та на міжнародному рівні як фундаментальні соціальні цінності. Така усвідомленість підкреслює необхідність регуляції медичних професій у багатьох державах, зобов'язуючи професіоналів проходити всебічну підготовку під державним наглядом.

Відповідаючи на ці виклики, Міністерство охорони здоров'я України впроваджує концепцію безперервного професійного розвитку (БПР) для лікарів. Ця ініціатива передбачає, що медичні працівники постійно вдосконалюють свої кваліфікації, виходячи за рамки традиційних атестаційних циклів, аби підтримувати актуальність своїх знань та навичок протягом усієї кар'єри. Раніше система обмежувалася фіксованим переліком освітніх активностей і не стимулювала активне професійне зростання, часто концентруючи освітні заходи напередодні атестації [45, с. 84].

З новою політикою БПР, медики отримують можливість самостійно обирати формати навчання – від участі у фахових конференціях до інтернатур у закордонних клініках, що дозволяє адаптувати професійний розвиток до індивідуальних потреб і специфіки роботи в конкретних медичних установах. Такий підхід забезпечує значущі переваги як для лікарів, так і для їхніх пацієнтів [35].

Переваги безперервного професійного розвитку (БПР) для пацієнтів полягають у забезпеченні доступу до кваліфікованих і компетентних лікарів, які систематично оновлюють свої медичні знання та практичні навички. Це гарантує, що медичні працівники відповідають сучасним стандартам лікування і діагностики.

Крім того, необхідно зазначити, що Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 446 від 22 лютого 2019 року "Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів", був розроблений на підставі Постанови Кабінету

Міністрів України № 302. Зазначений нормативний документ інституціоналізує нові вимоги до проведення атестації медичних працівників та впорядковує номенклатуру спеціальностей у цій галузі, яка налічує 132 позиції [18].

До того ж, наведеним наказом установлені наступні строкові рамки: облік балів за проходження безперервного професійного розвитку рекомендований у 2019 році та обов'язковий з 01 січня 2020 року, а щорічна перевірка особистого освітнього портфоліо з балами безперервного професійного розвитку розпочинається у 2021 році. Нормативно врегульовано, що у 2023 році для атестації необхідно подати щонайменше 100 балів безперервного професійного розвитку, отриманих у 2020, 2021 роках, та бали безперервного професійного розвитку, отримані у 2022 році. Мінімальна кількість балів безперервного професійного розвитку, яка має бути підтверджена за річний період, у 2022 році не є обов'язковою. У 2024 році для атестації необхідно подати щонайменше 100 балів безперервного професійного розвитку, отриманих у 2020, 2021 роках, та щонайменше 50 балів безперервного професійного розвитку, отриманих у 2022, 2023 роках; у 2025 році та наступних роках для атестації – щонайменше 50 балів безперервного професійного розвитку за кожен попередній рік. Своє особисте освітнє портфоліо за відповідний річний період подається лікарем для щорічної перевірки до відділу кадрів за місцем роботи до 01 березня [18].

Зокрема, Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» від 14 липня 2021 року № 725 було скасовано постанову Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я».

Цей документ визначає безперервний професійний розвиток як невід'ємний процес навчання та вдосконалення компетенцій, що дозволяє працівникам сфери охорони здоров'я підтримувати або підвищувати рівень своєї професійної діяльності відповідно до потреб галузі.

Згідно з оновленим Положенням, було розширено перелік суб'єктів, які беруть участь у безперервному розвитку, а також деталізовано роль провайдерів заходів безперервного професійного розвитку і введено поняття електронної системи безперервного професійного розвитку. Окрім того, введено в обіг концепцію особистого освітнього портфоліо лікаря, яке становить сукупність відомостей про персональні досягнення, проходження курсів підвищення кваліфікації, а також здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти. Це важливий крок до підвищення прозорості та ефективності системи професійного розвитку в медичній сфері. [81]

У березні 2022 року Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) внесло зміни в існуючі нормативні документи, які регулюють програми підвищення кваліфікації та безперервного професійного розвитку лікарів, адаптуючи їх до умов воєнного стану. Ці зміни були зафіксовані в Наказі №520 від 24 березня 2022 року, який модифікував попередній Наказ МОЗ від 22 лютого 2019 року № 446. Ці корективи мали на меті забезпечити гнучкість у підготовці медичних працівників відповідно до змінених умов надання медичних послуг під час воєнного стану [72].

На початку воєнного стану, МОЗ призупинило процес атестації медичних працівників, відповідно до Наказу № 426 від 7 березня 2022 року. Цей наказ визначав особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів та кваліфікаційних посвідчень під час воєнного стану [92].

Проте, відповідно до наказу МОЗ України від 04.08.2022 № 1415 "Про особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів спеціаліста, посвідчень про кваліфікаційну категорію в період дії воєнного стану" зупинив (проведення атестацій на період воєнного стану, але охоплював ширше коло медичних та немедичних працівників сфери охорони здоров'я, включаючи присвоєння кваліфікаційних категорій молодшим спеціалістам та фармацевтам [92].

17 листопада 2023 року вступив у силу Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1555 від 31 серпня 2023 року, який вносить зміни до деяких попередніх наказів цього відомства. Зокрема, Наказ № 1555 зупиняє процес атестації медичних працівників на час дії воєнного стану, згідно з пунктом 2 цього документу [75]. В результаті, Наказ № 1415, що раніше регулював ці процедури, втратив чинність, а правила щодо продовження дії кваліфікаційних категорій тепер включені безпосередньо в нові накази МОЗ.

Важливою новацією Наказу № 1555 є встановлення, що термін дії сертифікатів спеціаліста і посвідчень про кваліфікаційну категорію, який спливає під час воєнного стану, продовжується на весь період дії воєнного стану та додатково на три місяці після його завершення. За цих обставин, керівникам медичних закладів більше не потрібно щороку видавати нові накази про продовження дії цих документів, хоча рекомендується оформити такий наказ хоча б один раз для внутрішньої звітності і правомірності виплат персоналу.

В контексті нормативно-правового регулювання процесу атестації та підвищення кваліфікації медичних працівників варто зазначити позитивні зміни, які спрощують адміністративні процедури. Зокрема, від них більше не вимагається подавати об'ємні звіти та зайву документацію для атестації. Натомість, їхні досягнення та кваліфікація тепер відображаються у персональному портфолію, що сприяє зручності та прозорості оцінювання їхніх компетенцій.

Хоча встановлені часові обмеження для подачі такої звітності можуть здатися обтяжливими, на практиці вони виступають скоріше як стимул для дисциплінованого та своєчасного оновлення знань і навичок. Такий підхід не тільки підвищує кваліфікацію працівників, але й сприяє поліпшенню загальних показників ефективності роботи медичних установ. Важливо зазначити, що чинне законодавство не передбачає жорстких санкцій за недотримання встановлених термінів подання звітності, що знижує адміністративний тиск на медичних працівників.

Станом на 2023 рік спостерігається значний прогрес та позитивні зрушення у вітчизняній системі регулювання безперервного розвитку медичних працівників. Це свідчить про відповідність змін вітчизняного законодавства до міжнародних стандартів, що в свою чергу забезпечує краще розуміння та впровадження ефективних практик в сфері медичної освіти та професійного розвитку.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 серпня 2023 року № 1555, який вступив у силу 17 листопада того ж року, внесено зміни до існуючих регуляцій, що стосуються процесу атестації певних категорій медичних працівників. Зокрема, на період дії воєнного стану в Україні тимчасово призупинено атестації, які включають:

1. Підтвердження звання лікаря-спеціаліста та провізора-спеціаліста.
2. Присвоєння та підтвердження кваліфікаційних категорій лікарям та провізорам.
3. Підтвердження звання спеціаліста та присвоєння кваліфікаційних категорій професіоналам з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я.
4. Присвоєння кваліфікаційних категорій молодшим спеціалістам з медичною освітою та фармацевтам.

Також встановлено, що на час дії воєнного стану і протягом трьох місяців після його припинення або скасування продовжено термін дії наступних документів:

- Посвідчень про кваліфікаційну категорію та сертифікатів провізора-спеціаліста.
- Посвідчень про кваліфікаційну категорію для молодших спеціалістів з медичною освітою.
- Посвідчень про кваліфікаційну категорію та сертифікатів спеціаліста для професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я.

- Посвідчень про кваліфікаційну категорію та сертифікатів лікаря-спеціаліста.

Ці заходи вживаються у відповідь на необхідність адаптації процесів атестації до умов воєнного стану, з метою забезпечення неперервності медичного обслуговування та підтримки фахівців у критичний період.

Відновлення процедур атестації вимагатиме від медичних працівників пред'явлення доказів володіння державною мовою, що є обов'язковим згідно з Законом України «Про забезпечення функціонування української мови як державної» від 25 квітня 2019 року № 2704-VIII (далі – Закон № 2704). Для цього, працівники охорони здоров'я можуть подати документ про здобуття повної загальної середньої освіти, який підтверджує навчання української мови як предмету. В іншому випадку, необхідно здобути сертифікат, що підтверджує рівень володіння державною мовою, який видається Національною комісією зі стандартів державної мови відповідно до зазначеного Закону.

У 2022 році, внаслідок воєнних дій, Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) тимчасово зняло вимогу про набір 50 балів безперервного професійного розвитку (БПР) для лікарів на цей рік, скасувавши обов'язковий мінімум балів.

Якщо б процес атестації відновився у 2023 році, лікарям було б необхідно подати не 150, а 100 балів БПР, накопичених протягом 2020 та 2021 років, згідно з підпунктом 5 пункту 5 Наказу № 446. Однак, враховуючи продовження воєнного стану, МОЗ стикається з необхідністю подальшого коригування цих вимог для адаптації до поточних обставин, що вимагає гнучкості у врахуванні особливостей професійної підготовки лікарів у непростих умовах.

Міністерство охорони здоров'я України ініціювало ряд реформ щодо системи безперервного професійного розвитку медичних працівників, адаптуючи її до вимог міжнародних стандартів. Ефективність цих реформ підкріплена введенням в дію змін до Постанови Кабінету Міністрів України №726 від 14 липня 2021 року. Відтепер, система безперервного професійного розвитку (БПР) є обов'язковою не тільки для лікарів, але й для всіх категорій працівників галузі охорони здоров'я.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України, у період воєнного стану та протягом трьох місяців після його завершення встановлено продовження терміну дії посвідчень про кваліфікаційну категорію та сертифікатів лікарів-спеціалістів, які закінчилися під час дії воєнного стану.

Поновлення атестацій після скасування воєнного стану вимагає від лікарів подачі копії документа, що підтверджує володіння державною мовою, у відповідності до законодавчих актів України.

Також, встановлено, що обмеження кількості балів, отриманих через дистанційне навчання, не стосуються мінімального щорічного балу, потрібного для чергової атестації до 2024 року. Зазначені обмеження вводяться з 2024 року, коли відповідно до мови навчання встановлюються наступні норми: 15 балів на рік для україномовних курсів та 20 балів на рік для англomовних. Ці обмеження не застосовуються до заходів, які проводяться дистанційно в режимі реального часу, такі заходи еквівалентні офлайн навчанню.

Додатково, встановлено наступні мінімальні вимоги до кількості балів для атестації:

- Для 2023 року: необхідно набрати 100 балів за 2020 та 2021 роки, а також будь-яку кількість балів за 2022 рік, оскільки мінімальний поріг був скасований.
- Для 2024 року: потрібно набрати 100 балів за 2020 та 2021 роки, та 50 балів за 2022 та 2023 роки.
- Для 2025 року: необхідно по 50 балів за кожен рік з 2020 по 2024 включно.

3 травня 2024 року набув чинності наказ Міністерства охорони здоров'я України № 262 від 16 лютого 2024 року, який регламентує процедуру підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників системи екстреної медичної допомоги. Цей документ визначає нормативно-правову базу, спрямовану на оптимізацію та стандартизацію процесів навчання і професійного розвитку відповідних категорій медичних працівників у контексті забезпечення якісної медичної допомоги населенню в умовах невідкладних станів [19].

Відповідно до наказу № 262 від 27.04.2024 «Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України»,

вжити заходів щодо участі працівників системи екстреної медичної допомоги у підготовці, перепідготовці, підвищенні кваліфікації та проведенні оцінки компетентностей за відповідними рівнями освіти або кваліфікаціями [76].

Встановлено, що мінімально необхідна кількість інструкторів з кваліфікацією «Інструктор з надання догоспітальної допомоги» має становити 10% від загальної кількості бригад екстреної медичної допомоги, згідно з формою звітності № 22 «Звіт станції швидкої медичної допомоги за рік», що була затверджена раніше наказом МОЗ від 17.11.2010 № 999.

Також, передбачено затвердження трьохрічного плану підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації для всіх співробітників зазначених центрів, а також щорічний перегляд і коригування цього плану.

Розробкою навчально-тренувальних програм для медичних працівників бригад ЕМД, диспетчерів оперативно-диспетчерської служби та екстрених медичних техніків займається Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Підвищення кваліфікації медичних працівників системи ЕМД здійснюється в рамках системи безперервного професійного розвитку, заснованої на Положенні про систему БПР, затвердженому постановою КМУ від 14.07.2021 № 725 [81]. Основні зусилля спрямовані на підвищення кваліфікації з догоспітальної та ранньої госпітальної допомоги, з обов'язковим проходженням такого навчання не рідше ніж раз на три роки.

Екстрені медичні техніки повинні підвищувати свою кваліфікацію кожні два роки згідно з програмами, розробленими і затвердженими надавачами освітніх послуг.

Для оцінювання компетентностей після завершення навчання, медичні працівники проходитимуть незалежний іспит з медицини невідкладних станів, програму якого розробляє відповідний заклад державної оцінки компетентностей.

Отже, на основі проведеного аналізу нормативно-правового регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників можна зробити висновок, що сучасне українське законодавство надає значний простір

для забезпечення справедливих та об'єктивних умов оцінювання професійних компетенцій. Регулятивні ініціативи, введені в останні роки, включаючи перехід до системи безперервного професійного розвитку, спрямовані на підтримку високого рівня кваліфікації медичних працівників, що відповідає міжнародним стандартам та потребам пацієнтів.

Інструментарій атестаційних процедур тепер орієнтований на забезпечення не тільки формальної відповідності кваліфікації, а й реальної здатності медичних працівників якісно виконувати свої обов'язки. Важливо, що актуальні зміни в законодавстві також включають заходи адаптації до особливостей таких важливих періодів, як воєнний стан, що дозволяє зберігати необхідний рівень медичного обслуговування та підтримки фахівців у критичний період.

Законодавчі зміни, які спрямовані на зменшення адміністративного тиску та забезпечення гнучкості в процесах атестації, сприяють підвищенню ефективності медичної допомоги та розширенню можливостей для професійного зростання медичних працівників. Завдяки цьому медична галузь України рухається в напрямку забезпечення високого рівня професійного обслуговування, необхідного для відповідності сучасним викликам здоров'я населення.

1.3. Соціально-економічне значення підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників

У контексті швидких змін у медичних технологіях та вимогах до охорони здоров'я, підвищення кваліфікації та атестація медичних працівників виступають як ключові елементи у підтримці високого рівня медичного обслуговування. Цей процес не тільки сприяє покращенню фахових знань і навичок, але й має значний соціально-економічний вплив, включаючи покращення якості медичних послуг, зниження витрат на охорону здоров'я та підвищення загальної продуктивності медичних установ.

Підвищення кваліфікації медичних працівників є систематичним процесом навчання та освіти, який спрямований на оновлення та розширення професійних знань і навичок відповідно до найновіших медичних стандартів і інновацій. Цей

процес включає в себе не тільки формальне освітнє середовище, але й неперервний розвиток та участь у професійних тренінгах та конференціях, що забезпечує постійне вдосконалення клінічних компетенцій та адаптацію до змінних умов медичної практики.

Атестація медичних працівників виступає як важливий контрольний механізм, який засвідчує професійні здібності фахівців виконувати свою роботу на належному рівні. Вона оцінює не тільки теоретичні знання, але й практичні навички, що вимагають ретельного аналізу виконуваних медичних процедур та здатності приймати обґрунтовані клінічні рішення. Процес атестації може включати періодичні оцінювання з боку акредитованих організацій, що гарантує об'єктивність і незалежність оцінки [13].

Обидва ці процеси відіграють ключову роль у підтримці професійних стандартів та забезпеченні якісної медичної допомоги, враховуючи швидкий розвиток медичних знань і технологій. Вони дозволяють медичним працівникам ефективно реагувати на постійно змінні вимоги до здоров'я пацієнтів та удосконалювати медичне обслуговування на основі світових практик.

Підвищення якості медичних послуг тісно пов'язане з оновленням професійних знань та навичок медичних працівників, що, в свою чергу, забезпечує високий рівень медичного обслуговування. На практиці, систематичне оновлення знань сприяє покращенню вмінь персоналу у використанні новітніх технологій та методик, що є критично важливим для ефективного діагностування та лікування. Наприклад, введення новітніх методів мінімально інвазивних хірургічних втручань вимагає від хірургів не тільки теоретичних знань, але й практичних навичок, які можуть бути здобуті через спеціалізовані тренінги та курси.

Атестація як форма перевірки компетенцій відіграє ключову роль у процесі професійного розвитку медичних працівників. Цей процес не тільки підтверджує наявність відповідних навичок та знань, але й спонукає медичних працівників до постійного самовдосконалення та професійного росту. Завдяки атестації, медичні працівники мотивовані підтримувати свої компетенції на високому рівні, що

безпосередньо впливає на якість медичного обслуговування. На відміну від звичайного процесу навчання, атестація включає оцінку вже існуючих здібностей персоналу, визначаючи тим самим області, що потребують додаткового вдосконалення [15].

Таким чином, регулярне оновлення професійних знань та атестація стають важливими інструментами для забезпечення високої якості медичного обслуговування, що надається пацієнтам. Ці процеси не тільки підвищують фахові стандарти в медицині, але й сприяють формуванню довіри та безпеки серед пацієнтів, що є фундаментальним для ефективної системи охорони здоров'я.

Крім того, важливу роль у зміцненні довіри пацієнтів до медичних установ відіграє сертифікація та атестація медичних працівників. Ці процедури не просто формальність, але забезпечують підтвердження того, що медичні працівники мають належний рівень професіоналізму та відповідають високим сучасним стандартам надання медичної допомоги. Коли пацієнти знають, що лікарі та медсестри регулярно проходять перевірки кваліфікації та підвищують свою майстерність, вони більш схильні довіряти цим установам і рекомендувати їх іншим.

Наприклад, в контексті хірургії, сертифікація хірургів може бути пов'язана зі зниженням кількості постопераційних ускладнень, що є одним із ключових показників довіри пацієнтів. Впровадження сертифікаційних програм, які оцінюють знання хірургів з останніх клінічних протоколів та вимог до стерильності, сприяє підвищенню загальної якості медичного обслуговування. Це, в свою чергу, веде до вищої задоволеності пацієнтів та збільшення їхньої впевненості у безпеці та ефективності лікування, що вони отримують.

Також, систематична атестація медичного персоналу, що включає оцінку практичних навичок і теоретичних знань, дозволяє підтримувати консистентно високий рівень медичного обслуговування. Особливо це стає важливим у контексті зростання різноманітності медичних технологій та лікувальних

методик, що вимагає від медичних працівників постійного навчання та адаптації до нововведень.

Важливо зазначити, що однією з основних цілей удосконалення професійних умінь медичних працівників є зміцнення громадського здоров'я, оскільки цей напрям сприяє покращенню здоров'я нації. Розвиток навичок та знань медиків відіграє ключову роль у зниженні загального рівня захворюваності та смертності, завдяки здатності надавати ефективнішу медичну допомогу. Коли медичні фахівці володіють новітніми знаннями в сфері діагностики, лікування та профілактики, вони можуть швидше і точніше ідентифікувати захворювання, а також обрати найефективніші методи лікування та втручання.

Наприклад, впровадження сучасних протоколів лікування серцево-судинних захворювань, які включають останні досягнення в кардіології та кардіохірургії, може значно знизити смертність від цих захворювань. Статистика свідчить, що країни з високим рівнем професійної підготовки медиків мають нижчу смертність від серцево-судинних та інших хронічних захворювань [13].

Також, компетенція медичних працівників у керуванні хронічними захворюваннями, зокрема діабетом та гіпертонією, сприяє не лише підвищенню якості життя пацієнтів, але й зумовлює зниження економічного та соціального навантаження, асоційованого з цими патологічними станами. Оптимізація лікування хронічних захворювань зменшує потребу у використанні екстреної медичної допомоги та тривалої госпіталізації, що є важливим фактором у підтримці сталого розвитку здоров'я нації [15].

Отже, удосконалення професійних умінь медиків стає не просто питанням підвищення індивідуальної кваліфікації, але ключовим аспектом в зміцненні громадського здоров'я. Через це розвиток медичної освіти є фундаментальним елементом для підвищення загального рівня здоров'я суспільства, зниження захворюваності та смертності, і, відповідно, сприяння соціальному та економічному благополуччю нації.

Систематичне підвищення кваліфікації медичних працівників відіграє критичну роль у зменшенні медичних помилок, що безпосередньо впливає на

економічні аспекти охорони здоров'я. Зменшення інцидентів пов'язаних з медичними помилками не тільки сприяє покращенню якості пацієнтського догляду, але й призводить до значних економій коштів, які інакше були б витрачені на судові позови, компенсації та додаткові медичні втручання для корекції наслідків помилок [61; 62].

Наприклад, висока кваліфікація медичних працівників в області правильного дозування лікарських засобів може знизити ризик лікарських помилок, що є однією з найпоширеніших причин медичних ускладнень та госпіталізацій. Зниження частоти таких помилок не тільки зберігає здоров'я пацієнтів, але й убезпечує медичні установи від фінансових втрат пов'язаних із лікуванням ускладнень та юридичними наслідками помилкових дій.

Крім того, психологічні тренінги та семінари допомагають медичним працівникам адекватно реагувати на складні медичні випадки, що також знижує ймовірність помилок у критичних ситуаціях. Отже, інвестиції у підвищення професійної підготовки медичних працівників є вкрай економічно вигідними, забезпечуючи зниження витрат на непередбачені медичні втручання, які необхідні для виправлення помилок.

Оптимізація використання медичних ресурсів є важливим аспектом, що сприяє підвищенню ефективності медичної допомоги та зниженню витрат у системі охорони здоров'я. Кваліфіковані медичні працівники грають ключову роль у цьому процесі, оскільки їхня висока професійна підготовка та досвід дозволяють їм ефективніше використовувати доступне медичне обладнання та матеріали. Завдяки глибоким знанням та вмінням вони здатні забезпечити не тільки високу якість медичного обслуговування, але й зниження непотрібних витрат на медичне забезпечення, яке може бути пов'язано з нераціональним використанням ресурсів.

Компетентність медичних працівників управляти складним медичним обладнанням, наприклад, в діагностичних процедурах, може значно знижувати частоту помилкових діагнозів та непотрібних процедур, що часто ведуть до збільшення витрат. Так, здатність правильно інтерпретувати результати

діагностики, використовуючи сучасні технології, забезпечує точність встановлення діагнозів та призначення адекватних лікувальних заходів, що в свою чергу знижує потребу в подальшому використанні додаткових медичних ресурсів.

Компетентні медичні працівники також здатні оптимально планувати медичне обслуговування, з урахуванням потреб пацієнтів і наявних ресурсів, що призводить до більш ефективного використання лікарських засобів, медичного обладнання та інших матеріалів. Відповідальне ставлення до використання ресурсів не тільки зменшує витрати, але й сприяє сталому розвитку медичних установ, що є особливо важливим в умовах обмеженого бюджету охорони здоров'я.

Стан здоров'я населення є фундаментальним чинником, що стимулює економічне зростання країни. Забезпечення ефективної медичної допомоги на рівні національної охорони здоров'я відіграє ключову роль у підтримці високої продуктивності працівників, які здатні виконувати свої обов'язки більш ефективно та з меншими витратами часу на лікарняні або медичне обслуговування.

Економічна активність прямо залежить від здоров'я працездатного населення, адже зниження захворюваності та простоїв на роботі забезпечує неперервність виробничих процесів і знижує втрати робочих годин. Наприклад, компанії, які інвестують у програми з охорони здоров'я своїх співробітників, часто спостерігають зниження відсотка тимчасової непрацездатності та зростання загальної продуктивності праці [64, с. 248]. Це, в свою чергу, веде до збільшення обсягів виробництва та покращення якості товарів і послуг.

Також, широкий доступ до якісної медичної допомоги дозволяє працівникам підтримувати своє здоров'я на оптимальному рівні, що мінімізує ризик розвитку хронічних захворювань, які можуть суттєво обмежити їхню працездатність та внести збитки економіці через збільшені медичні витрати та зниження рівня життєздатності робочої сили.

Отже, інвестиції в охорону здоров'я нації можуть бути розглянуті як стратегічне вкладення у стимулювання економічного зростання, оскільки здорова

робоча сила є основою стійкості та конкурентоспроможності національної економіки.

Крім того, у забезпеченні високої якості медичних послуг, що сприяє зміцненню здоров'я нації та економічному зростанню важливе місце займає законодавча підтримка підвищення кваліфікації та атестація медичних працівників. В Україні існує чинне законодавство, що встановлює вимоги до постійного професійного розвитку медичних працівників.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [65] вимагає, щоб медичні працівники регулярно проходили атестацію та підвищували свою кваліфікацію через спеціалізовані курси та іспити, щоб відповідати сучасним стандартам медичного обслуговування. Окрім цього, Закон України «Про вищу освіту» забезпечує регулятивну базу для постійного навчання медичних працівників, підкреслюючи необхідність неперервної професійної освіти у відповідності до змін у медичній науці та практиці.

Узгодження вимог до кваліфікації медичних працівників з міжнародними стандартами має значущий соціально-економічний вплив на систему охорони здоров'я України. Адаптація національних стандартів підвищення кваліфікації та атестації до міжнародних вимог є ключовим чинником, що забезпечує високий рівень медичних послуг, сприяє розширенню професійних можливостей для українських медиків та їх інтеграції в глобальні медичні спільноти. Це також відкриває шляхи для міжнародного обміну досвідом, знаннями та передовими практиками у сфері охорони здоров'я.

Відповідність до міжнародних стандартів, таких як визначені Всесвітньою організацією здоров'я (ВООЗ) та Європейським союзом (ЄС), сприяє не тільки підвищенню якості лікування, але й покращує репутацію України на міжнародній арені як країни з розвиненою медичною індустрією. Це збільшує інвестиційну привабливість української медичної галузі та відкриває нові перспективи для міжнародного співробітництва та спільних наукових досліджень у сфері медицини.

Отже, узгодження вимог до кваліфікації з міжнародними стандартами має комплексний вплив на зміцнення соціально-економічної стабільності, розвитку національної охорони здоров'я та збільшення глобальної інтеграції України в світову медичну спільноту.

На основі проведеного аналізу систематизуємо отримані результати про соціальне та економічне значення підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників (таблиця 1.1)

Таблиця 1.1 Вплив підвищення кваліфікації та атестації на охорону здоров'я: соціальні та економічні аспекти [8; 9; 107]

Аспекти	Соціальне значення	Економічне значення
Підвищення кваліфікації	Покращення якості медичних послуг, що впливає на здоров'я нації. Сприяння безперервному професійному розвитку медичних працівників.	Зниження витрат на охорону здоров'я через ефективнішу діагностику та лікування. Зменшення втрат робочих годин через медичні помилки.
Атестація	Зміцнення довіри пацієнтів до медичних установ через підтвердження компетентності медичних працівників. Підтримання високих стандартів медичної практики.	Підтримка стандартів, що знижують юридичні ризики та фінансові втрати від помилок у лікуванні. Підвищення ефективності використання медичних ресурсів.

Підвищення кваліфікації та атестація медичних працівників є вирішальними факторами у підтримці стандартів якості в сфері охорони здоров'я, що значно впливає на соціальне благополуччя та економічну стабільність країни. Ці процеси не тільки підвищують рівень професіоналізму медичних працівників, але й забезпечують відповідність надання медичних послуг міжнародним стандартам, сприяючи покращенню глобальної інтеграції медичної спільноти України.

Крім того, систематичне оновлення знань і вдосконалення навичок медичних працівників сприяють зменшенню медичних помилок та забезпечують більш високу якість пацієнтського догляду, що веде до зростання довіри з боку

пацієнтів до медичних установ. Відповідно, це призводить до зниження суспільних витрат на охорону здоров'я, забезпечуючи більш ефективне використання ресурсів та зменшення економічного навантаження на систему охорони здоров'я.

Враховуючи швидкий розвиток медичних технологій та зміни у світових медичних практиках, неперервне професійне навчання та атестація стають необхідністю для забезпечення актуальності медичних знань та вмінь, що є критично важливим для забезпечення якості медичного обслуговування на відповідному рівні.

Таким чином, інвестиції у підвищення кваліфікації та проведення атестацій медичних працівників є стратегічно важливими для забезпечення сталого розвитку охорони здоров'я, соціального благополуччя населення та економічного прогресу країни.

Висновки до розділу 1.

На основі вивчення теоретико-правових проблем підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників сформовані наступні висновки:

1. У контексті теоретико-методологічних підходів до управління якістю медичної допомоги в Україні, основна увага приділяється розробці та імплементації національних стандартів та процедур, які відповідають міжнародним вимогам та реаліям сучасної медичної практики. Зусилля в даній галузі фокусуються на створенні ефективної системи оцінки, яка забезпечує високий рівень задоволеності пацієнтів і базується на доказовій медицині. Важливість даного підходу підкріплюється тим, що якість медичних послуг безпосередньо впливає на здоров'я нації, тому підвищення ефективності медичної допомоги є критичним аспектом національної безпеки та розвитку.

Національні стратегії, розроблені у відповідь на глобальні виклики та на основі власного досвіду, враховують не тільки медичні, але й економічні, соціальні та етичні аспекти охорони здоров'я. Вони вимагають активної участі держави в регулюванні і контролі якості медичних послуг, що реалізується через ліцензування, акредитацію та безперервну освіту медичних працівників. Такий

підхід дозволяє не тільки стандартизувати медичне обслуговування, але й гарантує його безперервне вдосконалення.

Управління якістю в медичній галузі України реалізується також за допомогою внутрішніх механізмів, таких як самооцінка медичних установ та їх сертифікація, що забезпечує відповідність послуг встановленим критеріям і нормам. Ці заходи, у поєднанні з міжнародними практиками, формують систему управління якістю, яка відповідає сучасним викликам та потребам населення, забезпечуючи гнучке та ефективне реагування на зміни в сфері охорони здоров'я.

2. В Україні процес атестації медичних працівників відбувається в контексті широкої нормативно-правової бази, яка зазнала значних змін у період 2021-2023 років, зокрема відповідно до таких ключових документів, як Закон України «Про професійний розвиток працівників» та різні постанови та накази Міністерства охорони здоров'я. Законодавство акцентує на важливості справедливих умов праці, рівних можливостей для кар'єрного росту, і виключення дискримінації, не пов'язаної з професійною діяльністю працівника. Ці зміни покликані адаптувати процес атестації до сучасних вимог та забезпечити якість медичних послуг на належному рівні.

Нормативно-правове регулювання встановлює обов'язковість проходження підвищення кваліфікації кожні п'ять років, а також розроблення особистих освітніх портфоліо, які включають докази безперервного професійного розвитку. Особливо важливими стали зміни, внесені під час воєнного стану, які дозволяють забезпечити гнучкість та неперервність медичного обслуговування, надаючи медичним працівникам можливість адаптуватися до змінених умов роботи.

Враховуючи зміст і дух нормативних актів, очікується, що реформи в атестації сприятимуть підвищенню професіоналізму медичних працівників та зміцненню загальної системи охорони здоров'я в країні, а також відображають міжнародні зобов'язання України у сфері трудових прав та професійного розвитку.

3. Підвищення кваліфікації та атестація медичних працівників відіграють вирішальну роль у підтриманні високих стандартів медичного обслуговування,

що є критично важливим у контексті швидких змін у медичних технологіях та вимогах до охорони здоров'я. Ці процеси сприяють не лише покращенню фахових знань і навичок, але й мають вагомий соціально-економічний вплив. Вони забезпечують підвищення якості медичних послуг, зниження витрат на охорону здоров'я та підвищення продуктивності медичних установ.

Підвищення кваліфікації як систематичний процес охоплює неперервний розвиток та участь у професійних тренінгах і конференціях, що дозволяє медичним працівникам адаптуватися до постійних змін у медичній практиці та оволодівати новітніми медичними стандартами і інноваціями. З іншого боку, атестація як контрольний механізм гарантує, що медичні працівники володіють необхідними компетенціями для виконання своїх обов'язків на належному рівні, включаючи ретельний аналіз медичних процедур та здатність приймати обґрунтовані клінічні рішення.

Систематичне оновлення знань та компетенцій, а також регулярна атестація, є основою для забезпечення високої якості обслуговування, задоволення зростаючих потреб пацієнтів та удосконалення медичних послуг на основі світових практик. Вони також відіграють ключову роль у підтримці професійних стандартів та у зміцненні довіри пацієнтів до медичних установ.

Загалом, підвищення кваліфікації та атестація медичних працівників не тільки підвищують фахові стандарти, але й сприяють забезпеченню безпеки та якості медичного обслуговування, що є невід'ємною частиною ефективної системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2. АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Поняття, структура та функції лікарського самоврядування в Україні

Проблематика самоврядування лікарів відіграє значну роль у сфері публічного управління України та належить до актуальних напрямків вдосконалення медичної практики. Громадські об'єднання, засновані на професійній спрямованості, займають стратегічну позицію у системі публічного адміністрування різних країн, виконуючи роль регуляторів професійної діяльності, незалежно від державних чи місцевих органів влади.

Організації самоврядування здійснюють важливі функції, які можуть варіюватися в залежності від країни, але зазвичай включають наступне: формування умов для доступу до медичної професії; реєстрація, нагляд та організація лікарів; регулювання та сертифікація професійної підготовки; визначення змісту неперервної медичної освіти (СМЕ); контроль якості медичних послуг; моніторинг дотримання наукових стандартів; розроблення професійних етичних норм; а також арбітраж у спорах між пацієнтом та лікарем та захист професійних інтересів медичної спільноти [68, с. 35].

В контексті моделювання лікарського самоврядування, береться до уваги структура національної системи охорони здоров'я та наявні ресурси, що забезпечує адекватну реалізацію намічених завдань. Крім того, зазначені організації беруть на себе відповідальність за збереження та відстоювання інтересів пацієнтів, що є основоположним елементом їх місії і діяльності [121].

На відміну від зарубіжних держав, українське законодавство не має спеціалізованих правових актів, що врегульовують повноваження та відповідальність професійних громадських об'єднань лікарів. У міжнародному контексті самоврядування професійних спільнот трактується як прояв активного

громадянства та істотний елемент демократичних політичних систем, базований на принципах відповідальності.

Самоврядування передбачає делегування державою певних завдань і сфер відповідальності, що мають суспільний інтерес, індивідуумам або організованим групам професіоналів. Даний процес можна розглядати як угоду між суспільством та професійною групою, за умовами якої суспільство надає професії певний рівень автономії в професійній діяльності і захист від некваліфікованої конкуренції в обмін на забезпечення ефективного саморегулювання, професійної компетентності та високих стандартів доброчесності. Основна мета самоврядування полягає в досягненні балансу між інтересами професії та її зобов'язанням сприяти загальному благу населення, що вимагає від професіоналів свідомого прийняття відповідальності за власне регулювання. У рамках медичної професії це передбачає прийняття на себе обов'язків щодо нормативного регулювання та здійснення контролю за якістю наданих медичних послуг [121].

Аналіз правових документів України, які регламентують діяльність громадянського суспільства, зокрема, не виявляє чітких вказівок щодо повноважень самоврядних організацій та механізмів передачі їм функцій державних органів влади у певних сферах. Указ Президента «Про Національну стратегію сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні на 2021–2026 роки» № 487/2021 від 7 вересня 2021 року (документ 487/2021) стосується розвитку громадянської самоврядності у контексті підтримки державою і місцевим самоврядуванням розвитку громадських організацій [88]. Проте, даний документ не містить специфікацій стосовно самоврядності професійних громадських організацій лікарів, що свідчить про відсутність врегульованості цього аспекту в рамках зазначеної національної стратегії.

