

КИЇВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА

На правах рукопису

Логуш Леся Геннадіївна

УДК [378.6:61].014.5:061.1(043.3)

**ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ОСВІТНІЙ ПОЛІТИЦІ
ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ**

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук

Науковий керівник:
доктор педагогічних наук, професор,
Цехмістер Ярослав Володимирович

Київ – 2016

Зміст

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ОСВІТНІЙ ПОЛІТИЦІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ	
1.1. Характеристика базових понять дослідження	14
1.2. Проблема розвитку медичної освіти в контексті європейських інтеграційних процесів у педагогічній теорії	39
1.3. Загальна характеристика освітньої політики Європейського Союзу	62
Висновки до першого розділу	74
РОЗДІЛ 2 ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ОСВІТНІЙ ПОЛІТИЦІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ (друга половина ХХ початок ХХІ ст.)	
2.1. Обґрунтування основних періодів розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу	76
2.2. Формування освітньої політики Європейського Союзу з медичної освіти (1950-1987)	85
2.3. Основні принципи реформування медичної освіти відповідно до Единбурзької декларації (1988-1997)	99
2.4. Розвиток медичної освіти відповідно до вимог Болонського процесу (1998-2003)	113
2.5. Утвердження міжнародних стандартів медичної освіти (2004-2014)	128
2.6. Виокремлення пріоритетних тенденцій розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу	142
Висновки до другого розділу	154
РОЗДІЛ 3 ВИКОРИСТАННЯ ДОСВІДУ ОСВІТНЬОЇ ПОЛІТИКИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ	
3.1. Характеристика розвитку медичної освіти в Україні за роки незалежності	157

3.2. Перспективні напрями використання позитивного досвіду освітньої політики Європейського Союзу в медичній освіті України	184
Висновки до третього розділу	199
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	202
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	208
ДОДАТКИ	236

ВСТУП

Здоров'я населення є інтегральним показником суспільного розвитку держави, могутнім фактором формування економічного і людського потенціалів. Саме тому медична освіта займає вагомe місце в освітній політиці кожної країни.

Розвиток медичної освіти в Україні органічно пов'язаний зі змінами, що відбуваються в суспільстві, яке інтегрується в європейський простір і визначає сучасний вектор свого розвитку. В цьому контексті актуальними стають питання вивчення позитивного зарубіжного досвіду розвитку медичної освіти, як складової професійної вищої освіти. Цей науковий пошук сприятиме вдосконаленню системи неперервної медичної освіти, формуванню національного кадрового потенціалу медичної сфери, виведенню її на рівень світових стандартів.

Актуальність розвитку медичної освіти в сучасних умовах підсилюється документами, які регламентують сферу вищої освіти України: Закон України «Про освіту» (1991 р.), Закон України «Про вищу освіту» (2002 р., 2014 р.), Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 рр.» (2002 р.), «Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на 2012-2021 роки» (2012 р.) та положеннями, які безпосередньо спрямовані на реформування медичної освіти: наказ МОЗ України «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти» (2004 р.), «Про експериментальне впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації у 2004-2010 рр.» (2004р.), «Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 року».

Загальні стратегії розвитку вищої освіти в освітній політиці Європейського Союзу відображені у документах: «Зона європейської вищої освіти» (Болонська декларація, 1999 р.), «Створення загальноєвропейського простору вищої освіти» (м. Берлін, 2003 р.), «Болонський процес 2020 – Європейський простір вищої освіти у новому десятиріччі» (Комюніке конференції Європейських міністрів, відповідальних за вищу освіту м. Льовен-ла-Ньов, 2009 р.), рекомендація

Європейського Парламенту і Ради 2008/С 111/01 «Про встановлення Європейської кваліфікаційної структури для можливості отримати освіту протягом усього життя» (2008 р.), Будапештсько-Віденська декларація про створення Європейського простору вищої освіти (2010 р.).

Особливе значення при вивченні розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу мають міжнародні документи, які були прийняті безпосередньо і європейськими країнами. В них закладено вихідні концептуальні положення глобальної модернізації медичної освіти: Алма-Атинська декларація (1978 р.), Лісабонська декларація про права пацієнта (1981 р.), Единбурзька декларація (1988 р.), програма ЮНЕСКО «Освіта для всіх протягом усього життя» (1997 р.), «Міжнародні стандарти медичної освіти» (2003 р.).

Медична освіта як предмет наукового дослідження знаходить своє місце у наукових розвідках вітчизняних учених. Зокрема, увага приділялась таким її аспектам: сучасна філософія освіти (В. Андрущенко, В. Кремень, В. Огнев'юк); вплив глобалізаційних та інтеграційних процесів на розвиток університетської і професійної освіти в Україні та в Європейському Союзі (Т. Десятов, С. Сисоєва, О. Шовкопляс); тенденції розвитку освітньої політики в європейських країнах (О. Альперн, Н. Вільчинська, Г. Кліщ, О. Копанська); теоретичні засади становлення вітчизняної освітньої політики (В. Журавський, В. Гальперіна); проблеми розвитку освіти упродовж життя (І. Зязюн, О. Огієнко, Л. Сігаєва).

Аналіз наукової літератури дає можливість виокремити дослідження, спрямовані на розвиток медичної освіти в Україні (О. Волосовець, Ю. Поляченко, Г. Пилип), та в країнах Європейського Союзу (Н. Кучумова, В. Майборода, І. Паламаренко) на різних етапах її становлення. Значна кількість досліджень присвячена проблемам якості медичної освіти (М. Банчук, М. Білинська, І. Булах), деонтологічній культурі медичного фахівця (Л. Переймибіда), впливу Болонського процесу на систему медичної освіти (Ю. Вороненко, В. Москаленко, О. Панасенко, А. Підаєв).

Проблемам розвитку медичної освіти в європейських країнах присвячено дослідження зарубіжних науковців: історичний розвиток та сучасний стан

функціонування і реформування системи підготовки майбутніх лікарів у Європі (С. Куртоні (S. Curtoni), Б. Гастел (B. Gastel), Р. Дейв (R. Dave); розвиток вищої медичної освіти Австрії (Дж. Голдіє (J. Goldie); особливості розбудови медичної освіти Польщі (А. Яновські (A. Janowski), Д. Дзевуляк (D. Dziewulak), Р. Пахоцінські (R. Pachocinski); реформи підвищення якості у медичній галузі Великої Британії (Дж. Джонстон (J. Johnstone), В. Малінсон (V. Mallinson), С. Тейлор (S. Taylor)).

Аналіз вище зазначених праць свідчить про те, що у педагогічній науці не здійснено цілісного дослідження тенденцій розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу. Поза увагою дослідників залишилися важливі аспекти цієї проблеми: модернізація медичної освіти відповідно до вимог Болонської декларації у країнах Європейського Союзу; особливості розвитку медичної освіти згідно стандартів Всесвітньої Федерації Медичної Освіти; загальні та пріоритетні тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу.

Актуальність дослідження обраної проблеми також підсилюється необхідністю подолання суперечностей, що існують у сучасній системі медичної освіти України, а саме між:

- соціальною значущістю медичної освіти у збереженні здоров'я нації та актуалізацією цього питання в освітній політиці України з урахуванням європейських стандартів;
- вимогами до модернізації медичної освіти в Україні відповідно нормативно-правового та навчально-методичного забезпечення та реалізацією цього процесу в Європейському Союзі;
- вимогами національної системи підготовки майбутніх медичних фахівців та вивченням основних тенденцій розвитку медичної освіти в Європейському Союзі.

Актуальність порушеної наукової проблеми, її недостатня вивченість, не систематизованість об'єктивних вимог до модернізації медичної освіти в Україні відповідно до міжнародних стандартів та процесів в освітній політиці

Європейського Союзу визначили тему дисертаційного дослідження: **«Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу».**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертаційної роботи є складовою комплексної програми науково-дослідної роботи кафедри безпеки життєдіяльності Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича «Аналітичне та методологічне забезпечення медико-біологічних аспектів безпеки життя та культури здоров'я у вищих навчальних закладах» (державний реєстраційний номер 0111U001166) та наукової теми Київського університету імені Бориса Грінченка «Філософські освітологічні та методичні засади компетентнісної особистісно-професійної багатoproфільної університетської освіти» (державний реєстраційний номер РК 0110U006274).

Тема дисертаційного дослідження затверджена вченою радою Київського університету імені Бориса Грінченка (протокол №14 від 22.12.2011 р.) та узгоджена у бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 1 від 31.01.2012 р.)

Об'єкт дослідження: розвиток медичної освіти в країнах Європейського Союзу.

Предмет дослідження: тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу у другій половині XX – на початку XXI століття.

Мета дослідження: дослідити тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу у другій половині XX – на початку XXI століття задля модернізації медичної галузі в Україні в контексті євроінтеграційних процесів.

Відповідно до об'єкта, предмета й мети наукового пошуку визначено такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати стан дослідження проблеми у педагогічній теорії.
2. Обґрунтувати основні періоди розвитку медичної освіти в Європейському Союзі у другій половині XX – на початку XXI століття.
3. Виявити тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу на кожному історичному етапі.

4. Визначити напрями використання в Україні досвіду розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу.