У правовій системі України, застосування поняття «самоврядність» є фундаментальним як у контексті місцевого управління, так і в структурах громадянського суспільства. Згідно з останніми амендментами до Закону України "Про місцеве самоврядування", внесеними 3 серпня 2022 року, самоврядні повноваження місцевих рад зокрема включають виконання специфічних функцій,

які притаманні виключно виконавчим органам сільських, селищних та міських рад [90]. Визначені повноваження дозволяють місцевим органам самостійно управляти специфічними аспектами місцевої політики та адміністрування, що сприяє більшій ефективності відповідно до місцевих потреб і умов.

Крім того, у Законі України "Про громадські об'єднання", оновленому 12 червня 2022 року, самоврядність розглядається як право членів громадського об'єднання на самостійне управління своєю організацією, що охоплює визначення стратегічних напрямків діяльності та управління внутрішніми ресурсами без втручання державних органів влади [73]. Це у свою чергу, вказує на нормативне забезпечення самостійності і незалежності громадських організацій у відносинах з державними інституціями, забезпечуючи їм можливість розвитку відповідно до власних цілей і потреб.

Зарубіжні вчені С. Р. Крюесс та Р. Л. Крюесс розглядають медичне професійне самоврядування як значний виклик сучасності, який включає неформальну угоду між медичною галуззю та суспільством, що передбачає спільні права та обов'язки та є частиною суспільного договору. Попри те, що деякі аспекти цієї неписаної угоди зазнали змін протягом часу, її основні принципи залишились незмінними з середини XIX століття, коли зароджувались сучасні професії та виникло законодавство про ліцензування [128]. Р. Колліер наголошує, що саморегуляція є ключовим принципом усіх професій, і лише декілька з них цінують цей принцип настільки, наскільки медицина. Але, в умовах сучасності стає все складніше забезпечити лікарям повний контроль над власною діяльністю [127].

Лікарське самоврядування представляє собою особливу форму професійного саморегулювання у сфері охорони здоров'я, яка реалізується на підставі гарантованого державою права лікарів на самостійне рішення питань, пов'язаних з їхньою професійною діяльністю. Таке право втілюється через створення лікарських самоврядних організацій, які діють у відповідності з законодавством і здійснюють ключові регуляторні функції, включаючи сертифікацію освітніх програм, ведення реєстру лікарів, регулювання права на

професійну практику та забезпечення безперервного професійного розвитку [42, с 26].

На основі аналізу вітчизняних та наукових джерел [124; 126; 133; 134] було сформовано наукові підходи до визначення поняття «лікарського самоврядування» варіюються в залежності від дисциплін і перспектив:

1. В межах юридичного підходу визначення цього поняття охоплює аналіз правових норм, які регулюють діяльність медичних працівників, включаючи аспекти ліцензування та сертифікації професій. Даний аспект дослідження акцентується в роботах Е.Н. Morreim, який зосереджує увагу на юридичних аспектах медичного самоврядування, вказуючи на важливість збалансування економічних та етичних сторін медичної професії в контексті сучасних викликів. Аналіз дозволив виявити, що юридичний підхід відіграє ключову роль у формуванні нормативної бази для медичного самоврядування, що є основою для розробки та імплементації політик з підвищення якості медичної допомоги та забезпечення етичних стандартів у медичній практиці. Юридичний аналіз, тим самим, стає фундаментом для розуміння меж професійної автономії лікарів, їхніх прав та обов'язків у системі охорони здоров'я, виокремлюючи юридичне поле для діяльності професійних медичних асоціацій.

2. Соціологічний підхід до визначення "лікарського самоврядування" дозволяє глибше зрозуміти соціальний контекст, в якому функціонують медичні професії. Він акцентує увагу на значущості медичних професійних асоціацій у формуванні стандартів практики та соціальних норм, які визначають інтеракцію між медициною та суспільством. Е. Фрідсон у своїй книзі "Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge" (2001) аналізує, як професійні асоціації впливають на процеси визначення та підтримки стандартів професійної практики. Він стверджує, що професіоналізм слід розглядати як третю логіку у соціальній організації знання, яка відрізняється від ринкових або бюрократичних підходів. Професійні асоціації, таким чином, слугують як вартові етичних стандартів та професійної компетентності, водночас модулюючи вплив державних регуляцій і ринкових умов на медичну практику. Даний підхід також підкреслює значення

колективної ідентичності та взаємної підтримки серед членів професії, сприяючи створенню сильних професійних мереж, які можуть ефективно впливати на політику охорони здоров'я та соціальні перетворення. Так, згідно з Е. Фрідсоном, професійне самоврядування виступає не просто як засіб регулювання технічних аспектів медичної діяльності, але й як ключовий елемент у формуванні морального контексту, в якому ця діяльність здійснюється, сприяючи вихованню відповідальності та етичної поведінки серед медичних працівників.

3. Організаційний підхід до вивчення "лікарського самоврядування" концентрується на внутрішніх управлінських структурах та процесах медичних організацій, що дозволяє аналізувати, як внутрішня динаміка медичних установ впливає на професійну діяльність та взаємодію між лікарями та іншими учасниками медичного процесу. У своєму дослідженні "Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work", Фредерік В. Гафферті та Девід В. Лайт (1995) детально описують, як зміни в управлінських парадигмах медичних організацій впливають на повсякденну практику лікарів. Автори вказують на тенденції централізації управління, зростання ролі корпоративних методик у медицині, а також на інтенсифікацію використання технологій, що разом формують нові виклики та можливості для професійного самоврядування [134]. Дослідження підкреслює, що сучасні медичні практики вимагають від лікарів не тільки високої кваліфікації у своїй спеціалізації, але й глибокого розуміння управлінських процесів, що пов'язано з необхідністю ефективно взаємодіяти з різними аспектами медичної діяльності, від керування пацієнтськими даними до відповідальності за бюджет і логістику медичних установ. Організаційний підхід також відкриває дискусію щодо потенціалу саморегуляції у медицині, де професійні організації можуть виконувати критичну роль у формуванні управлінських стандартів, які б сприяли підвищенню якості медичного обслуговування. Так, впровадження принципів професійного самоврядування в управління медичними організаціями може забезпечити більшу автономію лікарям у прийнятті рішень, що сприяє ефективності лікування та задоволенню потреб пацієнтів.

Етичний підхід у вивченні лікарського самоврядування зосереджується на розгляді моральних аспектів, які впливають на професійну діяльність лікарів та їхні управлінські структури та акцентує на важливості етичних принципів, які є керівними для медичних організацій при прийнятті рішень, що впливають на практику, політику, і навіть на законодавчі рамки в медицині. У книзі "Medical Ethics" (2009), Т. Бошамп та Джеймс Чайлдрес розглядають чотири основні біоетичні принципи: автономія, нешкодіння, благо та справедливість, які визначають фундаментальні моральні орієнтири для лікарського самоврядування, які допомагають у формуванні етичних рамок для професійної практики та відносин з пацієнтами, колегами та суспільством загалом. Принцип автономії підкреслює важливість поваги до індивідуальних прав та свобод особистості, як в контексті лікарської практики, так і в управлінських рішеннях, які впливають на можливості професіоналів у медицині. Принцип нешкодіння зобов'язує лікарів уникати шкідливих втручань, навіть якщо це може обмежити деякі терапевтичні можливості. Принцип блага спонукає медичних професіоналів діяти на користь пацієнта, а також сприяти загальному благополуччю суспільства, використовуючи свої знання та навички. А також, принцип справедливості вимагає рівного і справедливого розподілу медичних ресурсів та послуг, а також забезпечення справедливості в лікарських і управлінських практиках. Визначені вченими етичні засади є невід'ємною частиною професійного самоврядування в медицині, оскільки вони допомагають вирішувати конфлікти, формувати політики та підтримувати моральні стандарти практики на високому рівні. Окреслені засади не тільки структурують поведінку медичних працівників, але й вносять ясність у їхні професійні обов'язки та права. Таким чином, вони служать як фундамент для етичних рішень у складних ситуаціях, забезпечуючи дотримання високих моральних стандартів. Впровадження цих принципів у щоденну медичну практику та управління медичними організаціями сприяє створенню довірчих відносин з пацієнтами та підвищує якість охорони здоров'я. Це, у свою чергу, формує здорові та прозорі медичні практики, які підтримуються на всіх рівнях організаційної структури.

Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації вказує на критичну важливість автономії професіоналів у сфері охорони здоров'я, таких як лікарі, медсестри та фармацевти, як засіб ефективного захисту прав пацієнтів. Забезпечення автономії медичних працівників не лише сприяє їх здатності приймати рішення на основі професійних стандартів і етичних принципів, але й підвищує загальну ефективність медичної системи. Така політика допомагає підтримувати баланс між професійною свободою та відповідальністю, що є ключовим для здорової взаємодії з пацієнтами та забезпечення їхніх прав [118]. Незалежність і професійна свобода лікарів не тільки важливі для особистого розвитку кожного медичного фахівця, але й є критично необхідними для забезпечення високої якості медичних послуг, які мають величезне значення для загального добробуту нації.

На сучасному етапі в Україні формально не реалізовано систему лікарського самоврядування, характерну для багатьох європейських країн, де лікарські спільноти мають значні регуляторні повноваження та вплив. Втім, в країні існує широка мережа професійних медичних асоціацій, які об'єднують лікарів за спеціалізаціями. До таких організацій належать Всеукраїнське лікарське товариство, Асоціація медичних сестер України, Асоціація неврологів України, Асоціація неонатологів України, Асоціація педіатрів України, Асоціація працівників швидкої невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф, Асоціація «Серцево-судинних хірургів України», Асоціація бариатричної хірургії, Асоціація радіологів України, Асоціація торакальних хірургів України, Асоціація дитячих оториноларингологів України, Асоціація превентивної та антиеїджинг медицини та інші [119].

Вище зазначені асоціації, хоч і сприяють професійному розвитку та об'єднанню фахівців за спеціальностями, однак не володіють юридичними інструментами та важелями, які мають аналоги в країнах Європейського Союзу. Їхня діяльність, як правило, зосереджена на вирішенні специфічних питань в рамках окремих спеціалізацій, а не на адресації загальних проблем медичної спільноти. Така розпорошеність і відсутність координації може зменшувати

ефективність їх впливу на політику охорони здоров'я та професійні стандарти на національному рівні.

Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ) представляє собою найбільш численну та історично значущу організацію в медичній сфері України, яка агрегує професіонали з усіх регіонів країни [3, с. 19]. ВУЛТ позиціонує себе як спадкоємець Українського (Руського) Лікарського Товариства у Львові, заснованого у 1910 році, та Всеукраїнської Спілки Лікарів, яка була заснована у Києві у 1917 році.

Основною метою діяльності ВУЛТ є сприяння зміцненню здоров'я українського народу, розвиток національної медичної науки, участь у вирішенні медичних проблем, підтримка професійного зростання медичних працівників та їхнього правового та соціального захисту, а також задоволення законних соціальних, економічних, творчих інтересів членів товариства.

Основні завдання ВУЛТ включають сприяння моральному, культурному та національному відродженню української медицини, піднесення статусу та авторитету професії лікаря, забезпечення високого рівня медичної допомоги населенню, підвищення професійного рівня лікарів через кваліфікацію та практичну майстерність, розвиток медичної освіти, формування пріоритетних напрямів медичної науки, участь у наукових дослідженнях актуальних проблем медицини та охорони здоров'я, та захист інтересів членів товариства в органах державної влади та управління, забезпечення юридичного захисту їхніх громадянських, професійних та економічних прав.

Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ) активно працює над реалізацією ініціативи лікарського самоврядування, розвитком професійної автономії та відповідальності лікарів в Україні, що набуває особливої актуальності в контексті поточного комплексного реформування системи охорони здоров'я в країні, і визнання лікарського самоврядування на законодавчому рівні може стати реальністю в найближчому майбутньому.

Проте, процес імплементації лікарського самоврядування ускладнений відсутністю відповідної нормативно-правової бази. Верховна Рада України

періодично розглядає законопроекти, які мають на меті врегулювати процедуру лікарського самоврядування. Зокрема, згадуються проекти: «Про лікарське самоврядування» № 8250 від 24 жовтня 2018 року, «Про самоврядування медичних професій в Україні» від 14 листопада 2019 року № 2445, а також кілька проектів від 26 листопада 2019 року – № 2445-1, № 2445-2, які охоплюють ширші аспекти професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я [42]. Кожен з цих законопроектів містить певні недоліки, які потребують детального доопрацювання.

Крім того, важливо зазначити, що сьогодні в Україні відсутній єдиний нормативно-правовий документ, який би окреслював правовий статус та визначав роль організацій лікарського самоврядування у публічній політиці сфери охорони здоров'я. На основі аналізу вітчизняних та наукових джерел можна констатувати, що важливість та терміновість розробки комплексної нормативно-правової бази стає особливо актуальною, що дозволить забезпечити ефективне функціонування лікарського самоврядування, що в свою чергу захистить професійні, соціальні та економічні інтереси медичних працівників. Водночас, такий підхід сприятиме створенню правового підґрунтя для системи соціальних гарантій для пацієнтів і лікарів, що є невід'ємною частиною сучасних медичних систем.

Одним з прикладів, який демонструє важливість згаданої взаємодії між ключовими акторами системи охорони здоров'я, є Національна служба охорони здоров'я Великобританії (NHS). К. Гем акцентує на тому, що заснування NHS ґрунтувалося на неписаному договорі між урядом, медичними працівниками та громадянами, що забезпечило високий рівень взаємної довіри та відповідальності.

Проте, виявлено кілька напрямків, що потребують реформування: потрібно визнати законність зростаючих суспільних вимог і забезпечити можливість для NHS відповідати цим вимогам шляхом систематичного збільшення ресурсів; залучення пацієнтів до відповідальності за результати лікування, зокрема дотримання медичних приписів; саморегуляція медичної діяльності має бути посилена і доповнена за допомогою нових форм аудиту та перевірки, таких як Комісія з покращення здоров'я та Національний орган клінічної оцінки; також

необхідно забезпечити ресурси для покращення умов праці лікарів, включаючи адміністративну підтримку, можливості для кар'єрного росту і визнання професійного внеску, як через зарплату, так і за допомогою інших стимулів [135].

Г. Баучнер, Ф. Б. Фонтанароса та Е. А. Томпсон підкреслюють, що реформи в системі охорони здоров'я можуть суттєво вплинути на встановлені структури управління та механізми саморегулювання у медичній професії. Такі зміни вимагають переосмислення ролей різних керівних та професійних органів, які відповідають за освіту, ліцензування, сертифікацію, пересертифікацію та зайнятість у медичній сфері, з метою підтримання професіоналізму лікарів [125].

А. Яцек К. Ожог аргументує, що існує тісний зв'язок між самоврядуванням лікарів та їх професійною відповідальністю. Професійна відповідальність розглядається як юридичний та моральний обов'язок лікарів відповідати за професійні прорахунки, бездіяльність та відсутність прогресу у своїй діяльності. Вона слугує одним з ключових інструментів забезпечення високої якості медичних послуг, при цьому медичні працівники відповідають перед спеціально уповноваженими органами професійного самоврядування, що контролюються законодавством [136].

Е. Р. Глен наголошує на тому, що урядові органи володіють значним арсеналом інструментів для впливу на взаємодію між громадськістю та професіоналами в рамках регулювання їхньої діяльності. Одним з основних методів, який уряд застосовує для контролю професій, є механізм професійного саморегулювання. Така модель регулювання дозволяє уряду здійснювати певний контроль над практикою професій та послугами, які надають їхні представники. Саморегулювання виходить з принципу укладення договору між професійною групою та урядом, де професійна спільнота отримує офіційні повноваження регулювати діяльність своїх членів. Це регулювання здійснюється на основі законодавства, яке окреслює рамки для нормативного контролю професії та визначає межі правових повноважень, делегованих професійним органам у межах різних моделей регулювання [134].

Ел. Кульманн та Джу. Олсоп зауважують, що у різних державах відбувається трансформація управління медичними професіями, що стає ключовим елементом сучасної політики в галузі охорони здоров'я. Загальноприйнята тенденція виявляється у зміщенні акцентів до партнерських та мережових моделей управління, інтеграції маркетингових підходів та посилення управлінського контролю. Попри збереження ієрархічних форм управління на державному рівні, зростає роль ринкових механізмів, мережевого управління через партнерство та стратегії співпраці, а також активніше залучення громадян як відповідальних учасників самоврядування. У контексті політики охорони здоров'я професійне саморегулювання виступає як ключова сфера, здатна виступати як «буфер» проти соціальних конфліктів, виконуючи роль посередницького інституту, що служить інтересам державної влади. Ці механізми спонукають до переосмислення професійних відносин, становища медичних працівників та взаємодій зацікавлених сторін у галузі охорони здоров'я, формуючи «оперативну політику», де «способи проведення політики» залежать від саморегулятивних можливостей професії та державних делегацій регулювання інституційним акторам [137].

На даний час, поняття лікарського самоврядування в Україні базується на принципі саморегулювання професійних спільнот, що включає укладення договору між професійною групою та державою. Такий договір наділяє уряд законодавчими повноваженнями для регуляції професійної діяльності, визначаючи рамки та обсяги делегованих юридичних повноважень, які можуть бути застосовані професійною групою для внутрішнього контролю.

Стаття 4 законопроекту «Про лікарське самоврядування» [84], висвітлює ключові принципи, що формують основу медичної діяльності в Україні. На першому місці стоїть пріоритет інтересів пацієнта, який передбачає надання лікарем діагностичних та лікувальних послуг відповідно до визнаних медичних стандартів, ігноруючи зовнішні впливи. Важливим є також право медичного працівника на відмову від роботи у неприйнятних умовах з належною корпоративною підтримкою цього вибору.

Законопроект також акцентує увагу на корпоративній етичності та дисципліні, що уможливорює застосування дисциплінарних стягнень за професійні порушення. В контексті корпоративної відповідальності передбачена можливість припинення повноважень посадових осіб за невиконання або неналежне виконання обов'язків. Принцип рівноправності забезпечує рівні можливості для всіх членів самоврядування в процесах виборів та отримання підтримки згідно з повноваженнями.

Значне місце займає міжнародне співробітництво, що дозволяє представляти інтереси українських лікарів в міжнародних організаціях та вимагає дотримання зобов'язань, узятих у міжнародному масштабі. Незалежність та самостійність в юридичних, організаційних та фінансових аспектах є фундаментальними для забезпечення автономії лікарського самоврядування в межах законодавчо встановлених рамок.

Відповідно до ст. 5 цього законопроекту визначено ключові принципи, на яких має базуватися цей процес в Україні, підкреслюючи його законодавчі та соціальні основи.

На початку встановлюється принцип законності, який зобов'язує всю діяльність ОСВЛ відповідати Конституції та законам України, забезпечуючи правову основу для рішень та дій організації. Соціальна відповідальність вимагає врахування суспільних інтересів у діяльності ОСВЛ, підкреслюючи її зобов'язання перед громадськістю.

Принцип прозорості та публічності передбачає забезпечення доступу до інформації про діяльність ОСВЛ, крім тієї, що підпадає під лікарську таємницю або є конфіденційною. Підзвітність включає обов'язок керівництва звітувати перед членами ОСВЛ та широкою громадськістю, а також врахування їх думок у процесах прийняття рішень.

Наступництво зосереджується на збереженні досвіду та успіхів попередників, гарантуючи послідовність у прийнятті рішень і оновленні керівництва. Об'єктивність ставить за мету регулювання діяльності лікарів та формування пропозицій у сфері державної політики з охорони здоров'я на основі

достовірних даних та контрольованих показників, спрямованих на оптимальні результати в галузі.

Структура саморегулювання може включати ліцензування, сертифікацію або реєстрацію, що забезпечує різні рівні контролю та відповідальності. Зокрема, ліцензування виступає як механізм, що дозволяє професійній спільноті монопольно контролювати допуск до практикування професії, гарантуючи високий рівень якості послуг.

Функції лікарського самоврядування включають не тільки контроль та регуляцію професійних стандартів, а й захист прав медичних працівників, підтримку їх професійного розвитку, а також вплив на політику охорони здоров'я в цілому. Ці аспекти є важливими для забезпечення ефективності та безпеки медичного обслуговування.

Відповідно до законопроекту «Про лікарське самоврядування» визначено наступні функції лікарського самоврядування, що включають широкий спектр відповідальностей, які спрямовані на підтримку та регулювання медичної професії. Серед основних завдань виокремлюються:

1. нагляд та опіка над лікарями-інтернами та лікарями-резидентами під час проходження інтернатури та резидентури;
2. надання, призупинення та припинення прав на здійснення лікарської практики, включаючи ведення реєстру ліцензованих лікарів;
3. реєстрація та контроль за безперервним професійним розвитком лікарів;
4. сертифікація освітніх програм для безперервного професійного розвитку;
5. внесення вкладу у розвиток національної системи охорони здоров'я та ініціація реформ на основі аналізу даних та передового досвіду;
6. участь у формуванні кадрової політики в галузі охорони здоров'я, визначення потреб у медичних кадрах та управління якістю додипломної освіти;
7. забезпечення можливостей для реалізації права лікарів на безперервний професійний розвиток;

8. інформаційна підтримка лікарів щодо можливостей працевлаштування;
9. захист прав лікарів на незалежність в практиці та професійну честь;
10. участь у розробці та впровадженні медичних стандартів та протоколів, а також контроль за їхнім дотриманням;
11. організація страхування професійної відповідальності лікарів;
12. догляд за лікарями, які досягли пенсійного віку або втратили працездатність;
13. представництво інтересів лікарської спільноти на національному та міжнародному рівнях. Деталізовано визначено механізми формування та діяльності органів лікарського самоврядування, включно з принципами демократичності та незалежності, що забезпечують врахування інтересів різноманітних фахових груп, зокрема через діяльність спеціалізованих лікарських палат та їх об'єднаного органу – професійної лікарської ради.

Ухвалення запропонованого законопроекту забезпечить значні перспективи для розвитку, зокрема у сферах правового захисту та соціального забезпечення професійної спільноти, що також надасть її членам ефективні інструменти впливу на процеси формування політики управління галуззю охорони здоров'я та визначення стратегічних напрямів її розвитку.

Згідно з законопроектом [85], планується створення організаційних форм лікарського самоврядування, а саме: З'їзд лікарів, Головна Лікарська Рада; Фахова Лікарська Рада, Національна палата лікарів-спеціалістів, Національна палата лікарів-стоматологів, Національна палата лікарів загальної практики, Національна палата військових лікарів, Вища комісія з лікарської етики; Вища комісія з належної лікарської практики, Національне бюро медичного арбітражу, Вища контрольна комісія, військове і регіональні відділення ОСВЛ та їх органи.

Згідно ст. 7 законопроекту «Про лікарське самоврядування» інституційний фундамент лікарського самоврядування утворює національна організація лікарів, яка наділена спеціальним статусом згідно з відповідним законодавством. Її діяльність охоплює всю територію України та здійснюється через різні форми і

структури лікарського самоврядування, що дозволяє ефективно впроваджувати професійні стандарти, контролювати якість медичних послуг і представляти інтереси медичної спільноти в політичному та соціальному контекстах.

Отже, вважаємо за необхідне представити, як буде виглядати організаційна форма лікарського самоврядування (рис. 2.1)

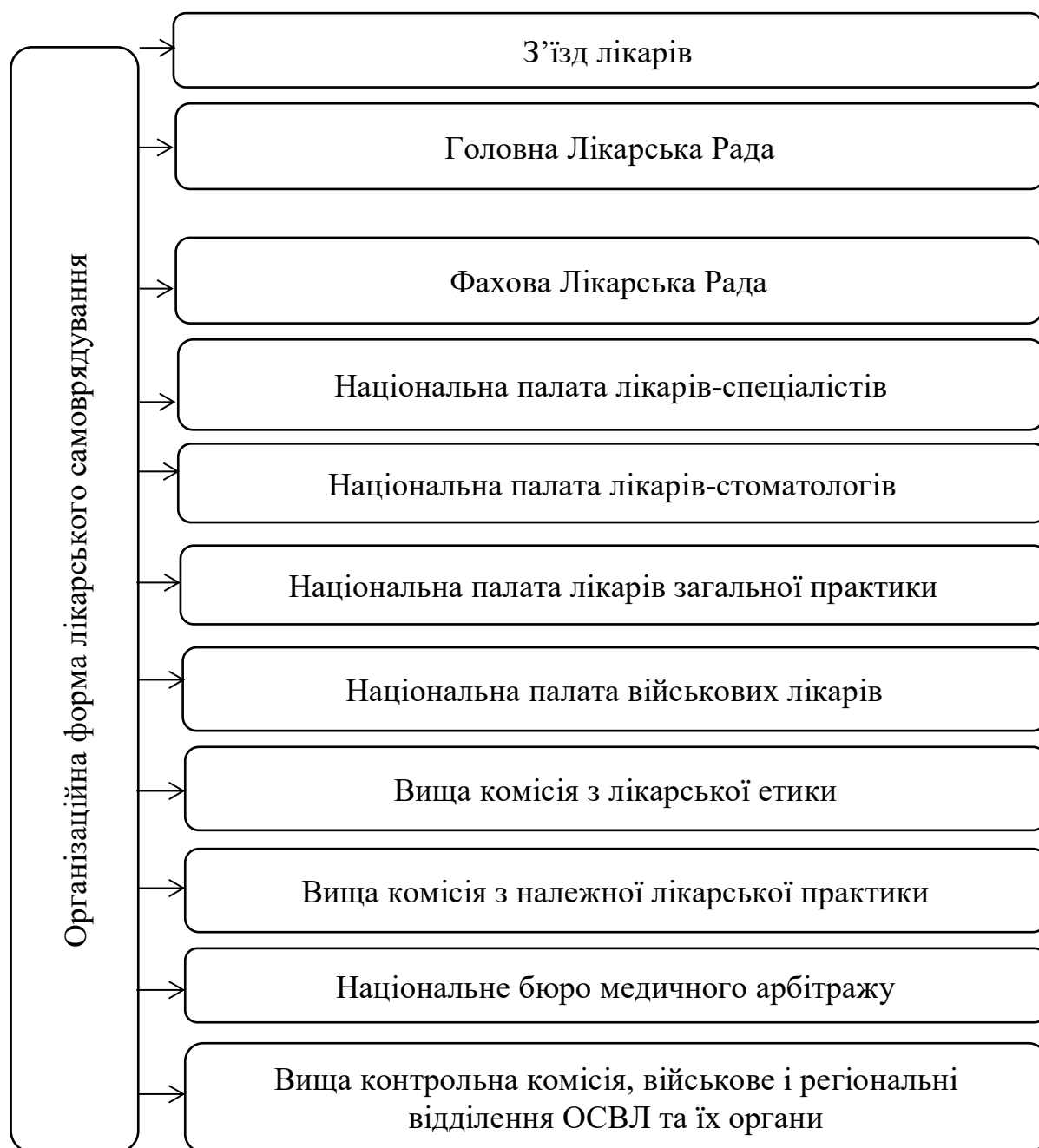


Рис. 2.1 Організаційна форма лікарського самоврядування

Розглянемо їх детально.

З'їзд лікарів визначається як верховний орган лікарського самоврядування, що має юридичну спроможність ухвалювати рішення, обов'язкові для виконання всіма членами ОСВЛ. Він зобов'язаний затверджувати важливі документи, що регулюють функціонування та відповідальність лікарської професії. З'їзд також відповідає за прийняття та оновлення Статуту ОСВЛ, Етичного кодексу лікаря України, Правил належної лікарської практики, а також за розробку та перегляд положень і регламентів, які стосуються Головної Лікарської Ради та Фахової Лікарської Ради.

Крім того, З'їзд займається затвердженням положень про національні палати лікарів, Вищу контрольну комісію, комісії з лікарської етики та належної лікарської практики, а також Національне бюро медичного арбітражу. Він також відповідає за регулювання професійної відповідальності лікарів, включаючи затвердження відповідних регламентів і процедур. У рамках своїх повноважень, З'їзд зобов'язаний регулювати питання, пов'язані з веденням реєстру лікарів, встановленням членських внесків, а також розробленням основних напрямів діяльності ОСВЛ. Важливу роль відіграють також засідання З'їзду, які проводяться щорічно, або позачергово, у випадках, передбачених законом.

Порядок прийняття рішень на З'їзді базується на принципі простої більшості голосів, окрім випадків, коли закон або статут ОСВЛ вимагає кваліфікованої більшості. Таким чином, З'їзд стає ключовим елементом у системі управління професійною діяльністю лікарів, забезпечуючи не лише регулятивну, але й стратегічну роль у розвитку медичної галузі.

Головна Лікарська Рада виступає як колегіальний виконавчий орган, який здійснює управління діяльністю ОСВЛ у міжз'їздовий період, а також організовує підготовку до чергових і позачергових з'їздів. Рада відіграє ключову роль у веденні реєстру лікарів, захисті професійних прав і інтересів лікарів, включаючи взаємодію з державними та місцевими органами влади. Вона також розглядає скарги та звернення, що стосуються рішень інших органів ОСВЛ, і вживає заходів щодо їх вирішення.

Діяльність Головної Лікарської Ради також охоплює розробку і затвердження положень про постійні та тимчасові комісії, що є виконавчими, дорадчими та допоміжними органами самоврядування. Особливу увагу рада приділяє представництву інтересів ОСВЛ у колегіях та інших дорадчих органах, що визначають державну політику в охороні здоров'я, забезпечуючи участь в акредитаційних комісіях і конкурсних торгах.

Крім того, Головна Лікарська Рада відповідальна за підготовку проекту бюджету і розпорядження майном ОСВЛ, а також за затвердження порядку сертифікації освітніх програм і заходів для неперервного професійного розвитку лікарів. Вона забезпечує функціонування друкованих органів ОСВЛ і виконує інші функції, визначені Статутом ОСВЛ або рішеннями З'їзду.

Головна Лікарська Рада обирається на чотири роки і складається з Президента, Віце-президентів, Головного секретаря, членів Президії національних палат лікарів, а також голов регіональних рад ОСВЛ. Члени ради забезпечують рівноправне представництво між різними категоріями лікарів. Порядок їх обрання, роботи і прийняття рішень строго регламентується відповідними статутними документами.

Проаналізувавши законопроект «Про лікарське самоврядування» [84] у структурі лікарського самоврядування Президент ОСВЛ займає ключову роль, будучи вищою посадовою особою, обраною на цю позицію З'їздом терміном на чотири роки. Як представник ОСВЛ та Головної Лікарської Ради, Президент відіграє центральну роль у взаємодіях з юридичними та фізичними особами як в Україні, так і за кордоном, діючи в рамках положень відповідних законодавчих та статутних актів.

Президент координує діяльність Головної Лікарської Ради та її Президії, забезпечуючи реалізацію рішень, прийнятих під час З'їздів, та сприяє розподілу обов'язків серед Віце-президентів, відповідальних за певні напрями діяльності. Президент також керує фінансовими ресурсами та іншим майном ОСВЛ, діючи згідно з політикою, визначеною Головною Лікарською Радою та затвердженого бюджету.

Віце-президенти, обрані З'їздом, виконують свої функції відповідно до розподілу завдань, покладених Президентом, та виконують обов'язки Президента в разі його відсутності. Для забезпечення представництва ключових галузей медичної практики серед Віце-президентів передбачена позиція лікаря-стоматолога, лікаря загальної практики та військового лікаря.

Головний секретар має відповідальність за організацію роботи апарату Головної Лікарської Ради, забезпечення виконання її рішень і директив Президента, та виконує інші ключові адміністративні функції відповідно до рішень Ради та затверджених положень. Така структурована система управління забезпечує ефективне керування відносинами та ресурсами в рамках лікарського самоврядування, сприяючи розвитку та впровадженню політик, що відповідають потребам медичної спільноти.

У системі лікарського самоврядування в Україні функціонують Національні палати лікарів, що включають палати лікарів-спеціалістів, стоматологів, лікарів загальної практики та військових лікарів. Ці палати слугують як основні органи, що регулюють професійні аспекти медичної діяльності, включаючи набуття спеціалізацій, стандарти освіти та підготовки лікарів, а також визначення потреб у спеціалістах за різними напрямками медицини.

Національні палати відповідають за узгодження та рекомендації стандартів, протоколів, і тестів, що впливають на дисциплінарні норми та міждисциплінарні взаємодії у медичній практиці. Вони також рекомендують кандидатів на ключові посади спеціалістів, які забезпечують формування та виконання державної політики у галузі охорони здоров'я.

Створення таких палат здійснюється за участю всеукраїнських громадських об'єднань лікарів, які делегують своїх представників, згідно з вимогами та терміном діяльності, що дозволяє розширювати та оновлювати спектр професійного покриття. Кожна з палат може формувати власні робочі органи та комісії для забезпечення своїх функцій, а керівництво діяльністю здійснює президія палати, обрана з числа її членів.

Керівництво діяльністю палат регламентується статутом ОСВЛ, який вимагає, щоб рішення на рівні палат приймалися відкритим голосуванням і підтверджувалися на вищих рівнях, таких як Головна Лікарська Рада чи З'їзд, гарантуючи відповідність рішень централізованим політикам та стратегіям. Це забезпечує злагоджену і систематизовану діяльність лікарського самоврядування на національному рівні, враховуючи специфіку та потреби різних галузей медичної практики.

Фахова Лікарська Рада, сформована з членів президій Національних палат лікарів, функціонує як важливий дорадчий та координаційний орган. Ця Рада зосереджена на розв'язанні питань, які вимагають спільного рішення і узгодження між різними палатами, забезпечуючи їх внесення на розгляд З'їзду. Засідання Ради проводяться регулярно, особливо перед з'їздами, для ефективного розгляду актуальних тем професійної діяльності лікарів, з оперативним забезпеченням від апарату Національних палат.

Разом з тим, у рамках лікарського самоврядування діють спеціалізовані комісії, такі як Вища комісія з лікарської етики та Вища комісія з належної лікарської практики, які створені для підтримки високих стандартів професійної діяльності. Вища комісія з лікарської етики, обрана З'їздом, фокусується на стратегіях дотримання Етичного кодексу лікаря, втілюючи політики, які відповідають найкращим практикам та законодавчим нормам.

Національна палата лікарів забезпечує управління та координацію діяльності різних фахових напрямків, включаючи загальну практику, стоматологію, спеціалізації та військову медицину, гарантуючи що кожна спеціальність має представництво та відповідне врахування в загальних рішеннях самоврядування. Ці комісії працюють на основі чітко визначених положень і статутів, вирішуючи специфічні питання і вносячи стратегічні рішення, які впливають на весь медичний професіоналізм на національному рівні.

Національне бюро медичного арбітражу, створене для забезпечення професійної відповідальності лікарів, складається з лікарів-арбітрів, які призначаються за допомогою демократичних процедур, проведених на З'їзді

ОСВЛ. Ці арбітри відіграють ключову роль у розв'язанні конфліктів і скарг, що виникають у професійній медичній практиці. Організація і функціонування бюро строго регулюються статутом ОСВЛ, що включає деталі процедур виборів, каденції та відповідальності його членів, в тому числі Голови та його заступників. Основна діяльність бюро полягає у керуванні регіональними бюро арбітражу, організації навчальних заходів та методичної підтримки їх учасників.

До завдань Національного бюро також входить виконання апеляційних функцій щодо рішень регіональних бюро та Вищої комісії з належної лікарської практики, що забезпечує додатковий рівень юридичної впевненості у професійному середовищі.

Паралельно, Вища контрольна комісія виконує важливі функції з контролю за фінансовою та господарською діяльністю ОСВЛ, забезпечуючи прозорість і відповідальність у використанні ресурсів. Члени цієї комісії, також обрані З'їздом, підзвітні та підконтрольні самому З'їзду, що гарантує їх незалежність і об'єктивність при виконанні покладених на них завдань. Все це сприяє створенню стійкої, ефективною та справедливою системи медичного самоврядування, яка забезпечує високий рівень довіри та професіоналізму в медичній галузі України.