Хронологічні межі дослідження тенденцій розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу охоплюють період з 1950 року до 2014 року. Нижня межа визначається початком формування та створення Європейського Союзу (1950 р.), підписанням Единбурської декларації (1988 р.), як перший крок реформування медичної освіти, створення єдиного європейського простору та освітньої політики, що обумовлене підписанням Лісабонської конвенції (1997 р.) і Болонської декларації (1999 р.). Верхня хронологічна межа дослідження зумовлена сучасними досягненнями у сфері вищої медичної освіти у Європі: розробка нових стандартів вищої медичної освіти («Міжнародні стандарти медичної освіти» (2003 р.)), перехід на ступеневу освіту, мобільність студентів, пропаганда та впровадження безперервного професійного розвитку в систему медичної освіти.

Методологічну основу дослідження становлять загальнонаукові положення теорії пізнання про єдність педагогічної теорії і практики; діалектичну взаємозумовленість соціально-педагогічних явищ і процесів; освіти і самоосвіти, гуманістичного характеру цих процесів; неперервності, інформатизації освіти; основні методологічні принципи науковості, об'єктивності, цілісності, соціальної зумовленості.

Теоретичну основу дослідження становлять наукові положення й висновки щодо: філософії освіти (В. Андрущенко, В. Кремень, В. Огнев'юк); теорії неперервної професійної освіти і професійно-педагогічного розвитку (Т. Кристопчук, С. Сисоєва, Я. Цехмістер); розвитку освітньої політики Європейського Союзу (О. Альперн, Н. Вільчинська); становлення національної освітньої політики (В. Журавський, В. Гальперіна); трансформації системи неперервної професійної освіти (Т. Десятов, О. Огієнко, А. Саргасян, М. Степко); реформування змісту медичної освіти в країнах Європейського Союзу (Н. Кучумова, Г. Кліщ, І. Паламаренко); розвитку вітчизняної медичної освіти (Б. Криштопа, О. Волосовець, О. Підаєв, Г. Пилип), розвитку деонтологічної культури в медичній освіті (Л. Переймибіда), впливу глобалізаційних процесів на модернізацію медичної

освіти (М. Білінська, В. Москаленко, В. Передерій); впливу Болонського процесу на систему медичної освіти (Ю. Вороненко, О. Панасенко); підвищення якості медичної освіти (М. Банчук, І. Булах).

Методи дослідження. Для досягнення мети та розв'язання поставлених завдань дослідження використано такі методи наукового пошуку: *теоретичні*, які включають різні види аналізу: термінологічний – з метою визначення базових понять дослідження; порівняльно-педагогічний – для дослідження проблеми розвитку медичної освіти України та країн Європейського Союзу; історико-структурний – для вивчення і обґрунтування основних періодів розвитку медичної освіти ЄС; системно-структурний - для виявлення тенденцій розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу; діахронний – для дослідження прогресивних змін у системах медичної освіти європейських країн ЄС та України; порівняння й узагальнення фактичного матеріалу – для визначення напрямів використання прогресивного досвіду європейських країн у розвитку вітчизняної медичної освіти; *емпіричні* – аналіз статистичних даних, опис фактичної інформації, бесіди зі студентами, викладачами і науковцями вищих медичних навчальних закладів з метою конкретизації фактів та положень.

Джерельну базу дослідження становлять:

- *законодавчі акти* в галузі медичної освіти країн Європейського Союзу та рекомендації урядових комісій різних країн Європи;

- *документи європейських і міжнародних організацій* стосовно медичної освіти (ЮНЕСКО – 1987, 1996, 1998, 2001, 2004 рр.; Європейської ради Європейського Союзу (European Council of the European Union) – 1986, 1994, 1995, 1996, 1997 рр.; Організації міжнародного співробітництва і розвитку – 1976, 1994, 1998); Комісії Європейського Союзу (European Commission of the European Union) – 1987, 1989, 1995, 2004 рр.; Парламенту Європейського Союзу (European Council), комюніке міністрів вищої освіти країн-учасниць Болонського процесу (Прага, 2001 р., Берлін, 2003 р., Берген, 2005 р., Лондон, 2007 р., Льовен та Лювен-Ля-Ньов, 2009 р., Будапешт-Відень, 2010 р.), Європейської асоціації медичної освіти (European Association for Medical Education European);

- *статистичні збірники з освіти*, видані ЮНЕСКО, Всесвітньою федерацією медичної освіти (ВФМО), Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), міжнародними інституціями, котрі на різних історичних етапах регламентували розвиток медичної освіти в світі та в Європі;

- *європейська та світова медична періодика* (British Educational Research Journal, British Medical Journal, Medical Education, Journal of the American Medical Association, The Journal of Continuing Higher Education, The New York Journal of Adult Learning, International Journal of Lifelong Education);

- *основні положення щодо розвитку освіти в Україні*, викладені у законах України «Про освіту» (1991 р.), «Про вищу освіту» (2014 р.), в Державній національній програмі «Освіта» («Україна XXI століття»), «Національній доктрині розвитку освіти в Україні» (2002 р.), Національній стратегії розвитку освіти в Україні на 2012-2021 роки (2012 р.), а також нормативно-правових документах Міністерства освіти і науки України;

- *фонди* Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського, Національної парламентської бібліотеки України, Державної науково-педагогічної бібліотеки України імені В. О. Сухомлинського;

- *електронні ресурси* (електронні версії українських та європейських журналів, сайти державних структур);

- *періодичні видання*, матеріали конференцій, присвячених розвитку медичної освіти в Європі та в Україні.

Наукова новизна і теоретичне значення одержаних результатів полягає в тому, що: *вперше* обґрунтовано основні періоди розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу: перший період – формування освітньої політики в медичній галузі (1950-1987 рр.); другий період – початок реформування медичної освіти (1988-1997 рр.); третій період – модернізації медичної освіти відповідно до вимог Болонського процесу (1998-2003 рр.); четвертий період – впровадження ідей неперервної медичної освіти (2004-2014 рр.); охарактеризовано тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу в кожному історичному періоді; *виокремлено* пріоритетні тенденції розвитку медичної освіти в освітній

політиці Європейського Союзу (глобалізація освітньої політики ЄС в галузі медичної освіти (прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти); підтримка академічної мобільності студентів медичних спеціальностей та професійної мобільності викладачів; встановлення вимог до базової підготовки студентів медичних спеціальностей; розширення клінічного навчання; полікультурність медичної освіти; автономність медичних університетів та університетських клінік; запровадження єдиної мови спілкування (вивчення іноземних мов); акредитація медичних навчальних закладів на рівні держави і на міжнародному рівні; створення єдиного європейського простору медичної освіти для безперервного професійного розвитку медичних фахівців; спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення); *уточнено* поняття, що характеризують розвиток медичної освіти, як складової професійної освіти в освітній політиці Європейського Союзу та встановлено змістовні зв'язки між поняттями: «професійна освіта», «медична освіта», «якість освіти», «тенденції розвитку медичної освіти», «освітня політика», які використовуються у вітчизняному та європейському науковому просторі; *удосконалено* навчальну програму з дисципліни «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» для студентів вищих медичних навчальних закладів; *подальшого розвитку* набули наукові положення щодо модернізації медичної освіти в Україні відповідно до тенденцій розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що розроблено і впроваджено: методичні рекомендації «Розвиток медичної освіти в контексті вимог європейської освітньої політики» для викладачів і студентів вищих медичних навчальних закладів та науковців, що досліджують проблеми розвитку медичної освіти; матеріалами дослідження збагачено зміст курсів з історії педагогіки та порівняльної педагогіки; запропоновано навчальний модуль за темою «Організація охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу» до дисципліни «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» для викладачів і студентів усіх спеціальностей медичного університету.

Результати дослідження можуть бути використані в освітньому процесі вищих медичних навчальних закладів України, для розробки нових і оновлення існуючих навчальних курсів по вивченню історії медицини та організації охорони здоров'я, в системі післядипломної медичної освіти та під час професійної підготовки викладачів вищих медичних навчальних закладів.

Результати дисертації **впроваджено** в освітній процес Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича (акт впровадження № 10/15-824 від 24.03.2015 р.), Буковинського державного медичного університету (акт впровадження № 30 від 30.04.2015 р.), Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (довідка № 120/3 від 22.06.2015 р.), Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії (довідка № 622 від 30.06.2015 р.).

Апробація результатів дослідження здійснювалась у формі доповідей та повідомлень на науково-практичних конференціях різного рівня, зокрема: *міжнародних* – XII Конгрес світової федерації українських лікарських товариств (м. Івано-Франківськ – Київ – Чикаго, 2008), «Науковий прогрес на межі тисячоліть 2009» (Прага, 2009), «Інтеграція системи безперервної освіти України в Європейський освітній простір: стан, проблеми, перспективи» (Чернівці, 2009), «Розвиток особистості та професіоналізму фахівця в системі неперервної освіти в контексті викликів XXI ст.» (Чернівці, 2011), «Scientific horizons» (Sheffield, 2014), «Сучасні тенденції та фактори розвитку педагогічних та психологічних наук» (Київ, 2015), «Актуальні проблеми та перспективи підготовки фахівців дошкільної освіти в умовах інтеграції України в освітній європейський простір» (Чернівці – Сучава, 2015), «Сучасні парадигми вищої освіти» (Київ, 2015), «Nowy wymiar społeczny kształcenia zawodowego» (Kielce, 2015), «Якість неперервної освіти в умовах євро інтеграційних процесів: тенденції, проблеми, прогнози» (Київ – Чернівці, 2015); *всеукраїнських* – «Актуальні проблеми фізичної культури, спорту та здоров'я людини у сучасному суспільстві» (Чернівці, 2015).

Проведено відкриту лекцію на тему: «Transformation of the Higher Education of Ukraine at the beginning of the XXI century in legislative documents» для студентів та

викладачів Державної вищої школи імені Станіслава Тарновського в Тарнобжегу (Польща).