Регіональні відділення Органу Самоврядування Вільних Лікарів (ОСВЛ) функціонують як основні структури медичного самоврядування на місцевому рівні, адаптуючи політику і практику до специфіки кожної адміністративно-територіальної одиниці України. Ці відділення, включаючи лікарів, які зареєстровані в єдиному реєстрі лікарів, сприяють організації медичного сервісу відповідно до потреб громади.

Крім того, існує спеціалізоване військове відділення ОСВЛ, яке займається координацією медичного обслуговування військових та працівників силових структур, забезпечуючи цільову медичну підтримку та ведення власного реєстру медичних працівників, інтегрованого в загальнодержавний медичний реєстр.

В рамках регіонального самоврядування діють різноманітні органи, включаючи регіональні конференції лікарів, які призначені для формування стратегічних напрямів розвитку медичного сервісу в регіоні, а також контрольні

комісії, які забезпечують дотримання стандартів медичної етики та практики. Ці структури підтримують високий рівень професіоналізму і відповідальності серед медичних працівників, забезпечуючи ефективне управління та адміністрування медичних послуг на регіональному рівні [58, с. 165].

Таким чином, ОСВЛ сприяє створенню структурованої та добре координованої системи охорони здоров'я, яка адаптується до місцевих умов та потреб, водночас забезпечуючи єдність і цілісність медичного сервісу на національному рівні через строгі регулятивні та контрольні механізми.

Регіональна конференція лікарів виступає як верховний орган медичного самоврядування на регіональному рівні, зібравши представників лікарської спільноти, чия професійна діяльність прив'язана до конкретних адміністративно-територіальних одиниць. Ця конференція не тільки формує делегацію з рівним представництвом стоматологів та лікарів первинної ланки, але й відіграє ключову роль у вирішенні питань політики та практики в межах регіону, забезпечуючи згідність із реєстром лікарів.

Черговість конференцій зазвичай визначена річним циклом, однак статут регіонального відділення може передбачати й інші терміни. Регламент роботи конференції, у тому числі порядок скликання та проведення, є строго нормативно врегульованими.

Позачергова конференція може бути ініційована на основі пропозицій від Головної Лікарської Ради, Ради регіонального відділення, контрольної комісії, або на вимогу значної частини членів ОСВЛ. Важливо, що для легітимності рішень конференції необхідна присутність кворуму, що складає дві третини делегатів, а у випадку його відсутності, засідання може бути відкладене з мінімальним кворумом, що складається з більшості делегатів.

Основні повноваження конференції охоплюють затвердження статуту регіонального відділення, політики і процедур, що регулюють його структуру і діяльність, включно з фінансовими зобов'язаннями та адмініструванням. Конференція також відповідальна за вибори до керівних і контрольних органів

відділення, забезпечення дотримання професійних і етичних стандартів серед своїх членів.

Усі рішення конференції ухвалюються за простою більшістю, що є вираженням демократичних принципів самоврядування лікарської спільноти. Ці засідання не тільки важливі для формування політики і стратегій розвитку медичного сервісу в регіоні, але й забезпечують відповідальність, прозорість та активну участь медичних працівників у управлінні професійними стандартами та практиками.

Крім того, ініціювання самоврядування вимагає поетапного впровадження. Спочатку до процесу будуть залучені професійні групи, котрі вже мають передумови та ресурси для таких змін, зокрема, стоматологи та фармацевти. Інші фахівці приєднуються до самоврядування після успішного формування та тестування цих двох палат.

Концепція медичного самоврядування в Україні розроблена з урахуванням міжнародного досвіду, в тому числі практик, що успішно діють у таких країнах Європейського Союзу, як Польща, Бельгія, Німеччина та Чехія, що дозволило врахувати кращі практики та адаптувати їх до українських реалій з метою оптимізації управління галуззю та підвищення якості медичних послуг.

Запровадження лікарського самоврядування в Україні може стати значним кроком у боротьбі з тіньовим обігом коштів у сфері охорони здоров'я, що сприятиме не лише зменшенню ризиків, які пов'язані з діяльністю псевдомедичних організацій та представників нетрадиційної медицини, а й забезпечить більш чіткий контроль за медичною рекламою. Лікарське самоврядування сприятиме створенню умов для надання якісної медичної допомоги, визначенню дійсної потреби в лікарях різних спеціальностей та обґрунтуванню доцільності функціонування окремих установ охорони здоров'я. Також, це може сприяти формуванню ефективної системи страхування професійної відповідальності лікарів та медичного страхування громадян, підвищуючи загальний рівень медичної безпеки та захищеності пацієнтів.

Активність громадських та самоврядних медичних організацій є одним з ключових індикаторів процесу становлення громадянського суспільства та демократизації політичної і соціальної системи держави. Ефективність роботи цих організацій прямо впливає на зміцнення громадянського суспільства, забезпечуючи підґрунтя для розбудови стійкіших та відповідальніших медичних і соціальних інституцій.

2.2 Вплив лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників, у випадку його запровадження

Реформація системи охорони здоров'я (далі - СОЗ) стала нагальною потребою, що набула особливої важливості в недавні роки внаслідок виявлених суттєвих недоліків існуючої системи, котрі спричинили значний відтік висококваліфікованих фахівців. Незадоволення з боку пацієнтів та медичних працівників підкреслює необхідність радикальних структурних трансформацій у керуванні СОЗ.

Визначальним аспектом процесу реформування та модернізації національної системи охорони здоров'я має стати перехід від традиційної командно-адміністративної моделі управління до моделі, що базується на громадсько-адміністративній участі. Згідно з передовими міжнародними стандартами, оптимальне управління в сфері охорони здоров'я досягається через залучення до процесу керівництва фахівців, які безпосередньо працюють у цій галузі.

Ключову роль у цьому процесі має відігравати професійне лікарське самоврядування, яке спрямоване на забезпечення вищої якості медичних послуг через механізми саморегуляції та самоорганізації медичної спільноти, що надасть можливість медичним працівникам не лише формулювати професійні стандарти та норми, але й активно впливати на вирішення стратегічних питань розвитку галузі.

Імплементація принципів лікарського самоврядування відіграє ключову роль у забезпеченні безперервного професійного розвитку медичних працівників відчиняє двері для систематичного оновлення професійних знань та підвищення кваліфікації відповідно до глобальних стандартів та передових медичних досліджень. Зміцнення ролі медичних працівників у самоврядувальних та саморегулятивних процесах не лише сприяє зростанню їх мотивації та професійного задоволення, але також має позитивний вплив на загальний стан системи охорони здоров'я. Враховуючи ці обставини, впровадження лікарського самоврядування стає стратегічно значущим напрямом у підвищенні ефективності керування охороною здоров'я, що сприятиме вдосконаленню медичної практики та забезпечить сталий розвиток медичних кадрів у контексті глобальних викликів [2, с. 90].

У рамках сучасних реформ системи охорони здоров'я стає критично важливим чітко розмежування та визначення базових концепцій, які стануть основою для законодавчих ініціатив. Поняття "самоврядування" у цьому контексті має ключове значення. Відповідно до Європейської хартії місцевого самоврядування, самоврядування визначається як право та здатність місцевих громад самостійно регулювати суспільні справи на благо місцевих мешканців, відповідально реагуючи на ухвалені рішення [23].

У медичній сфері концепція самоврядування еволюціонувала до форми професійного лікарського самоврядування. Відповідно до проекту закону «Про лікарське самоврядування», цей вид самоврядування означає можливість лікарів законодавчо об'єднуватися у професійні спілки, керувати медичною практикою та виконувати визначені законом функції та повноваження. Основним механізмом реалізації лікарського самоврядування виступає лікарське товариство [86].

Ця концепція набуває особливої ваги у контексті публічного права, яке регулює державні інтереси та відмінне від приватного права, що стосується індивідуальних інтересів осіб та їхніх асоціацій. У правовому аспекті професійне самоврядування спрямоване на консолідацію зусиль фахівців для взаємодії з державними структурами та суспільством.

Делегування повноважень від державних органів до професійних медичних організацій може відіграти вирішальну роль у підвищенні ефективності керівництва у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи лікарям безпосередній вплив на формування медичної політики та практик. Таке підвищення компетентності може сприяти зростанню відповідальності та залученості медичної спільноти у процесах прийняття рішень, зміцнюючи їхню професійну незалежність і гарантуючи вищу якість медичного обслуговування.

О. Мусій аналізує структуру асоціацій лікарів, які класифікуються на три основні категорії. Перша категорія охоплює спеціалізовані організації, які консолідують лікарів певних напрямків медицини, і в Україні існує більше ніж 80 таких асоціацій. Друга категорія включає асоціації, організовані за принципами управління, наприклад, асоціація головних лікарів чи асоціація стоматологів, що займаються приватною практикою. Третя категорія представлена загальними медичними організаціями, що об'єднують лікарів різних спеціалізацій, зокрема Всеукраїнське лікарське товариство [52, с. 4-5].

Національне законодавство у сфері охорони здоров'я має забезпечити умови для створення самоврядних організацій медичних працівників різних категорій, включаючи лікарів, медсестер, фармацевтів, психологів, і біологів. Самоврядування в медичній галузі передбачає самостійне управління медичною громадою на основі повноважень, які традиційно належали до сфери державного регулювання.

У контексті децентралізації управління, держава передає адміністративні функції лікарським асоціаціям на основі спеціально розроблених законів та нормативно-правових актів, спрямованих на оптимізацію управлінських процесів в охороні здоров'я.

Лікарське товариство, завдяки політичній підтримці держави, набуває можливість автономної вибірки керівництва та самостійного фінансування власної управлінської вертикалі, включно з територіальними розгалуженнями, щоб виконувати обов'язки, делеговані державою. Первинною метою лікарського

товариства є спільне управління системою охорони здоров'я в кооперації з Міністерством охорони здоров'я та департаментами регіональних адміністрацій.

Забезпечення професійної автономії медичних працівників спрямоване на гарантування свободи прийняття рішень під час медичного втручання, створення оптимальних умов для надання якісних медичних послуг та відповідальності за їх якість. Важливим є те, що професійна автономія підтримує саморегуляцію діяльності лікарів, а не зовнішнє регулювання державою. Етичні стандарти та професіоналізм мають бути основоположними в організаційних структурах, що керують діяльністю лікарів.

Таким чином, активізація лікарського самоврядування відіграє ключову роль у підвищенні функціональності національної системи охорони здоров'я в Україні, сприяючи розвитку громадянського суспільства та інтеграції медичної спільноти в глобальний контекст. Існування самоврядних медичних організацій в розвинутих країнах, як-то ЄС та США, дозволяє медичним працівникам об'єднуватися в професійні корпорації, що забезпечує їм можливість самостійно вирішувати широкий спектр професійних питань, включно з розробкою та контролем виконання галузевих стандартів.

Зусилля з формування правової бази для функціонування організацій лікарського самоврядування в Україні охоплюють етапи розробки та спроби ратифікації відповідного законодавства. Такий процес часто стикається з труднощами, пов'язаними з різноманітними об'єктивними та суб'єктивними чинниками, що призводять до невдач. Однак, 1 січня 2024 року в парламенті України було зареєстровано ключовий законопроект «Про лікарське самоврядування» (№ 10388) [86], що пропонує нові перспективи для структуризації медичної професії в країні. Законопроект передбачає, що з моменту державної реєстрації організацій самоврядування, всі сертифіковані лікарі-спеціалісти автоматично стають їх членами, що викликає дебати щодо відповідності такої положення конституційним правам на свободу об'єднань [31].

Законопроект також передбачає значні повноваження для цих організацій, зокрема, право на надання, призупинення або анулювання ліцензій лікарів, що

має потенціал суттєво впливати на професійну практику медичних працівників, що ставить під сумнів баланс між державним регулюванням і професійною автономією у сфері охорони здоров'я.

Існують суттєві обмеження та невідповідності у самому законопроекті, що стосуються його фокусу переважно на лікарів, ігноруючи інших медичних фахівців, таких як стоматологи, а також не враховуючи роль інших працівників охорони здоров'я, що може мати значні наслідки для інтеграції медичної діяльності [21]. Таке одностороннє представлення може створити перепони для повноцінної координації між різними категоріями медичних працівників та обмежити ефективність загальної системи охорони здоров'я.

Законопроект пропонує створення Єдиного реєстру лікарів України, яке покликане підвищити організацію та стандартизацію медичної практики у країні. Важливо забезпечити, щоб реалізація цього реєстру відповідала чинному законодавству про публічні електронні реєстри [97], що включає належне адміністрування та захист персональних даних згідно із законодавчими вимогами.

Загалом, цей законопроект має потенціал радикально трансформувати сферу медичного самоврядування в Україні, ініціюючи нові механізми взаємодії медичних працівників із державою і суспільством та встановлюючи нові стандарти відповідальності та контролю у галузі охорони здоров'я.

8 січня 2024 року Верховна Рада України зареєструвала законопроект під номером 10372-1, що отримав назву «Про медичне самоврядування». Цей законопроект має на меті стимулювання розвитку медичної галузі шляхом надання нових можливостей для структурної трансформації [99]. Основними новаціями законопроекту є закріплення принципів добровільної участі медичних працівників у діяльності самоврядних організацій та гарантування свободи вибору, що дозволяє медичним працівникам самостійно вирішувати питання членства або непричетності до будь-якої самоврядної організації.

Згідно зі статтею 10 зазначеного законопроекту, пропонується створення Національного об'єднання медичного самоврядування, яке покликане стати центральною координаційною структурою, об'єднуючи всі існуючі самоврядні

організації під єдиною юридичною особою. Однак, ця ініціатива викликає питання щодо забезпечення різноманітності та конкуренції серед самоврядних організацій, адже згідно з іншими положеннями законопроекту, передбачається підтримка множинності самостійних учасників у сфері медичного самоврядування. Така невідповідність може спричинити правові колізії та конфлікти інтересів у майбутньому.

Законопроект містить певні розбіжності, зокрема неузгодженість між назвою та основним змістом документу щодо аспекту «безперервний професійний розвиток». Ця категорія зачіпає не тільки сферу медичних, але й фармацевтичних практик, що вимагає додаткових уточнень і розширення визначень у цьому напрямку.

Вказані неузгодженості у законопроекті, які стосуються дефініції та застосування категорії «безперервний професійний розвиток», набувають особливої актуальності в контексті динамічного прогресу медичних технологій. Вони висуюють перед медичними працівниками вимогу постійного оновлення професійних навичок через систематичне навчання, впровадження строгих процедур самоконтролю та неперервне підвищення кваліфікаційного рівня.

У багатьох країнах світу система безперервного професійного розвитку (далі – БПР) є обов'язковою умовою для здобуття та поновлення ліцензій на медичну практику, що не тільки забезпечує належний рівень професійних компетенцій, але й включає мультидисциплінарний підхід до лікування та догляду за пацієнтами. Ефективна реалізація БПР виступає не лише як професійний обов'язок, але й як моральний принцип, закріплений у кодексі медичної етики, який вимагає від лікарів безперервного самовдосконалення протягом усього професійного життя.

Система безперервного професійного розвитку є важливою складовою медичної освіти, що знаходить своє застосування в багатьох країнах світу, де кожна держава розвиває власні унікальні підходи до організації постійного навчання. Зокрема, в Україні з 2005 року було започатковано систематичне впровадження принципів післядипломної медичної освіти, що передбачало

створення відповідної нормативно-правової бази та впровадження інтегрованих освітніх інструментів. Одним із ключових інструментів є Європейська кредитно-трансферна система (European Credit Transfer System, ECTS).

Запровадження кредитної системи, що охоплює всі види професійної діяльності лікарів і стає передумовою для допуску до кваліфікаційних іспитів з метою присвоєння лікарських категорій, відіграло значущу роль у стандартизації оцінювання професійної компетентності медичних фахівців [2, с. 89-93], що забезпечило не тільки уніфікацію вимог до освітніх процесів, але й сприяло підвищенню якості медичної освіти та професіоналізму медичних працівників в Україні.

У контексті систематизації освітнього процесу в медичній сфері Міністерство охорони здоров'я України, виконуючи функції головного акредитаційного органу країни, вжило значні заходи для інтеграції переддипломної та післядипломної медичної освіти відповідно до міжнародних стандартів. Зазначені стандарти розроблені Всесвітньою федерацією медичної освіти та ґрунтуються на ключових принципах Болонського процесу, які сприяють забезпеченню високої якості освітніх програм.

Зокрема, були визначені та затверджені нові принципи оцінювання кредитів, здобутих із різних видів медичної діяльності у медичних вищих навчальних закладах, наукових установах, у громадських організаціях (професійних асоціаціях, спілках, наукових товариствах) та медичних колективах. У результаті цього процесу, Міністерство охорони здоров'я України видано наказ "Про затвердження змін до «Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах»" № 484 від 07.07.2009 року, що встановлює чіткі критерії для визначення відповідності здобутих кредитів певній лікарській категорії та їх подальшого застосування у практичній медичній діяльності [2].

В рамках імплементації системи безперервного професійного розвитку (БПР) в Україні була розроблена комплексна шкала оцінювання діяльності медичних та фармацевтичних працівників, яка активно використовується для моніторингу професійного розвитку між атестаційними періодами і

супроводжується відповідними документами, що підтверджують виконання професійних завдань. Важливим кроком у цьому процесі стала Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» № 725 від 14 липня 2021 року, яка внесла значні зміни у підходи до навчання та розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я [81].

Відповідно до цієї постанови було визначено декілька ключових напрямків удосконалення системи БПР. Перш за все, були створені організаційно-правові умови, які дозволяють медичним та фармацевтичним працівникам реалізувати своє право на доступ до якісного безперервного професійного розвитку. Також було врегульовано діяльність провайдерів БПР, сприяючи підвищенню якості освітнього контенту та формуванню конкурентного ринку, що базується на принципах доброчесності. Нарешті, розширено доступ до заходів БПР, зокрема через забезпечення можливостей для участі в онлайн курсах, вебінарах та інших формах дистанційного навчання, що важливо з огляду на обмеження, пов'язані з безпекою та мобільністю в умовах воєнного часу.

Отже, система лікарського самоврядування, яка підтримує безперервний розвиток медичних знань і навичок, відіграє ключову роль у забезпеченні відповідності медичних працівників сучасним викликам охорони здоров'я. Цей механізм є надзвичайно важливим для підтримки високого рівня професійної підготовки та компетентності, які відповідають міжнародним стандартам, і сприяють наданню ефективної медичної допомоги населенню України.

Система лікарського самоврядування сприяє створенню умов для систематичного навчання, яке узгоджується з актуальними потребами медичної галузі і базується на найновіших досягненнях у медичних дослідженнях, що забезпечує активне залучення лікарів через регулярні освітні модулі та сертифікаційні курси, дозволяючи їм постійно підтримувати і оновлювати свої знання та навички на високому рівні. Такий підхід є критично важливим для ефективного реагування на виклики сучасної медичної практики та забезпечення високоякісної допомоги пацієнтам.

В контексті законодавчих змін, що регулюють безперервний професійний розвиток лікарів, основна увага зосереджується на гарантіях права лікарів на доступ до освітніх можливостей. Закон встановлює, що лікарі мають право на неперервне навчання через різноманітні форми, які включають академічне навчання, стажування, участь у наукових та практичних заходах, а також самостійне навчання. Таке навчання може ініціюватися як лікарем, так і роботодавцем, з обов'язковим погодженням з лікарем та на умовах, встановлених медичним закладом.

Особливу увагу приділено плануванню індивідуального розвитку кожного лікаря. Лікарі розробляють персональні плани, що включають цілі на найближчі п'ять років, які служать основою для бюджетного фінансування з боку медичних закладів. Це планування є двостороннім процесом і може коригуватися з ініціативи лікаря чи роботодавця в залежності від змін у медичних технологіях чи навчальному плані. Лікар має право відмовитися від запропонованих змін, що також може бути оскаржено.

Законодавство забезпечує, що жоден лікар не може бути примушений до участі в освітніх заходах без своєї згоди, підкреслюючи автономію і повагу до професійної свободи медичних працівників, що є ключовим аспектом у стимулюванні лікарів до відповідального ставлення до власного професійного зростання.

В контексті вищезазначеного, правове регулювання передбачає систему заходів, які підтримують і стимулюють безперервний розвиток лікарів, забезпечуючи їх залученість у професійне навчання, що корелюється із змінами в медичних стандартах і практиці. Законопроект акцентує на важливості адаптації медичної спільноти до постійно змінюваних умов охорони здоров'я, що є особливо актуальним у сучасних умовах.

Лікарське самоврядування також сприяє розвитку професійної автономії, в рамках якої медичні працівники самостійно визначають напрямки свого професійного розвитку, опираючись на встановлені професійні стандарти та етичні норми, що не тільки стимулює мотивацію до навчання та

самовдосконалення, але й підсилює професійну відповідальність перед суспільством.

Таким чином, лікарське самоврядування стає фундаментальним інструментом у формуванні висококваліфікованого медичного персоналу, здатного адаптуватися до динамічно змінюваних умов роботи та виконувати свої обов'язки на найвищому професійному рівні.

Втім, процес імплементації лікарського самоврядування може супроводжуватися певними викликами, включаючи забезпечення рівномірного розподілу ресурсів та залучення медичних працівників до активної участі в самоврядних організаціях. Проте, за умови ефективної реалізації та постійної підтримки з боку держави, лікарське самоврядування може стати могутнім інструментом розвитку професії та підвищення якості медичних послуг на національному рівні.

2.3 Лікарське самоврядування: європейський досвід і кроки до впровадження в Україні

Професійне самоврядування конституює собою систему управлінських відносин, визнану і регульовану законодавством, що включає всіх представників певної професії. Ця система спрямована на консолідацію їхніх зусиль для взаємодії з державними органами, суспільством та внутрішньої координації. Законодавством професійним об'єднанням надаються специфічні управлінські повноваження, які сприяють ефективній реалізації професійних функцій на благо суспільства.

Самоврядні структури організуються через представницькі органи, які створені на принципах децентралізації і підпорядковані законодавчому регулюванню. Важливо, що хоча органи професійного самоврядування не входять до складу державної влади чи місцевих самоврядних структур, вони вважаються елементами адміністративного апарату і належать до сфери публічного права. Така модель забезпечує надання професійним спільнотам автономії в управлінні

власною діяльністю при одночасному забезпеченні контролю та відповідальності перед суспільством та державою.

Історія лікарських об'єднань у світі нараховує кілька століть. Європейський досвід свідчить про еволюцію цих структур: від наукових товариств, які згодом трансформувались у громадські організації, до появи в XX столітті національних медичних палат, що стали формувати основу професійного лікарського самоврядування. В Україні, натомість, процес розвитку подібних структур був значно уповільнений та перерваний на тривалий час.

Професія лікаря у сучасному світі визнана як вільна професія, що одночасно наражається на високу суспільну відповідальність. Така значимість медичної діяльності вимагає спеціального регулювання, яке може здійснювати держава в умовах тоталітарних режимів або самі медичні працівники через механізми професійного самоврядування в демократичних суспільствах. Самоврядування лікарів існує у різноманітних формах, які відображають національні особливості та традиції, але є загальноприйнятим в усіх розвинених країнах.

Історично основу для самоврядування лікарів заклав Отто Бісмарк у Німеччині, ініціювавши політику, яка не лише ввела страхову модель охорони здоров'я, але й спонукала лікарів до самоорганізації та формування незалежних професійних об'єднань, що пізніше зазнав найбільшого поширення саме у Європі, формуючи сучасні системи медичного самоврядування.

У Європейському регіоні можна ідентифікувати чотири основні групи країн залежно від прийнятих моделей лікарського самоврядування. Країни Центральної та Східної Європи, такі як Австрія, Люксембург, Німеччина, Словенія та Албанія, серед інших, демонструють систему, засновану на принципах, які були впроваджені в Німеччині та Австрії. Ці країни, що налічують до 17 учасників, характеризуються існуванням лікарських палат (ZEVA), де членство для лікарів є обов'язковим. Вони наділені широким спектром повноважень, які традиційно належали державі, але були делеговані лікарським самоврядним організаціям, включно з професійною регуляцією, згідно зі спеціальними законами про самоврядування [114].

У Німеччині, як приклад, існують дві окремі структури самоврядування для медичних професій: Палата лікарів та Палата стоматологів. Німецька медична асоціація (Bundesärztekammer) відіграє ключову роль у структурі медичного самоврядування Німеччини, виступаючи як центральний орган управління цією системою [123]. Дана організація виступає як центральна фігура в системі лікарського самоврядування Німеччини і об'єднує 17 Земельних лікарських палат у федеральній системі, забезпечуючи значний вплив на розробку професійної політики, соціальних і законодавчих ініціатив у галузі охорони здоров'я.

У Німеччині, кожен лікар є членом однієї з Земельних медичних палат за принципом обов'язкового членства. Самоврядні організації значно полегшують уряду та органам державного управління завдання з організації медичного сервісу, водночас виступаючи компетентними партнерами у забезпеченні високої якості медичних послуг. Земельні палати відіграють ключову роль у регуляції професійних стандартів, здійсненні самоконтролю та забезпеченні відповідальності своїх членів. На відміну від основної медичної освіти та ліцензування, що залишаються під контролем держави, післядипломна освіта та безперервний професійний розвиток належать до відповідальності лікарських самоврядних організацій [110].

В Чехії, система лікарського самоврядування структурована навколо трьох основних медичних комор: комори лікарів, стоматологів та фармацевтів, з обов'язковим членством для професіоналів відповідних галузей. Це унікальна особливість чеської моделі полягає в тому, що представництво на їхніх конференціях, які обирають керівні органи, формується не лише регіональними коморами, але й асоціаціями лікарів за спеціалізаціями [140]. Система забезпечує широке представництво інтересів різних груп медичних фахівців, сприяючи забезпеченню більш демократичного і включного процесу прийняття рішень у медичній галузі.

В Словаччині самоврядування медичної професії характеризується добровільністю членства в лікарській коморі, що становить значну відмінність від багатьох інших країн. Лікар, що завершив медичний університет чи факультет,

може стати членом комори, зареєструвавшись у відповідному реєстрі лікарів за власним бажанням. Словацька комора пропонує ряд пільг для своїх членів, та відкрита навіть для тих лікарів, які не практикують безпосередньо на території Словаччини.

На відміну від Словаччини, професійне самоврядування медиків у Польщі регламентоване Законом від 2 грудня 2009 року «Про палати лікарів». До складу професійного самоврядування входять лікарі та лікарі-стоматологи, які отримали ліцензію на професійну діяльність та зареєстровані як члени відповідних регіональних палат [140].

Структурна організація лікарського самоврядування в Польщі визначається через ієрархічну систему, де ключову роль відіграє Головна лікарська палата у Варшаві (Naczelna Izba Lekarska, NIL), яка є координуючим центром для всієї системи. Під її керівництвом функціонують окружні лікарські палати (okręgowe izby lekarskie, OIL), що вирішують оперативні питання, а також Військова лікарська палата (Wojskowa Izba Lekarska, WIL), яка зосереджується на потребах військових лікарів на загальнодержавному рівні. Регуляторні функції зосереджені у Головній лікарській палаті, в той час як окружні палати забезпечують безпосередній контакт з лікарями для вирішення повсякденних задач.

Структура управління в окружній лікарській палаті містить декілька ключових органів: Окружний з'їзд лікарів (Okręgowy Zjazd Lekarzy) виступає як вищий керівний орган; Головна лікарська рада (Okręgowa Rada Lekarska) займається управлінням діяльністю палати між з'їздами; Окружна ревізійна комісія (Okręgowa Komisja Rewizyjna) контролює фінансову та господарську діяльність; Окружний лікарський суд (Okręgowy Sad Lekarski) вирішує питання професійної відповідальності та відповідає за справедливість виборчих процесів; Окружний речник професійної відповідальності (okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej) забезпечує правове розуміння та дотримання професійних норм, виступаючи в ролі обвинувача в лікарських судових процесах.

Крім того, окружні лікарські палати мають право створювати спеціалізовані постійні комісії для забезпечення специфічних потреб, наприклад, у сферах права

виконання медичної практики та післядипломного стажування. Також члени палати мають можливість страхувати свою цивільно-правову відповідальність, що дозволяє знижувати ризики, пов'язані з медичною практикою [106].

На більш широкому європейському контексті, 17 країн Західної та Південної Європи, включаючи Францію, Італію та Іспанію, координують свої дії через Європейську раду лікарських орденів (СЕОМ). Цікаво, що в деяких країнах, як-от Німеччина, Австрія та Румунія, медичні самоврядні організації є членами як ZEVA, так і СЕОМ, що спричиняє певну конкуренцію між національними самоврядними організаціями. Так, наприклад, Австралійська медична асоціація (АМА), будучи найбільшою професійною спілкою медиків в Австралії, активно захищає інтереси лікарів та сприяє задоволенню медичних потреб пацієнтів і громад. АМА веде активну співпрацю з урядовими структурами у формуванні політики охорони здоров'я та впливає на її реалізацію, що підкреслює її роль як важливого фактора в підтримці здоров'я на національному рівні [122]. Однак ці відмінності не суттєво впливають на основні принципи лікарського самоврядування, адже майже всі країни континентальної Європи дотримуються спільної моделі, спрямованої на забезпечення високого рівня медичного обслуговування та професійної інтеграції.

До третьої групи країн за моделями лікарського самоврядування відносяться Велика Британія, скандинавські країни та держави Балтії, де сформувалися унікальні системи регулювання та саморегулювання медичної професії. Ці країни не мають уніфікованих національних медичних організацій. Зокрема, у Великій Британії не існує законодавчо визначеного обов'язкового членства у Королівському колегіумі лікарів; проте без належності до таких організацій лікарі не можуть виконувати професійні обов'язки, що створює замкнене коло вимог. У Балтійських країнах діють лікарські асоціації з обмеженими повноваженнями самоврядування [41].

Скандинавські лікарські організації поєднують функції самоврядування з роллю профспілок, відповідаючи за економічний захист своїх членів. Ізраїльська

медична асоціація також має подібні повноваження, що свідчить про різноманітність моделей самоврядування на міжнародному рівні.

У контрасті до європейської моделі, система медичного самоврядування в США відрізняється національною специфікою. Функція ліцензування в Сполучених Штатах є переважно державною, з основною відповідальністю, переданою до компетенції окремих штатів, а не федерального уряду. Американська медична асоціація не здійснює ліцензування, але грає ключову роль у підтвердженні безперервного професійного розвитку лікарів, необхідного для отримання права на практику від штатних урядів. В той час як членство в асоціації не є обов'язковим, більшість лікарів (понад 90%) вступають до неї через економічні стимули та необхідність визнання кваліфікації, що критично впливає на їхній професійний успіх в умовах високих витрат на медицину та значних доходів лікарів у США.

В Канаді, Міністерство охорони здоров'я функціонує незалежно від саморегульованих органів медичних професіоналів. Провінційні уряди відповідають за регуляцію професій через специфічне провінційне законодавство, але не здійснюють прямого застосування цих законів на щоденній основі. Замість цього, уряди делегують владу за регулювання професій у галузі охорони здоров'я до відповідних професійних асоціацій. Керівники цих асоціацій мають необхідні компетенції для визначення вимог до ліцензійної кваліфікації та імплементації дисциплінарних заходів, коли це потрібно [142]. Міністерство охорони здоров'я також відповідає за призначення представників громадськості на посади у радах самоврядних професійних асоціацій. Для цих представників громадськості розроблено посібник, метою якого є допомога у адаптації до нових ролей громадських представників у структурах професійного самоврядування медиків [50; 139].

Четверта група країн, до якої належать держави колишнього Радянського Союзу, що входять до Східного партнерства Європейського Союзу (за виключенням Російської Федерації), все ще не має впроваджених систем лікарського самоврядування. В таких країнах, зокрема в Україні, існує потреба

інтеграції медичної спільноти в коло європейських самоврядних організацій і наділення їх аналогічними повноваженнями [42].

Лікарське самоврядування в країнах з розвиненою медичною інфраструктурою регулює два основні аспекти: перший полягає у визначенні та підтвердженні права на лікарську практику, що може бути реалізовано через надання свідоцтв або внесення лікарів до спеціальних реєстрів. Другий аспект стосується контролю за якістю виконання медичних обов'язків та дотриманням етичних норм. Для цього самоврядні органи використовують різноманітні інструменти, включаючи спеціальні комітети та комісії, які аналізують помилки в роботі лікарів, надають їм консультації для підвищення кваліфікації, або ж, у випадках грубих порушень, можуть застосовувати санкції, включаючи тимчасове або постійне припинення лікарської практики.

Без інтеграції досвіду європейських націй, українському уряду буде важко розробити оптимальний план реформування управлінської структури системи охорони здоров'я, що відповідає інтересам громадян та медичної спільноти. Ігнорування цього аспекту може призвести до глибоких і системних потрясінь у лікарській спільноті, ризикуючи спровокувати професійну кризу в медичній сфері України [51].

Оптимальний шлях реформування, що враховує специфіку та актуальні потреби України, полягає у прийнятті законопроекту «Про лікарське самоврядування» паралельно з низкою інших законодавчих ініціатив, спрямованих на створення структурно цілісної національної системи охорони здоров'я [113].

Таблиця 2.1 Огляд моделей лікарського самоврядування та обов'язкового членства у професійних асоціаціях за законодавством різних країн

Країна	Законодавчий акт	Історія професійної організації	Основні статті та положення
Німеччина	Федеральний лікарський порядок, 1961	Німецьке лікарське товариство, засноване у 1947 році	§ 1 (2): Лікарська професія визнана не як бізнес, а як вільна професія. § 10 (1): Право на практику надається кваліфікованим особам через Німецьке лікарське товариство.

Австрія	Закон про лікарів, 1998	Австрійське лікарське товариство, засноване 22.12.1891 р.	§ 68 (1): Членство в товаристві надається кожному лікарю, який активно дотримується встановлених правил і практикує на території товариства. § 117 (1): Австрійське лікарське товариство представляє інтереси всіх лікарів у країні.
Польща	Закон про лікарські товариства, 1989	Польське лікарське товариство, засноване у 1921 році	Art. 1: Створено самоврядування лікарів, незалежне від держави, з юридичною автономією. Art. 12: Умови членства включають ліцензію на медичну практику та активну діяльність у регіоні.
Польща	Закон про професійну діяльність лікарів і лікарів-стоматологів, 1996	-	Art. 5: Ліцензія на медичну практику надається крайовими лікарськими радами кандидатам, які відповідають законодавчим вимогам, включаючи володіння мінімальними кваліфікаціями, визначеними ЄС.
Угорщина	Закон про Угорське Лікарське Товариство №XXVIII, 1994	Засноване у 1966 році	I Глава: Загальні положення. § 1 (1) Організаційна та самоврядна структура для лікарів та стоматологів. V Глава: Умови членства § 19, п. (1) Опис критеріїв членства.
	Закон про професійні товариства в охороні здоров'я № XCVII, 2006	-	I Глава: Визначення професійних товариств в охороні здоров'я. IX Глава: Різне і перехідні положення § 29 (1) Джерела фінансування товариств.
Румунія	Закон 95/2006 про реформу системи охорони здоров'я	Засноване у 1995 році	РОЗДІЛ XII: Здійснення професії лікаря. Статті 377, 379, 380: Умови практики медицини та обов'язковість членства в Румунському Лікарському Товаристві.
Болгарія	Закон про корпоративні організації лікарів і лікарів-стоматологів від 21.07.1998 р. № 83	Засноване у 1901 році	Глава перша: Загальні положення. Статті 1 та 3 визначають організаційну структуру та обов'язкове членство для практикуючих медиків.
Хорватія	Закон про охорону здоров'я від 15 серпня 2003 р.	Засноване у 1903 році	РОЗДІЛ XVI: Стаття 189 визначає професійні організації медичних працівників як юридичних осіб.
Македонія	Закон про охорону здоров'я № 13-1051/1 від 26 березня 1997	Засновано у 1997 році	Стаття 4: Членство в Македонському Лікарському Товаристві є обов'язковим та престижним для лікарів.
Словенія	Закон про лікарську	Засновано у 1999 році	Стаття 29: Реєстрація в реєстрі лікарів товариства є передумовою для

	діяльність (ZZdrS) № 98-4618/1999 від 03 грудня 1999		практики. Стаття 33: Видача ліцензій лікарям на термін до 7 років.
Сербія	Закон про самоврядні організації працівників охорони здоров'я № 107 від 02 грудня 2005	Засновано у 2005 році	Стаття 4: Обов'язкове членство для всіх медичних працівників, які активно займаються професійною діяльністю.
Словаччина	Закон № 219/2002 про професію лікаря і лікарські товариства від 14 березня 2002	Засновано у 1992 році	§ 12: Переформування існуючого Словацького Лікарського Товариства. § 14: Обов'язкове членство для осіб, що здійснюють медичну діяльність.
Чехія	Закон № 220/1991 про Чеське Лікарське Товариство та інші від 08 квітня 1991	Засновано у 1894 році	§ 1 (1): Створення Чеського Лікарського Товариства в Оломоуці. § 3 (1): Обов'язкове членство для лікарів, що здійснюють медичну практику.

Процес імплементації самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні отримав розвиток з 2016 року, коли був зареєстрований законопроект № 4736 від 31 травня 2016 року, присвячений стоматологічній діяльності [102]. Згаданий законопроект передбачав запровадження самоврядування специфічно у стоматології. Проте, складнощі та опозиція з боку професійних груп не дозволили цьому законопроекту досягнути навіть першого читання у Верховній Раді України.

Наступний значний крок у формуванні лікарського самоврядування було зроблено за допомогою законопроекту № 8250 від 6 квітня 2018 року, ініційованого Всеукраїнським лікарським товариством. У цьому документі визначено структуру Організації самоврядування лікарів (ОСВЛ) на національному рівні, до складу якої входять з'їзд лікарів, головна Лікарська Рада, фахові лікарські ради за спеціалізаціями, національні палати лікарів-спеціалістів, стоматологів та лікарів загальної практики, а також вищі комісії з лікарської етики, безперервного професійного розвитку та належної лікарської практики [84].

Розробка та обговорення цього законопроекту відбувалися у співпраці з ГО «Асоціація стоматологів України», Українською асоціацією сімейної медицини та іншими професійними організаціями. Важливі положення законопроекту були обговорені та схвалені делегатами IX (XVI) з'їзду Асоціації стоматологів України, що свідчить про підтримку ініціативи серед професіоналів галузі.

У законопроекті було встановлено, що регіональні відділення Організації самоврядування лікарів (ОСВЛ) формуються як автономні підрозділи цієї організації, які охоплюють одну чи декілька адміністративно-територіальних одиниць України. Ці підрозділи об'єднують лікарів, що працюють на зазначеній території і включені до національного Реєстру лікарів.

Лікарське самоврядування визначено як професійне саморегулювання в галузі охорони здоров'я, яке має на меті забезпечення належного виконання лікарської практики, дотримання професійних стандартів, підтримання високого професійного рівня та автономії медичних працівників. Основна задача такого самоврядування — захист професійних прав лікарів, що сприяє загальному здоров'ю населення.

Фінансування ОСВЛ планувалося здійснювати з декількох джерел, серед яких: членські внески, благодійні внески, добровільні пожертвування, дарунки, дотації, гранти, плата за послуги, а також кошти, які надходять у вигляді державних бюджетних асигнувань для виконання делегованих повноважень, затверджених Кабінетом Міністрів України та передбачених у Державному бюджеті на відповідний рік. Окрім цього, враховувалися пасивні доходи та інші законодавчо дозволені надходження коштів.

Заплановано було, що відразу після набрання чинності закону, протягом максимум 30 днів, мають бути створені національний та регіональні організаційні комітети Установчого з'їзду лікарів України. Далі, впродовж наступних 90 днів планувалося провести вибори делегатів для регіональних виборчих конференцій. За 150 днів мали відбутися обласні виборчі конференції, а через 180 днів — Установчий з'їзд лікарів України.

Організаційно-технічне забезпечення виборчих конференцій та Установчого з'їзду покладалося на створені національні та обласні організаційні комітети, формування яких ініціювала Національна Лікарська Рада України у співпраці з Міністерством охорони здоров'я та місцевими органами державного управління у сфері охорони здоров'я. Компетенції та порядок діяльності цих комітетів мали розроблятися Національною Лікарською Радою України.

За правилами, для участі в регіональних виборчих конференціях повинно було висуватися не менше ніж 300 делегатів, з яких 100 представляли стоматологів, 100 - лікарів загальної практики, і ще 100 – лікарів інших спеціальностей. Від кожної області на Установчий з'їзд лікарів України мало делегуватися 900 лікарів, розподілених аналогічним чином між спеціалізаціями. Кількість та склад делегацій від областей мали встановлюватися національним організаційним комітетом, виходячи з чисельності лікарів, зареєстрованих у загальному списку під час підготовки до обласних установчих конференцій, але не менше ніж 15 делегатів від кожної області. Зазначений законопроект, однак, не був розглянутий на першому читанні у Верховній Раді України.

Проект Закону України № 2445-д, датований 3 липня 2020 року, під назвою «Про самоврядування медичних професій в Україні», був відхилений після першого читання на засіданні Верховної Ради [100]. Слідом за цим було внесено ще один законопроект під номером 10372 від 25 грудня 2023 року, з назвою «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні». Обидва законопроекти містили аналогічні ключові положення, що дозволяє аналізувати їх у порівняльній перспективі [99].

Ці законопроекти передбачали створення структурованих професійних палат, кожна з яких представляє окрему групу медичних та фармацевтичних професій. Згідно з ними, самоврядування в медичній сфері мало організовуватися через такі органи:

1. Палата лікарів сімейної медицини, яка об'єднує лікарів, що здійснюють загальну практику.

2. Палата лікарів-спеціалістів, яка включає лікарів різних спеціалізацій за межами сімейної медицини.
3. Палата стоматологів, що об'єднує фахівців у галузі стоматології.
4. Палата медичних сестер та братів, яка представляє інтереси середнього медичного персоналу.
5. Палата фармацевтів, яка відповідає за професійне самоврядування у фармацевтичній галузі.

Кожна з цих палат мала отримати повноваження регулювати професійну діяльність своїх членів, включно з ліцензуванням, сертифікацією, а також контролем за дотриманням професійних стандартів і етики. Ця структура мала на меті забезпечити високий рівень кваліфікації та професійної відповідальності, сприяти вдосконаленню медичної практики та охорони здоров'я на національному рівні.

Палата, визначена як неприбуткова юридична особа, здійснює свою діяльність за принципами професійного самоврядування. Структура палат складена відповідно до специфікації медичних професій. Палата лікарів сімейної медицини об'єднує лікарів, які здійснюють первинну медичну допомогу. Відповідно, Палата лікарів-спеціалістів включає лікарів з правом на здійснення медичної діяльності, за винятком тих, що займаються первинною медичною допомогою та стоматологією. Палата стоматологів складається з лікарів, що надають стоматологічні послуги.

Палата медичних сестер/братів включає молодших спеціалістів, молодших бакалаврів, бакалаврів та магістрів медсестринства. Палата фармацевтів об'єднує фахівців з фармацевтичною освітою всіх рівнів і ступенів.

Медична та фармацевтична діяльність може бути тимчасово припинена з різних причин, зокрема на підставі особистої заяви професіонала, рішенням організації професійного самоврядування, у разі визнання особи недієздатною чи обмежено дієздатною за рішенням суду, а також у випадку вчинення злочину, що призводить до позбавлення права займатися певною діяльністю. Крім того,

діяльність може бути припинена, якщо особу визнано безвісно відсутньою за рішенням суду.

У професійній практиці представники медичних та фармацевтичних професій вносять професійний збір, який може бути сплачений самими професіоналами або їхніми роботодавцями, відповідно до умов, закріплених у колективних договорах чи контрактах. Перша сплата професійного збору здійснюється протягом 30 днів з моменту набуття членства в Палаті, а подальші сплати регулюються згідно зі статутом Палати. Зібрані кошти використовуються виключно для підтримки функцій Палати та не можуть бути перерозподілені на інші цілі.

Для фінансування своєї діяльності Палати можуть залучати кошти через добровільні цільові внески та інші джерела, дозволені законодавством України. Ведення реєстрів медичних професій дозволяє збирати, зберігати та надавати вірогідну інформацію про кількість та склад професіоналів, їхні кваліфікації, а також забезпечувати права на здійснення професійної діяльності.

Організації професійного самоврядування медичних та фармацевтичних професій забезпечують організаційну, інформаційну та методологічну підтримку в розробці та впровадженні навчальних програм для підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я. Вони співпрацюють з освітніми закладами, профільними науковими інституціями та іншими професійними об'єднаннями для комплексного аналізу та сприяння розвитку медичної освіти в Україні.

Структура Етичної комісії Палати включає колегії для розгляду скарг та апеляційний комітет, завданням яких є забезпечення дотримання високих стандартів професійної діяльності та етичних норм. Основна функція Етичної комісії полягає в розгляді скарг на порушення Кодексу етики медичними та фармацевтичними професіоналами, а також вирішенні питань, що стосуються дотримання прийнятих рішень органами професійного самоврядування, галузевих стандартів, а також ухвалення рішень про застосування дисциплінарних заходів.

Притягнення до професійної відповідальності ініціюється у випадку, коли представник медичної або фармацевтичної професії вчиняє дисциплінарний

проступок. Такі проступки можуть включати порушення Кодексу етики, розголошення лікарської таємниці, неналежне виконання професійних обов'язків, недотримання галузевих стандартів або вимог щодо безперервного професійного розвитку. В залежності від серйозності порушення, дисциплінарні санкції можуть варіюватися від попередження до тимчасового зупинення або навіть припинення дії свідоцтва про право на здійснення медичної чи фармацевтичної діяльності на термін до шести місяців.

Організації професійного самоврядування в галузі медицини та фармації встановлюють нормативи участі професіоналів у програмах безперервного професійного розвитку. Ці вимоги охоплюють не лише кількість годин, але й якість освітніх заходів, які повинні відповідати актуальним стандартам доказової медицини. Інформація про участь кожного фахівця в таких заходах вноситься до Реєстру людських ресурсів охорони здоров'я, ведення якого регулюється відповідним порядком.

Затвердження провайдерів освітніх програм здійснюється організаціями професійного самоврядування, які також контролюють дотримання освітніх стандартів. Провайдери освітніх програм несуть відповідальність за якість та актуальність наданих навчальних матеріалів.

Організації професійного самоврядування також відіграють ключову роль у розробці та імплементації навчальних програм, забезпечуючи методологічну, інформаційну та організаційну підтримку. Вони співпрацюють з навчальними закладами, науковими інституціями та іншими професійними об'єднаннями для проведення комплексного аналізу потреб у медичній освіті та адаптації програм до вимог сучасної медичної практики. Це співробітництво спрямоване на забезпечення динамічного розвитку медичної освіти, що відповідає актуальним викликам у галузі охорони здоров'я.

Загальні збори Палати стоматологів та Палати фармацевтів, які виступають важливими організаційними структурами в межах системи професійного самоврядування, проводяться не пізніше ніж через дев'ять місяців після активації релевантної частини реєстру. Важливість цих зборів полягає в їх здатності

забезпечувати ефективний діалог і співпрацю між членами професії та державними органами, вирішуючи ключові питання політики та практики в сфері охорони здоров'я.

Організаційний процес і проведення зборів здійснює спеціально створена робоча група під керівництвом центрального органу виконавчої влади, що керує державною політикою в галузі охорони здоров'я. Склад робочої групи включає чотири представники цього органу, п'ять представників з Комітету Верховної Ради України, відповідального за здоров'я нації, медичну допомогу та медичне страхування, а також десять членів з професійних громадських організацій медичної галузі.

Задачі цієї робочої групи не обмежуються лише логістикою та організацією, але також включають забезпечення правильного представлення учасників, об'єктивність процесу виборів та ефективну інтеграцію виборчих результатів у розвиток професійного самоврядування, враховуючи нормативні та законодавчі вимоги.

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України з'явилася необхідність введення ефективного професійного самоврядування, що відповідає європейським стандартам. Однак, аналізуючи проект закону, представлений Кабінетом Міністрів України, слід зазначити наявність суттєвих прогалин, які обмежують можливість реалізації професійної автономії за європейськими моделями. Важливим кроком для вдосконалення проекту є визначення статусу «органу професійного самоврядування» як суб'єкта публічного права, який би включав в себе перелік професій, що мають підпадати під це визначення. Це вимагає залучення до процесу розробки професійних спільнот, щоб забезпечити адекватність та відповідність нормативного регулювання реальним потребам медичної спільноти та стандартам, які діють в європейських країнах.

Висновки до розділу 2

Досліджуючи адміністративно-правовий механізм запровадження лікарського самоврядування в Україні були сформовані наступні висновки:

1. Лікарське самоврядування в Україні представляє собою складну та багаторівневу систему, що відіграє фундаментальну роль у забезпеченні високих стандартів лікарської практики, професійної автономії лікарів, а також захисту їх професійних прав. Система лікарського самоврядування створена на основі законодавчих рамок, які визначають права та обов'язки лікарів, а також надають їм можливість самостійно регулювати свою діяльність з метою підвищення якості медичного обслуговування та захисту інтересів пацієнтів.

Структура лікарського самоврядування включає декілька ключових інституційних елементів, кожен з яких відповідає за певні аспекти діяльності медичної спільноти. Основними організаційними формами є З'їзд лікарів, Головна Лікарська Рада, Фахова Лікарська Рада, різноманітні національні палати (лікарів-спеціалістів, стоматологів, лікарів загальної практики, військових лікарів), а також Вища комісія з лікарської етики та Вища комісія з належної лікарської практики. Важливими є також Національне бюро медичного арбітражу та Вища контрольна комісія, які відіграють роль у вирішенні спорів та контролі за діяльністю медичних практик.

Функції лікарського самоврядування мають широкий спектр та включають здійснення нагляду і опіки за лікарями-інтернами і лікарями-резидентами, надання, призупинення та припинення права на здійснення лікарської практики, ведення реєстру ліцензованих лікарів. Організації також займаються сертифікацією навчальних програм, участю у розвитку національної системи охорони здоров'я, формуванням кадрової політики і визначенням потреби в лікарських кадрах. Важливою є їх роль у забезпеченні умов для безперервного професійного розвитку лікарів, захисті лікарської честі, розробці та впровадженні медичних стандартів і протоколів.

Система лікарського самоврядування в Україні спрямована на підвищення професійних стандартів, забезпечення ефективності медичного обслуговування, а

також створення умов для відповідальної та незалежної практики медичних фахівців. Це є ключовим до зміцнення загального здоров'я нації і вдосконалення системи охорони здоров'я, зорієнтованої на захист прав та інтересів пацієнтів. Лікарське самоврядування виступає як важливий механізм демократизації медичної галузі, що дозволяє лікарям активно участвовати у формуванні політик охорони здоров'я та вирішувати ключові питання професії на національному рівні.

2. Запровадження лікарського самоврядування у систему охорони здоров'я України є ключовим аспектом реформ, спрямованих на підвищення якості медичних послуг та вдосконалення професійної практики. Цей процес відіграє важливу роль у безперервному професійному розвитку медичних працівників, створюючи умови для систематичного оновлення знань та вмінь згідно з міжнародними стандартами та сучасними медичними дослідженнями.

Лікарське самоврядування надає медичним працівникам можливість самостійно формулювати професійні стандарти, розробляти норми діяльності та впливати на ключові аспекти розвитку галузі. Така модель сприяє активізації професійної відповідальності, забезпечуючи високий рівень мотивації серед медиків та їх зацікавленість у неперервному вдосконаленні власних кваліфікацій.

Особливо значущим є впровадження системи безперервного професійного розвитку, що включає регулярні навчальні модулі, сертифікації та акредитації, що сприяють постійному оновленню професійних навичок відповідно до глобальних вимог та інноваційних підходів у медицині. Це, в свою чергу, впливає на підвищення якості медичного обслуговування та зміцнення загального стану охорони здоров'я нації.

Таким чином, лікарське самоврядування стимулює професійний розвиток медичних працівників, забезпечуючи їх активну участь у формуванні стандартів та управлінні професійною діяльністю, що є важливим кроком до створення ефективнішої та респондентнішої системи охорони здоров'я.

3. Європейський досвід лікарського самоврядування є результатом багаторічних історичних розвитків, де професійні медичні організації відіграють

вирішальну роль у формуванні стандартів практики, етики та освіти. У багатьох європейських країнах, таких як Німеччина, Франція та Велика Британія, лікарські палати мають обов'язковий характер членства, забезпечуючи регулювання професійної діяльності та дотримання етичних стандартів серед лікарів. Ці палати відповідають за сертифікацію, ліцензування та неперервне професійне розвиток, водночас забезпечуючи захист прав пацієнтів і підтримку високих стандартів медичного обслуговування.

Для України, кроки впровадження європейського досвіду лікарського самоврядування включають кілька ключових етапів: законодавче забезпечення, структурну організацію, забезпечення участі лікарів у самоврядуванні та встановлення ефективних механізмів контролю та відповідальності. Перший крок полягає у прийнятті відповідних законів, які б надали лікарським асоціаціям повноваження з регулювання професійної діяльності, встановлення стандартів і процедур акредитації, а також моніторингу дотримання професійних обов'язків.

Другий етап передбачає створення національної та регіональних медичних палат, які б мали визначені повноваження та ресурси для виконання своїх функцій, включно з організацією професійної освіти, веденням реєстрів лікарів та реалізацією програм неперервного навчання. Також важливо залучити лікарів до активної участі у роботі цих організацій, щоб забезпечити їхнє представництво та вплив на прийняття рішень.

Останній крок включає налагодження механізмів зворотного зв'язку та контролю для гарантування прозорості діяльності медичних палат, відповідності їх роботи законодавчим рамкам та інтересам професійної спільноти. Важливо, щоб у процесі імплементації були враховані специфіка української медичної системи та потреби лікарської спільноти, щоб новостворені органи самоврядування сприяли підвищенню якості медичних послуг і зміцненню довіри пацієнтів до медичної системи.

РОЗДІЛ 3. ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СИСТЕМІ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ

3.1 Правовий статус та основні функції закладів післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я

Післядипломна освіта медичних працівників в Україні становить ключовий компонент системи неперервної освіти, яка має чітке нормативне підґрунтя та закріплена в Основному Законі держави. Так, відповідно до статті 53 Конституції України, держава зобов'язана забезпечувати розвиток післядипломної освіти, що засвідчує надання цьому рівню освіти стратегічного значення для професійного зростання фахівців протягом усього періоду трудової діяльності [31].

Крім того, стаття 49 Конституції гарантує кожному право на охорону здоров'я та отримання медичної допомоги, що вимагає від держави забезпечення високої якості медичних послуг, що, у свою чергу, передбачає наявність ефективної системи підготовки та професійного розвитку медичних кадрів, зокрема лікарів, через механізми післядипломної освіти.

На рівні галузевого законодавства норми, що регламентують поняття, структуру та механізми реалізації післядипломної освіти, чітко закріплені у законах України «Про освіту» [91] та «Про вищу освіту» [69].

Зокрема, згідно із Законом України «Про вищу освіту», післядипломна освіта трактується як форма спеціалізованого вдосконалення раніше здобутої освіти та професійної підготовки. Вона здійснюється через поглиблення, розширення або оновлення знань, умінь і навичок, а також може передбачати здобуття нової спеціальності на основі попередньої освіти та практичного досвіду [69].

Нормативна база також встановлює організаційні форми надання післядипломної освіти, які можуть реалізовуватися або у спеціалізованих закладах

післядипломної освіти, або у структурних підрозділах закладів вищої освіти чи наукових установ. Такий підхід забезпечує гнучкість і варіативність освітніх траєкторій для медичних працівників, уможливлуючи як підвищення кваліфікації в межах наявної спеціальності, так і опанування нових професійних напрямів [69].

На основі вище зазначеного, можемо констатувати, що на законодавчому рівні сформовано нормативну основу, яка передбачає інтеграцію післядипломної освіти у систему забезпечення професійної компетентності медичних кадрів, що є необхідною умовою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Закон України «Про освіту» (у редакції, що діяла до ухвалення нової редакції 2017 року) містив статтю 48, у якій було визначено типологію закладів післядипломної освіти. Відповідно до цієї норми, до закладів післядипломної освіти належали академії, інститути (центри) підвищення кваліфікації, перепідготовки та вдосконалення кадрів; навчально-курсіві комбінати; структурні підрозділи закладів вищої освіти (філії, факультети, відділення тощо); професійно-технічні навчальні заклади; а також підрозділи підприємств і установ, що здійснювали професійне навчання працівників. Незважаючи на подальше реформування освітнього законодавства, наведений перелік відображає традиційне різноманіття організаційних форм післядипломної освіти в Україні. У сучасній правовій термінології такі інституції кваліфікуються як заклади вищої або фахової передвищої освіти (особливо у випадках підвищення кваліфікації молодших спеціалістів), оскільки післядипломна освіта інтегрована до системи освітніх рівнів і кваліфікацій, що належать до найвищих ступенів професійної підготовки.

У сфері охорони здоров'я історично сформувалася розгалужена система спеціалізованих закладів післядипломної медичної освіти, більшість із яких функціонували як державні заклади вищої освіти, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України та уповноважені надавати освітні послуги на підставі ліцензій Міністерства освіти і науки. Характерним прикладом є Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ), яка протягом тривалого часу виконувала функції провідного закладу з

післядипломної підготовки лікарів. Її правовий статус визначався як статус закладу післядипломної освіти, створеного у формі бюджетної установи, що не здійснює комерційної діяльності, а працює відповідно до державної ліцензії з освітньої діяльності [53].

Аналогічні за статусом та функціональним призначенням заклади діяли в інших регіонах України, зокрема Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО), Запорізька медична академія післядипломної освіти тощо. Усі ці інституції мали IV рівень акредитації як заклади вищої освіти та спеціалізувалися на післядипломній підготовці фахівців галузі охорони здоров'я. Їх діяльність регламентувалася статутами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України, зміст яких узгоджувався з вимогами законодавства про освіту та вищу освіту. У статутах, зокрема, визначалося, що заклади функціонують як державні заклади освіти, користуються академічною, організаційною та фінансово-економічною автономією в межах, встановлених законом, та виконують спеціальні освітні й наукові завдання у сфері охорони здоров'я

Слід зазначити, що в умовах триваючих реформ у сферах освіти та охорони здоров'я спостерігається тенденція до трансформації організаційно-правового статусу закладів післядипломної медичної освіти. Ці зміни реалізуються шляхом інтеграції відповідних закладів до структури класичних медичних університетів або трансформації їх типу у заклади вищої освіти університетського рівня. Так, у 2021 році відповідно до рішення Кабінету Міністрів України Харківська медична академія післядипломної освіти була реорганізована шляхом приєднання до Харківського національного медичного університету. У результаті цього рішення слухачі та працівники академії були інтегровані до структури університету, а сама академія припинила існування як окрема юридична особа [116].

Інша модель трансформації була реалізована у випадку Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. У 2018 році цей заклад було перейменовано на Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика із затвердженням нового статуту. Згідно з оновленим установчим документом, заклад отримав статус університету, тобто закладу вищої

освіти, а не спеціалізованого закладу післядипломної освіти, як це було раніше [14].

Таким чином, спостерігається чітка тенденція до уніфікації типології освітніх установ, посилення їх автономії, розширення освітньо-наукового профілю та зміцнення конкурентоспроможності. Причинами таких трансформацій є, з одного боку, імперативи освітньої реформи, з іншого — необхідність оптимізації фінансування, що особливо актуально в умовах бюджетних обмежень.

Незважаючи на зміну правового статусу, новоутворені університети продовжують реалізовувати функції післядипломної медичної освіти, зберігаючи профільну спрямованість на підвищення кваліфікації, перепідготовку та спеціалізацію медичних кадрів. Водночас вони отримали додаткові можливості у сфері підготовки здобувачів вищої освіти, розробки наукових програм та реалізації міждисциплінарних досліджень.

У зв'язку з цим, сучасні заклади післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я функціонують як заклади вищої освіти, головним видом діяльності яких залишається надання освітніх послуг з підвищення кваліфікації та спеціалізації медичних працівників. Вони створюються у формі державних (рідше — комунальних або приватних) установ чи організацій, діяльність яких регламентується установчими документами (статутами), що відповідають вимогам освітнього законодавства, та підтверджується ліцензіями на здійснення освітньої діяльності за відповідними спеціальностями.

Науково-педагогічний склад таких закладів має правовий статус, ідентичний персоналу закладів вищої освіти, з відповідними правами та обов'язками, визначеними законодавством. Учасники освітнього процесу, зокрема слухачі курсів, лікарі-інтерни, клінічні ординатори користуються освітніми гарантіями, аналогічними здобувачам вищої освіти. Фінансування зазначених інституцій здебільшого здійснюється з державного бюджету, що особливо актуально для закладів, які забезпечують підготовку лікарів-інтернів та курси підвищення кваліфікації для працівників державних і комунальних медичних установ [55].

У контексті освітньої децентралізації та зростання автономії закладів вищої освіти, значно розширилися їхні повноваження у сфері формування індивідуальних освітніх стратегій, структурування освітніх програм і впровадження інноваційних форм навчання. До таких форм належать очно-дистанційні, симуляційні та модульні курси, які відповідають сучасним викликам системи охорони здоров'я щодо підготовки медичних фахівців, здатних до гнучкої адаптації в умовах змін клінічної практики, технологій і нормативно-правового регулювання.

У цьому контексті особливе значення набуває діяльність закладів післядипломної освіти в галузі охорони здоров'я, які виконують широкий спектр функцій, зумовлений їхньою місією, а саме: забезпечення неперервного професійного розвитку медичних кадрів. Багатофункціональність інституцій післядипломної освіти була концептуально окреслена у відповідних програмних документах [32].

У науковій літературі виокремлюються ключові функції післядипломної освіти, які реалізуються через діяльність відповідних навчальних закладів, зокрема: освітня, інформаційна, консультативна, дослідницька, проєктувальна, впроваджувальна та експертна [40].

Однією з провідних функцій є освітня, що охоплює підвищення кваліфікації та спеціалізацію кадрів. Основним призначенням закладів післядипломної медичної освіти є організація навчального процесу для осіб, які вже мають вищу медичну або фармацевтичну освіту, з метою розширення їхніх професійних компетентностей і набуття нових знань та навичок, необхідних для ефективної практичної діяльності.

Зазначена функція реалізується через різноманітні освітні програми. Зокрема, важливою формою первинної професійної підготовки виступає інтернатура, що здійснюється для випускників медичних університетів на базі клінічних закладів у співпраці з відповідними кафедрами та інститутами післядипломної освіти. Інтернатура є обов'язковою складовою післядипломної освіти для здобуття первинної лікарської або фармацевтичної спеціалізації.

Правові засади організації інтернатури регламентуються нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, які визначають порядок проходження інтернатури, перелік медичних спеціальностей, вимоги до змісту освітніх програм, а також критерії до навчально-практичних баз.

Наступним структурним елементом реалізації освітньої функції закладів післядипломної медичної освіти є спеціалізація та перепідготовка, що передбачає здобуття вторинної спеціальності на основі раніше набутої медичної чи фармацевтичної освіти. У цьому аспекті фахівець, маючи базову кваліфікацію, має можливість опанувати новий фах у межах офіційно ліцензованих напрямів. Наприклад, лікар загальної практики – сімейної медицини може пройти цикл спеціалізації з ультразвукової діагностики, а медична сестра – з фізичної та реабілітаційної медицини.

Відповідно до чинного законодавства, спеціалізація є складовою частиною післядипломної освіти, що передбачено статтею 60 Закону України «Про вищу освіту» [69]. Організація таких освітніх програм здійснюється закладами післядипломної освіти у межах отриманих ліцензій, з урахуванням державних стандартів і потреб системи охорони здоров'я.

Актуальні нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я України детально регламентують порядок реалізації спеціалізації. Зокрема, наказ МОЗ України № 2016 від 10.11.2022 р., який набрав чинності у 2023 році, затвердив оновлений перелік спеціалізацій для фахівців з медичною, фармацевтичною освітою, а також для магістрів з медсестринства [94].

Варто підкреслити, що зазначений наказ МОЗ відповідає сучасним викликам та трансформаціям у медичній сфері, зокрема під впливом пандемії COVID-19 та воєнного стану в Україні. Зокрема, документом запроваджено низку актуальних напрямів спеціалізації, таких як «Фізична та реабілітаційна медицина», «Геріатрія», а також тематичні цикли, адаптовані до умов війни, включно з курсами «Догляд за ранами», «Психологічні і духовні аспекти сестринського догляду» тощо [94].

Ще одним важливим напрямом реалізації освітньої функції закладів післядипломної освіти в медичній сфері є організація циклів підвищення кваліфікації, або так званого тематичного удосконалення, які розраховані на практикуючих лікарів, провізорів, молодших спеціалістів медичного профілю й мають на меті оновлення та поглиблення професійних знань у конкретних галузях медицини. У структурі післядипломної освіти такі форми навчання охоплюють короткострокові курси, семінари, тренінги, які дозволяють учасникам опановувати новітні методи діагностики, сучасні клінічні протоколи, інноваційні технології лікування, а також правові й організаційні аспекти надання медичної допомоги.

Особливістю таких програм є їхня практична орієнтованість і тісний зв'язок із концепцією безперервного професійного розвитку (БПР), яка набула законодавчого статусу обов'язкової для всіх категорій медичних і фармацевтичних працівників. Згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я, медичні працівники мають обов'язок «постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності» [71].

На основі вище зазначеного, можемо констатувати, що підвищення кваліфікації розглядається не як одноразовий акт, а як безперервний процес професійного зростання впродовж усієї кар'єри. У межах системи БПР участь у тематичних циклах дозволяє медичним працівникам накопичувати відповідні бали професійного розвитку, які є обов'язковими для подальшої атестації, підтвердження чи розширення спеціалізації.

З організаційної точки зору, цикли удосконалення проводяться закладами післядипломної освіти на базі кафедр академій, факультетів, інститутів медичного профілю, як у традиційній очній, так і у дистанційній формі. Тривалість таких курсів варіюється від кількох днів до кількох тижнів, залежно від тематики, обсягу програми та цільової аудиторії. Завершення курсу передбачає підсумковий контроль знань (залік або тестування) і видачу відповідного посвідчення (сертифіката) про проходження підвищення кваліфікації.

У минулому вимога проходити підвищення кваліфікації не рідше одного разу на п'ять років була передбачена у підзаконних нормативно-правових актах, що регулювали атестацію медичних працівників. Проте на сучасному етапі вона трансформована в систему щорічного накопичення балів БПР, що закріплено Постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» [81].

Отже, підвищення кваліфікації та цикли тематичного удосконалення виступають базовими механізмами реалізації концепту безперервної професійної освіти у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи оперативне оновлення знань та підтримання належного рівня професійної компетентності фахівців відповідно до трансформацій клінічної практики та викликів суспільного розвитку.

У структурі освітньої функції післядипломної освіти доцільно виокремити також можливість здобуття другої (наступної) вищої освіти, що реалізується переважно через магістерські програми для осіб, які вже мають попередній фах у галузі медицини або фармації. Відповідно до ст. 60 Закону України «Про вищу освіту», отримання ступеня бакалавра або магістра за іншою спеціальністю на основі раніше здобутої освіти є однією з форм післядипломної освіти [69].

Зазначена форма професійної підготовки відкриває перспективу академічної та міждисциплінарної мобільності для медичних працівників. Зокрема, лікар загальної практики має можливість здобути магістерський рівень в іншій галузі – публічному управлінні у сфері охорони здоров'я, клінічній лабораторній діагностиці, вищій педагогічній освіті тощо. Однак, на теперішньому етапі такі освітні траєкторії ще не набули масового поширення в межах системи МОЗ України, окремі приклади їх реалізації вже існують, передусім у форматі магістерських програм з медичного менеджменту для лікарів-керівників, а також програм професійної перепідготовки для провізорів і медичних сестер.

Важливо підкреслити, що здобуття другої вищої освіти в медичному середовищі необхідно розглядати не лише як механізм горизонтальної

мобільності, а і як інструмент розширення кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я, здатного до управлінських, освітніх або наукових функцій.

Поряд з освітньою функцією, значну роль у діяльності закладів післядипломної медичної освіти відіграє науково-дослідницька функція, яка, згідно із Законом України «Про наукову і науково-технічну діяльність», є обов'язковою складовою діяльності закладів вищої освіти [87].

Відповідно, установи післядипломної освіти виступають не лише провайдерами освітніх послуг, а й активними суб'єктами академічної науки у своїй галузі. На базі відповідних кафедр реалізуються тематичні дослідження з терапії, хірургії, профілактичної медицини, громадського здоров'я, медичної освіти тощо. Результати цих досліджень впроваджуються в освітній процес, клінічну практику та нормативне забезпечення охорони здоров'я.

Крім того, у провідних академіях післядипломної медичної освіти традиційно функціонують спеціалізовані вчені ради із захисту дисертацій, що засвідчує їхню роль як центрів підготовки науково-педагогічних кадрів вищої кваліфікації. Через механізми аспірантури, докторантури, наукового стажування заклади післядипломної освіти забезпечують відтворення наукового потенціалу медичної сфери.

У цьому контексті особливого значення набуває орієнтація на принципи доказової медицини як методологічної основи для формування сучасного змісту післядипломної підготовки. Інтеграція наукових знань у структуру освітнього процесу дозволяє забезпечити відповідність підготовки фахівців актуальним світовим стандартам клінічної ефективності, безпеки та етичної відповідальності.

Крім того, значну роль у діяльності закладів післядипломної медичної освіти відіграє інформаційна функція, яка тісно пов'язана з результатами наукової роботи та процесом їхнього поширення. Заклади післядипломної освіти виступають провідними суб'єктами формування і трансляції актуального медико-наукового знання, забезпечуючи його доступність для професійної спільноти.

Інформаційна функція реалізується через видання монографій, підручників, навчально-методичних посібників, публікацію бюлетенів новин медицини, участь

у професійних конференціях, симпозіумах і форумах. Активна публікаційна діяльність викладачів таких установ сприяє не лише оновленню змісту навчальних програм, а й загальному підвищенню рівня наукової культури фахівців охорони здоров'я. Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, медичні працівники мають обов'язок поширювати наукові та медичні знання серед населення [65].

На основі вище зазначеного, можна стверджувати, що заклади післядипломної освіти виконують це положення не лише через особисту діяльність викладачів, а й на інституційному рівні, формуючи освітньо-науковий потенціал медичної галузі. Такий підхід відповідає засадам, окресленим у Концепції розвитку післядипломної освіти в Україні, згідно з якою післядипломна освіта має ґрунтуватися на засадах науковості, відкритості та постійного оновлення знань [32].

Окремо варто розглянути методичну та експертно-консультативну функцію післядипломних закладів, яка впливає з високої концентрації фахових і наукових кадрів (професорсько-викладацького складу, докторів наук, провідних практиків). Такі установи традиційно виконують роль галузевих методичних центрів, беручи участь у розробленні нормативно-методичних документів, освітніх стандартів, типових навчальних планів і програм, кваліфікаційних характеристик для медичних спеціальностей.

Фахівці провідних закладів, зокрема Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, залучалися до підготовки проєктів наказів Міністерства охорони здоров'я України щодо реформи інтернатури, атестації лікарів, формування переліків спеціалізацій, удосконалення змісту медичної освіти. Заклади післядипломної освіти нерідко виступають постійними базами для роботи профільних науково-методичних комісій МОЗ України та Міністерства освіти і науки України, що засвідчує їхню системну роль у нормативно-методичному забезпеченні професійної підготовки медичних кадрів.

Окремим аспектом експертної та консультативної функції закладів післядипломної медичної освіти є їх інституціалізована участь у процесах

професійної експертизи та клінічного консультування. Установи цього типу, завдяки наявності висококваліфікованого професорсько-викладацького складу, виконують функції експертного супроводу медичної практики. Провідні професори таких закладів нерідко призначаються головними позаштатними спеціалістами Міністерства охорони здоров'я України за відповідними спеціальностями, беруть участь у діяльності атестаційних та сертифікаційних комісій, здійснюють консультативну підтримку закладів охорони здоров'я, зокрема в складних або спірних клінічних випадках.