Публікації. Основні результати дослідження висвітлено у 22 публікаціях. Серед них: 1 методичні рекомендації, 11 одноосібних наукових статей у фахових виданнях, 2 статті у зарубіжних періодичних виданнях, 8 публікацій у збірниках наукових праць та матеріалів міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, 6 додатків та списку використаних джерел (284 найменувань, з них 75 іноземною мовою). Загальний обсяг дисертації – 239 сторінок. Обсяг основного тексту становить 204 сторінок. Дисертація містить 11 таблиць та 1 рисунок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ОСВІТНІЙ ПОЛІТИЦІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

У розділі охарактеризовано базові поняття дослідження; розкрито проблему розвитку медичної освіти в контексті європейських інтеграційних процесів у педагогічній теорії; охарактеризовано освітню політику Європейського Союзу.

1.1. Характеристика базових понять досліджень

На рубежі ХХ-ХХІ століть освіта стала розглядатись як основа національного і духовного відродження суспільства, його прогресу. Адже саме вона спонукає людей до збереження і примноження всіх цінностей національної культури, зміцнення суверенної, демократичної та правової держави як невід'ємної складової світової спільноти. Тому В. Кремень зазначив, що через освіту ми повинні підготувати інноваційну людину, яка здатна і бажає творити і сприймати нововведення та зміни технологій, інформації, знань, самих обставин життя. Людина розумна у ХХІ столітті – це людина, яка навчається протягом усього життя. Вчений наголошує, що найпріоритетнішими сферами у ХХІ столітті стають наука, як сфера, що продукує нові знання, та освіта, як сфера, що оприлюднює знання і, насамперед, забезпечує індивідуальний розвиток людини [92]. Для цього необхідно добре орієнтуватись у базових поняттях не тільки української, але й європейської освіти. Тому дослідження окресленої проблеми потребує аналізу її базових понять, оскільки термінологічний хаос не дає можливості людині правильно аналізувати інформацію. Для нашого дослідження необхідне чітке визначення таких основних понять, як «професійна освіта», «медична освіта», «якість освіти», «тенденції розвитку медичної освіти», «освітня політика» та встановлення логічних зв'язків між ними.

Міжнародна організація ЮНЕСКО визначає освіту як процес і результат удосконалення здібностей і поведінки особистості, при якому вона досягає соціальної зрілості та індивідуального зростання [233].

Освіта – певна сукупність систематизованих знань, умінь і навичок, поглядів і переконань, певної практичної підготовки, що досягаються в навчально-виховному процесі [151].

У статті 3 Закону України «Про освіту» зазначено, що «громадяни України мають право на безкоштовну освіту в усіх державних навчальних закладах незалежно від статі, раси, національності, соціального і майнового стану, роду та характеру занять, світоглядних переконань, належності до партій, ставлення до релігії, віросповідання, стану здоров'я, місця проживання та інших обставин. Це право забезпечується: розгалуженою мережею навчальних закладів, заснованих на державній та інших формах власності, наукових установ, закладів післядипломної освіти; відкритим характером навчальних закладів, створенням умов для вибору профілю навчання і виховання відповідно до здібностей, інтересів громадянина; різними формами навчання – очною, вечірньою, заочною, екстернатом, а також педагогічним патронажем» [66]. У цьому документі наголошується, що «метою освіти є всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, розвиток її талантів, розумових та фізичних здібностей, виховання моральних якостей, формування громадян, здатних до свідомого суспільного вибору, збагачення на цій основі інтелектуального, творчого, культурного потенціалу, підвищення освітнього рівня народу, забезпечення народного господарства кваліфікованими фахівцями» [66].

На думку М. Ярмаченка, освіта - основа інтелектуального, культурного, духовного, соціального, економічного розвитку суспільства і держави [158]. Погоджуючись з ученим, ми вважаємо що, освіта – це процес, через який суспільство передає молодому поколінню накопичені знання, цінності, навички.

Слід зазначити, що ще у середині XVII ст. Я. Коменський наголошував, що «людині, якщо вона хоче стати Людиною, необхідно здобути освіту. Тільки люди з високим рівнем освіти добре працюють і спроможні чогось досягти у житті» [98].

Розвиваючи ідеї видатного педагога, І. Зязюн підкреслює, що «зміст і мета освіти – людина у постійному розвитку, її духовне становлення, гармонія її відносин з собою й іншими людьми, зі світом. У такий спосіб освіта на державному рівні створює умови розвитку – саморозвитку, виховання – самовиховання, навчання – самонавчання всіх і кожного... Отже, система освіти створюється для людини, функціонує і розвивається в її інтересах, слугує повноцінному розвитку особистості, і в ідеалі її призначення – щастя людини» [71, с. 14].

Вища освіта є складовою системи всієї освіти і забезпечує фундаментальну наукову, професійну та практичну підготовку. Наприкінці ХХ століття до пріоритетних понять ЮНЕСКО було введено термін «вища освіта». У 1995 році ЮНЕСКО оприлюднило програмно-стратегічний документ «Реформування і розвиток вищої освіти» [178], де вказано, що вища освіта - це провідний чинник збільшення обсягу людського капіталу націй і засобу забезпечення конкурентоспроможності економіки країни. У ньому зазначено, що: «... на сучасному етапі жодна країна без підготовки спеціалістів на належному рівні... не може забезпечити рівень прогресу, який би відповідав потребам і надіям суспільства з формуванням принципів демократії, толерантності і взаємної поваги...» [178]. Вона визначається, як результат засвоєння такої сукупності систематизованих знань і навичок діяльності, яка дає можливість спеціалістові самостійно й відповідально вирішувати дослідницькі і практичні завдання, творчо використовуючи й розвиваючи досягнення культури, науки, техніки [36, с. 54].

Вища освіта в нашій державі регулюється Законами України «Про освіту» та «Про вищу освіту». Зокрема у Законі України «Про вищу освіту» вказано, що: «вища освіта — сукупність систематизованих знань, умінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, інших компетентностей, здобутих у вищому навчальному закладі (науковій установі) у відповідній галузі знань за певною кваліфікацією на рівнях вищої освіти, що за складністю є вищими, ніж рівень повної загальної середньої освіти» [68].

Вважаємо, що вища освіта спрямована на забезпечення фундаментальної наукової, загальнокультурної, практичної підготовки фахівців, які мають визначати темпи і рівень науково-технічного, економічного та соціально-культурного прогресу, на формування інтелектуального потенціалу нації та всебічний розвиток особистості як найвищої цінності суспільства. Державна національна програма «Освіта» («Україна XXI століття») визначила пріоритетні напрями реформування вищої освіти, які в нашому дослідженні є необхідними для встановлення змін у вітчизняній освітній політиці. Основними напрямами стали:

- прогнозування потреб держави, регіонів, галузей економіки та культури у спеціалістах з різними рівнями кваліфікації;
- створення державної системи добору і навчання талановитої молоді, розроблення і запровадження механізмів її державної підтримки;
- оптимізація мережі вищих навчальних закладів та їх структури, проведення організаційно-структурних змін у системі вищої освіти, спрямованих на розвиток навчальних закладів різних типів, підвищення ролі і значущості університетської освіти у реалізації стратегічних цілей освіти;
- створення умов для розширення можливостей громадян здобувати вищу освіту певного рівня за бажаним напрямом;
- розроблення нових моделей різних рівнів вищої освіти та визначення її державного компонента;
- широке інтегрування в міжнародну систему освіти;
- оновлення змісту вищої освіти, запровадження ефективних педагогічних технологій;
- створення нової системи методичного та інформаційного забезпечення вищої школи;
- входження України у трансконтинентальну систему комп'ютерної інформації;
- демократизація, гуманізація та гуманітаризація навчально-виховного процесу, органічне поєднання в ньому національного та загальнолюдського начал;

- організація навчання як безперервної науково-виробничої діяльності з найповнішим використанням наукового потенціалу вищої школи;

- ефективне використання кадрового потенціалу вищої школи у навчально-виховному процесі та науковій роботі, залучення до педагогічної діяльності у вищих навчальних закладах талановитих учених академічних та галузевих науково-дослідних інститутів, провідних фахівців різних галузей виробництва і культури [45, с. 5].

«Завдання освіти, — наголошує В. Кремень, — утвердити перспективи людини для її буття в майбутньому. Саме майбутнє, незалежно від його конкретної конфігурації, є тим психологічним позитивом, який гармонізує соціум, дає змогу подолати деградацію людини, можливу в процесі здійснення усіх культурних і соціально-економічних проектів. Це складне завдання, яке потребує, крім усього іншого, врахування необхідності поєднання теорії з практикою, знання з мудрістю» [95, с. 24].

Підсумовуючи вище викладене, ми дійшли висновку, що сучасна вища освіта повинна поєднувати ідею вільного доступу молоді до вищих навчальних закладів із забезпеченням високої якості дипломів та інших професійних кваліфікацій з фундаментальною, загальнокультурною, практичною підготовкою фахівців, які мають визначати темпи і рівень науково-технічного, економічного та соціально-культурного процесу і формування інтелектуального потенціалу суспільства. Тому основними складовими чинниками вищої освіти на сучасному етапі слід вважати: відповідність освіти вимогам сьогодення; зростання якості та неперервності освіти; інтернаціоналізація вищої освіти. Вищі заклади освіти є органічною складовою системи неперервної професійної освіти, яка визначає головний вектор підготовки професіонала.