Законодавча основа цієї діяльності закріплена в ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я, згідно з якою медичні працівники зобов'язані надавати консультативну допомогу іншим медичним працівникам [65]. У практичному вимірі цей обов'язок реалізується через діяльність кафедр післядипломної освіти, розміщених на клінічних базах, де фахівці проводять регулярні консилиуми, клінічні розбори, експертні оцінки діагнозів і тактик лікування. Таким чином, заклади післядипломної освіти функціонують як експертні центри на рівні регіональних або національних систем охорони здоров'я.

Ще одним важливим вектором діяльності післядипломних закладів є проєктно-інноваційна та впроваджувальна функція, що відповідає сучасним викликам у сфері медичної освіти та професійного розвитку. Вона проявляється у впровадженні нових форм навчання, розробці інноваційних педагогічних і цифрових технологій, а також у реалізації експериментальних освітніх проєктів. Заклади післядипломної освіти виступають як апробаційні майданчики для впровадження дистанційного навчання, телемедичних технологій, симуляційного тренінгу та інтерактивних методів підготовки медичних кадрів.

У 2023 році Міністерством охорони здоров'я України було затверджено оновлене Положення про післядипломну освіту, що передбачає розширення засобів безперервного професійного розвитку (БПР) та інституціоналізацію інноваційних освітніх форматів [47].

Заклади післядипломної освіти також беруть участь у реалізації міжнародних грантових і мобільних освітніх програм, ініціюють академічне співробітництво із зарубіжними університетами, що сприяє глобалізації професійної підготовки. Водночас вони виконують прогностичну функцію, передбачаючи майбутні кадрові потреби системи охорони здоров'я і ініціюючи відкриття нових спеціальностей, навчальних курсів та сертифікатних програм відповідно до запитів практики.

Впроваджувальна функція полягає у трансфері наукових розробок і сучасного клінічного досвіду у практичну охорону здоров'я через механізми освітнього впливу. Наприклад, нові клінічні протоколи та медичні технології, схвалені МОЗ України, оперативно інтегруються у навчальні програми циклів тематичного удосконалення та спеціалізації. У зв'язку з цим, післядипломна освіта забезпечує швидку імплементацію інновацій у професійну практику.

Узагальнюючи, варто наголосити, що функції закладів післядипломної медичної освіти є комплексними та системоутворювальними. Вони спрямовані на забезпечення безперервності професійного розвитку фахівців (принцип *lifelong learning*), підтримання високого рівня медичної компетентності, розвиток галузевої науки, впровадження інновацій та нормативно-методичне забезпечення галузі. Як підкреслюється у наукових дослідженнях, правова та організаційна якість післядипломної освіти медичних працівників безпосередньо впливає на кадровий потенціал системи охорони здоров'я, а також і на ефективність реалізації конституційного права громадян на якісну медичну допомогу [29, с. 27].

У сучасних умовах держава приділяє особливу увагу вдосконаленню нормативно-правового забезпечення діяльності закладів післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я. Зокрема, відбувається системне оновлення підзаконної бази, яка регламентує механізми безперервного професійного розвитку (БПР) та атестації медичних працівників. Серед ключових змін варто відзначити запровадження електронного реєстру освітніх заходів БПР, ведення індивідуального освітнього портфоліо фахівця, перехід до бальної системи обліку

професійного зростання, а також оновлення освітніх стандартів відповідно до європейських підходів і вимог ЄПВО (Європейського простору вищої освіти). Такі трансформації є інституційною відповіддю на потребу підготовки медичних кадрів, здатних забезпечувати якість медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів і викликів національної системи охорони здоров'я [57; 58].

Отже, на основі проведеного можемо констатувати, що заклади післядипломної освіти, що функціонують у структурі системи вищої освіти України та здійснюють професійну підготовку медичних працівників, мають визначений правовий статус освітніх установ, який регламентується поєднанням норм загального освітнього законодавства та спеціального нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я.

Функціональне навантаження зазначених закладів охоплює такі ключові напрями діяльності, як освітній, науковий, методичний, інформаційний та експертно-консультативний. Зазначені функції реалізуються у контексті принципу безперервного професійного розвитку фахівців, спрямованого на підтримання й підвищення їхньої компетентності відповідно до вимог сучасної клінічної практики та державної політики у сфері охорони здоров'я.

Правовий статус та функціональна структура діяльності закладів післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я є взаємопов'язаними складовими та у сукупності утворюють інституційний компонент державного механізму забезпечення права громадян на якісну, безпечну та доступну медичну допомогу в Україні.

3.2 Організаційно-правові механізми інтеграції післядипломної медичної освіти у систему вищої освіти

Упродовж останніх років нормативно-правова база післядипломної медичної освіти в Україні зазнала суттєвого оновлення у контексті інтеграції цієї складової до єдиної системи вищої освіти. Засадниче значення в цьому процесі

має Закон України «Про освіту» (2017 р.), яким уперше на рівні базового законодавства були закріплені поняття *інтернатури* та *лікарської резидентури* як форм здобуття післядипломної медичної освіти у межах системи освіти [91].

Відповідно до частини сьомої статті 18 зазначеного закону, інтернатура проводиться у закладах вищої освіти (університетах, академіях, інститутах), наукових установах, а також у закладах охорони здоров'я, визначених МОЗ як бази інтернатури. Вона визнається обов'язковою формою первинної спеціалізації для випускників медичних закладів освіти – лікарів та провізорів, з метою набуття кваліфікації спеціаліста відповідного профілю. Натомість лікарська резидентура визначена як форма поглибленої спеціалізації для лікарів-спеціалістів у певних медичних напрямках, а її реалізація передбачена у закладах вищої освіти, наукових установах і на клінічних базах, що мають відповідну акредитацію МОЗ як бази резидентури [91].

Інституціональне визнання інтернатури та резидентури як освітніх траєкторій після здобуття магістерського ступеня з медицини заклало підґрунтя для їх поступової інтеграції у систему вищої освіти. Фактично, вони стали завершальними етапами освітнього процесу підготовки фахівця, що поєднує освітні та професійні компоненти.

Подальша нормативна деталізація здійснена у спеціальних законодавчих актах. Зокрема, Основи законодавства України про охорону здоров'я (у редакції зі змінами) [65] та Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я» від 01.05.2025 року № 4246-IX визначають післядипломну підготовку медичних працівників і безперервний професійний розвиток як обов'язкові елементи професійної діяльності осіб, що працюють у сфері охорони здоров'я [70].

У статтях 74–75 Основ законодавства України наголошено, що підготовка за медичними спеціальностями здійснюється на рівні вищої та фахової передвищої освіти, а також у системі післядипломної освіти згідно з чинним законодавством. Зазначається обов'язок Міністерства охорони здоров'я щодо

затвердження переліку медичних спеціальностей, положень про інтернатуру та резидентуру, а також вимог до циклів спеціалізації й заходів з безперервного професійного розвитку [65].

Таким чином, на нормативному рівні закріплено чіткий розподіл повноважень у сфері післядипломної медичної освіти між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством освіти і науки України. Змістовне наповнення, організаційні механізми та вимоги до післядипломної підготовки фахівців охорони здоров'я визначаються МОЗ, тоді як МОН здійснює регуляторний супровід через процедури ліцензування й акредитації освітніх програм, забезпечуючи їх відповідність державним стандартам вищої освіти.

У цьому контексті важливим кроком стало нормативне врегулювання системи безперервного професійного розвитку (БПР) медичних працівників. На урядовому рівні вперше питання БПР було детально врегульовано Постановою Кабінету Міністрів України № 725 від 14 липня 2021 року, якою затверджено Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я [81].

Даний документ уперше запровадив кредитно-бальну систему підвищення кваліфікації для медичних і фармацевтичних працівників, що є елементом гармонізації української моделі професійного розвитку з європейськими практиками. Установлено, що БПР є обов'язковим процесом, який триває протягом усього періоду професійної діяльності та охоплює постійне оновлення знань, навичок і компетентностей. Законодавче підґрунтя для такої норми закріплено у Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я», згідно з яким «працівники сфери охорони здоров'я зобов'язані здійснювати безперервний професійний розвиток» [70].

Положення Постанови від 14 липня 2021 р. № 725 встановлює ключові організаційно-процедурні засади функціонування системи БПР, зокрема, порядок визнання провайдерів освітніх заходів, механізм нарахування балів, процедури

звітності та контролю. Мінімальний щорічний обсяг БПР для лікарів і провізорів становить 50 балів, при цьому контроль за виконанням цих вимог здійснюється через електронні реєстри і враховується під час процедури атестації [79].

Отже, безперервна професійна освіта медичних працівників набуває нормативного статусу постійного процесу підтримки та розвитку професійної компетентності, що відповідає сучасним стандартам медичної практики та інтеграції України до європейського освітньо-професійного простору.

Важливою складовою нормативного забезпечення післядипломної медичної освіти в Україні є системне впорядкування організаційно-правових засад функціонування інтернатури та лікарської резидентури як ключових форм професійної підготовки на післядипломному рівні. Зазначені форми навчання пройшли етапи законодавчого визнання та подальшої нормативної деталізації на рівні підзаконних актів Міністерства охорони здоров'я України.

Зокрема, починаючи з 2021 року, чинним є Положення про інтернатуру, затверджене наказом МОЗ України від 22 червня 2021 року № 1254 (в редакції наказу № 493 від 16 березня 2022 року) [79]. У межах зазначеного нормативного акту було кодифіковано нові підходи до організації первинної спеціалізації випускників закладів вищої медичної освіти, зокрема, через упровадження єдиної електронної системи рейтинг-розподілу, що ґрунтується на конкурсному балі. Даний механізм спрямований на підвищення прозорості, об'єктивності та справедливості у розподілі місць проходження інтернатури, що є вагомим кроком у напрямі забезпечення академічної доброчесності та конкурентності серед випускників.

Наступним етапом нормативного вдосконалення стало затвердження Положення про лікарську резидентуру наказом МОЗ України від 3 червня 2024 року № 949 [80]. Зазначений документ включає комплексне нормативне регулювання порядку вступу, організації освітнього процесу, атестації та підтвердження результатів навчання в межах резидентури. Запровадження резидентури стало можливим лише після нормативного закріплення її дефініції у законодавстві про вищу освіту, зокрема в Законах України «Про освіту» та «Про

вищу освіту», які визнали резидентуру як одну з освітніх траєкторій після здобуття ступеня магістра за спеціальністю «Медицина».

Ухвалення Положення про резидентуру є не лише проявом нормативного унормування цієї форми підготовки, а й індикатором поступового переходу до моделі глибокої клінічної спеціалізації, що відповідає міжнародним підходам до післядипломної медичної освіти, зокрема європейським директивам та рекомендаціям ВООЗ. Варто підкреслити, що Положення також регламентує критерії відбору клінічних баз резидентури, механізми супервізії, розроблення індивідуального плану підготовки резидента, а також принципи оцінювання результатів навчання в рамках компетентнісного підходу.

Таким чином, станом на 2025 рік в Україні сформовано цілісне нормативно-правове поле, що охоплює всі ключові етапи післядипломної медичної підготовки – від інтернатури як форми первинної спеціалізації, через резидентуру як етап поглибленої клінічної підготовки, до системи безперервного професійного розвитку як довготривалої траєкторії оновлення професійних компетентностей.

Окреслене нормативне упорядкування свідчить про інституціональне визнання інтернатури, резидентури та безперервного професійного розвитку як невід'ємних складників системи підготовки медичних кадрів у контексті функціонування вищої освіти та охорони здоров'я. Їх включення до єдиного правового і освітнього простору забезпечує системність, якість і послідовність професійного становлення лікаря, що, у свою чергу, відповідає сучасним вимогам академічної транспарентності та концепції безперервності медичної освіти.

З огляду на стратегічний курс України на європейську інтеграцію, вивчення досвіду країн Європейського Союзу є методологічно доцільним для порівняльного аналізу національної моделі післядипломної медичної освіти. Зокрема, предметом аналізу можуть слугувати системи Німеччини, Польщі та Чехії, як держав з розвиненою правовою базою у сфері охорони здоров'я, що ґрунтується на стандартах ЄС. Проведене аналітичне узагальнення дозволяє сформулювати висновок про значне розмаїття організаційно-правових рішень, які склалися в різних країнах залежно від історичних умов, моделі фінансування

системи охорони здоров'я, ролі професійних асоціацій та ступеня централізації управлінських функцій [1].

Попри національні відмінності, спільною для більшості країн ЄС є вимога до проходження обов'язкової спеціалізованої підготовки після отримання базового медичного диплома. Вона реалізується через чітко визначені програми, які передбачають встановлену тривалість, стандартизований зміст і завершуються іспитом на підтвердження кваліфікації. Цей підхід закріплено в Директиві 2005/36/ЄС Європейського парламенту та Ради про визнання професійних кваліфікацій, яка уніфікує правила доступу до лікарської професії в межах ЄС [132].

В українському контексті історично сформувалася дворівнева модель підготовки лікаря, що передбачає обов'язкове проходження інтернатури після здобуття ступеня магістра за спеціальністю «Медицина», з подальшою можливістю спеціалізації у формі резидентури чи циклів тематичного удосконалення. Така модель зберігає спадкоємність з радянською системою освіти, однак на сучасному етапі її трансформація здійснюється із урахуванням європейських практик [132].

Подібні дворівневі підходи функціонують і в окремих країнах Європи. Наприклад, у Великій Британії підготовка реалізується у форматі Foundation Programme, що виступає аналогом інтернатури, після завершення якого лікар продовжує навчання на етапі Specialty Training. У Швеції попереднім етапом перед спеціалізацією є програма Allmäntjänstgöring (AT), яка також має функції первинної лікарської підготовки [1].

Однак, у низці країн ЄС, зокрема у Німеччині, Польщі, Чехії, післядипломна підготовка лікаря реалізується за одноетапною моделлю, відповідно до якої випускник після отримання базового диплома безпосередньо зараховується до резидентури (спеціалізації), що триває в середньому 4–6 років залежно від обраного напрямку. Інтернатура як окремий структурний елемент у таких моделях відсутня, а повноцінна професійна підготовка інтегрується у межах єдиного клінічного освітнього етапу. Зміст і структура навчання в таких

програмах визначаються профільними професійними асоціаціями або міністерствами охорони здоров'я відповідних країн, а контроль якості забезпечується через системи акредитації клінічних баз і національні іспити на підтвердження фахової компетентності [1].

Проаналізувавши європейські моделі, виділено дві основні парадигми організації післядипломної медичної освіти: послідовну (інтернатура → спеціалізація) та інтегровану (єдина резидентура). Вибір тієї чи іншої моделі залежить від загальної архітекτονіки освітньої і медичної системи країни, однак у будь-якому випадку центральним залишається принцип забезпечення якості та безперервності підготовки лікаря як елемента гарантій пацієнтської безпеки та професійної компетентності у сфері охорони здоров'я.

Серед країн Європейського Союзу особливу увагу заслуговує модель післядипломної медичної освіти у Федеративній Республіці Німеччина, яка ґрунтується на принципах професійного самоврядування та автономності лікарської спільноти. На відміну від держав із централізованою структурою післядипломної підготовки, німецька система характеризується децентралізацією функцій управління та акцентом на відповідальності професійних об'єднань за якість фахової підготовки.

Після завершення шестирічного університетського курсу та отримання медичної ліцензії (*Approbation*) випускник набуває статусу лікаря-асистента (*Assistenzarzt*) та розпочинає спеціалізацію у клінічному закладі, що має відповідну акредитацію. Підготовка до рівня фахівця (*Facharzt*) триває в середньому від п'яти до шести років залежно від спеціальності й здійснюється під супроводом досвідченого наставника. Особливістю моделі є те, що процес спеціалізованої підготовки формально не інтегровано до системи вищої освіти, а його нормативне регулювання забезпечується через правила підвищення кваліфікації (*Weiterbildungsordnung*), які ухвалюються лікарськими палатами (*Ärztekammer*) на рівні федеральних земель [7].

Іспит на присвоєння звання лікаря-спеціаліста (*Facharztprüfung*) також проводиться медичною палатою. Важливо, що ліцензування клінічних баз, на

яких проходить спеціалізація, та нагляд за якістю освітнього процесу здійснюється самими професійними об'єднаннями. Однак, формально ліцензії на медичну практику видаються регіональними міністерствами охорони здоров'я, функції моніторингу та забезпечення стандартів підготовки делеговано системі професійного самоврядування [7].

Невід'ємною складовою моделі є впровадження системи обов'язкового безперервного професійного розвитку (БПР). Кожен лікар у Німеччині зобов'язаний протягом п'ятирічного періоду накопичити 250 освітніх балів для підтвердження кваліфікації та продовження членства у професійній палаті. Відповідні дані вносяться до реєстрів, а контроль за дотриманням цієї вимоги також здійснюють лікарські палати [7]. Отже, німецька система гарантує високий ступінь автономії лікарської професії, водночас покладаючи відповідальність за підтримання фахового рівня на саму спільноту, що передбачає розвинену інституційну інфраструктуру лікарського самоврядування та високу культуру професійної самодисципліни.

У контексті порівняння важливо розглянути також модель післядипломної медичної освіти Польщі, яка у своїй основі зберігає певні риси, подібні до української, однак вже зазнала істотної європеїзації та правового оновлення. Традиційно після завершення навчання в медичному факультеті молодий лікар проходив обов'язкову інтернатуру тривалістю 13 місяців, після чого складав державний ліцензійний іспит (LEK) і отримував право на медичну практику. Наступним етапом є вступ на спеціалізацію (резидентуру), яка триває 4–6 років і координується Міністерством охорони здоров'я Польщі. Залежно від умов, резидентура може бути фінансованою з бюджету (з виплатою заробітної плати) або проходити за кошти самого здобувача, що обумовлює конкуренцію за державні місця. Розподіл місць здійснюється двічі на рік за результатами рейтингового конкурсу [37, с. 85].

Після завершення резидентури лікар складає державний спеціалізаційний іспит (PES), що є підставою для присвоєння звання фахівця. Правове регулювання цієї сфери постійно оновлюється. Зокрема, у серпні 2023 року ухвалено Закон

України «Про деякі медичні професії», який запровадив обов'язкову реєстрацію медичних працівників у центральному реєстрі, а також встановив обов'язковість БПР для окремих категорій фахівців [132].

Суттєвою рисою польської моделі є розмежування спеціальностей на «регульовані» та «самостійні», з відповідними відмінностями у вимогах до проходження додаткового стажування або складання іспитів. Операційне управління післядипломною підготовкою здійснює Центр післядипломної медичної освіти (СМКР) у Варшаві – науково-методичний заклад, що функціонує під егідою МОЗ та забезпечує розроблення програм і навчальних курсів, а також організацію роботи координаторів спеціалізацій.

Отже, польська модель поєднує елементи централізованого державного управління (через Міністерство охорони здоров'я, законодавчі та регуляторні акти) із включенням вищих навчальних закладів та професійних об'єднань до реалізації освітніх програм, що забезпечує баланс між державною відповідальністю за якість освіти та академічною автономією університетів і фахових інституцій, що відповідає загальноєвропейським тенденціям розвитку медичної освіти.

Система післядипломної медичної освіти Чеської Республіки є показовим прикладом поступового переходу від пострадянської моделі до інтегрованої європейської структури підготовки лікарів-спеціалістів. Історично в Чехії функціонувала двоетапна модель спеціалізації, яка передбачала спочатку проходження базової підготовки (аналог української інтернатури) з подальшим складанням іспиту та отриманням сертифіката лікаря загальної практики. Для здобуття права на зайняття керівних чи вузькоспеціалізованих посад лікар мав проходити другий етап, зокрема, спеціалізацію за обраним фахом з повторною атестацією [129].

У 2017 році було реалізовано реформу, яка запровадила однорівневу модель спеціалізації. Сучасна система передбачає, що після закінчення шестирічного університетського курсу та успішного складання дипломного іспиту випускник отримує звання *Doktor medicíny* й одразу вступає до програми резидентури

(*specializační vzdělávání*) за обраною спеціальністю. Тривалість підготовки, як правило, становить близько п'яти років і завершуються єдиним спеціалізаційним іспитом, за результатами якого надається право на професійну практику в обраній галузі медицини.

Організаційне супроводження післядипломної підготовки в Чехії забезпечує Інститут післядипломної медичної освіти (IPVZ) у Празі, який координує навчальний процес. Водночас ключову роль у визначенні змісту, стандартів та процедур атестації відіграють професійні організації, насамперед Чеська медична палата (ČLK). Як обов'язкове професійне об'єднання, палата бере участь у розробленні навчальних програм, делегує представників до складу екзаменаційних комісій, а також здійснює нагляд за системою безперервної освіти лікарів [129].

Крім того, у Чеській Республіці впроваджено обов'язкову систему безперервного професійного розвитку (БПР), яка передбачає обов'язкове накопичення встановленої кількості освітніх кредитів протягом п'ятирічного циклу. Контроль за виконанням цієї вимоги покладено на ČLK, яка також відповідає за дотримання професійних та етичних стандартів лікарської діяльності.

Важливо зазначити, що чеська модель поєднує елементи державного регулювання та професійного самоврядування. Міністерство охорони здоров'я затверджує перелік спеціальностей і акредитує освітні установи, тоді як медична палата виконує функції контролю за якістю освітнього процесу, доброчесністю атестаційних процедур і дотриманням етичних норм. При цьому післядипломна освіта лікарів у Чехії, як і загалом в Європейському Союзі, суворо узгоджується з вимогами Директиви 2005/36/ЄС, яка передбачає дотримання мінімальних строків та змісту спеціалізаційних програм, погоджених із Європейською спілкою медичних спеціалістів (UEMS) [20, с. 14].

На цьому тлі порівняльний аналіз свідчить, що Україна поступово трансформує власну систему післядипломної підготовки лікарів у напрямі європейських підходів. Зокрема, запровадження інституту резидентури у

вітчизняному законодавстві демонструє зближення з моделями Польщі та Чехії, де спеціалізація органічно інтегрована у структуру медичної освіти. Разом з тим, в Україні зберігається елемент інтернатури як перехідної ланки між базовою вищою освітою та спеціалізацією, що зумовлює певну інституційну гетерогенність системи.

До ключових відмінностей, які на сьогодні розмежовують українську модель від європейських, належать:

1. Ступінь участі університетів у підготовці лікарів-спеціалістів. Так, у країнах ЄС вагоме місце у процесі спеціалізації займають університетські клініки, тоді як в Україні більшість клінічних баз представлена комунальними та державними медичними закладами.

2. Рівень інституційного розвитку професійного самоврядування. У більшості держав ЄС функціонують лікарські палати, які мають повноваження щодо контролю за якістю післядипломної освіти, атестаційними процедурами та дотриманням етичних стандартів. В Україні інституційне становлення подібної структури ще перебуває на етапі формування.

3. Наявність єдиних державних кваліфікаційних іспитів. Хоча в Україні з 2019 року запроваджено Єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ), що включає міжнародний тест та об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ), аналогів іспитів для лікарів-спеціалістів після завершення резидентури поки не існує [104].

На основі вище зазначеного, можемо констатувати, що сучасна стратегія інтеграції України до європейського освітнього та професійного простору у сфері медичної освіти реалізується через адаптацію структурних і процедурних механізмів, перевірених у державах ЄС, із одночасним збереженням та адаптацією національної специфіки. Подальшим кроком є впровадження єдиного державного ліцензійного іспиту для лікарів-спеціалістів після завершення резидентури, що відповідало б принципам забезпечення якості, транспарентності та мобільності у межах єдиного європейського простору вищої освіти та медичної практики.

Інтеграція післядипломної медичної освіти в загальнонаціональний освітній простір передбачає скоординовану діяльність низки державних і недержавних інституцій та чіткий розподіл повноважень між ними. У цьому процесі беруть участь як органи державної влади, так і професійні самоврядні структури. Зокрема, стратегічне керівництво сферою медичної освіти здійснюється Верховною Радою України (через законотворчу діяльність та роботу парламентського Комітету з питань здоров'я нації), Кабінетом Міністрів України, а також двома ключовими міністерствами – Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) та Міністерством освіти і науки (МОН) [1].

Крім центральних органів, у забезпеченні освітнього процесу беруть участь місцеві органи влади, зокрема в частині матеріально-технічного забезпечення клінічних баз, а також співфінансування інтернатури. Важливу роль відіграють і громадські та професійні організації – асоціації лікарів за спеціальностями, наукові товариства, а також структури професійного самоврядування, зокрема Українська медична рада. Така багаторівнева структура управління демонструє колективну відповідальність за якість підготовки медичних кадрів, що, згідно з рекомендаціями ВООЗ, є ключовою умовою сталого розвитку системи охорони здоров'я [54].

Одним із центральних механізмів забезпечення інтеграції післядипломної освіти до єдиного освітнього простору є взаємодія МОЗ та МОН, яка має системний характер. Історично медична освіта в Україні розвивалась як автономна сфера, підпорядкована МОЗ, що призводило до її певної відокремленості від загальної системи вищої освіти. Медичні університети та академії післядипломної освіти належали до сфери управління МОЗ, що створювало інституційну ізоляцію від стандартів і процедур, що діяли у ЗВО, підпорядкованих МОН [44].

Упродовж останнього десятиліття в Україні неодноразово порушувалося питання про уніфікацію управління медичною освітою та передачу медичних ЗВО до сфери управління МОН. Така реформа відповідає міжнародній практиці, оскільки у більшості країн Європейського Союзу управління медичними

університетами здійснює освітнє міністерство, що забезпечує їхню інтегрованість у загальну систему вищої освіти. На сьогодні в Україні сформовано подвійну модель управління, у межах якої МОЗ відповідає за галузевий аспект (розроблення стандартів медичної освіти, кваліфікаційних вимог, планування медичних кадрів), а МОН – за освітню політику, акредитацію, забезпечення автономії ЗВО та бюджетне фінансування.

Законодавче закріплення розподілу повноважень між МОЗ та МОН здійснено через оновлені нормативні акти. Так, згідно з Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я» від 12 лют. 2025 р .№ 4246-IX, МОЗ наділено повноваженнями щодо участі в реалізації державної політики у сфері фахової передвищої, вищої, післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку у сфері охорони здоров'я, а також щодо розроблення стандартів освіти і умов прийому спільно з МОН [70].

Це дозволяє забезпечити синергію між академічними стандартами та потребами охорони здоров'я. Зокрема, стандарти вищої освіти за спеціальностями галузі «Охорона здоров'я» на рівнях бакалавра та магістра затверджуються МОН за погодженням із МОЗ, що уможлиблює гармонізацію змісту навчання з галузевими вимогами. Водночас усі нормативні документи МОЗ, які регламентують інтернатуру або резидентуру, проходять державну реєстрацію в Міністерстві юстиції, що формально інтегрує їх у освітній нормативно-правовий простір.

Крім того, ключову роль у реалізації програм післядипломної підготовки відіграють заклади вищої медичної освіти. В Україні функціонує 14 державних і кілька приватних медичних університетів, які готують лікарів за освітнім рівнем магістра, а також забезпечують проведення інтернатури, спеціалізації та тематичного удосконалення через факультети післядипломної освіти [12].

Суттєву, відносно автономну позицію займають спеціалізовані заклади післядипломної медичної освіти, насамперед Національний університет охорони

здоров'я України імені П. Л. Шупика (НУОЗУ) та Львівська медична академія післядипломної освіти. Ці установи історично виконували функції монопольних провайдерів підвищення кваліфікації лікарів, зокрема шляхом реалізації тематичних курсів удосконалення, спеціалізаційних циклів і програм підготовки до атестації. У контексті реформування системи БПР зазначені заклади поступово втрачають монопольний статус і переходять до умов відкритої конкуренції з іншими акредитованими провайдерами освітніх послуг.

Попри зміну умов функціонування, роль цих установ залишається суттєвою. Вони забезпечують науково-методичне супроводження післядипломної освіти, розробляють навчальні програми, готують педагогічні кадри, а також виконують дослідницьку функцію у сфері медичної освіти. Отже, спеціалізовані ЗВО післядипломної освіти виступають платформами для підвищення кваліфікації та центрами формування освітньої політики у галузі охорони здоров'я.

У контексті реалізації післядипломної медичної освіти важливу роль, поряд із закладами вищої медичної освіти, відіграють клінічні бази, зокрема, лікарні, клініки, науково-дослідні установи, де безпосередньо відбувається практична підготовка інтернів і резидентів. Зазначені установи, переважно підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, виконують функцію навчальних платформ, що поєднують теоретичні засади та клінічну практику. Для провадження освітньої діяльності вони мають проходити спеціальну акредитацію або атестацію МОЗ як бази стажування. Основними критеріями акредитації є: наявність висококваліфікованих науково-педагогічних та клінічних кадрів, достатній потік пацієнтів, відповідне матеріально-технічне забезпечення, що відповідає сучасним вимогам надання медичної допомоги.

Згідно з чинним законодавством, заклади охорони здоров'я, які здійснюють підготовку інтернів, резидентів або організовують програми обов'язкового підвищення кваліфікації, зобов'язані отримати ліцензію на освітню діяльність та забезпечити акредитацію відповідних програм у встановленому порядку. Така вимога, що стала наслідком останніх реформ, спрямована на підвищення якісних показників освітнього процесу, оскільки на сьогодні заклади охорони здоров'я

мають відповідати не лише стандартам лікувальної діяльності, а й критеріям, встановленим у сфері освіти. У такий спосіб вони де-факто набувають статусу партнерських установ закладів вищої медичної освіти, забезпечуючи клінічний компонент освітнього процесу.

Крім того, важливою тенденцією сучасного етапу реформування післядипломної медичної освіти в Україні є посилення ролі професійних асоціацій та фахових спільнот у формуванні освітньої політики, що відповідає принципам спільного управління (shared governance), характерного для систем охорони здоров'я країн ЄС. В Україні триває процес інституційного становлення лікарського самоврядування, метою якого є створення професійної моделі, аналогічної до європейських медичних палат. Зокрема, у 2016–2017 роках було ініційовано розгляд проєкту Закону України «Про лікарське самоврядування», яким передбачалося створення Лікарської палати з обов'язковим членством, уповноваженої здійснювати контроль за професійною діяльністю, етикою та системою безперервного навчання [85].

Однак станом на 2025 рік відповідне законодавство не ухвалено, де-факто функціонують окремі елементи професійної саморегуляції. Зокрема, численні фахові асоціації (терапевтів, хірургів, кардіологів, сімейних лікарів тощо) активно співпрацюють із МОЗ у питаннях розроблення освітніх стандартів, участі в акредитаційних процедурах, організації фахових іспитів та атестаційних заходів. Дана модель відповідає європейському підходу до інтеграції професійної спільноти в управління якістю освіти та розвитку клінічної компетентності.

Ухвалений Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я» закріплює участь професійних організацій у формуванні кваліфікаційних характеристик і професійних стандартів, що фактично легітимізує їхню експертну роль у регулюванні галузі [70].

Водночас, впровадження системи безперервного професійного розвитку (БПР) сприяло диверсифікації ринку освітніх послуг, оскільки проведення

навчальних заходів (тренінгів, курсів, симпозіумів, семінарів) дозволено не лише державним, а й недержавним провайдерам, зокрема професійним асоціаціям і науковим установам, за умови акредитації в Державному експертному центрі МОЗ України. Це створило передумови для більш гнучкого реагування на запити медичної спільноти, забезпечило адаптацію змісту навчання до актуальних потреб клінічної практики та сприяло формуванню стійких горизонтальних зв'язків між освітнім процесом, професійною етикою та практичною діяльністю лікаря. Унаслідок цього поступово вибудовується цілісний інституційний механізм інтеграції післядипломної медичної освіти, який набуває ознак багаторівневої партнерської структури, що поєднує функції органів державного управління, закладів вищої медичної освіти, клінічних баз та професійних об'єднань. Даний формат взаємодії забезпечує узгодженість освітніх цілей із потребами системи охорони здоров'я та створює умови для впровадження принципів безперервного професійного розвитку на всіх етапах підготовки лікаря. В її основі лежить розподіл ролей і відповідальностей між основними групами стейкхолдерів:

- МОЗ та МОН формують політику, встановлюють нормативні вимоги, координують стандартотворчу діяльність;
- заклади вищої медичної освіти та заклади охорони здоров'я реалізують програми навчання, поєднуючи академічну підготовку з клінічною практикою;
- професійні асоціації та фахові спільноти забезпечують зворотний зв'язок, беруть участь у регулюванні якості, просувають етичні стандарти і модернізують зміст навчання відповідно до запитів практики.

Даний механізм перебуває на етапі інституційного становлення, однак його архітектоніка загалом відповідає європейській моделі «спільного управління» (shared governance), в якій ключові рішення щодо змісту, структури та реалізації післядипломної освіти ухвалюються за участю академічної спільноти, фахівців-практиків та державних регуляторів.

Важливим інструментом інтеграції післядипломної медичної освіти у систему вищої освіти України є розвиток партнерських взаємозв'язків між університетами та клінічними базами – лікарнями, медичними центрами, науково-

дослідними установами, які виконують функцію провайдерів практичного компоненту освітнього процесу. Такі заклади, здебільшого підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, повинні відповідати встановленим вимогам до баз стажування, включаючи наявність висококваліфікованих медичних кадрів, належної матеріально-технічної інфраструктури, достатнього клінічного навантаження, а також проходження відповідної акредитації чи атестації.

Крім того, у даному контексті набуває вагоме значення професійні асоціації та інститути самоврядування, які поступово стають повноправними учасниками системи післядипломної медичної освіти. В Україні відбувається процес поступового становлення лікарського самоврядування, орієнтованого на європейські моделі медичних палат.

Таким чином, інституційна модель інтеграції післядипломної медичної освіти в Україні формується на засадах багаторівневої взаємодії: Міністерство охорони здоров'я та Міністерство освіти і науки визначають політико-правові рамки, медичні заклади вищої освіти та заклади охорони здоров'я здійснюють реалізацію освітніх програм, тоді як професійні асоціації забезпечують експертну підтримку, зворотний зв'язок та участь у врядуванні якістю освіти. Така модель відповідає європейському принципу «спільного управління» (shared governance) у системі вищої медичної освіти, орієнтуючись на посилення партнерства між державними структурами, академічними установами та професійною спільнотою.

Не менш суттєвими залишаються фінансові дисбаланси між освітньою та клінічною складовими післядипломної підготовки. На сьогодні, медичні університети отримують кошти відповідно до державного замовлення МОН за підготовку магістрів, тоді як фінансування інтернатури здійснюється через систему охорони здоров'я, зокрема за рахунок бюджетів лікарень або місцевої влади. Відсутність уніфікованої моделі призводить до дефіциту стимулів для університетів інвестувати в післядипломну освіту, а для клінічних закладів – забезпечувати належний освітній супровід. Цей розрив особливо відчутний у регіонах із недостатньою інфраструктурою, де бракує сучасного обладнання та

кваліфікованих наставників. Запропонована стратегія МОЗ передбачає поступовий перехід до моделі фінансування за результатами: зокрема, університети отримуватимуть фінансову підтримку з урахуванням успішності випускників, їх працевлаштування, результатів кваліфікаційних іспитів. Розглядається й модель цільового державного фінансування підготовки резидентів за дефіцитними спеціальностями, включаючи практику заключення угод з органами місцевого самоврядування або лікувальними установами, що виступатимуть замовниками і водночас роботодавцями.

Ключовим фактором забезпечення якості післядипломної підготовки є кадровий ресурс. В Україні фіксується істотна міжгенераційна асиметрія: більшість викладачів клінічних кафедр сформувалися ще за часів радянської системи і не завжди адаптовані до нових освітніх підходів, включаючи компетентнісне навчання, симуляційні методи, міждисциплінарні інтегровані модулі та використання англomовних клінічних гайдлайнів. Одночасно молоді фахівці через низьку оплату праці часто обирають еміграцію або роботу в приватному секторі, що поглиблює проблему наступності. У цих умовах необхідно запровадити цільову політику підтримки наставників, яка має включати програми підвищення кваліфікації з медичної педагогіки, міжнародне стажування, стимулювання участі у навчанні резидентів шляхом доплат, інституціоналізацію статусу клінічного інструктора та формальне визнання педагогічної діяльності лікаря-наставника в системі професійної атестації.