У контексті нашого дослідження провідним поняттям є «професійна освіта», яка у словнику С. Гончаренка трактується як підготовка в навчальних закладах спеціалістів різних рівнів кваліфікації для трудової діяльності в одній із галузей народного господарства, науки, культури. Зміст професійної освіти включає поглиблене ознайомлення з науковими основами й технологією обраного виду

праці; прищеплення спеціальних практичних навичок і вмінь; формування психологічних і моральних якостей особистості, важливих у певній сфері людської діяльності [36, с. 274].

На сучасному етапі професійна освіта включає в себе і вищу, і середню, і спеціальну технічну освіту. Вона надає певний рівень знань, навичок і вмінь, які дають можливість працювати спеціалістом вищої або середньої кваліфікації.

У Державній національній програмі «Освіта» («Україна ХХІ століття») зазначено, що професійна освіта «спрямована на забезпечення професійної самореалізації особистості, формування її кваліфікаційного рівня, створення соціально активного, морально і фізично здорового національного виробничого потенціалу, який має посідати важливе місце у технологічному оновленні виробництва, впровадженні у практику досягнень науки і техніки» [45, с. 2].

Своєрідне тлумачення цього поняття подає словник «Професійна освіта» за редакцією Н. Ничкало. У ньому, зокрема, стверджується, що професійна освіта — це:

- сукупність знань, навичок і вмінь, оволодіння якими дає змогу працювати спеціалістом вищої, середньої кваліфікації;
- підготовка в навчальних закладах спеціалістів для трудової діяльності в певній галузі народного господарства, науки, культури;
- складова частина системи вищої освіти [175].

Подібну думку висловлює і польський вчений С. Качор, який вважає, що професійна освіта є, перш за все, системою створення умов для всебічного розвитку особистості з одночасною підготовкою до професійної діяльності у будь-якій галузі [76, с. 9-24].

Варто зазначити, що інтегрування української професійної освіти в загальноєвропейський чи світовий контекст розпочинається з усвідомлення засад і принципів сучасної ступеневої професійної освіти та пошуку шляхів її практичної реалізації. Дослідники Ю. Жидецький, І. Ковальчук та В. Онищенко підкреслюють, що сучасна система ступеневої професійної освіти відноситься до сфери інноваційної і починає впроваджуватися у всіх закладах професійної освіти.

Ступеневість передбачає єдність, взаємозумовленість, наступність цільових функцій усіх ланок, що становлять сутність ступеневої професійної освіти [150]. В Україні ступеневість професійної освіти передбачає підготовку молодшого спеціаліста, бакалавра, спеціаліста та магістра. Подальший професійний розвиток проходить в двох варіантах: перший – науковий (аспірантура, докторантура); другий – вузька спеціалізація (курси підвищення кваліфікації, стажування). Частини ступеневої професійної освіти створюють необхідну умову того, щоб кожний із ступенів виконував певну функцію у складі цілого. Погоджуємося з думкою В. Онищенко, що саме ступеневість створює передумову можливого доповнення, поглиблення професійної підготовки та безперервного розвитку, забезпечує принципову можливість переходу до нової якості знань. Неперервність освіти відкриває можливості для постійного поглиблення загальноосвітніх і фахових знань, сприяє наступності і цілісності у професійному становленні і розвитку особистості фахівця [150].

Соціально-економічні перетворення, що здійснюються в Україні сьогодні, зумовили значні зміни у системі професійної освіти: змінюється її організаційна структура, з'являються нові типи професійних закладів освіти, форми їх фінансування тощо. За таких умов, вважає С. Сисоева, технологізація освітнього процесу в умовах неперервної професійної освіти повинна сприяти: впровадженню інтегрованих освітньо-професійних програм підготовки і перепідготовки фахівців, які поєднують гуманітарну підготовку з фундаментальною та професійною освітою, впровадженню системи ступеневої професійної освіти; створенню умов для забезпечення фундаменталізації підготовки та індивідуалізації процесу навчання з метою поліпшення якості професійної освіти; інтеграції закладів освіти в системі неперервної професійної освіти (наприклад, інтеграція вищих закладів освіти з середніми закладами освіти, що забезпечують загальноосвітню і допрофесійну підготовку молоді для поліпшення якості її навчання з метою набуття відповідного рівня кваліфікації майбутнього фахівця); технологічному підходу до організації процесу навчання і виховання в умовах неперервної професійної освіти; орієнтації змісту діяльності регіональних закладів системи неперервної професійної освіти на

підготовку та перепідготовку дорослого населення; використанню наукового потенціалу закладів освіти у вдосконаленні методів впровадження освітніх технологій; вдосконаленню взаємодії між підприємствами різних форм власності та закладами системи неперервної професійної освіти; підвищенню професійної мобільності дорослого населення (здатність швидко адаптуватися до потреб ринку праці, упередження безробіття); наданню закладами освіти допомоги соціально-економічній сфері для її розвитку (підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації кадрів, консультації, рекомендації в організації бізнесу тощо) [186].

Вважаємо, що розвиток системи медичної освіти як частини професійної освіти тісно пов'язаний зі змінами, що відбуваються в суспільстві, а здоров'я населення є інтегральним показником суспільного розвитку країни, відображенням її політичного, соціально-економічного та морального станів, могутнім чинником формування демографічного, економічного, трудового потенціалів держави й суспільства [165]. Тому медичну освіту і тенденції її розвитку не можна розглядати відокремлено від світового контексту розвитку системи охорони здоров'я та системи загальної освіти, особливостей системи охорони здоров'я тієї або іншої країни, а також специфіки самої медичної освіти.

Термін «медична освіта» почав використовуватись з 1808 року, коли відкрили медичний факультет в університеті Монпельє у Франції. Саме медична освіта вважалась елітною та благородною, тому що вона давала можливість знати і найкраще розуміти людський організм, а також підтримувати здоров'я та допомагати хворим [126].

Медицина (від латин. *medico* – лікую, зцілюю) – це система наукових знань і сукупність практичних заходів, спрямованих на запобігання недугам, лікування хворих та охорону й зміцнення здоров'я людини. Медична освіта – система фахової підготовки й удосконалення лікарів, провізорів, середнього медичного персоналу й науково-педагогічних медичних кадрів [36, с. 202].

Медична освіта є професійною освітою, тому її функціонування та тенденції розвитку не можна розглядати у відриві від європейського і світового контексту розвитку вищої освіти. Вона забезпечується мережею медичних, фармацевтичних та

стоматологічних коледжів, інститутів, академій і університетів, у яких здійснюється середньо-спеціальна та вища фахова підготовка, перекваліфікація та удосконалення майстерності, а також післядипломна освіта медичних кадрів різного рівня. Медична освіта на рівні коледжу включає в себе підготовку медичних сестер за спеціальністю «Сестринська справа», фельдшерів за спеціальністю «Лікувальна справа», акушерок за спеціальністю «Акушерська справа», зубних техніків за спеціальністю «Стоматологія ортопедична», фармацевт за спеціальністю «Фармація», медичних лаборантів за спеціальністю «Лабораторна діагностика» та санітарних фельдшерів за спеціальністю «Медико-профілактична справа» з присвоєнням освітньо-кваліфікаційного рівня молодший спеціаліст, бакалавр. Медична освіта на рівні університету передбачає підготовку лікарів за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа», «Медична психологія» та провізорів за спеціальністю «Фармація», «Клінічна фармація» з присвоєнням освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, магістр [165].

Специфічність вищої медичної освіти є в тому, що у ній поєднано набуття певного освітнього рівня (або ступеню) – молодший спеціаліст, бакалавр, спеціаліст, магістр, з отриманням професійної медичної кваліфікації (медична сестра, фельдшер, лікар, лікар-психолог, лікар-стоматолог) відповідно до напрямку підготовки. Медична освіта передбачає високу якість підготовки майбутнього медичного спеціаліста, адже він відповідає за здоров'я пацієнта, тому великого значення у європейському просторі набуває така ознака освіти, як «якість». Охарактеризовуючи такі поняття, як «вища освіта» та «професійна освіта», які є взаємодоповнюючими, варто зауважити, що освіта на кожному рівні розвитку людини повинна бути відповідною і для того, щоб якісно подати знання та оцінити їх. Оцінка знань – це і є якість.

У Копенгагені (Данія, 2007 р.) для поліпшення якості медичної освіти Європи Всесвітня федерація медичної освіти та Асоціація медичних шкіл у Європі (Association of Medical Schools in Europe (AMSE)) за фінансової підтримки Комісії Європейського Союзу опублікувала посібник як інструмент для прискорення процесу

реформ, і охарактеризувала критерії для визнання та акредитації медичних закладів і програм в медичній освіті, а також медичного обслуговування і системи охорони здоров'я у регіоні [230].

Ми погоджуємось із думкою В. Сухомлинського, який зазначив, що «освіта – найвизначніше з усіх земних благ, але тільки тоді, коли вона найкращої якості» [170]. Зокрема, С. Гончаренко подає «якість знань» як співвідношення видів знань (закони, теорії, прикладні, методологічні та ін. знання) з елементами змісту освіти й тим самим з рівнями засвоєння. Якість знань має такі характеристики: повноту – кількість програмних знань про об'єкт вивчення; глибину – сукупність осмислених зв'язків і відношень між знаннями; систематичність, системність – осмислення місця знання в структурі наукової теорії; оперативність, гнучкість, конкретність – вміння розкласти знання на елементи; узагальненість [36, с. 365].