Нагальним викликом залишаються обставини, пов'язані з повномасштабною війною, що триває з 2022 року. Внаслідок воєнних дій низка закладів вищої медичної освіти була змушена змінити місце дислокації, а матеріально-технічна база багатьох університетів та лікарень зазнала руйнувань. Перехід освітнього процесу в дистанційний формат, хоча й забезпечив безперервність навчання, водночас поставив під загрозу якість клінічної підготовки. Молоді лікарі змушені працювати в екстремальних умовах, нерідко без належного супроводу та досвіду. Додатковим фактором стало зростання еміграції медичних працівників, що посилює дефіцит кадрів.

Відсутність уніфікованої моделі організації післядипломної медичної освіти зумовлює брак стимулів для закладів вищої освіти до інвестування в цей сегмент, а для клінічних установ – до забезпечення належного освітнього супроводу. Зазначений інституційний дисбаланс особливо загострюється в регіонах із обмеженим ресурсним забезпеченням, де спостерігається дефіцит сучасного обладнання та кваліфікованих клінічних наставників. З метою усунення цих диспропорцій Міністерство охорони здоров'я України ініціювало поетапний перехід до результато-орієнтованої моделі фінансування післядипломної освіти, відповідно до якої університети отримуватимуть фінансову підтримку з урахуванням показників успішності випускників, результатів їх кваліфікаційних іспитів, рівня працевлаштування тощо. Одним із напрямів реалізації цієї стратегії розглядається запровадження механізмів цільового фінансування підготовки резидентів за спеціальностями, що є дефіцитними в окремих регіонах, із залученням місцевих органів влади або закладів охорони здоров'я як замовників освітніх послуг та потенційних роботодавців.

Водночас забезпечення належної якості післядипломної підготовки неможливе без кадрового посилення. У національній системі вищої медичної освіти простежується виразна міжгенераційна асиметрія: значна частина викладачів клінічних кафедр сформувалася ще в межах радянської моделі медичної освіти і демонструє недостатню готовність до впровадження сучасних освітніх технологій, таких як компетентнісний підхід, симуляційне навчання, міждисциплінарні модулі та використання англомовних клінічних гайдлайнів. У той самий час молоді лікарі, не маючи належного матеріального заохочення, часто надають перевагу трудовій міграції або працевлаштуванню в комерційному секторі, що призводить до розриву професійної наступності. За таких умов особливої актуальності набуває формування цільової політики підтримки наставництва, яка має охоплювати програми підвищення кваліфікації з медичної педагогіки, стимулювання участі в підготовці резидентів шляхом додаткової оплати, впровадження міжнародних освітніх стажувань, формалізацію статусу

клінічного інструктора та інституціалізацію педагогічної складової діяльності лікаря-наставника в системі професійної атестації.

Крім того, формування повноцінної системи післядипломної медичної освіти ускладнюється воєнними чинниками, що тривають з 2022 року. Унаслідок повномасштабної агресії частина закладів вищої медичної освіти була змушена змінити місце розташування, а їхня матеріально-технічна база зазнала суттєвих втрат. Перехід навчального процесу в дистанційний формат, хоча й забезпечив неперервність освіти, водночас створив загрози для якості клінічної складової підготовки, позаяк молоді лікарі нерідко змушені розпочинати професійну діяльність у надзвичайних умовах, без належного супроводу та досвіду. Додатковим ускладненням стало збільшення масштабів еміграції медичних працівників, що суттєво посилило кадровий дефіцит у галузі охорони здоров'я.

У цих умовах МОЗ було змушене впровадити тимчасові механізми, зокрема спеціальний порядок проходження інтернатури в умовах воєнного стану, який передбачав гнучке закріплення за клінічними базами, включно з ротаціями у військових госпіталях (наказ № 1327 від 26.07.2022) [93]. У післявоєнний період очікується потреба у створенні механізмів реінтеграції фахівців, які здобували клінічний досвід за кордоном, у тому числі шляхом спрощення визнання періодів навчання та практики, а також залучення їх до викладацької діяльності в Україні.

Серед ключових викликів, що постають перед системою післядипломної медичної освіти в Україні, особливої уваги потребує питання структурного дисбалансу в підготовці фахівців за спеціальностями. Станом на сьогодні в державі продовжує функціонувати модель, за якої спостерігається кількісне перевиробництво фахівців у певних галузях, насамперед у сфері стоматології та фармації, що супроводжується системним дефіцитом лікарів загальної практики, анестезіологів, патологоанатомів, що особливо гостро відчувається в сільських і віддалених регіонах. Одним із чинників, що сприяли формуванню такої ситуації, стало скасування обов'язкового розподілу випускників, що унеможливило гарантоване працевлаштування молодих спеціалістів у заклади охорони здоров'я відповідно до потреб системи. Хоча впровадження електронного рейтингового

розподілу частково врегулювало питання розподілу кадрів, воно не забезпечує повноцінного вирішення проблеми дефіциту персоналу в окремих регіонах і спеціальностях. У відповідь на зазначені виклики Міністерство охорони здоров'я України ініціювало реалізацію пілотних підходів до прогнозування кадрових потреб системи охорони здоров'я в середньостроковій перспективі. Отримані аналітичні дані мають стати основою для формування обґрунтованих обсягів державного замовлення на освітні програми резидентури з урахуванням реальних запитів регіонів. Водночас зростає потреба в ранній професійній орієнтації здобувачів медичної освіти ще під час навчання на рівні магістратури, а також у зміцненні партнерства між закладами освіти та медичними установами з метою формування мотивації до роботи в дефіцитних напрямках. У цьому контексті окремі територіальні громади вже демонструють позитивні практики впровадження цільової підготовки кадрів, укладаючи угоди з майбутніми резидентами, які передбачають як фінансування їхньої освіти, так і гарантії працевлаштування після завершення навчання, що не лише сприяє формуванню відповідальної кадрової політики на місцевому рівні, а й закладає інституційні засади для інтеграції освітнього процесу з потребами охорони здоров'я конкретних регіонів.

Таким чином, система післядипломної медичної освіти України поступово еволюціонує в бік комплексної моделі, в якій гармонізація правових механізмів, новації у фінансуванні, розвиток кадрового потенціалу, адаптація до викликів воєнного часу та управління розподілом спеціальностей постають як ключові напрями подолання системних бар'єрів на шляху інтеграції до європейського освітнього і професійного простору.

Попри наявні виклики, процес інтеграції післядипломної медичної освіти у систему вищої освіти України має чітко визначений напрям і підтримується на рівні державної політики. У середньостроковій перспективі ключовими векторами розвитку цієї інтеграції виступає, насамперед, подальша академізація резидентури, яка передбачає її офіційне включення до складу освітніх програм медичних університетів як самостійного циклу підготовки після здобуття

магістерського ступеня. За умови впровадження такої моделі, освітній процес у резидентурі зможе спиратися на науково-педагогічний потенціал університетських кафедр, клінічну базу та симуляційні центри, забезпечуючи водночас фахову спеціалізацію на рівні, який відповідатиме міжнародним стандартам. Завершення резидентури передбачатиме не лише отримання сертифіката Міністерства охорони здоров'я України, а й видачу документів державного зразка про проходження спеціалізованої підготовки, що сприятиме підвищенню рівня визнання кваліфікації українських лікарів за кордоном.

Подальше реформування передбачає розбудову університетської клінічної інфраструктури як необхідної умови повноцінної інтеграції освітнього і практичного компонентів. У цьому контексті уряд підтримав концепцію створення принаймні одного багатопрофільного клінічного центру при кожному медичному університеті, що дозволить поєднати навчальний процес, наукову діяльність та надання медичної допомоги в єдиному інституційному просторі. Така модель відповідає сучасним підходам до підготовки лікарських кадрів, зокрема вимогам доказової медицини та клінічної симуляції.

Одним із системних напрямів реформування є впровадження лікарського самоврядування як інструменту підвищення професійної автономії медичної спільноти та забезпечення контролю за якістю фахової діяльності. Законопроекти щодо утворення Лікарської палати, які розглядаються з урахуванням досвіду воєнного часу, передбачають передачу певних регуляторних функцій, зокрема ліцензування, атестації, сертифікації до інституцій, створених самою професійною спільнотою. Така модель не лише оптимізує навантаження на державні структури, а й забезпечить сталість фахового розвитку протягом усієї кар'єри лікаря від базової освіти до періодичного підтвердження компетентності.

Інтеграція української післядипломної медичної освіти до загальноєвропейського освітнього простору залишається пріоритетом національної політики. Уже сьогодні медичні університети України активно співпрацюють з іноземними партнерами в межах програм академічної мобільності Erasmus+, однак у найближчому майбутньому передбачається гармонізація й

програм резидентури з європейськими аналогами, що відкриє перспективу взаємного визнання періодів навчання, можливості проходження окремих етапів спеціалізації за кордоном, а також сприятиме підвищенню якості підготовки через впровадження сучасних клінічних протоколів, міждисциплінарних підходів і англомовних курсів.

Крім того, потребує оптимізація мережі медичних закладів вищої освіти, що визначено як один із пріоритетів політики Міністерства освіти і науки України. Згідно з оприлюдненими намірами, модель укрупнення передбачає зменшення кількості медичних ЗВО із збереженням або посиленням якості освітніх послуг. Для порівняння, у Польщі функціонує дев'ять медичних університетів, у Німеччині – сорок, тоді як в Україні – п'ятнадцять державних медичних вишів, не враховуючи факультети у класичних університетах [10]. У перспективі можлива реорганізація частини з них у форматі злиття або створення філій. Така трансформація дозволить консолідувати ресурси, підвищити якість підготовки та уніфікувати інфраструктурні стандарти, проте водночас вимагає обережного підходу, аби не знизити доступність медичної освіти в регіонах.

Узагальнюючи викладене, слід констатувати, що процес інтеграції післядипломної медичної освіти у вищу освіту України є багатофакторним і тривалим, проте стратегічно необхідним. Його кінцевою метою є створення сучасної системи підготовки фахівців, спроможної забезпечити безперервний розвиток професійних компетентностей лікарів, адаптацію до змін у клінічній практиці, впровадження інновацій та відповідність європейським освітнім стандартам. На сьогодні, уже реалізовані ініціативи, а саме: нормативне оформлення резидентури, розвиток системи безперервного професійного розвитку, цифровізація процедур, оновлення стандартів підготовки, що створюють передумови для успішної імплементації цієї моделі. Водночас її подальший розвиток залежить від подолання залишкових бар'єрів, політичної волі до реформ та стабільного ресурсного забезпечення. У зв'язку з цим, інтеграція післядипломної медичної освіти у систему вищої освіти є фундаментальним кроком до формування професійно мобільного,

конкурентоспроможного та здатного до навчання впродовж життя медичного працівника у відповідь на запити системи охорони здоров'я і потреби суспільства.

3.3 Напрями вдосконалення правового забезпечення освітньої, наукової та фінансово-господарської діяльності закладів післядипломної освіти

Сучасний стан системи післядипломної освіти медичних працівників в Україні потребує комплексного оновлення її нормативно-правового забезпечення з урахуванням викликів часу та імперативів адаптації до міжнародних освітніх стандартів. Як зазначено в Концепції розвитку післядипломної освіти в Україні, затвердженій Президією АПН України, правове регулювання у цій сфері повинно динамічно розвиватися відповідно до потреб системи охорони здоров'я та принципів неперервного професійного розвитку фахівців [32].

Враховуючи зазначене, розглянемо ключові напрями вдосконалення правового забезпечення діяльності закладів післядипломної освіти за трьома основними векторами: освітнім, науковим і фінансово-господарським.

Так, пріоритетним завданням виступає оновлення нормативних засад освітньої діяльності у сфері післядипломної підготовки медичних працівників. Згідно з чинним законодавством, післядипломна освіта визначається як «спеціалізоване вдосконалення знань і вмінь фахівця на основі раніше здобутого рівня освіти та практичного досвіду» [67; 69]. Хоча таке визначення закладає базову рамку функціонування, воно не враховує специфічних особливостей медичної галузі, що пов'язані з високими ризиками професійної відповідальності та потребою в дотриманні клінічних протоколів і стандартів.

У зв'язку з цим актуальним є розроблення та нормативне затвердження державних стандартів післядипломної медичної освіти нового покоління, які б інтегрували новітні досягнення медичної науки, положення доказової медицини та рекомендації міжнародних організацій, зокрема ВООЗ, Європейського Союзу, ESCFMG тощо. Як слушно зауважує О. В. Устінов, стратегія розвитку медичної

освіти має бути зорієнтована на формування компетентнісного підходу, що забезпечить не лише формальну відповідність кваліфікацій, але й реальну професійну ефективність лікарів у клінічній практиці [115].

Впровадження єдиних освітніх стандартів дозволить уніфікувати вимоги до програм спеціалізації, підвищення кваліфікації та тематичного удосконалення, а також стане інструментом гарантування якості освітніх послуг у цій критично важливій сфері. В умовах медичної практики якість надання допомоги безпосередньо залежить від рівня професійної підготовки фахівців, а отже, належне нормативно-правове забезпечення освітнього процесу постає як ключовий фактор державної політики у сфері охорони здоров'я.

У контексті модернізації нормативно-правового забезпечення післядипломної медичної освіти одним із ключових напрямів виступає реформа інтернатури та запровадження інституту лікарської резидентури як нової форми професійної спеціалізації. Відповідно до положень Стратегії розвитку медичної освіти в Україні, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 95-р, стратегічною метою є оновлення моделі інтернатури та запровадження інституційних механізмів її вдосконалення [103].

Передбачається створення національного рейтингу випускників закладів вищої медичної освіти, який стане основою для прозорого та справедливого електронного розподілу місць інтернатури, а також перегляд змістовного наповнення програм інтернатурної підготовки з урахуванням сучасних клінічних стандартів. У зв'язку з цим ініційовано перегляд нормативної бази інтернатури, зокрема підготовлено нове положення та внесено зміни до механізмів фінансування, що має забезпечити більш гнучку й ефективну модель первинної спеціалізації.

У межах трансформації системи післядипломної освіти також обґрунтовано законодавче впровадження інституту лікарської резидентури, як поглибленої форми професійної підготовки лікарів після завершення інтернатури. Як відзначено в науковій літературі, зокрема в роботі О. Лисенка, резидентура розглядається як складова реформи, орієнтованої на професіоналізацію та

поступову гармонізацію української моделі підготовки фахівців із міжнародними стандартами [39, с. 50].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3 червня 2024 р. № 949 затверджено Положення про лікарську резидентуру, що стало нормативною основою функціонування цієї форми підготовки [80]. У документі визначено засади організації резидентури, передбачено формування переліку спеціальностей, встановлено тривалість навчання, вимоги до вступників-резидентів і критерії акредитації клінічних баз стажування. Також положення враховує Стратегії розвитку медичної освіти в Україні (2019 року) щодо перспективи взаємного визнання лікарської резидентури між Україною та країнами Європейського Союзу, що відповідає курсу на інтеграцію в Європейський простір вищої освіти.

Реалізація резидентури дозволить лікарям, які пройшли інтернатуру, здобути вузькоспеціалізовані компетентності за обраним фахом, а також посилити практикоорієнтований характер підготовки. Законодавче закріплення нової моделі інтернатури й резидентури має сприяти підвищенню якості кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я, ефективнішій відповіді на запити системи медичної допомоги та поступовому наближенню української медичної освіти до світових стандартів.

Важливою складовою модернізації правового забезпечення післядипломної медичної освіти є розвиток системи безперервного професійного розвитку (БПР) медичних працівників. Еволюція цієї системи демонструє поступовий перехід від моделі періодичного підвищення кваліфікації до повноцінної, нормативно врегульованої системи постійного професійного вдосконалення, що відповідає міжнародним підходам до регулювання медичної освіти.

Зазначений процес трансформації отримав законодавче підґрунтя завдяки прийняттю Закону України № 4246-IX від 12 лютого 2025 р., яким внесено комплексні зміни до нормативних актів, що регламентують підготовку, професійну діяльність та розвиток медичних кадрів [70]. Закон набрав чинності 27

березня 2025 р. та вводиться в дію з 27 вересня 2025 р., що засвідчує пріоритетність розвитку БПР у державній політиці в галузі охорони здоров'я.

У межах нової редакції законодавства запроваджено обов'язок щорічного проходження БПР, підтвердження якого здійснюється шляхом накопичення визначеної кількості балів. Водночас держава бере на себе функцію забезпечення належних умов для реалізації цього обов'язку, у тому числі через регулювання переліку освітніх заходів, удосконалення системи їх акредитації та створення реєстрів суб'єктів і програм БПР.

Одним із ключових нововведень є закріплення права медичного працівника самостійно обирати форму та місце проходження професійного розвитку. Фактично відбулася демонополізація системи післядипломної освіти: лікарі більше не обмежуються виключно закладами, підпорядкованими МОЗ України. До зарахування для БПР допускаються освітні заходи, здобуті за кордоном, участь у міжнародних і національних конференціях, майстер-класах, онлайн-курсах, сертифікаційних програмах, що створює конкурентне середовище серед провайдерів освітніх послуг, що сприяє підвищенню якості програм та їх орієнтації на реальні потреби клінічної практики. Для імплементації цих положень необхідним є оновлення та синхронізація підзаконних нормативно-правових актів. Значну роль у нормативному регулюванні безперервного професійного розвитку (БПР) відігравали підзаконні акти, що визначали організаційно-процедурні засади цієї діяльності. Зокрема, наказ МОЗ України «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22 лютого 2019 р. № 446 та постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 (яка нині втратила чинність) встановлювали перелік видів професійної активності, за які нараховуються освітні бали, вимоги до провайдерів освітніх послуг, а також процедури підтвердження набутого професійного досвіду.

Попри важливість зазначених актів для становлення системи БПР в Україні, чинне правове регулювання цієї сфери потребує подальшого удосконалення. Передусім актуальними залишаються питання розроблення прозорих механізмів акредитації освітніх заходів, запровадження єдиних критеріїв для оцінювання їх

якості, а також забезпечення фінансових і організаційних гарантій для медичних працівників, які реалізують право на професійний розвиток упродовж кар'єри.

У цьому контексті перспективним є запровадження механізму державного ваучера на професійний розвиток, який би забезпечив часткову або повну компенсацію вартості освітніх програм для лікарів. Такий інструмент створив би рівні можливості для всіх медичних працівників і водночас сприяв би стабілізації та підвищенню якості кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Одним із пріоритетних напрямів удосконалення правового регулювання післядипломної освіти медичних працівників є інтеграція сучасних цифрових технологій навчання та гнучких форм здобуття освіти у систему безперервного професійного розвитку, що передбачає не лише використання технічних засобів у навчальному процесі, а й нормативно врегульоване впровадження дистанційних форматів, симуляційного навчання, електронних платформ, які здатні забезпечити якість та доступність освітніх послуг за умов обмеженого фізичного доступу до навчального середовища.

Актуальність даного напрямку значно зросла внаслідок пандемії COVID-19, а згодом і запровадження воєнного стану, що обумовило суттєві обмеження щодо проведення очних форм навчання. За таких умов дистанційна освіта та гібридні формати стали єдиною реалістичною альтернативою традиційній системі очного навчання. Водночас дослідники наголошують на необхідності використання інтерактивних, особистісно орієнтованих методів навчання, заснованих на засадах педагогіки дорослих, із широким залученням цифрових засобів комунікації та контролю знань [67].

На нормативному рівні створено низку передумов для впровадження дистанційної освіти в систему вищої та післядипломної освіти (зокрема, наказ МОН України № 466 від 25.04.2013 року, яким затверджено Положення про дистанційне навчання, а також інші підзаконні акти, що регламентують використання електронних платформ у закладах освіти). Водночас чинні документи не враховують специфіку післядипломної медичної освіти, що вимагає

високого рівня симуляційної підготовки, клінічних стажувань і чітких стандартів до оцінювання професійних компетентностей.

У зв'язку з цим виникає потреба в додатковому нормативному регулюванні таких аспектів, як:

- визнання результатів дистанційного навчання (онлайн-курсів, тренінгів, вебінарів) при проходженні атестації лікарів;
- встановлення єдиних вимог до провайдерів онлайн-освітніх послуг у сфері охорони здоров'я, включаючи критерії акредитації програм;
- запровадження механізмів незалежного контролю якості дистанційних форм освіти, у тому числі шляхом зовнішнього оцінювання результатів навчання.

Запропоновані заходи потребують внесення змін до чинних порядків атестації, а також типових положень про післядипломну освіту медичних працівників, із фіксацією можливості визнання результатів онлайн-навчання як повноцінного складника системи безперервного професійного розвитку.

У зв'язку з цим, цифровізація післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я має відбуватися на технологічному і регуляторному рівні, що забезпечить легітимність, якість і ефективність нових освітніх форматів у підготовці медичних фахівців.

Важливим напрямом удосконалення нормативно-правового регулювання післядипломної освіти медичних працівників є оптимізація процедур ліцензування та акредитації освітньої діяльності у цій сфері. Відповідно до чинного законодавства про вищу освіту, в Україні впроваджено нову модель акредитації освітніх програм, що ґрунтується на критеріях оцінювання результатів навчання, принципах автономії закладів освіти та вимогах європейських стандартів якості (ENQA, ESG 2015).

У цьому контексті медичні заклади післядипломної освіти повинні бути нормативно уповноважені розробляти власні освітні програми спеціалізації, підвищення кваліфікації та безперервного професійного розвитку (БПР), з наступним проходженням акредитації за чітко визначеними та прозорими критеріями. Враховуючи особливості медичних спеціальностей, доцільним є

розроблення галузевих стандартів акредитації програм післядипломної освіти на рівні Міністерства охорони здоров'я України. Ці стандарти мають враховувати як профільну специфіку клінічної підготовки, так і вимоги до практичної складової навчання.

Як зазначено в Стратегії розвитку медичної освіти в Україні, затвердженій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 95-р, необхідно запровадити ефективні механізми акредитації освітніх програм за медичними спеціальностями, орієнтовані на якість і результативність підготовки лікарів [103]. З метою підвищення об'єктивності та довіри до процедур акредитації, доцільно передбачити залучення незалежних експертів, представників професійних медичних асоціацій, а також міжнародних фахівців, що відповідає принципам Європейського простору вищої освіти.

Запровадження зазначених змін сприятиме посиленню довіри до сертифікатів, дипломів та інших документів, що видаються за результатами післядипломного навчання, та створить передумови для взаємного визнання кваліфікацій на міжнародному рівні.

Таким чином, у сфері освітньої діяльності післядипломних медичних закладів необхідне комплексне оновлення правового забезпечення – від положень рамкових законів до спеціалізованих нормативних актів МОЗ та МОН України. Запропоновані напрями трансформації, серед яких: розроблення галузевих освітніх стандартів; модернізація інтернатури; нормативне впровадження резидентури; розвиток системи БПР; цифровізація змісту і форм навчання; реформування механізмів акредитації, мають створити системну правову інфраструктуру для формування конкурентоспроможного професійного середовища у галузі охорони здоров'я. Їх реалізація забезпечить узгодження післядипломної медичної освіти з цілями та принципами Європейського простору вищої освіти, а також підвищить спроможність національної системи охорони здоров'я реагувати на виклики сучасного суспільства та клінічної практики. Перехід до оновлених стандартів післядипломної підготовки потребує також удосконалення правового регулювання наукової діяльності закладів

післядипломної медичної освіти, оскільки такі заклади виконують не лише освітні, але й важливі науково-дослідні функції.

У межах сучасних трансформацій медичної освіти особливої актуальності набуває питання підвищення ефективності наукових досліджень, що здійснюються при інституціях післядипломної освіти. З огляду на це правове забезпечення наукової діяльності потребує системного оновлення.

По-перше, доцільним є розширення автономії закладів післядипломної освіти у сфері наукових досліджень. Закон України «Про наукову і науково-технічну діяльність» (2015 р.) закріплює принцип інтеграції освіти і науки, відповідно до якого заклади вищої освіти мають виступати активними осередками наукових пошуків [87]. Для реалізації цього принципу пропонується внести зміни до спеціальних нормативних актів МОЗ і МОН з метою надання інститутам та академіям післядипломної освіти статусу наукових установ (за наявності необхідної матеріально-технічної бази та кадрових ресурсів) або створення при них науково-дослідних структурних підрозділів, що забезпечить можливість їхньої офіційної участі в конкурсах наукових проєктів, отримання державного фінансування на дослідження, грантів Національного фонду досліджень України та інших наукових фондів. Крім того, варто нормативно спростити процедури реєстрації науково-дослідних тем у системі МОЗ та МОН для закладів післядипломної освіти, що сприятиме плануванню досліджень відповідно до державних пріоритетів розвитку науки.

По-друге, необхідним є формування ефективного механізму трансферу наукових результатів у практику охорони здоров'я. У цьому контексті правове регулювання має передбачати інституційну взаємодію між закладами післядипломної освіти та лікувальними установами, зокрема базами стажування інтернів і резидентів. Зокрема, у положеннях про інтернатуру та резидентуру доцільно передбачити обов'язок клінічних лікарень укладати угоди з освітніми закладами щодо спільної науково-інноваційної діяльності. Такі угоди повинні врегульовувати порядок проведення клінічних досліджень, упровадження нових

методів діагностики та лікування під керівництвом науково-педагогічних працівників кафедр.

Крім того, необхідно нормативно стимулювати участь слухачів післядипломної освіти у наукових дослідженнях. Одним із можливих інструментів є включення до програм резидентури обов'язкового науково-дослідного модуля, який може передбачати підготовку наукової публікації, тез конференції або аналітичного звіту. Результати виконання такого модуля доцільно враховувати під час проходження атестації, що не лише сприятиме активізації наукової діяльності майбутніх лікарів-спеціалістів, але й формуватиме компетентності критичного мислення, аналітичної роботи з доказами та використання принципів *evidence-based medicine* у професійній практиці.

По-третє, одним із пріоритетних напрямів модернізації правового забезпечення наукової діяльності у сфері післядипломної медичної освіти є формування належної академічної культури та етики наукових досліджень. Актуальність даного напрямку зумовлена численними викликами, пов'язаними з порушенням принципів академічної доброчесності: плагіатом у кваліфікаційних роботах, фабрикацією або фальсифікацією даних, недобросовісною авторською практикою тощо. Подібні явища підривають довіру до результатів досліджень, знижують рівень репутації закладів освіти та негативно впливають на якість підготовки медичних фахівців.

Згідно зі ст. 42 Закону України «Про освіту», академічна доброчесність є обов'язковим компонентом освітньої діяльності, а її дотримання має бути забезпечене на інституційному рівні [91]. У цьому контексті кожен заклад післядипломної освіти має затвердити етичний кодекс академічної спільноти та створити комісію з питань академічної доброчесності, яка діятиме на постійній основі. Крім того, у відомчих нормативних актах МОЗ доцільно встановити обов'язковість перевірки кваліфікаційних робіт здобувачів післядипломної освіти (магістрів медицини, лікарів-інтернів, аспірантів) на наявність академічного плагіату.

Положення Стратегії розвитку медичної освіти чітко акцентують на тому, що держава спільно з закладами вищої освіти має викорінювати прояви недоброчесності, а наукові роботи викладачів і студентів підлягати ретельній перевірці [115]. З огляду на це, пропонується створити при МОЗ України Комітет з питань академічної доброчесності у медичній освіті як дорадчий орган. Такий крок вже передбачено Стратегією розвитку медичної освіти [103]. Завданням комітету має стати моніторинг дотримання етичних норм, розгляд фактів порушень доброчесності та розроблення методичних рекомендацій для закладів післядипломної освіти.

Крім того, доцільно внести зміни до контрактів із керівниками закладів післядипломної освіти, закріпивши положення про персональну відповідальність за підтримання академічної доброчесності на рівні освітньої установи.

По-четверте, важливою умовою посилення наукової компоненти є створення мережі університетських клінік при закладах післядипломної освіти. У міжнародній практиці університетські (академічні) клініки функціонують як інституції, що поєднують лікувальну, освітню та науково-дослідну діяльність. Водночас в Україні правовий статус університетських клінік залишається недостатньо врегульованим, що обмежує можливості їхньої повноцінної інтеграції в інфраструктуру післядипломної освіти.

Стратегічні документи Міністерства охорони здоров'я України, зокрема Стратегія розвитку медичної освіти, передбачають необхідність перегляду нормативної бази щодо організації та функціонування університетських клінік як важливих структурних компонентів інтегрованої освітньо-медичної інфраструктури [103].

З метою реалізації цього стратегічного положення доцільним є розроблення та затвердження окремого нормативного акта Кабінету Міністрів України – Положення про університетські (клінічні) бази стажування, в якому слід передбачити можливість довгострокового надання клінічних баз у користування закладам післядипломної медичної освіти для реалізації освітньої, наукової та лікувальної діяльності.

Прийняття такого документа створить правове підґрунтя для функціонування структурних клінічних підрозділів, оснащених сучасним обладнанням і здатних одночасно виконувати функції навчального середовища, бази для наукових досліджень та практики надання медичної допомоги.

Крім того, необхідно нормативно стимулювати залучення приватних інвестицій у створення науково-освітньої інфраструктури, зокрема симуляційних центрів, лабораторій, цифрових платформ через механізми державно-приватного партнерства.

Загалом, посилення наукової компоненти в системі післядипломної медичної освіти забезпечить ефект міждисциплінарної синергії: навчальний процес ґрунтуватиметься на сучасних наукових даних, а результати українських медичних досліджень – оперативно впроваджуватимуться в клінічну практику. Запропоновані нормативно-правові зміни, зокрема надання наукової автономії закладам післядипломної освіти, інституціоналізація їхньої співпраці з клінічними установами, закріплення принципів академічної доброчесності та розвиток мережі університетських клінік, створюють комплексну правову основу для інноваційного оновлення післядипломної медичної освіти в Україні. У цьому контексті важливою умовою реалізації стратегічного потенціалу післядипломної освіти є забезпечення належного фінансово-господарського механізму функціонування відповідних закладів, що дозволяє гарантувати сталий розвиток і високу якість освітніх послуг.

Чинне законодавство України встановлює лише базові підходи до організації фінансової діяльності закладів вищої освіти, тому виникає об'єктивна потреба в деталізації та адаптації цих положень до специфіки медичних закладів післядипломної освіти. Удосконалення правового регулювання у цій сфері має охоплювати, насамперед, питання розширення фінансової автономії, оновлення моделей фінансування, розширення джерел надходжень і нормативного забезпечення їх ефективного використання.

У першу чергу, необхідно забезпечити повноцінну реалізацію фінансової автономії закладів післядипломної освіти, передбачену чинним законодавством.

Відповідно до статті 32 Закону України «Про вищу освіту», заклади вищої освіти мають автономію в організаційних, академічних і фінансових питаннях, що надає їм право самостійно розпоряджатися фінансовими ресурсами, планувати бюджет і здійснювати господарську діяльність. Медичні університети та академії, які реалізують програми післядипломної підготовки, володіють тими самими правами, що й інші заклади вищої освіти. У Стратегії розвитку медичної освіти в Україні окремо підкреслено необхідність реалізації зазначених прав як ключового чинника модернізації освітнього середовища [103].

Незважаючи на проголошену автономію, на практиці фінансова діяльність закладів післядипломної освіти нерідко зазнає обмежень з боку підзаконних актів Міністерства охорони здоров'я України. Зокрема, такі обмеження стосуються затвердження кошторисів через центральні структури МОЗ, обмеження у використанні власних надходжень тощо. У зв'язку з цим доцільно здійснити нормативно-правову ревізію чинних відомчих актів на предмет їхньої відповідності положенням Закону «Про вищу освіту» у частині реалізації фінансової автономії. Зокрема, слід передбачити законодавчі зміни, які б усували надмірну бюрократизацію фінансового менеджменту та гарантували керівникам закладів право самостійно вирішувати питання, пов'язані з розподілом бюджету, оплатою праці, використанням спеціального фонду згідно із статутними завданнями.

Крім того, необхідно нормативно закріпити положення щодо недопущення вилучення залишків власних надходжень у кінці бюджетного року або їх нецільового використання. Законодавчо вже встановлено, що позабюджетні надходження закладів освіти (зокрема плата за навчання, гранти, благодійна допомога) не можуть бути вилучені до загального фонду бюджету, а мають використовуватись виключно на реалізацію статутної діяльності закладу [91]. Дане положення потребує конкретизації в підзаконних актах МОЗ для практичного його виконання.

Відповідно до законодавства, заклади освіти мають право самостійно розпоряджатися коштами, отриманими від господарської діяльності, що

передбачає складання фінансових планів самими установами, із забезпеченням контролю з боку держави виключно в аспектах законності та ефективності використання коштів. Такий підхід передбачає здійснення державного фінансового аудиту замість дріб'язкових попередніх перевірок, які суперечать принципам автономії та ефективного управління ресурсами.

Наступним стратегічним вектором реформування правового забезпечення післядипломної медичної освіти в Україні є удосконалення моделі державного фінансування відповідних закладів. Історично склалося так, що фінансування закладів післядипломної освіти здійснювалося за залишковим принципом: із державного бюджету, за посередництва Міністерства охорони здоров'я України, покривалися здебільшого витрати на оплату праці педагогічного персоналу та утримання інфраструктури, тоді як розвиток матеріально-технічної бази фінансувався переважно за рахунок позабюджетних джерел, зокрема контрактного навчання. Така практика в сучасних умовах втрачає ефективність і суперечить загальним засадам результативного управління у сфері вищої освіти.

У цьому контексті нагальною є потреба переходу до результат-орієнтованої моделі фінансування, яка вже імплементується у сфері вищої освіти шляхом формульного розподілу бюджетних коштів, що враховує ключові індикатори якості освітньої діяльності, зокрема, чисельність студентського контингенту, працевлаштування випускників, рівень наукової активності тощо. За аналогією, для системи післядипломної медичної освіти важливо розробити власні критерії ефективності функціонування закладів. До таких індикаторів можуть належати: кількість лікарів, які успішно склали міжнародні сертифікаційні іспити або українські ліцензійні тести; рейтинг освітнього закладу за оцінками слухачів; обсяги виконання науково-дослідної роботи тощо.

Реалізація даного підходу відповідає положенням стратегічних документів, у яких декларується намір реформувати систему фінансування університетів на основі визначених показників успішності, що, в свою чергу, має сприяти підвищенню якості освітніх послуг і посилити конкуренцію між закладами.

Для забезпечення ефективної реалізації результат-орієнтованого фінансування необхідне відповідне нормативне коригування бюджетних процедур. Зокрема, доцільним є створення міжвідомчого механізму формульного розподілу субвенцій на післядипломну медичну освіту за участю МОЗ та МОН, який би передбачав як базову, так і стимулюючу частини фінансування. Така модель має мотивувати освітні установи до підвищення якості надання освітніх послуг, оптимізації витрат і розвитку інноваційної інфраструктури.

Крім того, Стратегією розвитку медичної освіти в Україні окреслено необхідність перегляду існуючих фінансових підходів, включаючи проведення комплексного аналізу реальної вартості підготовки одного слухача, а також оцінку балансу між витратами та доходами всієї системи медичної освіти [103]. Отримані результати можуть бути використані для обґрунтування обсягів бюджетних асигнувань, необхідних для забезпечення якісної післядипломної підготовки медичних фахівців, у тому числі шляхом наближення їх до рівня, передбаченого освітнім законодавством (не менше 10 % національного доходу на освіту).

Ще одним стратегічним напрямом модернізації системи післядипломної медичної освіти є диверсифікація джерел фінансування та активізація державно-приватного партнерства. Відповідно до чинного законодавства, заклади освіти мають право на отримання фінансових надходжень із різних джерел: державного та місцевих бюджетів, плати за освітні та наукові послуги, грантів, благодійних внесків тощо [91]. Проте на практиці потенціал цих можливостей реалізується лише частково, що вимагає цілеспрямованих інституційних заходів щодо їх активізації.

Насамперед, особливої актуальності набуває стимулювання залучення грантових коштів від міжнародних організацій, фондів технічної допомоги та програм ЄС для модернізації інфраструктури післядипломної освіти. Для цього доцільно спростити адміністративні процедури, зокрема надати освітнім закладам право відкривати окремі валютні рахунки для обліку грантових надходжень, а також звільнити ці кошти від оподаткування. Зазначений підхід узгоджується з

положеннями статті 79 Закону України «Про освіту», яка визначає, що добровільні внески у грошовій або матеріальній формі не вважаються прибутком закладу і можуть бути використані для освітніх потреб [91].

Окрему увагу слід приділити розвитку державно-приватного партнерства (ДПП) у сфері післядипломної медичної освіти. Законодавчі засади для цього вже існують, зокрема, Закон України «Про публічно-приватне партнерство» та стаття 81 Закону України «Про освіту», які визначають правові механізми взаємодії закладів освіти з приватними інвесторами [98]. У цьому контексті перспективними є проєкти зі створення навчально-лабораторних комплексів, симуляційних центрів, а також спільних клініко-освітніх підрозділів на базі лікарень. З метою інституційного оформлення таких ініціатив необхідно на рівні Кабінету Міністрів України розробити типову модель ДПП для медичної освіти і науки, яка передбачала фінансування приватною стороною створення центру підвищення кваліфікації з можливістю отримання преференційних умов оренди чи участі в організації освітнього процесу.

Значного оновлення потребує також система платних послуг у післядипломній освіті. Сучасне законодавство передбачає можливість надання закладами додаткових освітніх послуг на договірній основі, зокрема короткострокових курсів, семінарів, тренінгів, консультацій, у тому числі – для іноземних громадян з оплатою у національній чи іноземній валюті [91]. Водночас механізми тарифікації таких послуг, а також порядок використання отриманих коштів вимагають унормування. Важливо розробити спеціалізовані методичні рекомендації або внести зміни до чинного наказу МОН № 736 від 19.08.2015 року, які б враховували специфіку надання платних освітніх послуг саме в медичних ЗВО [83].

Крім того, необхідно посилити контроль за якістю платних освітніх послуг. Зокрема, варто передбачити обов'язкову акредитацію суб'єктів, що проводять комерційні семінари, тренінги та майстер-класи в медичній сфері, як офіційних провайдерів безперервного професійного розвитку (БПР). Такий крок дозволить

не лише підвищити рівень довіри до платних освітніх програм, але й забезпечить дотримання стандартів професійної підготовки лікарів.

Окремим пріоритетним напрямом удосконалення фінансово-господарської діяльності закладів післядипломної медичної освіти є підвищення ефективності використання фінансових ресурсів і забезпечення прозорості фінансової звітності. Установи повинні впроваджувати сучасні принципи фінансового менеджменту, зокрема середньострокове бюджетне планування, механізми внутрішнього аудиту, а також практику публічного представлення щорічних фінансових звітів. Доцільним є нормативне закріплення обов'язку щодо розміщення на офіційних вебсайтах ключових фінансових показників діяльності закладу (зокрема обсягів бюджетного фінансування, доходів від платних послуг, структури витрат), що сприятиме підвищенню рівня публічної підзвітності керівництва та довіри з боку стейкхолдерів і громадськості.

У свою чергу, органам державного фінансового контролю важливо посилити увагу до проведення аудитів ефективності використання коштів у сфері післядипломної освіти медичних працівників. Практика останніх років свідчить, що неналежний контроль у цій сфері призводив до несвоєчасного або нецільового використання бюджетних ресурсів, спрямованих на підвищення кваліфікації медичних кадрів [82]. Зокрема, Рахункова палата України у 2023 році зафіксувала низку порушень, пов'язаних з невиконанням Міністерством охорони здоров'я України заходів з розвитку системи безперервного професійного розвитку у 2020–2022 роках. Ці факти засвідчують наявність суттєвих проблем у сфері фінансового планування та управління.

На основі вище зазначеного, актуальним є закріплення у відомчих нормативних актах вимоги щодо щорічного аналізу ефективності використання фінансових ресурсів, зокрема шляхом співставлення витрат на навчання одного слухача з результатами підвищення його кваліфікації, що дозволить своєчасно коригувати фінансові стратегії закладу та впроваджувати заходи з оптимізації витратної частини бюджету.

Узагальнюючи, можна констатувати, що вдосконалення правового регулювання фінансово-господарської діяльності є необхідною передумовою забезпечення фінансової стійкості та сталого розвитку системи післядипломної медичної освіти. Комплексність запропонованих заходів – від розширення фінансової автономії до впровадження прозорих механізмів управління платними послугами створює передумови для ефективного функціонування закладів у нових соціально-економічних умовах. Реалізація зазначених ініціатив у поєднанні з реформуванням освітнього та наукового середовища дозволить системі післядипломної медичної освіти в Україні відповідати актуальним викликам і потребам суспільства.

Висновки до розділу 3.

1. Проведений аналіз засвідчує, що правовий статус закладів післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я ґрунтується на поєднанні положень Конституції України, законодавства про освіту та спеціальних норм галузі охорони здоров'я, що надає цим інституціям статус освітніх установ вищого рівня з чітко визначеними повноваженнями та вимогами до акредитації, ліцензування й організації освітньої діяльності. Трансформація, яка відбулася впродовж останніх років, зокрема реорганізація спеціалізованих академій у структурні підрозділи медичних університетів, засвідчує тенденцію до уніфікації організаційно-правових форм та інтеграції післядипломної освіти в загальний простір вищої медичної освіти.

У межах такого нормативно визначеного статусу заклади післядипломної освіти виконують широкий спектр функцій, що охоплює освітню, науково-дослідницьку, інформаційну, методичну, експертно-консультативну та впроваджувальну діяльність. Вони забезпечують реалізацію ключових механізмів набуття та підтримання професійної компетентності медичних працівників, включаючи інтернатуру, спеціалізацію, перепідготовку, підвищення кваліфікації та інші форми безперервного професійного розвитку. Науково-методичний потенціал цих установ забезпечує формування сучасного змісту підготовки,

розроблення нормативних документів і стандартизованих освітніх програм, що узгоджуються з вимогами доказової медицини та міжнародними підходами.

Отже, заклади післядипломної освіти у сфері охорони здоров'я виступають ключовими інституційними елементами державної системи підготовки кадрів, поєднуючи у собі правовий статус закладів вищої освіти та багатофункціональну роль центрів професійного розвитку. Їх діяльність формує організаційно-правове підґрунтя для забезпечення високої якості медичних послуг, реалізації принципу неперервності освіти та підтримання кадрової спроможності системи охорони здоров'я України.

2. Комплексний аналіз організаційно-правових засад інтеграції післядипломної медичної освіти у систему вищої освіти України дає підстави стверджувати, що впродовж останнього десятиліття в державі поступово сформовано цілісну нормативно-інституційну модель, яка забезпечує системну єдність усіх рівнів підготовки медичних кадрів. Включення інтернатури, резидентури та безперервного професійного розвитку до законодавства про освіту і охорону здоров'я, а також затвердження відповідних підзаконних актів (Положення про інтернатуру, Положення про резидентуру, Постанова КМУ № 725) створили правове підґрунтя для уніфікації освітніх програм, їхньої акредитації та ліцензування відповідно до державних стандартів.

Ключовою ознакою інтеграційного процесу є поступове перенесення акценту з відомчого управління медичною освітою (МОЗ) на академічну автономію закладів вищої освіти та принципи спільного управління (shared governance), що виявляється у співпраці МОЗ, МОН, університетів, клінічних баз та професійної спільноти. Утвердження єдиної освітньої траєкторії, що охоплює всі етапи – від магістратури до спеціалізації та безперервного розвитку, що свідчить про поступове додання ізоляційності медичної освіти та її гармонізацію з європейськими підходами.

Організаційно-правові механізми інтеграції охоплюють розмежування повноважень між ключовими органами влади, впровадження моделей спільного фінансування, розвиток мережі університетських клінік, унормування ролі

провайдерів БПР та зростання впливу професійних асоціацій. Попри збереження окремих системних викликів, а саме: кадрових, фінансових, регіональних – інтеграція післядипломної освіти демонструє динамічну еволюцію у напрямі академізації, міжінституційного партнерства та зміцнення клінічного компоненту навчання.

Таким чином, організаційно-правові механізми, що сформовані в Україні, забезпечують поступову трансформацію післядипломної медичної освіти у невід’ємну складову системи вищої освіти, спрямовану на підготовку професійно компетентного, мобільного та етично відповідального фахівця, здатного до навчання впродовж життя відповідно до потреб національної системи охорони здоров’я та вимог міжнародної професійної спільноти.

3. Узагальнення викладених положень дозволяє стверджувати, що модернізація правового забезпечення освітньої, наукової та фінансово-господарської діяльності закладів післядипломної медичної освіти є системним процесом, спрямованим на адаптацію національної моделі підготовки медичних фахівців до вимог сучасної клінічної практики, міжнародних стандартів та умов функціонування системи охорони здоров’я. У сфері освітньої діяльності ключовою тенденцією виступає відхід від фрагментарного нормативного регулювання на користь формування цілісної галузевої правової архітектури, що включає оновлені державні стандарти післядипломної медичної освіти, реформування інтернатури, запровадження лікарської резидентури, розвиток системи безперервного професійного розвитку та нормативне закріплення цифрових форматів навчання. Сукупно ці зміни мають забезпечити уніфікацію вимог до освітніх програм, підвищення їх якості, розширення доступності та відповідності моделі професійної підготовки лікарів міжнародним стандартам.

У сфері наукової діяльності визначальною є потреба розширення інституційної спроможності закладів післядипломної освіти здійснювати повноцінні наукові дослідження, насамперед, нормативне закріплення їхнього статусу як суб’єктів наукової діяльності, створення структурних наукових підрозділів, забезпечення доступу до конкурсного фінансування досліджень,

розвиток університетських клінік як інтегрованого освітньо-науково-клінічного середовища, а також формування дієвих механізмів трансферу наукових результатів у практику охорони здоров'я. Особливої актуальності набуває інституціоналізація академічної доброчесності, що має забезпечувати прозорість, якість і суспільну довіру до наукової продукції медичних освітніх установ.

У сфері фінансово-господарської діяльності модернізація правового забезпечення передбачає реалізацію принципу фінансової автономії, перехід до результат-орієнтованих моделей державного фінансування, диверсифікацію джерел надходжень, розвиток механізмів державно-приватного партнерства, удосконалення підходів до надання платних освітніх послуг, а також запровадження вимог щодо прозорості фінансової звітності та регулярної оцінки ефективності використання ресурсів. Такі заходи створюють передумови для підвищення стійкості закладів післядипломної освіти, оновлення їхньої матеріально-технічної бази та посилення конкурентоспроможності на ринку освітніх послуг.

Отже, запропоновані напрями вдосконалення нормативно-правового регулювання освітньої, наукової та фінансово-господарської діяльності окреслюють цілісну модель розвитку післядипломної медичної освіти, що інтегрує принципи автономії, інституційної спроможності, міжнародної сумісності, доказовості та фінансової прозорості, а їх імплементація здатна забезпечити формування сучасного професійного середовища, у якому післядипломна підготовка медичних працівників виступатиме системним чинником підвищення якості медичної допомоги, сталого кадрового розвитку галузі та інтеграції України у європейський освітній і науковий простір.

ВИСНОВКИ

На основі теоретичного обґрунтування та правового аналізу адміністративно-правового механізму регулювання процесів підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників відповідно до мети та завдань дослідження сформовані наступні висновки:

1. Удосконалено теоретико-методологічне обґрунтування адміністративно-правового забезпечення якості медичної допомоги в контексті підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників. З'ясовано, що в умовах глобалізаційних трансформацій, зростаючої складності систем охорони здоров'я та підвищених очікувань пацієнтів управління якістю стає системотворчим фактором забезпечення ефективності, безпеки та результативності медичних послуг. Встановлено, що сучасна система управління якістю у сфері охорони здоров'я ґрунтується на синтезі класичних моделей оцінювання (модель А. Донабедіана, концепція оптимальної якості Х. Вуорі, шість параметрів Р. Максвелла) та підходів до всеосяжного управління якістю (TQM), що передбачає циклічний моніторинг, інтеграцію системних змін і орієнтацію на пацієнта. Розглянуто історичні витoki стандартизації медичної допомоги та її еволюцію до сучасних міжнародних норм і стандартів, таких як ISO серії 9000 та IWA 1:2005, адаптованих в Україні у вигляді ДСТУ IWA 1:2007. Доведено, що забезпечення високої якості медичних послуг потребує комплексного підходу, який охоплює нормативно-правове забезпечення, інституційні механізми, кадровий потенціал, організаційну структуру, інформаційні потоки та систему внутрішнього аудиту. Сформовано висновок, що ефективне управління якістю передбачає впровадження мультирівневої стратегії, що включає: ресурсно-орієнтовані дії; інституційно-правові реформи; поведінкові стратегії щодо пацієнтів; інструменти контролю й самоконтролю на рівні медичних закладів.

Охарактеризовано, що однією з ключових умов досягнення високого рівня якості медичних послуг є побудова сприятливого внутрішнього середовища в закладах охорони здоров'я — через розвиток лідерства, міждисциплінарної

взаємодії, впровадження мотиваційних механізмів, прозорих процедур внутрішнього аудиту та фокус на пацієнтоцентричність. Обґрунтовано, що безперервне навчання та професійне вдосконалення медичного персоналу є не лише вимогою нормативно-правової бази, але й базовим елементом системи забезпечення якості, що має бути інтегровано в механізми атестації та підвищення кваліфікації.

Таким чином, управління якістю медичної допомоги має спиратися на інтегровану модель, яка враховує як глобальні стандарти і міжнародний досвід, так і особливості національної системи охорони здоров'я. Забезпечення її ефективного функціонування вимагає поєднання стратегічного бачення на державному рівні та тактичного впровадження змін у практиці діяльності окремих медичних установ, з урахуванням потреб пацієнтів, доступності ресурсів і етичних принципів професійної діяльності.

2. Уточнено стан і проблематику нормативно-правового регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників в Україні, виявлено ключові суперечності та недоліки чинної правової бази. Дослідження засвідчило, що, попри істотне нормативне оновлення упродовж останніх років, низка питань залишається неврегульованою, зокрема щодо методології оцінювання компетентностей, узгодженості термінів і процедур у період воєнного стану, а також формалізованості системи моніторингу професійного розвитку.

Проаналізовано правові джерела, що визначають атестацію як юридично врегульований процес оцінки відповідності професійної компетентності працівника кваліфікаційним вимогам. Доведено, що на рівні законодавства та підзаконних актів (Закон України «Про професійний розвиток працівників», Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я», накази МОЗ «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22.02.2019 № 446, «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 року № 446» від 24.03.2022 № 520; «Про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та затвердження суттєвих поправок» від 07.08.2023 № 1415, «Про затвердження нових клінічних протоколів за темою

«Бойова травма» від 13.10.2025 № 1555, «Деякі питання підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників системи екстреної медичної допомоги» від 16.02.2024 № 262 , Постанова КМУ «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» від 14.07.2021 №725 відбувся перехід від фіксованих циклічних атестацій до системи безперервного професійного розвитку (БПР), що відповідає міжнародній практиці та підвищує гнучкість освітньої траєкторії медиків.

Виявлено, що відсутність уніфікованого тлумачення поняття «атестація» в науковій літературі ускладнює правозастосовну практику та створює бар'єри для стандартизації оцінювання професійної придатності медичних працівників. Підтверджено актуальність системного вивчення змістовно-процесуальних характеристик атестаційного механізму, що мають охоплювати не лише формальну відповідність, але й реальну ефективність виконання професійних функцій.

Наголошено, що в умовах реформування медичної сфери України, особливого значення набуває забезпечення мотиваційної складової професійного розвитку. Перехід до моделі освітнього портфоліо, введення інституту провайдерів освітніх послуг, електронного обліку балів та гнучкої системи їхнього накопичення створюють умови для персоніфікації та адаптації навчального процесу до реальних потреб лікарів. Установлено, що атестаційна модель зазнала адаптаційних змін у період воєнного стану, зокрема продовження термінів чинності сертифікатів і скасування обов'язкового мінімуму балів БПР у 2022 році, що свідчить про нормативну гнучкість та соціальну орієнтацію регулятивної політики.

Отже, сучасна нормативно-правова база процесів підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників в Україні характеризується поступовою гармонізацією з міжнародними підходами, переходом від контрольного до підтримувального формату оцінювання компетентності, однак зберігає потребу у

подальшому вдосконаленні механізмів методичного супроводу, правової конкретизації та технологізації процесів оцінювання професійної відповідності.

3. Дістало подальшого розвитку наукове положення про соціально-економічне значення та публічну цінність безперервного професійного розвитку медичних працівників. Встановлено, що систематичне підвищення кваліфікації та атестація є ключовими механізмами забезпечення високої якості медичної допомоги, оскільки сприяють постійному оновленню професійних знань, формуванню сучасних клінічних компетенцій та здатності медичного персоналу ефективно реагувати на динамічні зміни у сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано, що безперервний професійний розвиток має значний соціальний ефект, забезпечуючи підвищення рівня громадського здоров'я, зміцнення довіри пацієнтів до медичних установ та зниження частоти медичних помилок. Водночас доведено його економічну ефективність, оскільки оновлення кваліфікації медичних працівників оптимізує використання ресурсів, скорочує витрати на лікування ускладнень і зменшує фінансові втрати, пов'язані з тимчасовою непрацездатністю населення. У зв'язку з цим, інвестиції у безперервний професійний розвиток медичних працівників є стратегічним чинником, що визначає конкурентоспроможність національної системи охорони здоров'я, забезпечує сталий соціально-економічний розвиток та сприяє підвищенню якості медичних послуг на рівні держави.

4. Дістала подальшого розвитку концепція впровадження лікарського самоврядування в Україні як складової адміністративно-правового механізму регулювання професійної діяльності медичних працівників. Узагальнення проведеного аналізу дозволяє стверджувати, що лікарське самоврядування є важливим інститутом публічного управління, який поєднує професійну автономію та адміністративно-правове регулювання. Його сутність полягає у делегуванні професійним організаціям частини державних повноважень з метою регулювання медичної практики, контролю за якістю медичних послуг, дотримання етичних стандартів та захисту прав пацієнтів і лікарів. У більшості європейських країн органи лікарського самоврядування виконують ключові

функції, зокрема, ліцензування, сертифікацію, нагляд за професійною діяльністю, організацію безперервного розвитку та професійної відповідальності. Встановлено, що в Україні модель лікарського самоврядування перебуває на етапі становлення та не має достатнього нормативно-правового забезпечення: професійні медичні асоціації не володіють регуляторними повноваженнями, характерними для країн ЄС. Розгляд законопроектів засвідчує необхідність створення комплексної законодавчої бази, яка визначатиме структуру, компетенції та принципи діяльності органів самоврядування. Функціональний аналіз доводить, що ефективне впровадження лікарського самоврядування сприятиме підвищенню якості медичних послуг, прозорості та відповідальності медичної професії, зменшенню тіньових механізмів у галузі та формуванню довіри суспільства до системи охорони здоров'я. Отже, розвиток дієвої системи лікарського самоврядування є одним із ключових напрямів модернізації медичної галузі України та зміцнення громадянського суспільства.

Узагальнення результатів проведеного дослідження дає підстави стверджувати, що європейський досвід функціонування лікарського самоврядування формує концептуально довершену модель інституціонального регулювання медичної професії, засновану на принципах професійної автономії, субсидіарності, правової визначеності та публічної відповідальності. Системи, запроваджені в Німеччині, Австрії, Польщі, Чехії та інших країнах Європейського Союзу, демонструють високий ступінь нормативного врегулювання діяльності професійних палат, що наділені правосуб'єктністю публічного права, обов'язковим членством, власними реєстраційними та дисциплінарними повноваженнями й компетенцією у сфері безперервного професійного розвитку. Зазначені структури фактично виконують делеговані державою регуляторні функції, забезпечуючи баланс між професійною автономією та суспільним контролем.

Порівняльно-правовий аналіз засвідчив, що відсутність в Україні системного законодавчого регулювання професійного самоврядування медичних працівників суттєво обмежує можливості підвищення якості медичної допомоги,

унеможливиює формування сучасних механізмів професійної відповідальності та перешкоджає інтеграції медичної спільноти до європейського правового простору.

Отже, адаптація європейської моделі лікарського самоврядування в Україні потребує комплексного реформування правового поля, що має охоплювати: законодавче закріплення професійних палат медичних спеціальностей як суб'єктів публічного права із чітко визначеним обсягом делегованих повноважень; формування багаторівневої організаційної структури (національний і регіональний рівні); запровадження єдиного реєстру медичних професій як інструмента доступу й контролю професійної діяльності; забезпечення фінансової самостійності палат; визначення дисциплінарних процедур, сумісних із європейськими етичними та професійними стандартами.

5. Удосконалено підходи до правового регулювання інтеграції післядипломної медичної освіти у загальнонаціональну систему вищої освіти на принципах міжгалузевої узгодженості, інституційної взаємодії та академічної прозорості. Проведений аналіз свідчить, що інтеграція післядипломної медичної освіти у загальнонаціональний освітній простір в Україні набуває характеру системної реформи, яка базується на комплексній нормативно-правовій модернізації та інституційному перегрупуванні механізмів управління, а її основу становить законодавче закріплення інтернатури, резидентури та безперервного професійного розвитку як обов'язкових і послідовних етапів професійного становлення лікаря у межах системи вищої освіти, що забезпечує єдність освітньої та кваліфікаційної траєкторії та узгодженість із європейськими підходами до регулювання медичної діяльності.

Ключовими організаційно-правовими механізмами інтеграції є: нормативна уніфікація та розподіл повноважень між МОЗ і МОН у сфері регуляторного забезпечення післядипломної підготовки, ліцензування й акредитації освітніх програм; інституційне оновлення структур післядипломної підготовки, включаючи нормативне врегулювання інтернатури та резидентури, цифровізацію процедур відбору й оцінювання результатів навчання; впровадження системи

безперервного професійного розвитку на кредитно-бальній основі як обов'язкового елемента підтримання професійної компетентності; формування багаторівневої моделі управління (shared governance), що передбачає партнерську взаємодію органів державної влади, медичних університетів, клінічних баз та професійних асоціацій; розвиток механізмів фінансової підтримки та стимулів, включаючи перехід до результато-орієнтованої системи фінансування та залучення місцевого самоврядування до замовлення кадрів; інституційне зміцнення ролі професійного самоврядування як майбутнього суб'єкта контролю якості та регулювання професійної діяльності; структурне зближення з європейськими моделями через гармонізацію стандартів підготовки, потенційне впровадження єдиного державного ліцензійного іспиту на рівні спеціалізації та розвиток академічної мобільності.

Отже, організаційно-правовий механізм інтеграції післядипломної медичної освіти у систему вищої освіти України формується як багатокомпонентна структурно-функціональна модель, що синтезує нормативне регулювання, інституційну взаємодію та партнерські мережі професійної спільноти. Така модель забезпечує системність, послідовність і академічну транспарентність підготовки лікарів та відповідає стратегічній меті формування конкурентоспроможного медичного фахівця, здатного до безперервного професійного розвитку й інтегрованого у європейський освітньо-професійний простір.

6. Вперше розроблено цілісну концепцію модернізації адміністративно-правового механізму функціонування післядипломної медичної освіти, яка охоплює оновлення нормативного забезпечення освітньої, наукової та фінансово-господарської діяльності закладів відповідного профілю. Установлено, що модернізація правового забезпечення має здійснюватися комплексно – через оновлення освітніх стандартів спеціалізації та резидентури, нормативне впровадження системи безперервного професійного розвитку (БПР), цифровізацію освітнього процесу, реформу процедур ліцензування й акредитації та розширення правосуб'єктності закладів післядипломної освіти.

Обґрунтовано необхідність інституційної інтеграції післядипломної медичної освіти із єдиним простором вищої освіти, що передбачає: закріплення на законодавчому рівні статусу закладів післядипломної медичної освіти як складових системи вищої освіти з відповідним обсягом академічної та фінансової автономії; уніфікацію освітніх програм спеціалізації, підвищення кваліфікації та резидентури відповідно до компетентнісних рамок Європейського простору вищої освіти (ЕНЕА) та міжнародних стандартів підготовки лікарів; створення інтегрованої моделі акредитації програм післядипломної освіти за принципами ESG-2015 та із залученням професійних асоціацій і незалежних експертів; формування нормативно визначеного механізму взаємного визнання результатів БПР, у тому числі здобутих в міжнародних освітніх інституціях.

Доведено, що адміністративно-правове забезпечення підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників має базуватися на результат-орієнтованій моделі управління, у межах якої державна політика спрямована не на формальне підтвердження кваліфікації, а на реальне забезпечення професійної компетентності та якості медичної допомоги. Запропоновано нормативне розширення інструментів державної підтримки БПР, зокрема механізму фінансових ваучерів та державно-приватного партнерства.

Таким чином, розроблені напрями реформування становлять основу побудови сучасної, прозорої та міжнародно-сумісної моделі післядипломної медичної освіти, що інтегрує освітні, наукові та клінічні компоненти й спрямована на підвищення рівня професійної готовності медичних працівників та конкурентоспроможності системи охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітична записка з питань порівняльного законодавства щодо медичної освіти на всіх етапах навчання – від медичного коледжу, навчання в університеті, інтернатурі, резидентурі – до безперервного професійного розвитку в європейських країнах та США. Київ: Верховна Рада України, 2021. 39 с.
2. Андрух В.С., Слободян М.В. Засади післядипломної медичної освіти лікарів в аспекті Болонського процесу. *Практикуючий лікар*. 2013. № 1. С. 89-93.
3. Артимович А. Перспективи розвитку лікарського самоврядування в Україні. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів. IV Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. 2023. С. 19-21.
4. Балабанова Л. В., Сардак О. В. Управління персоналом. підручник. К.: Центр учбової літератури, 2011. 468 с.
5. Битяк Ю. П., Гаращук В. М., Дьяченко О. В. Адміністративне право України : підручник / за ред. Ю. П. Битяка. Київ : Юрінком Інтер, 2007. 544 с.
6. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. К.: Задруга, 2001. 160 с.
7. Білоусова Н. А. Професійна підготовка медичних представників фармацевтичних компаній у Федеративній Республіці Німеччини: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Київ, 2021. 19 с.
8. Боднар Г.О. Удосконалення системи професійного розвитку медичних працівників в контексті проведення медичної реформи. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки* : матеріали доповідей II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжн. участю, (Тернопіль, 28 травня 2021 р.) Ч. 2. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. С.38-41.
9. Булах І.Є. Моніторинг якості медичної освіти: міжнародний досвід. *Медична освіта*. 2018. № 3. С. 5-12.

10. В Україні зменшать кількість медичних вишів: у МОН зробили заяву. ТСН. 09.12.2024. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/v-ukrayini-zmenshat-kilkist-medichnih-vishiv-u-mon-zrobili-zayavu-2719191.html> (дата звернення: 13.03.2026).
11. Варіанти найкращих практик для розробки клінічних протоколів в Україні: аналітична записка. Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2021. 66 с.
12. Вища медична освіта в Україні. *Медична освіта*. 14.07.2019. URL: <https://medosvita.info/81> (дата звернення: 13.03.2026).
13. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я : дис. ... докт. з держ. управл. : 25.00.02. Маріуполь, 2019. 380 с.
14. Вороненко Ю. В. «Наш заклад давно вийшов за межі післядипломної освіти». Ваше здоров'я. 6 квітня 2021 р. URL: <https://www.vz.kiev.ua/yurij-voronenko-nash-zaklad-davno-vyjshov-za-mezhi-pislyadyplomnoyi-osvity/> (дата звернення: 11.03.2026).
15. Голованова І. А., Белікова І. В., Ляхова Н. О. Організація та економіка охорони здоров'я: навч. пос. Полтава. 2021. 236 с.
16. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. 213 с.
17. Грішнова О. А. Людський розвиток та людський капітал : навч. посіб. Київ : КНЕУ, 2019. 320 с.
18. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 р. № 446. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperervno-go-profesijno-go-rozvitku-likariv> (дата звернення: 11.03.2026).
19. Деякі питання підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників системи екстреної медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 2024 р. № 262 : зареєстр. в Міністерстві юстиції України 12 квітня 2024 р. за № 535/41880. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0535-24#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

20. Джус М.Б. Європейські стандарти післядипломної підготовки медичних спеціалістів: перспективи впровадження в Україні за напрямом «ревматологія». Українські медичні вісті. 2023. Т. 15. № 1–2 (94–95). С. 10–16. DOI: 10.32782/umv2023.1.2.

21. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78 «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

22. Європейська програма роботи на 2020–2025 рр. Спільні дії для міцнішого здоров'я. *World Health Organization*. 2021. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/32313/1/SmiyaNov_Tarasenko_Ohorona_zdoroyja.pdf (дата звернення: 11.03.2026).

23. Європейська хартія місцевого самоврядування : міжнародний документ від 15 жовтня 1985 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_036#Text (дата звернення: 11.03.2026).

24. Загальна декларація прав людини : міжнародний документ, прийнятий і проголошений резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text (дата звернення: 11.03.2026).

25. Загнітко А. П., Щукіна І. А. Сучасний тлумачний словник української мови. Донецьк: ТОВ «ВКФ БАО», 2012. 960 с.

26. Заков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги» . *Охорона здоров'я України*. 2007. № 3–4. С. 54–59.

27. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ на 2010–2014 роки. Комітет з економічних реформ при Президентові України. Київ, 2010. 85 с. URL: <https://uknr.mk.gov.ua/store/files/1322057426.pdf> (дата звернення: 11.03.2026).

28. Зіменковський А. Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку

медичної стандартизації : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 – соціальна медицина. Київ, 2007. 32 с

29. Ільницька О. М., Катеринюк В. Ю., Катеринюк О. Г., Хороб Н. Д. Актуальність післядипломної освіти медичних працівників у державних закладах охорони здоров'я України. *Медична освіта*. 2018. № 1. С. 26–29. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2018.1.8835>.

30. Кодекс законів про працю України : Закон України від 10 грудня 1971 р. № 322-VIII. *Відомості Верховної Ради УРСР*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

31. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

32. Концепція розвитку післядипломної освіти в Україні : затв. Президією АПН України 2002 р. URL: https://dnppb.gov.ua/wp-content/uploads/2016/02/legal_5_16.pdf (дата звернення: 11.03.2026).

33. Кохан В. П. Правове регулювання атестації працівників: сучасний стан і перспективи розвитку: монографія Харків : ФІНН, 2011. 199 с

34. Криштопа Б.П. Основи організації та управління системою охорони здоров'я. *Панорама охорони здоров'я населення України*. К.: Здоров'я, 2003. С. 100 – 115.

35. Крокош В.М. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. К., 2009. 72 с.

36. Купіна Л. Ф. Правове регулювання атестації педагогічних та науково-педагогічних працівників в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.05. Київ : Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова, 2008. 188 с.

37. Кучумова Н. Порівняльний аналіз реформування системи вищої медичної освіти в німецькомовних країнах Європи та в Україні. Проблеми та перспективи розвитку української науки на початку третього тисячоліття : матеріали наук. конф. Переяслав-Хмельницький, 2011. С. 84–86.

38. Лехан В.М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. Т.2, № 2. С. 44-52.
39. Лисенко О. Роль і місце післядипломної освіти в національній системі підготовки лікарів. *Освітологія*. 2015. № 4. С. 49–53. DOI: <https://doi.org/10.28925/2226-3012.2015.4.4953>.
40. Любченко Н. В. Управління науково-методичною діяльністю закладів післядипломної педагогічної освіти: координаційний аспект. Київ: ЦП «КОМПРИНТ», 2013. 256 с.
41. Мазур І.П. Визначні події стоматологічної спільноти України (в документах, статтях, світлинах). Кропивницький: Поліум, 2023. 576 с
42. Мазур І. П., Тищук М. М. Лікарське самоврядування: європейський досвід і кроки до впровадження в Україні . *Здоров'я України XXI сторіччя*. 2019. № 4 (449). С. 26–27.
43. Маслов В. І. Наукові засади визначення змісту підвищення кваліфікації та підготовки керівників загальноосвітніх навчальних закладів. *Післядипломна освіта в Україні*. 2002. № 2. С. 63–66.
44. Медичні виші можуть віддати МОН. *Освіта.ua*. 16.12.2014. URL: <https://osvita.ua/vnz/44706> (дата звернення: 13.03.2026).
45. Мельник Л.А. Наслідки еміграції медичних працівників для України. *Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я*: матеріали науково-практичної конференції (Київ, 22 квітня 2015 р.) 2015. С. 83-86.
46. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права : міжнародний документ від 16 грудня 1966 р. Ратифікований Україною 19 жовтня 1973 р. № 2148-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text (дата звернення: 11.03.2026).
47. МОЗ затвердило нове положення про післядипломну освіту й заходи БПР для медичних і фармацевтичних фахівців. *Медична справа*. 2023. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/60655-moz-zatverdilo-Novye-polozhennya-pro->

pisyadiplomnu-osvitu-y-zakhodi-bpr-dlya-medichnikh-i-farmatsevtichnikh-fakhivtsiv

(дата звернення: 11.03.2026).

48. Москаленко В.Ф.. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України. Доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2001. № 2. С. 167-173.

49. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. К.: Книга-плюс, 2008. 320 с.

50. Мусій О. Європейський законодавчий досвід регулювання членства для лікарів у самоврядних організаціях. *Українські медичні вісті*. 2023. № 2. С. 100–108. DOI: <https://doi.org/10.32471/umv.2709-6432.85.630>

51. Мусій О. С., Тищук М. М., Мазур І. П. Українські лікарі на шляху до самоврядування. Ukrainian physicians on the way to self-government. CPME Newsletter. 2018. 26 June. P. 13–14.

52. Мусій О.С. Чому гальмує лікарське самоврядування. *Урядовий кур'єр*. 2013. № 107. С. 4-5.

53. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика: сторінка закладу провайдера післядипломної освіти. Портал державного реєстру навчальних закладів. URL: <https://pdp.nacs.gov.ua/providers/natsionalna-medychna-akademiia-pisliadyplomnoi-osvity-imeni-p-l-shupyka> (дата звернення: 11.03.2026).

54. Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Післядипломна освіта у світі та Україні. URL: <https://www.nuozu.edu.ua/d/dovidkova-informatsiia/pisliadyplomna-osvita-u-sviti-ta-ukraini#gsc.tab=0> (дата звернення: 13.03.2026).

55. Нормативно-правове забезпечення бюджетного фінансування освіти і науки в Україні та кроки для підвищення їх ефективності. *Офіційний сайт Комітету з питань науки і освіти Верховної Ради України*. 19 грудня 2012 р. URL: https://k№.rada.gov.ua/news/main_news/73553.html (дата звернення: 11.03.2026).

56. Олейнікова Т. В. Актуальність правового регулювання у сфері надання медичної допомоги. Свобода, безпека та незалежність: правовий вимір: проблеми та перспективи : матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 24 лютого 2023 р.). Київ : НАУ, 2023. С. 498–501.

57. Олейнікова Т. В. Атестація медичних працівників та правове регулювання процесу підвищення кваліфікації. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 7 (7). С. 735–746. DOI: 10.52058/3041-1572-2024-7(7)-735-746.

58. Олейнікова Т. В. Виклики та перспективи запровадження лікарського самоврядування в Україні. Матеріали VII Міжнародного молодіжного наукового юридичного форуму до Дня науки (м. Київ, 16–17 травня 2024 р.). Київ : НАУ, 2024. С. 165–167.

59. Олейнікова Т. В. Вплив запровадження лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників. *Повітряне і космічне право*. 2024. № 3 (72). С. 100–106. DOI: 10.18372/2307-9061.72.19066.

60. Олейнікова Т. В. Впровадження лікарського самоврядування та його вплив на безперервний розвиток медичних працівників. Правова система України: європейський вектор розвитку в умовах воєнного стану : матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 21 лютого 2025 р.). Київ : НАУ, 2025. С. 238–240.

61. Олейнікова Т. В. Нормативно-правове регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників. Світ наукових досліджень : матеріали XVI Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 16–17 лютого 2023 р.). Тернопіль, 2023. С. 188–191.

62. Олейнікова Т. В. Нормативно-правове регулювання публічного адміністрування медичної сфери в Україні. Національні інтереси України. 2025. № 6 (11). С. 418–432. DOI: 10.52058/3041-1793-2025-6(11).

63. Олейнікова Т. В. Підвищення кваліфікації та атестація медичних працівників: юридичний та соціально-економічний аспект. Гарантії прав людини і громадянина в контексті європейської інтеграції України : колективна монографія

/ за ред. Ю. Л. Юринець, К. С. Токаревої, В. В. Філінович та ін. Чернівці : Технодрук, 2023. С. 53–70.