«Якість» – це філософська категорія, що виражає невіддільну від буття об'єкта його істотну визначеність, завдяки якій він є саме цим, а не іншим об'єктом [95]. Аналіз джерельної бази дослідження дає підстави стверджувати про наявність різних підходів до визначення сутності цього поняття. Вперше поняття «якість» проаналізовано Аристотелем (охарактеризовував наявністю або відсутністю вроджених, вихідних здібностей і характеристик, властивостей; зовнішній вигляд речі або явища, їх властивості і стани). Предмет не може, залишаючись самим собою, втратити свою якість [170]. Але якість освіти кожен індивід визначає по своєму (роботодавець оцінює працівника, викладач – студента, навчальний заклад – потенціал науково-педагогічного складу – науковий ступінь викладачів), тому показник якості освіти є відносною величиною. На думку С. Шишова та В. Кальней, якість освіти – педагогічна категорія, що характеризує ступінь досягнення поставлених в освіті цілей та завдань [75]. Інші науковці «якість освіти» розглядають ще і як сукупність властивостей освіти, що визначають її здатність задовольняти відповідні потреби особистості, суспільства, держави згідно призначення освіти. На нашу думку, лише І. Булах дає поняття якості освіти зі сторони світових норм, а саме: «Якість освіти можна визначити як сукупність властивостей та характеристик освітнього процесу, що надають йому спроможність

формувати такий рівень професійної компетентності, який задовольняє потреби, які є або які будуть, громадян, підприємств і організацій, суспільства і держави» [21].

У контексті зазначеного вважаємо доречним навести думку В. Ніколаєвського, який стверджує, що основними чинниками, які забезпечують якість освіти, є професійна підготовка викладачів, навчально-методичне забезпечення навчального процесу, наявність системи контролю й оцінювання викладання та рівня знань студентів, застосування сучасних освітніх технологій у навчальному процесі, залучення викладачів і студентів до науково-дослідної діяльності, відповідність програм навчальних дисциплін сучасним вимогам, належне матеріально-технічне забезпечення навчального процесу, забезпеченість науковою літературою, що відповідає сучасним вимогам, використання матеріалів соціологічних та інших досліджень, спрямованість викладання на формування соціальних якостей сучасного фахівця, стимулювання самостійної роботи студентів, контакти з провідними зарубіжними фахівцями [141]. Тому стверджуємо: якість освіти – це складне і багатоаспектне явище, що підкоряється як внутрішнім законам розвитку, так і зовнішнім потребам, але воно знаходиться в центрі побудови сфери освіти. А проблеми якості вищої освіти зумовлені розривом між сферами праці та освіти. Як зазначає більшість дослідників, якість освіти – це узагальнений показник розвитку суспільства в певному часовому вимірі і вона може вважатися якісною лише тоді, коли охоплюватиме практично всю спроможну до того чи іншого виду навчання молодь і надаватиме їй необхідну для виходу на ринок праці професійну компетентність [10]. Через це його слід розглядати в динаміці тих змін, що характеризують політику держави в контексті світових тенденцій.

У контексті нашого дослідження варто згадати про конференцію ЮНЕСКО, що відбулася у Парижі (1998 р.), де було прийнято «Всесвітню декларацію про вищу освіту для XXI століття», яка містила більш деталізоване й універсальне, на нашу думку, тлумачення поняття «якість вищої освіти». У ній зазначено, що «якість у вищій освіті є багатомірною концепцією, яка повинна охоплювати всі його функції та види діяльності: навчальні та академічні програми; наукові дослідження та

стипендії; укомплектування кадрами; тих, хто навчається; матеріально-технічну базу та устаткування; роботу на благо суспільства та академічне середовище» [178].

Міжнародна організація зі стандартизації ISO (International Organization for Standardization) дала таке визначення якості: «Якість – сукупність характеристик об'єкта, що відносяться до його здатності задовольняти встановлені та передбачувані потреби» [233]. На нашу думку, якість освіти можна визначити як багатовимірну модель соціальних норм і вимог до особистості, освітнього середовища, в якому відбувається її розвиток, та системи освіти, яка реалізує їх на певних етапах навчання людини. Вона є багатогранною категорією, яка за своєю сутністю відображає різні стандарти освітнього процесу. Медична освіта серед перших стала об'єктом світової стандартизації, яка охарактеризовує якість підготовки майбутніх медиків у медичних навчальних закладах, адже якість підготовки пов'язана з особливою небезпекою для всього населення, що виникає у разі низької фахової кваліфікації медичного персоналу. Згідно Закону «Про вищу освіту» № 37-38 від 01.07.2014р. систему стандартів вищої освіти України складають державний стандарт вищої освіти, галузеві стандарти вищої освіти та стандарти вищої освіти вищих навчальних закладів [68]. Процес запровадження сучасних засобів забезпечення якості медичної освіти в Україні тривав кілька років, а певне узагальнення знаходимо у стандартизованих тестах. Вони були впроваджені і у навчальний процес вищих медичних навчальних закладів, як елемент контролю та підвищення якості навчання [21].

Необхідно наголосити, що в кожному з видів освіти діють свої вимоги до якості та існує її реальний рівень. Важливе значення для підвищення якості має внутрішня самооцінка поряд із зовнішньою, яка здійснюється незалежними експертами. Як бачимо, якість вищої освіти можна розглядати як сукупність якостей особи з вищою освітою, що відображає її професійну компетентність, ціннісну орієнтацію, соціальну спрямованість і обумовлює здатність задовольняти як особисті духовні та матеріальні потреби, так і потреби суспільства [66]. Узагальнюючи погляди науковців на сутність поняття «якість освітнього процесу», можна виокремити шість головних факторів, що визначають його: підготовка та

особисті якості викладача і студента; методи навчання; засоби навчання; навчальні матеріали; контроль та управління процесом; соціальне, технологічне, політичне середовище, які забезпечують ефективність тільки навчального процесу.

Слушною видається думка А. Архипової, яка вважає, що якість освіти також залежить і від «якості підготовки спеціалістів в умовах сучасного вищого навчального закладу та визначається переліком зовнішніх і внутрішніх факторів, серед яких: вимоги Болонської угоди до якості освіти; атестаційні та акредитаційні вимоги; конкуренція вищого навчального закладу на ринку освітніх послуг і конкуренція на ринку праці серед фахівців; вимоги споживачів освітніх послуг; застосування систем менеджменту якості в галузі освіти; направленість політики держави щодо широкого запровадження ринкових механізмів в освіті; зростаючі вимоги персоналу вищого навчального закладу до якості організації освітнього процесу» [8].

Аналіз джерельної бази дає підстави стверджувати, що ефективним важелем для підвищення якості підготовки фахівців служить управління освітою, яке ґрунтується на контролі за дотриманням державних вимог до рівня навчання і забезпечується процедурами ліцензування освітньо-професійних програм, атестації та акредитації навчальних закладів. А це, в свою чергу, дає можливість повноцінно оцінити якість освіти в окремому навчальному закладі. У багатьох країнах світу для контролю та управління освітою створені «Національні системи оцінки якості освіти», що надають можливість людям, які хочуть навчатись, правильно орієнтуватись у закладах освіти [122]. Оцінка якості освіти може проводитись як самою державою (комісії, департаменти), так і приватними інститутами чи громадськими організаціями (опитування студентів, працівників).

Міжнародна спільнота розглядає сьогодні якісну освіту як одну з необхідних умов успішного розвитку будь-якої країни, інструмент соціальної й культурної злагоди та економічного зростання. Якість освіти – це узагальнений показник розвитку суспільства, а не предмет змагання [223]. Основними принципами Європейської системи забезпечення якості вищої освіти, в тому числі і медичної, є: зацікавленість студентів і роботодавців, а також суспільства у високій якості вищої

освіти; важливість автономії закладів і установ та усвідомлення ними відповідальності; наявність оптимальної й ефективної системи зовнішнього забезпечення якості, що відповідає своїй меті й не ускладнює роботу навчальних закладів більше, ніж це необхідно для виконання цією системою своїх завдань [223].

Підкреслимо, що освітні реформи Європейського Союзу спрямовані на пошук шляхів підвищення якості освіти. Болонський процес активізує освітній простір на перегляд стандартів якості вищої освіти по всій Європі [122]. Створені акредитаційні агентства, які незалежні від національних урядів і міжнародних організацій. Оцінка якості буде ґрунтуватися не на тривалості або змісту навчання, а на тих знаннях, уміннях і навичках, яких набули випускники. Одночасно встановлюються стандарти транснаціональної освіти, що є важливим чинником у розвитку медичної освіти як такої, що повинна забезпечити високу кваліфікацію медичного працівника незалежно від навчального закладу, адже майбутній медик може працювати в будь-якій державі і зобов'язаний висококваліфіковано надавати медичну допомогу і зберегти здоров'я кожному пацієнту.

У майбутньому національна вища освіта, на думку О. Чемерис, може вважатися «якісною» лише у тому разі, коли вона охоплюватиме практично всю спроможну до того чи іншого виду навчання молодь і надаватиме їй необхідну для виходу на ринок праці професійну компетентність, а держава буде поставати координатором усіх ресурсів, які будуть скеровані у вищу освіту, гарантом забезпечення дотримання світових і національних «стандартів» тривалості, змісту і методів навчання [207]. Гарантування якості освіти на рівні держави досягається як через розробку нормативно-правових, організаційних, науково-методичних та інших документів, що регламентують систему державного контролю якості освіти, так і через оптимізацію мережі вищих навчальних закладів та їх діяльності.