64. Олейнікова Т. В. Соціально-економічне значення підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників. Правова парадигма відновлення України: проблеми та перспективи : матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 23 лютого 2024 р.). Тернопіль : Вектор, 2024. С. 247–249.

65. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

66. Падалка О. С., Пастухов В. П., Слюсаренко А. Г. Управління трудовим процесом в школі: правове регулювання : навч. посіб. Київ : Видавництво «Українська енциклопедія» ім. М. П. Бажана, 1993. 349 с

67. Післядипломна освіта лікарів: характеристика базових понять. *Медична освіта*. 19.05.2019. URL: <https://medosvita.info/pisladiplomnaosvita/#> (дата звернення: 13.03.2026).

68. Полюлях Р. А. Роль самоврядних організацій лікарів в управлінні сферою охорони здоров'я. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. Вип. 4. С. 33–37.

69. Про вищу освіту : Закон України від 1 липня 2014 р. № 1556-VII. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text> (дата звернення: 13.03.2026).

70. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я : Закон України від 12 лютого 2025 р. № 4246-IX. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4246-20> (дата звернення: 11.03.2026).

71. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини: Закон України від 04 липня 2023 р. № 3301-IX.

Відомості Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3301-20/#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

72. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 року № 446 : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 березня 2022 р. № 520. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-24032022--520-pro-vnesennja-zmin-do-nakazu-ministerstva-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-ukraini-vid-22-ljutogo-2019-roku--446> (дата звернення: 11.03.2026).

73. Про громадські об'єднання : Закон України від 22 березня 2012 р. № 4572-VI. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

74. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 р. № 597. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0597282-11#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

75. Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 серпня 2023 р. № 1555. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1635-23#Text> (дата звернення: 11.03.2026)

76. Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України : наказ Міністерства оборони України від 27 квітня 2024 р. № 262. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0616-24#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

77. Про затвердження методичних рекомендацій «Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)» : наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 19 лютого 2009 р. № 102/18 [втратив чинність]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0102282-09#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

78. Про затвердження національних стандартів, змін до національних стандартів, скасування нормативних документів та внесення змін до наказів Держспоживстандарту від 04.08.2008 № 269, від 22.05.2009 № 193 : наказ Держспоживстандарту України від 22 червня 2009 р. № 226. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0226609-09#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

79. Про затвердження Положення про інтернатуру : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 2021 р. № 1254. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1081-21#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

80. Про затвердження Положення про лікарську резидентуру та внесення зміни до Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за лікарськими та фармацевтичними (провізорськими) спеціальностями : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 3 червня 2024 р. № 949. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1052-24> (дата звернення: 11.03.2026).

81. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

82. Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 квітня 2025 р. № 650. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0824-25#Text> (дата звернення: 13.03.2026).

83. Про затвердження Типової форми договору про надання освітніх послуг закладом фахової передвищої освіти : постанова Кабінету Міністрів України від 19 серпня 2020 р. № 736. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/736-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 13.03.2026).

84. Про лікарське самоврядування : проект Закону України від 6 квітня 2018 р. № 8250 (підготовлений ВУЛТ). *Верховна Рада України*. URL: <https://www.rada.gov.ua> (дата звернення: 11.03.2026).

85. Про лікарське самоврядування : проєкт Закону України / внесений народним депутатом України Мусієм О. С. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JH4C100A> (дата звернення: 13.03.2026).
86. Про лікарське самоврядування : проєкт Закону України від 01.01.2024 № 10388. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/43474> (дата звернення: 02.06.2024).
87. Про наукову і науково-технічну діяльність : Закон України від 26 листопада 2015 р. № 848-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/848-19> (дата звернення: 13.03.2026).
88. Про Національну стратегію сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні на 2021–2026 роки : Указ Президента України від 7 вересня 2021 р. № 487/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/487/2021#Text> (дата звернення: 11.03.2026).
89. Про медичне самоврядування : проєкт Закону України від 8 січня 2024 р. № 10372-1. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/43483> (дата звернення: 11.03.2026).
90. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 11.03.2026).
91. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text> (дата звернення: 11.03.2026).
92. Про особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів спеціаліста, посвідчень про кваліфікаційну категорію : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 серпня 2022 р. № 1415 [втратив чинність]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0888-22#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

93. Про особливості проходження інтернатури в умовах воєнного стану : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 2022 р. № 1327. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0906-22> (дата звернення: 13.03.2026).

94. Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної, фармацевтичної освіти та медсестринства : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 листопада 2022 р. № 2016. Офіційний вебсайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-10112022--2016-pro-podalshe-udoskonalennja-sistemi-pisljadiplomnoi-osviti-ta-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku-fahivciv-z-fahovoju-peredvischoju-pochatkovim-rivnem-medichnoi-farmaceutichnoi-osviti-ta-medsestrinstva> (дата звернення: 11.03.2026).

95. Про порядок контролю якості медичної допомоги : наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752. Відомості Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

96. Про професійний розвиток працівників : Закон України від 12 січня 2012 р. № 4312-VI. Відомості Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4312-17#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

97. Про публічні електронні реєстри: Закон України від 18 листопада 2021 року № 1907-IX. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1907-20#Text> (дата звернення: 02.06.2024).

98. Про публічно-приватне партнерство : Закон України від 19 червня 2025 р. № 4510-IX. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4510-20#Text> (дата звернення: 13.03.2026).

99. Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні : проєкт Закону України від 25 грудня 2023 р. № 10372. *Верховна Рада України*. URL: <https://www.rada.gov.ua> (дата звернення: 11.03.2026).

100. Про самоврядування медичних професій в Україні : проєкт Закону України від 3 липня 2020 р. № 2445-д. *Верховна Рада України*. URL: <https://www.rada.gov.ua> (дата звернення: 11.03.2026).

101. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 липня 2009 р. № 529. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09#Text> (дата звернення: 11.03.2026).

102. Про стоматологічну діяльність : проєкт Закону України від 31 травня 2016 р. № 4736. *Верховна Рада України*. URL: <https://www.rada.gov.ua> (дата звернення: 11.03.2026).

103. Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 95-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#Text> (дата звернення: 13.03.2026).

104. Проєкт розпорядження КМУ щодо схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні. Аптека online. 12 вересня 2018. URL: <https://www.apteka.ua/article/472080> (дата звернення: 13.03.2026)

105. Проєкт Трудового кодексу України депутатів Верховної Ради України VIII скликання В. Б. Гройсмана, Л. Л. Денісової, М. М. Папієва, С. І. Кубіва зареєстрований за № 1658 від 27.12.2014. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=53221

106. Сила лікарського самоврядування. URL: <https://www.evromed.org.ua/ua/sila-likarskogo-samovryaduvannya>.

107. Симчич Х. С., Федоров С. В. Безперервний професійний розвиток лікаря як ключовий напрям післядипломної освіти. *Медична освіта*. 2017. № 2. С. 68-71.

108. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навч. посіб. К. : НАДУ, 2005. 415 с

109. Степаненко А. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. № 2-3. С. 64-67.
110. Тищук М.М. Лікарське самоврядування: як світовий досвід може стати взірцем для наслідування. Ваше здоров'я. 02.03.2020 р.
111. Управління задля досягнення сталого успіху організації. Підхід на основі управління якістю (ISO 9004:2009, IDT) : ДСТУ ISO 9004:2012. Київ :Держспоживстандарт України, 2012. URL: <http://dbn.at.ua/load/Normativy/dstu/5-1-0-1060> (дата звернення: 11.03.2026).
112. Управління якістю в охороні здоров'я. Матеріали он-лайн курсу. URL: <https://prometheus.org.ua/prometheus-plus/quality-management-oz> (дата звернення: 11.03.2026). Maxwell R. J. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care*. 1992. Vol. 1, № 3. P. 171–177. DOI: 10.1136/qshc.1.3.171
113. Устінов О. В. Лікарське самоврядування: зроблено ще один крок до його впровадження. *Український медичний часопис*. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/138387/likarske-samovryaduvannya-zroble-no-shhe-odin-krok-do-jogovprovadzhennya> (дата звернення: 11.03.2026).
114. Устінов О.В. Лікарське самоврядування: міжнародний досвід та перспектива впровадження в Україні. *Український медичний часопис*. 22 листопада 2013 р. URL: <https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2013/11/Likari.pdf>
115. Устінов О. В. Медична освіта: презентовано стратегію розвит. *Український медичний часопис*. 13.09.2018. URL: <https://umj.com.ua/uk/№vyna-129828-medichna-osvita-prezentova-no-strategiyu-rozvitku> (дата звернення: 13.03.2026).
116. Устінов О. В. Реорганізовано Харківську медичну академію післядипломної освіти. *Український медичний часопис*. 11 лютого 2021 р. URL: <https://umj.com.ua/uk/№vyna-198776-reorganizova-no-harkivsku-medichnu-akademiyu-pislyadiplomnoyi-osviti> (дата звернення: 11.03.2026).
117. Шемшученко Ю. С. (Юридична енциклопедія : у 6 т. Т. 1 : А–Г. Київ : Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 1998. 672 с.

118. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : кол. монографія. Тернопіль : Крок, 2020. 560 с.
119. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л. Організація діяльності закладу охорони здоров'я : навч. посіб. Тернопіль : Крок, 2021. 516 с.
120. Юрківська О.В. Сертифікація системи управління якістю закладу охорони здоров'я на відповідність вимогам стандарту ISO 9001. З чого розпочати? *Новини медицини і фармації*. 2015. № 15(509). С. 20–22.
121. About Physicians' self-governance. URL: http://www.medical-chambers.org/about_self_governance.html (дата звернення: 11.03.2026).
122. About the AMA. Australian Medical Association. URL: <https://www.ama.com.au/about> (дата звернення: 11.03.2026).
123. About the German Medical Association. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/weitere-sprachen/english/german-medical-association/> (дата звернення: 11.03.2026).
124. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford, 2009. 417 p.
125. Bauchner H., Fontanarosa P. B., Thompson A. E. Professionalism, governance, and self-regulation of medicine. JAMA. 2015. Vol. 313, №. 18. P. 1831–1836. DOI: 10.1001/jama.2015.4569.
126. Carroll M. A. Review of the book: Morreim E. H. *Balancing act: The new medical ethics of medicine's new economics*. Journal of Value Inquiry. 1995. Vol. 29, №. 1. P. 149–152.
127. Collier R. Professionalism: The privilege and burden of self-regulation. CMAJ. 2012. Vol. 184, №. 14. P. 1559–1560. DOI: 10.1503/cmaj.109-4286.
128. Cruess S. R., Cruess R. L. The medical profession and self-regulation: a current challenge. Virtual Mentor. 2005. Vol. 7, №. 4. DOI: 10.1001/virtualmentor.2005.7.4.oped1-0504.
129. Czech Medical Chamber – contemporary system of postgraduate medical education, its structure, organization and financing, including system of lifelong

learning and special preparation for physicians in leading positions. Czech Medical Chamber – ČLK. URL: <https://www.lkcr.cz/czech-medical-chamber-cmc> (дата звернення: 15.03.2026).

130. Donabedian A. Criteria, Norms and Standards of Quality: what do they mean? Amer. J. Publ. Health. 1981. Vol. 200. P. 409–412.

131. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Vol. 1 : Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor (MI) : Health Administration Press, 1980. 163 p.

132. European Parliament. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Off J Eur Union. 2005. 1. P. 22–142.

133. Freidson E. Professionalism, the Third Logic: on the Practice of Knowledge. Chicago : The University of Chicago Press, 2001. 251 p.

134. Hafferty F. W., Light D. W. Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association. 1995. P. 132–153.

135. Ham C., Alberti K. G. M. M. The medical profession, the public, and the government. BMJ. 2002. Vol. 324, №. 7341. P. 838–842. DOI: 10.1136/bmj.324.7341.838.

136. Jacek A., Ożóg K. Professional liability in selected medical professions. Review of Comparative Law. 2016. Vol. 25, №. 2. DOI: <https://doi.org/10.31743/recl.11764>.

137. Kuhlmann E., Allsop J. Professional self-regulation in a changing architecture of governance: comparing health policy in the UK and Germany. Policy & Politics. 2008. Vol. 36, №. 2. P. 173–189.

138. Maxwell R. J. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care*. 1992. Vol. 1, № 3. P. 171–177. DOI: 10.1136/qshc.1.3.171

139. Orientation manual for public representatives on self-regulating health profession councils. URL: <https://www.ehealthsask.ca/forms/Forms/Orientation->

[Manual-for-Public-Representatives-2020-Updated-May-2022%20%281%29.pdf](#) (дата звернення: 11.03.2026).

140. Professional associations. Czech Medical Chamber, its role and importance. URL: <https://en.lf1.cuni.cz/professional-associations> (дата звернення: 11.03.2026).

141. Vuori H. V. Ensuring the quality of medical care. Concept and methodology. Copenhagen : WHO European Regional Office, 1985. 179 p.

142. What is Self-Regulation? Society of State Medical Laboratory Technologists. URL: <https://ssmlt.org/site/legislation/selfregulation?nav=sidebar> (дата звернення: 11.03.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧКИ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні наукові результати дисертації;

1. Олейнікова Т. В. Вплив запровадження лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників. *Повітряне і космічне право*. 2024. № 3 (72). С. 100–106. DOI: 10.18372/2307-9061.72.19066.
2. Олейнікова Т. В. Атестація медичних працівників та правове регулювання процесу підвищення кваліфікації. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 7 (7). С. 735–746. DOI: 10.52058/3041-1572-2024-7(7)-735-746.
3. Олейнікова Т. В. Нормативно-правове регулювання публічного адміністрування медичної сфери в Україні. *Національні інтереси України*. 2025. № 6 (11). С. 418–432. DOI: 10.52058/3041-1793-2025-6(11).

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

4. Олейнікова Т. В. Нормативно-правове регулювання процесу підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників. Світ наукових досліджень: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 16–17 лютого 2023 р.). Тернопіль, 2023. С. 188–191.
5. Олейнікова Т. В. Актуальність правового регулювання у сфері надання медичної допомоги. Свобода, безпека та незалежність: правовий вимір: проблеми та перспективи: матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 24 лютого 2023 р.). Київ, 2023. С. 498–501.
6. Олейнікова Т. В. Соціально-економічне значення підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників. Правова парадигма відновлення України: проблеми та перспективи: матеріали XIV Міжнародної науково-

практичної конференції (м. Київ, 23 лютого 2024 р.). Тернопіль: Вектор, 2024. С. 247–249.

7. Олейнікова Т. В. Виклики та перспективи запровадження лікарського самоврядування в Україні. Матеріали VII Міжнародного молодіжного наукового юридичного форуму до Дня науки (м. Київ, 16–17 травня 2024 р.). Київ, 2024. С. 165–167.

8. Олейнікова Т. В. Впровадження лікарського самоврядування та його вплив на безперервний розвиток медичних працівників. Правова система України: Європейський вектор розвитку в умовах воєнного стану: матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 21 лютого 2025 р.). Київ, 2025. С. 238–240.

9. Олейнікова Т.В., Європейський досвід підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників та можливості його імплементації в Україні, 16 Міжнародна науково-практична конференція (м. Київ, 13 лютого 2026 р.). Київ, 2026. С.309-313.

Публікації, які додатково відображають наукові результати дисертації

10. Олейнікова Т. В. Підвищення кваліфікації та атестація медичних працівників: юридичний та соціально-економічний аспект. Гарантії прав людини і громадянина в контексті європейської інтеграції України: монографія / за ред. Ю. Л. Юринець та ін. Чернівці: Технодрук, 2023. С. 53–70.

Таблиця 1. Пропозиції щодо вдосконалення нормативно-правового забезпечення освітньої, наукової та фінансово-господарської діяльності закладів післядипломної медичної освіти

№	Чинне нормативно-правове регулювання / проблема	Нормативно-правовий акт, що потребує змін або доповнення	Запропоновані зміни	Очікуваний результат
1.	Чинне визначення післядипломної освіти має загальний характер і не враховує специфіку медичної галузі, високий рівень професійної відповідальності, необхідність дотримання клінічних протоколів і стандартів доказової медицини.	Закон України «Про освіту»; Закон України «Про вищу освіту»; спеціальні акти МОЗ України у сфері післядипломної медичної освіти.	Доповнити законодавство положеннями про специфіку післядипломної медичної освіти як системи спеціалізованого професійного розвитку медичних працівників, спрямованої на підтримання клінічної компетентності, дотримання стандартів доказової медицини та забезпечення якості медичної допомоги.	Правова конкретизація змісту післядипломної медичної освіти та її відмежування від загальної системи післядипломного навчання.
2.	Відсутні уніфіковані державні стандарти післядипломної медичної освіти нового покоління, що ускладнює забезпечення однакових вимог до спеціалізації, підвищення кваліфікації та тематичного удосконалення.	Закон України «Про вищу освіту»; нормативні акти МОЗ України щодо підготовки медичних працівників.	Розробити та затвердити галузеві державні стандарти післядипломної медичної освіти з урахуванням принципів доказової медицини, рекомендацій ВООЗ, директив ЄС, міжнародних підходів ECFMG та компетентнісної моделі підготовки лікаря.	Уніфікація вимог до програм післядипломної підготовки, підвищення якості освітніх послуг і створення передумов для міжнародного визнання результатів навчання.
3.	Модель інтернатури	Положення про	Передбачити	Забезпечення

	потребує подальшої модернізації, зокрема щодо прозорості розподілу місць, змісту програм і механізмів оцінювання результатів підготовки.	інтернатуру; накази МОЗ України щодо організації інтернатури; Стратегія розвитку медичної освіти в Україні.	електронний розподіл місць інтернатури на основі національного рейтингу випускників, оновити зміст програм інтернатури відповідно до сучасних клінічних стандартів, запровадити прозорі критерії оцінювання результатів навчання.	прозорості вступу до інтернатури, підвищення якості первинної спеціалізації лікарів і зменшення корупційних ризиків.
4.	Інститут лікарської резидентури запроваджений нормативно, однак потребує подальшої деталізації щодо правового статусу резидента, змісту програм, клінічних баз і міжнародного визнання.	Наказ МОЗ України від 03.06.2024 № 949 «Про затвердження Положення про лікарську резидентуру»; Закон України «Про вищу освіту»; профільні акти МОЗ України.	Доповнити нормативне регулювання положеннями щодо правового статусу лікаря-резидента, тривалості та структури програм резидентури, критеріїв акредитації клінічних баз, механізмів взаємного визнання резидентури з країнами ЄС.	Формування повноцінної моделі поглибленої професійної спеціалізації лікарів після інтернатури та наближення української системи підготовки до європейських стандартів.
5.	Система безперервного професійного розвитку потребує подальшої синхронізації із законодавчими змінами 2025 року, зокрема щодо щорічного проходження БПР, накопичення балів і визнання різних форм навчання.	Закон України № 4246-IX від 12.02.2025; Постанова КМУ «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я»; накази МОЗ України щодо БПР.	Оновити підзаконні акти МОЗ і КМУ щодо порядку проходження БПР, визначити єдині правила накопичення балів, акредитації заходів, визнання міжнародних освітніх програм, онлайн-курсів, конференцій, майстер-класів і	Формування прозорості, відкритої та конкурентної системи БПР із можливістю вільного вибору медичним працівником форми професійного розвитку.

			сертифікаційних програм.	
6.	Відсутній дієвий механізм фінансової підтримки медичних працівників у проходженні БПР, що обмежує рівний доступ до якісних освітніх програм.	Закон України «Про освіту»; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; бюджетне законодавство; підзаконні акти МОЗ і КМУ щодо БПР.	Запровадити державний ваучер на безперервний професійний розвиток медичного працівника як інструмент часткової або повної компенсації вартості освітніх програм.	Забезпечення рівного доступу медичних працівників до БПР, адресне бюджетне фінансування підвищення кваліфікації та стимулювання конкуренції між провайдерами освітніх послуг.
7.	Чинне регулювання дистанційного навчання не враховує специфіку післядипломної медичної освіти, яка потребує поєднання онлайн-форматів, симуляційного навчання та клінічної практики.	Наказ МОН України від 25.04.2013 № 466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання»; накази МОЗ України щодо БПР та атестації медичних працівників.	Доповнити нормативні акти положеннями про визнання результатів дистанційного навчання, онлайн-курсів, вебінарів, симуляційних тренінгів і гібридних освітніх форматів у системі БПР та атестації лікарів.	Легітимація цифрових форм післядипломної медичної освіти, підвищення доступності навчання та забезпечення безперервності професійного розвитку в умовах воєнного стану й інших кризових ситуацій.
8	Відсутні єдині критерії якості для провайдерів онлайн-освітніх послуг у сфері охорони здоров'я.	Положення про систему БПР працівників сфери охорони здоров'я; накази МОЗ України щодо провайдерів БПР.	Встановити єдині вимоги до провайдерів онлайн-освітніх послуг у медичній сфері, включаючи критерії акредитації програм, вимоги до змісту, викладацького складу, системи оцінювання та підтвердження результатів навчання.	Підвищення якості онлайн-освіти, запобігання формальному накопиченню балів БПР і створення прозорого ринку освітніх послуг.
9.	Процедури акредитації програм післядипломної медичної освіти потребують галузевої конкретизації з урахуванням	Закон України «Про вищу освіту»; нормативні акти НАЗЯВО; накази МОЗ України щодо акредитації освітніх програм у медичній сфері.	Розробити галузеві стандарти акредитації програм післядипломної медичної освіти із залученням незалежних	Підвищення довіри до документів про післядипломну освіту, забезпечення якості освітніх програм і створення передумов для міжнародного

	клінічної специфіки, практичної підготовки та стандартів ESG 2015.		експертів, професійних медичних асоціацій і міжнародних фахівців.	визнання кваліфікацій.
10.	Заклади післядипломної медичної освіти не завжди мають достатні правові можливості для повноцінної участі у наукових дослідженнях, конкурсах наукових проєктів і грантових програмах.	Закон України «Про наукову і науково-технічну діяльність»; накази МОЗ і МОН України щодо організації наукової діяльності.	Надати закладам післядипломної медичної освіти можливість набуття статусу наукових установ або створення при них науково-дослідних структурних підрозділів за наявності кадрового й матеріально-технічного забезпечення.	Розширення наукової автономії закладів післядипломної освіти, активізація їхньої участі у наукових проєктах і посилення зв'язку освіти, науки та клінічної практики.
11.	Недостатньо врегульовано механізм трансферу результатів наукових досліджень у практику охорони здоров'я.	Положення про інтернатуру; Положення про лікарську резидентуру; накази МОЗ України щодо клінічних баз і баз стажування.	Передбачити обов'язок клінічних лікарень, які є базами інтернатури та резидентури, укладати угоди із закладами післядипломної освіти щодо спільної науково-інноваційної діяльності, проведення клінічних досліджень і впровадження нових методів діагностики та лікування.	Інституціоналізація співпраці між освітніми закладами та клінічними установами, прискорення впровадження наукових результатів у медичну практику.
12.	У програмах резидентури недостатньо нормативно закріплено науково-дослідний компонент підготовки.	Наказ МОЗ України від 03.06.2024 № 949; типові програми лікарської резидентури.	Включити до програм резидентури обов'язковий науково-дослідний модуль, який передбачатиме підготовку публікацій, тез	Формування у лікарів-резидентів дослідницьких компетентностей, критичного мислення та здатності використовувати наукові докази у

			конференції, клінічного огляду або аналітичного звіту ³ урахуванням принципів evidence-based medicine.	клінічній практиці.
13.	Механізми забезпечення академічної доброчесності у післядипломній медичній освіті потребують спеціалізованого регулювання.	Закон України «Про освіту»; Закон України «Про вищу освіту»; відомчі акти МОЗ України.	Закріпити обов'язок закладів післядипломної медичної освіти затверджувати етичний кодекс академічної спільноти, створювати постійні комісії з академічної доброчесності та здійснювати перевірку кваліфікаційних і наукових робіт на плагіат.	Посилення академічної культури, запобігання плагіату, фабрикації та фальсифікації даних у медичній освіті й науці.
14.	Відсутній спеціалізований дорадчий орган, який би здійснював моніторинг академічної доброчесності саме у сфері медичної освіти.	Стратегія розвитку медичної освіти в Україні; накази МОЗ України щодо організації медичної освіти.	Створити при МОЗ України Комітет з питань академічної доброчесності у медичній освіті як дорадчий орган з функціями моніторингу, розгляду порушень і розроблення методичних рекомендацій.	Системне забезпечення академічної доброчесності у медичній освіті та підвищення довіри до результатів освітньої й наукової діяльності.
15.	Правовий статус університетських клінік і клінічних баз стажування у системі післядипломної медичної освіти залишається недостатньо визначеним.	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; Закон України «Про вищу освіту»; акти КМУ та МОЗ щодо клінічних баз.	Розробити та затвердити Положення про університетські клініки / клінічні бази стажування, передбачивши можливість довгострокового використання клінічних баз закладами післядипломної	Створення інтегрованої освітньо-науково-клінічної інфраструктури, необхідної для якісної підготовки інтернів, резидентів і лікарів-слухачів БПР.

			медичної освіти для освітньої, наукової та лікувальної діяльності.	
16	Фінансова автономія закладів післядипломної освіти проголошена законом, однак на практиці обмежується відомчими процедурами погодження кошторисів використання власних надходжень.	Закон України «Про вищу освіту»; Бюджетний кодекс України; відомчі акти МОЗ України щодо фінансової діяльності підпорядкованих закладів.	Провести ревізію відомчих актів МОЗ на предмет відповідності принципу фінансової автономії, передбачити право закладів самостійно планувати бюджет, використовувати спеціальний фонд, визначати напрями витрат відповідно до статутної діяльності.	Реальне забезпечення фінансової автономії закладів післядипломної освіти, зменшення надмірної бюрократизації та підвищення ефективності управління ресурсами.
17.	Необхідна конкретизація гарантій невилучення власних надходжень закладів післядипломної освіти та їх цільового використання.	Закон України «Про освіту»; Бюджетний кодекс України; підзаконні акти МОЗ України.	Закріпити у відомчих актах МОЗ положення про недопущення вилучення залишків власних надходжень закладів післядипломної освіти наприкінці бюджетного року та їх використання виключно для реалізації статутних завдань.	Захист фінансових ресурсів закладів, підвищення стабільності фінансового планування та стимулювання розвитку освітньої інфраструктури.
18	Фінансування післядипломної медичної освіти переважно не пов'язане з показниками якості, результативності та ефективності діяльності закладів.	Бюджетний кодекс України; акти КМУ щодо фінансування вищої освіти; акти МОЗ і МОН щодо фінансування медичної освіти.	Запровадити результат-орієнтовану модель фінансування післядипломної медичної освіти із формульним розподілом коштів за показниками якості: успішність атестації, результати ліцензійних	Підвищення якості освітніх послуг

			іспитів, оцінки слухачів, наукова активність, розвиток клінічної бази.	
--	--	--	--	--



Комісія у складі:

голова – декан факультету права та міжнародних відносин ДУ «Київський авіаційний інститут», кандидат юридичних наук, доцент ЖУКОРСЬКА Я.М.

члени комісії: – завідувач кафедри теорії держави і права, конституційного та адміністративного права, кандидат юридичних наук, доцент МАКЕСВА О.М.

– професор кафедри теорії держави і права, конституційного та адміністративного права, гарант ОНП 081 «Право», доктор юридичних наук, професор КУНСВ Ю.Д.

цим Актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження аспірантки кафедри теорії держави і права, конституційного та адміністративного права Факультету права та міжнародних відносин Державного університету «Київський авіаційний інститут» Олейнікової Тамари Володимирівни на тему: **«Адміністративно-правове регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників»** на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 «Право» впроваджені в діяльності Державного університету «Київський авіаційний інститут»

Проаналізовано основні результати дослідження Олейнікової Т.В., зокрема, наукові праці, в яких опубліковані теоретичні та практичні положення дисертації:

1.Олейнікова Т.В. Вплив запровадження лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників. *Юридичний вісник «Повітряне і комічне право»*. 2024. № 3 (72). С.100-106. DOI: 10.18372/2307-9061.72.19066.https://law.kai.edu.ua/wp-content/uploads/2025/01/yuv_3_72_2024verstka.pdf

2.Олейнікова Т.В. Атестації медичних працівників та правове регулювання процесу підвищення кваліфікації. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 7 (7). С. 735-746. DOI: 10.52058/3041-1572-2024-7(7)-735-746 <https://perspectives.pp.ua/index.php/sni/article/view/16305/16377>

3. Олейнікова Т.В. Нормативно-правове регулювання публічного адміністрування медичної сфери в Україні. *Національні інтереси України*. 2025. № 6 (11). С. 418-432. [https://org/10.52058/3041-1793-2025-6\(11\)](https://org/10.52058/3041-1793-2025-6(11)). DOI :10.52058/3041-1793-2025-6(11)

У процесі виконання наукового дослідження аспірантка взяла участь:

- у кафедральній держбюджетній науково-дослідній роботі № 53-2022_/_13.01.02_ «Людиноцентричність публічного права України» (державний реєстраційний номер 0124U003363);

- у наступних наукових заходах:

мультидисциплінарній інтернет-конференції «Світ наукових досліджень» (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 16-17 лютого 2023 р.); XIII Міжнародній науково-практичній конференції «Свобода, безпека та незалежність: правовий вимір: проблеми та перспективи» (24 лютого 2023 р.); XIV Міжнародній науково-практичній конференції «Правова парадигма відновлення України: проблеми та перспективи» (23 лютого 2024 року); VII Міжнародному молодіжному науковому юридичному форумі до Дня науки (16-17 травня 2024 року); XV Міжнародній науково-практичній конференції «Правова система України: європейський вектор розвитку в умовах воєнного стану» (21 лютого 2025 року); XVI Міжнародній науково-практичній конференції «Правова парадигма відновлення України: проблеми та перспективи» (12 лютого 2026 р.);

- у науково-практичному круглому столі з міжнародною участю на тему: «Міграційна криза та статус біженця в країнах Європи» 06 жовтня 2023 року, науково-практичному круглому столі на тему: «Модернізація нормативної бази публічного правового адміністрування та національної безпеки України» 24 жовтня 2024 року; у науково-методичному семінарі на тему: «Правові цінності та етичні стандарти в контексті підготовки майбутніх юристів та правоохоронців» 3 березня 2026 р.

Сформульовані пропозиції у науковому дослідженні Олсінікової Т.В. будуть використані в процесі підготовки методичного забезпечення та викладанні дисциплін «Адміністративне право», «Трудове право» (для бакалаврів), «Правові спори в сучасній науці і практиці» (для аспірантів) та інших освітніх компонент кафедри.

Комісія розглянула та узагальнила матеріали дисертації, поданої на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 «Право», наукові праці аспіранта Олсінікової Т.В. та на основі проведеного аналізу зробила висновок, що надана робота містить необхідний теоретичний та методологічний рівень, а також практичну значимість, використовується у науково-дослідній роботі Державного університету «Київський авіаційний інститут» під час проведення загально-теоретичних і галузевих досліджень з питань удосконалення адміністративно-правового регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.

Голова комісії

к.ю.н., доцент

Ярина ЖУКОРСЬКА

Члени комісії

к.ю.н., доцент

Олена МАКЕЄВА

д.ю.н., професор

Юрій КУНЄВ



КИЇВСЬКА ОБЛАСНА РАДА VIII СКЛИКАННЯ

пл. Лесі Українки, 1, м. Київ-196, 01196, тел. 286-83-59, факс 286-83-48
E-mail: oblrada@kor.gov.ua, Web: <http://kor.gov.ua> Код ЄДРПОУ 24572267

16.03.2026 № 675/06/-322

на № _____ від _____

ДОВІДКА про впровадження результатів дисертаційного дослідження

м. Київ

«16» 03 2026 року

Київська обласна рада засвідчує, що результати дисертаційного дослідження аспірантки Національного університету «Київський авіаційний інститут» Олейнікової Тамари Володимирівни на тему: **«Адміністративно-правове регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників»** були опрацьовані та впроваджуються у діяльність Київської обласної ради.

За результатами ознайомлення із матеріалами дослідження встановлено, що наукові положення, висновки та пропозиції, сформульовані автором, мають практичне значення для удосконалення організаційно-правових засад функціонування системи підвищення кваліфікації медичних працівників та розвитку механізмів їх атестації в системі охорони здоров'я.

Результати дисертаційного дослідження враховуються у діяльності Київської обласної ради під час підготовки та опрацювання матеріалів, що стосуються кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я області, організації безперервного професійного розвитку медичних працівників, а також формування підходів до оцінювання рівня їх професійної компетентності.

Окремі рекомендації та пропозиції, обґрунтовані у дисертаційній роботі, можуть бути використані у процесі підготовки організаційно-управлінських рішень, спрямованих на удосконалення адміністративно-правового регулювання діяльності медичних працівників, розвиток системи їх професійного навчання та підвищення ефективності функціонування кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я.

Використання результатів дисертаційного дослідження сприятиме подальшому вдосконаленню управлінських підходів у сфері охорони здоров'я, підвищенню якості кадрової політики у медичній галузі та забезпеченню належного рівня професійної підготовки медичних працівників.

**Заступник голови
Київської обласної ради**



Тетяна СЕМЕНОВА

Всч. 123/03
Всч 123.03 до 26 р

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень Олейнікової Тамари Володимирівни за темою «Адміністративно-правове регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників»

Комісія у складі:

Убогов С.Г., начальник Управління медичних кадрів, освіти і науки МОЗ України, Бомко М.О., завідувач сектору медичної науки Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Батенко А.В., головний спеціаліст сектору медичної науки Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Жмакіна О.Л., головний спеціаліст відділу з розвитку медичної освіти Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Олексіна Н.О., головний спеціаліст відділу з координації медичних кадрів Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Федірко А.В., головний спеціаліст відділу з координації медичних кадрів Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України

склала цей акт з приводу того, що комісією 23 березня 2026 року розглянуто результати наукових досліджень Олейнікової Тамари Володимирівни за темою «Адміністративно-правове регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників».

Комісія вважає, що результати наукових досліджень за вищезгаданою темою можуть бути використанні Міністерством охорони здоров'я України під час розроблення проєктів нормативно-правових актів та програмних документів, що регулюють питання підготовки, безперервного професійного розвитку та атестації працівників сфери охорони здоров'я.

Начальник Управління
медичних кадрів, освіти і науки
Міністерства охорони здоров'я України



Сергій УБОГОВ

Лист 36/л

АКТ
впровадження результатів дисертаційного дослідження

м. Київ

«18» березня 2026 року

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (далі – Університет) ознайомився з матеріалами дисертаційного дослідження аспірантки Національного університету «Київський авіаційний інститут» Олесьнікової Тамари Володимирівни на тему: **«Адміністративно-правове регулювання підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників»**.

Цим актом підтверджується, що результати зазначеного дисертаційного дослідження впроваджено у діяльність Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

У структурі Університету функціонує Інститут післядипломної освіти, діяльність якого спрямована на забезпечення післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку лікарів і фармацевтів. У зв'язку з цим наукові положення, висновки та пропозиції, сформульовані у дисертаційному дослідженні, становлять практичний інтерес для удосконалення організаційно-правових підходів до підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.

Окремі результати дослідження використовуються у навчальному процесі Університету під час підготовки здобувачів вищої освіти за медичними спеціальностями, а також у процесі удосконалення навчально-методичних матеріалів з питань правового регулювання професійної діяльності медичних працівників.

Матеріали дисертаційного дослідження можуть бути використані при викладанні навчальних дисциплін, пов'язаних із медичним правом, організацією охорони здоров'я, управлінням у сфері охорони здоров'я та правовими аспектами професійної діяльності медичних працівників.

Використання результатів дослідження сприяє підвищенню рівня правової обізнаності здобувачів освіти, удосконаленню навчально-методичного забезпечення освітнього процесу, а також розвитку науково-практичних підходів до адміністративно-правового забезпечення підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.

В.о. завідувача Центру підвищення кваліфікації

Віра ВОЗНЮК

Директор Інституту післядипломної освіти
НМУ імені О.О. Богомольця

Наталія ГРЕБЕНЬ

Ректор НМУ імені О.О. Богомольця

Юрій КУЧИН