Вищий навчальний заклад надає послуги трьом суб'єктам – замовникам освітнього процесу: виробництву, окремій особі, що навчається, і державі. Тому, на наш погляд, якість освіти відображає не тільки результат діяльності, а й можливості його досягнення, філософські, соціальні, педагогічні, політичні, демографічні, економічні та інші аспекти освітнього процесу. Якість освіти може відображати як

сучасні потреби, так і може бути націлена на майбутнє, тому стратегія якості сьогодні є основою тенденцією розвитку освітньої політики багатьох країн.

У поняття якісної освіти входять не тільки рейтингові показники успішності студентів, високопрофесійна підготовка професорсько-викладацького складу вищих навчальних закладів, компетентності дипломованих спеціалістів, а й всебічний розвиток особистості із органічним поєднанням полікультурності в освіті та загальнолюдської культури, самоствердження і самореалізація молодшої людини, відкритість системи освіти та її безперервність, глобалізація та інтеграція в галузі освіти, широке використання новітніх технологій та наукових досягнень у процесі навчання [8]. Ці чинники можна вважати сучасними тенденціями розвитку освіти.

Саме розуміння сутності поняття «тенденція» підтвердить доцільність здійснення досліджень у цьому напрямку. Варто проаналізувати дане поняття, починаючи з словників, енциклопедій та окремих наукових досліджень тощо.

Поняття «тенденція» розглядається як: 1) напрям розвитку явища, думки, ідеї; 2) у мистецтві — складова частина художньої ідеї: ідейно-емоційна спрямованість твору, авторське осмислення та оцінка конфлікту і характерів, виражене через системи образів; більш вузько — відкрита, виражена у художньому творі соціальна, політична або моральна пристрасть митця [144].

Тенденція (від лат. *tendo* — направляю, прагну) – це напрям або можливість розвитку певного процесу (художнього, наукового й т. ін.), ідея, думка, яка нав'язується комусь, спрямованість у поглядах або діях [192].

«Тлумачний словник» В. Даля визначає тенденцію у перекладі з французької як напрямок, намагання, прагнення [41]. За Л. Гриневич, тенденції – це характерні цілеспрямовані процеси, що супроводжують певне явище [40, с. 28].

Отже, тенденція розвитку медичної освіти можна розглядати як напрям розвитку вищої професійної освіти, а провідні тенденції всієї освіти це важливий аспект історичного, структурно-функціонального аналізу об'єкта, який знаходиться у стані розвитку [222]. Вивчення освітніх тенденцій сьогодення, на нашу думку, є дуже актуальним, адже вони показують напрями розвитку суспільства під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників людського прогресу.

У зв'язку із дослідженням даного базового поняття А. Гофроном і В. Луговим був проведений аналіз та зроблені висновки про загальнопланетарні та специфічно-регіональні тенденції розвитку педагогічної освіти (розкрито напрями розвитку освітньої галузі у Західній Європі). Вони відмітили, що глобальні тенденції світового масштабу, які в свою чергу поділяються на сукупність ще менш загальних тенденцій, створюють основний напрям розвитку національних освітніх політик. Дані науковці сформулювали загальноцивілізаційні тенденції розвитку освіти XXI століття: зближення націй, народів, держав через створення спільного економічного, інформаційного, а зважаючи на вимоги Болонського процесу, й освітнього простору Європи [38]; перехід людства від індустриальних до науково-інформаційних технологій і формування суспільства знань [117]. Ми погоджуємось з їх думкою про те, що ці та інші тенденції виступають як пріоритетні напрями розвитку у сфері сучасної вищої освіти і науки – сфери, що забезпечують перспективний розвиток людини і суспільства. Основні світові та європейські тенденції освітньої політики відображаються у розвитку освітньої політики на загальнонаціональному та регіональному рівнях кожної держави [117].

Аналізуючи тенденції сучасної вищої і медичної освіти зокрема, А. Сбруєва у своєму дослідженні звертає увагу на протиріччя, які виникають в освітніх системах: між глобальними і локальними проблемами, між традиціями і модернізмом, між конкуренцією у досягненні успіхів і прагненням до рівності можливостей в освітній сфері тощо [183]. Варто звернути увагу на програмний документ ЮНЕСКО «Реформа і розвиток вищої освіти», в якому визначено три основні тенденції, спільні для систем і навчальних закладів всього світу: кількісне зростання контингенту студентів та збереження нерівності на міждержавному і міжрегіональному рівні стосовно доступу до освіти; диверсифікація інституціональних структур і форм освіти; фінансові труднощі у діяльності закладів освіти [265]. Заступник Генерального директора ЮНЕСКО Ж. Халлак зазначав, що регіоналізація освіти взаємопов'язана з глобалізацією освіти, подальшим розвитком та поглибленням міждержавних зв'язків в освіті, активним входженням країни у світовий освітній простір [205, с. 9].

Досліджуючи освіту Західної Європи, Н. Негребецька виокремила такі тенденції розвитку: інтернаціональність уніфікації систем, структур і змісту освіти, гуманізація; створення сучасної системи професійного відбору як основи для формування конкурентоспроможних спеціалістів з високим рівнем професіоналізму; функціонування та розвиток системи неперервної (післядипломної) освіти [140, с. 119].

У наукових дослідженнях поняття «тенденція» також трактується як категорія порівняльної педагогіки, яка перетворюється на базову і трактується не лише з позиції виявлення напрямку руху, а й у контексті сутності якісних змін, що відбуваються під час цього руху [9].

Результати аналізу наукової літератури і освітніх реалій дають підстави виділити загальні тенденції розвитку освіти. До них належать:

- доступність освіти для всіх верств населення. За сучасними статистичними даними, кількість студентів денної форми навчання у світі перевищила 84 млн. осіб [238];

- розвиток науково-технічного прогресу штовхає освіту розвиватись паралельно з впровадженням нових технологій, а в деякій мірі й випереджати, працювати над навчанням і відкриттям нових спеціальностей, модернізувати методи і засоби навчання;

- тенденція до безперервного набуття нових знань (професійне зростання), як головна передумова стійкого прогресу суспільства та високої якості життя;

- навчання у дистанційній формі як елемент швидкого накопичення, контролю й обміну інформацією за допомогою електронних ресурсів;

- підвищення статусу вищої освіти над іншими як інституції безперервної освіти завдяки необхідності суспільства у вищій освіті не тільки з наукової сторони, але й зі сторони світоглядного розвитку людини [235];

- перетворення вищої освіти з елітарної на загальну.

Важливими тенденціями саме для медичної освіти є:

- відмова від опіки урядових адміністрацій. Демократичне управління медичною освітою, децентралізація та перерозподіл повноважень адміністративних

структур організації охорони здоров'я з інспектуючих на координуючі, відкрита конкуренція між державними та приватними вузами, клініками;

- підвищення системи моніторингу і ефективного забезпечення якості вищої медичної освіти;

- автономія медичних університетів та університетських клінік як елемент самостійного (наукового, суспільного) розвитку;

- зростання мобільності студентів, викладачів, науковців як елемент глобалізації всіх рівнів знань та як засіб досягнення особистих цілей, вивчення іноземної мови, знаходження кращих умов навчання та праці [255].

Отже, сучасні освітні тенденції мають прогресивний характер і визначають напрями розвитку освіти, окреслюють подальші перспективи і, таким чином, засвідчують органічну єдність між розвитком освітньої політики та потребами людства на різних рівнях освіти. Визначені тенденції розвитку освіти здійснюють системо-утворювальний вплив на реформування освіти у напрямі, який затверджує держава, а також надають поштовх для подальшої розбудови освіти.

Слід наголосити, що у всі часи практично кожна держава приділяла особливу увагу системі освіти, адже відповідала за організацію навчання молоді, тобто формувала відповідну політику в сфері освіти. Термін «державна освітня політика» почав використовуватися у науковій літературі 60-70-х років ХХ століття. В СРСР, США, державах Європи та в Японії освіту почали розглядати як вагомий чинник економічного розвитку й соціального прогресу, як сферу, що потребує особливої уваги на загальнодержавному рівні. Принциповою особливістю освітньої політики в ці роки стає пріоритетність фінансування системи освіти й визнання її сферою національних інтересів.

Такі вітчизняні науковці, як В. Луговий, В. Кремень досліджували формування та реалізацію державної освітньої політики і вважають її основним джерелом трансформації змісту світогляду суспільства в умовах глобалізованого світу [117, 95]. Б. Вульфсон розглядав питання реформування освіти на фоні глобалізаційних тенденцій розвитку суспільства і зазначав, що на освітню галузь впливають не тільки викладачі та педагоги, а й політичні партії, громадські

організації, науково-дослідні центри [32, с. 69]. Політика в галузі освіти повинна виконувати стратегічно-тактичну функцію щодо реалізації освітніх реформ як на державному, так і на регіональному рівні.

Теоретичний аналіз наукової літератури показав, що поняття «державна освітня політика» не має єдиного визначення: найважливіша складова політики держави; інструмент забезпечення фундаментальних прав і свобод особи, підвищення темпів соціально-економічного і науково-технічного розвитку, гуманізації суспільства, зростання культури [158]; це система заходів, здійснюваних державою в сфері освіти і спрямованих на забезпечення її розвитку як одного з ключових ресурсів модернізації суспільства [204]. Освітня політика встановлює на основі суспільної згоди докорінні цілі й завдання розвитку освіти, гарантує їх втілення в життя шляхом узгоджених дій держави й суспільства. Найперше завдання освітньої політики в умовах сьогодення – «досягнення сучасної якості освіти, її відповідність актуальним і перспективним потребам особи, суспільства й держави» [203, с. 2]; «освітня політика – це передусім політика, що забезпечує розвиток і функціонування системи освіти. Вона спрямована на забезпечення суспільства знаннями, необхідними для суспільного розвитку» [61, с. 20].

Таким чином, можна стверджувати, що освітня політика – це особлива форма національної політики для забезпечення власних освітніх інтересів, спрямованих на захист національної освітньої системи від глобалізаційних впливів сучасності, але в той же час направлена на повноцінну співучасть у загальних європейських і світових освітніх програмах та ініціативах.

Як засвідчує аналіз джерельної бази дослідження, у розвинених державах освітня політика є важливою частиною соціальної стратегії. Освіта й освітня політика, що спрямовує її розвиток, виходять на перший план у програмах державних реформ, тому що вони тісно пов'язані з національним, соціальним і економічним розвитком країни. Отже реформи, якщо вони не покращують життя людей, не розвивають їхній потенціал, у тому числі інтелектуальний та професійний, на думку Д. Апезової, девальвуються, втрачають свою суспільну пріоритетність [6]. Суб'єктом освітньої політики є державні органи регулювання

освітнього процесу (наприклад, Міністерство освіти і науки України), а об'єктом виступають національні системи освіти (університети, академії та ін.), офіційно закріплені в кожній державі. Освітня політика базується на трьох рівнях: обговорення політики (обговорення, наміри, оголошення) – громадське обговорення проектів законів та постанов; діяльність політики (документи, плани, накази, директиви) – виконання об'єктами системи освіти нормативно-законодавчої бази; впровадження політики (політика впроваджена, змінена та адаптована) – аналіз, висновки та пропозиції щодо впровадження новизни у навчальний процес, згідно яких і проходять відповідні зміни [10].

Також на формування державної політики в галузі освіти впливають і зовнішні чинники, тобто міжнародні організації (Міжнародна Організація Охорони Здоров'я, Організація Об'єднаних Націй, ЮНЕСКО, Світовий Банк, Європейський Союз, Організація Економічної Співпраці та Розвитку, Агентство Міжнародного Розвитку США, Міжнародний Валютний Фонд) [148]. Вони дають змогу враховувати стан, тенденції та перспективи розвитку освіти, потреби суспільства та держави в освіті, розробляти реалістичну освітню політику, побудовану на вітчизняному досвіді освітньо-педагогічної діяльності з урахуванням досягнень міжнародного співробітництва в освітній сфері.

Освітня політика традиційної європейської держави трактувала вищу освіту як громадське (або соціальне) благо, і цей погляд спонукав державу збільшувати фінансування національних систем вищої освіти, наукових установ та закладів підвищення кваліфікації. Нині дещо змінюється світоглядно-ідеологічне сприйняття вищої професійної освіти. Наразі ми є свідками переосмислення освіти: сучасний вектор державної освітньої політики спрямовано на формування розвиненої і самодостатньої людини, професіонала і особистості. На думку І. Баше, «освітня політика є одним із найважливіших складників політики ідентичності, яку досі контролюють національні уряди. Під таким кутом зору вона постає як міжгенераційний передавач політичної культури. Саме вона розглядається як життєво необхідне знаряддя створення соціальної легітимності, сприяючи політичній соціалізації, розвиваючи процеси демократизації та зберігаючи

національну ідентичність» [210]. Тому освітня реформа – це досконала зміна системи освіти країни, яка означає повну переорієнтацію національної освітньої політики. Стратегічна ефективність освітньої політики держави полягає в соціальній єдності, рівноправності і компетентності, розкритті потенційних можливостей кожної освіченої людини та її професійного зростання, знань та потреб демократичного суспільства [93]. Згідно пропозицій Європейської Комісії, у 2001 році Рада з питань освіти прийняла «Звіт про конкретні майбутні завдання освітніх систем». Це перший документ, який визначає конкретний загальний підхід до національної освітньої політики в контексті Європейського Союзу на основі трьох завдань: покращення якості та ефективності систем виховання і навчання у Європейському Союзі; доступність освіти впродовж життя для всіх; відкритість освіти для всього світу [243]. Процеси глобалізації неодмінно впливають на освітню політику і тому освітні реформи у різних країнах стають подібними.

Новітні тенденції розвитку науки і техніки, пропозицій та потреб ринку праці висувають нові вимоги до якості освіти, зокрема, універсальності підготовки випускників загальноосвітніх та вищих навчальних закладів, їхньої адаптації до соціальних умов, особистісної орієнтованості навчального процесу, його інформатизації, визначальної важливості освіти у забезпеченні сталого людського розвитку та потреб на ринку праці [35]. Цілі освітньої політики не повинні відокремлюватися від національного, економічного і соціального розвитку держави. Медична освіта має плануватися і впроваджуватися в рамках соціально-економічних змін, а розвиток освітньої політики повинен відбуватися при взаємодії органів управління освітою, організації охорони здоров'я і представників громадянського суспільства. Тому можемо зауважити, що невід'ємною частиною в освітній політиці є і аналіз ринку праці медичних кадрів та прогнози розвитку його потреб. Прогнози, які були проведені в двадцятому столітті, свідчать про те, що відбувається зростання потреб у висококваліфікованих працівниках як широкого профілю, так і вузькоспеціалізованих категорій [30]. Для нашого дослідження є важливим той факт, що світовий медичний ринок праці потребує як лікарів сімейної медицини, так і кваліфікованих спеціалістів у її вузьких галузях, тому результати прогнозів

обов'язково використовуються на міжнародному та національному рівнях при розробці освітньої політики в галузі професійної освіти.

Сучасна вітчизняна освітня політика, як відомо, базується на прагненні досягти європейського рівня якості й влитися в освітній простір Європи. Швидкоплинність глобальних процесів суспільного розвитку, що зумовлюють всебічні інтеграційні тенденції в світі, викликають необхідність модернізації сучасної освітньої галузі, тому державна політика кожної країни висунула освіту, зокрема вищу, на одне з пріоритетних місць та надала їй статус гаранта незалежності й національної безпеки кожної країни [33]. Сучасна освіта повинна забезпечувати виконання низки завдань, зокрема пов'язаних із економічним успіхом, політичною стабільністю, сталим розвитком суспільства тощо. Таким чином, освітня політика є складовою політики держави, «котра відображає сукупність її цілей і завдань у сфері освіти, які формуються політичною системою залежно від сутності держави та її соціального призначення і реалізується нею за допомогою відповідних інструментів» [174], а державна освітня політика «... формується, визначається державою і здійснюється від її імені в особі державних органів та установ, які уособлюють усі гілки державної влади, з метою упорядкування освітніх процесів, здійснення на них впливу або безпосереднього з'ясування їх перебігу» [174]. Групою науковців «освітня політика» визначається як «сфера взаємовідносин індивідів, різних соціальних груп з метою використання владних інституцій задля реалізації своїх інтересів та потреб» [53] і виконує важливу стратегічно-тактичну функцію щодо реалізації освітніх реформ.

Варто проаналізувати такі два поняття як «політика» й «освіта». В англійській мові сутність терміна «політика» (policy) подано як: форма правління, мистецтво управління, як лінія поведінки [25]. П. Радо зауважує, що освітня політика повинна мати за мету зміну у поведінці (чи вплив на неї) індивідуумів або інститутів [243, с. 35], а не тільки вплив на владу. Термін «освітня політика – це, передусім, політика, що забезпечує розвиток і функціонування системи освіти», це «план дій, який визначає що і для чого робити». [60, с. 11]. А. Красняков зазначає, що політика в галузі освіти ставить за мету розвиток системи освіти в інтересах формування

гармонійно розвинутої, соціально активної, творчої особистості, а також як одного з чинників економічного й соціального прогресу суспільства [93]. Подібної думки дотримується і Ф. Реймерс: «освітня політика – це політика, що стосується цілей освітньої системи та дій, що мають бути здійснені з метою їх досягнення» [244, с. 29]. Згідно поглядів М. Джонса, які підтримує і польський науковець А. Яновські, освітня політика – це складне явище, що складається з таких елементів, як: а) визначення цілей і намірів освітньої політики; б) прийняття рішень щодо програми дій і пов'язаних з нею видатків; в) впровадження програми у життя; г) аналіз ефектів впровадженої у життя програми [234, с. 46]. Таким чином, вважаємо, що європейська освітня політика буде направлена на визначення цілей освіти, розробку і впровадження програм розвитку освіти та відповідне її фінансування.

Українські науковці розглядають «освітню політику» як окрему дисципліну. У цьому аспекті вона визначається, на думку І. Іванюк, як «низка дій, спрямованих на досягнення цілей освітніх організацій та/або системи освіти» [74; 14]. Також А. Корсар наголошує, що «освітня політика» – це «сукупність пріоритетів і цілей, що формуються урядом чи іншими вищими органами для здійснення заходів щодо вдосконалення і розвитку системи освіти чи її елементів» [92; 199]. Зазначимо, що дана дискусія науковців співпадає зі світовою та європейською дискусією, в залежності від кута зору і контексту.

На нашу думку, нині варто розглядати «державну освітню політику» як загальнонаціональну, стратегічно важливу проблему, яка може вирішуватись і ставати потужним чинником суспільного прогресу та розвитку держави й особистості. Також освітня політика є однією з важливих складових політики ідентичності держави, а політика в галузі освіти виконує стратегічну функцію щодо реалізації освітніх реформ. В нашій державі вона перебуває в компетенції Верховної Ради, яка спрямовує національну політику на європейську освітню систему розвитку. До основних положень державної освітньої політики належать: право здобувати освіту безкоштовно та на конкурсній основі, інтеграція вітчизняної освіти у європейську систему вищої освіти із збереженням своїх традицій, здійснення

підготовки конкурентоспроможних фахівців у галузі медицини та й в інших галузях народного господарства, державна підтримка пріоритетних галузей досліджень із фундаментальних медичних та прикладних наук, підвищення якості умов навчання і праці співробітників навчальних закладів, використання в освітньому процесі сучасних наукових здобутків медицини, техніки, інформаційних технологій, результатів вітчизняних та міжнародних наукових досліджень. Освіта стає невід'ємною частиною економічної та соціальної політики держави, а також засобом конкурентоспроможності в світі, тому освітню політику варто розглядати як процес взаємодії між сферами освіти та політики [1]. Вважаємо, що будь-які перетворення в державі не матимуть успіху, якщо вони не будуть розвивати людський потенціал, а це є невід'ємною складовою освітньої політики.

Отже, погоджуючись з думкою О. Альперн, як узагальнення термінологічних трактувань можна зробити висновок, що освітню політику можна розглядати як взаємодію між політикою держави та сферою освіти, спрямовану на досягнення відповідного рівня освіченості всього суспільства [2], як це показано на рис.1.1.



Рис.1.1.

Варто виділити основні характеристики освітньої політики, що надають нам науковці Тейлор, Різві, Лінгард і Генрі (1997 р.) [251, с. 30]:

- багатовимірність як елемент впливу різних суспільних груп;
- взаємодія з політикою в інших галузях суспільного розвитку;
- формування та підтримка певних цінностей у суспільстві;
- впровадження політики через нормативно-правову базу та за підтримки держави як представника інтересів суспільства;

- непередбачуваність наслідків впровадження освітньої політики.

Національна освітня політика, на нашу думку, повинна вирішити декілька проблем:

- політичні – ціленаправлення на певний вид розвитку з використанням досвіду теоретичних напрацювань українських вчених та розвиток освітньої політики на регіональному рівні відповідно до європейської політики. Адже, з погляду Т. Єрмакової, «регіональна освітня політика являє собою політико-управлінську діяльність в регіоні, націлену на розвиток регіональної освітньої системи, узгодження освітніх потреб різних рівнів шляхом побудови зв'язків сфери освіти з іншими сферами регіонального суспільства» [57, с. 93].

- правові – удосконалення освітньої нормативно-правової бази та розвиток державно-громадського управління освітою, бо «суб'єктами освітньої політики виступають – індивід, соціальні спільноти та соціальні інститути (держава, політичні партії та рухи, профспілки, групи інтересів тощо), а об'єктом є освіта як суспільне благо, як інтелектуальний і матеріальний ресурс суспільства, як система освітніх інституцій» – за визначенням Н. Вдовенко [25].

- інформаційні – забезпечення доступу для всіх до новітніх розробок в освіті та науці, відкритість для всіх верств населення.

- суспільні – надання якісних освітніх послуг і якісного моніторингу, відповідність стандартам національної системи освіти та європейським стандартам освіти;

- ресурсні – достатнє фінансування розвитку освітньої системи та децентралізація (відповідність суспільним запитам регіону).

Щоб людина могла повноцінно розвиватись та функціонувати в сучасному суспільстві, вона повинна постійно поповнювати і поглиблювати свої знання, розширювати світогляд, брати участь у справах суспільства та цілеспрямовано займатись самовихованням [238], а в цьому ж таки процесі основну роль відіграє державна освітня політика країни.

Невпинний інформаційно-технічний та науковий розвиток суспільства породжує постійні зміни в сучасній освіті, тому необхідність у постійному перегляді

навчального процесу існує, а освітні системи повинні постійно пристосовуватись до нових реалій та потреб індивідуума [54]. Саме В. Гальперіна акцентує увагу на те, що «освітня політика – це поле взаємовідносин різних соціальних груп, індивідів щодо використання владних інституцій задля реалізації своїх інтересів і потреб в одній із найважливіших сфер суспільного буття – освіті» [35, с. 4].

Таким чином, чітке розуміння теоретичних основ базових понять: «професійна освіта», «медична освіта», «якість освіти», «тенденції розвитку медичної освіти», «освітня політика» дає можливість системно і цілісно розуміти наукову проблематику дослідження. На підставі проведеного аналізу можна стверджувати, що поняття «професійна освіта» включає в себе і вищу медичну освіту, яка надає якісний рівень знань, умінь, навичок та інших компетенцій і спрямована на всебічний розвиток особистості. А освітня політика держави є джерелом трансформацій світогляду суспільства, які відображені в тенденціях розвитку освіти і, таким чином, забезпечують розвиток та реформування освітньої галузі.

1.2. Проблема розвитку медичної освіти в контексті європейських інтеграційних процесів у педагогічній теорії

Аналіз українських та закордонних досліджень кінця ХХст. – початку ХХІ ст., присвячені проблематиці розвитку вищої освіти та медичної освіти України і різних європейських країн, дає підстави поділити їх на дві групи. Одна група орієнтована на окреслення, виявлення або аналіз тенденцій розвитку освіти в різних країнах, інша група – на процес та форми викладання у медичних вузах. Н. Терентьева зазначає, що «однією з ознак глобалізованого суспільства є векторність його розвитку, оскільки інтеграційні процеси дають можливість аналізувати та прогнозувати не конкретні явища та факти, а цілісні системи та прогнозовані моделі розвитку, зокрема вищої освіти» [199]. Тому, на наш погляд, саме вектори розвитку освітньої політики можна підтвердити нормативними документами та національними доповідями, стратегічними пріоритетами, визначеними міністерствами і відомствами країни.

Питанням розвитку медичної освіти в європейських країнах присвячено дослідження зарубіжних науковців: історичний розвиток та сучасний стан функціонування і реформування системи підготовки майбутніх лікарів у Європі (С. Куртоні (S. Curtoni) [217], Б. Гастел (B. Gastel) [227], Р. Дейв (R. Dave) [219]; розвиток вищої медичної освіти Австрії (Дж. Голдіє (J. Goldie) [231]; особливості розбудови медичної освіти Польщі (А. Яновські (A. Janowski) [234], Д. Дзевуляк (D. Dziewulak) [220], Р. Пахоцінські (R. Pachocinski) [242]; реформи підвищення якості у медичній галузі Великої Британії – Дж. Джонстон (J. Johnstone) [235], В. Малінсон (V. Mallinson) [240], С. Тейлор (S. Taylor) [251]. Зарубіжний досвід організації системи вищої медичної освіти вивчали Г. Кліщ [76, 78], О.Огієнко [146, 147], І. Паламаренко [156] тощо. Особливості функціонування і розбудови системи медичної освіти в європейських країнах, зокрема в Австрії та у Німеччині досліджували В. Москаленко [127, 128], Ю. Поляченко [165], реформування польської освіти – О. Альперн [1, 2], О. Копанська [90] та ін. Порівняльно-педагогічні дослідження окремих аспектів розвитку неперервної освіти за рубежом здійснені Т. Десятовим [48]. Набуло актуальності вивчення впливу глобалізаційних процесів на розвиток освіти, що знайшло відображення в працях С. Гордійчук [37], В. Кременя [27], С. Ніколаєнка [142], С. Сисоєвої [186], Л. Сігаєвої [188, 191].

Спираючись на ці дослідження, що вивчають проблеми розвитку вищої і медичної освіти, ми виокремили доробки вчених, у яких висвітлені питання освітньої політики Європейського Союзу щодо вищої та медичної освіти різних країн Європи.

Так у працях Г. Кліщ відображено розвиток медичної освіти в Австрії як однієї з західних європейських держав, освітня політика якої реформується ідентично Франції. На думку дослідниці, сучасна освітня політика уряду Австрії у сфері медицини спрямована на забезпечення профілактичного вектору розвитку системи охорони здоров'я, її відкритість та доступність. Тому основними сферами професійної діяльності австрійських лікарів є просвітницька діяльність щодо формування здорового способу життя та відповідального ставлення громадян до свого здоров'я [78]. З погляду науковця основними здобутками реформування

медичної галузі Австрії стало забезпечення і підвищення якості надання медичних послуг населенню, що відповідають сучасному рівню розвитку медичної науки, використання сучасних інформаційних і комунікативних технологій у сфері охорони здоров'я, що дозволило забезпечити широке впровадження телекомунікаційних методик діагностики і консультування, сприяло обміну медичною інформацією не тільки в межах Австрії, але й більшості країн Європейського Союзу [79]. Дані твердження є важливими для нас, оскільки можемо використати їх для формування національної освітньої політики як позитивний досвід розвитку освітньої політики ЄС. Погоджуємось з думкою Г. Кліщ, що зміни в освітній політиці країни пов'язані з інтенсивним розвитком матеріальної і науково-технічної бази системи охорони здоров'я; посиленням інтеграційних процесів; встановленням міжнародних стандартів і вимог до професійної підготовки лікарів; модернізацією соціально-економічних, нормативно-правових, морально-етичних засад професійної діяльності лікарів.

У процесі вивчення наукового доробку Г. Кліщ з'ясовано, що підготовка студентів медичних спеціальностей, яка проводилась на початку ХХІ століття в Австрії, змінилася з предметно-інтегрованої форми на проблемно-орієнтоване навчання, що давало можливість ліквідувати дисбаланс між теоретичним і практичним компонентами підготовки, раннього залучення до професійної діяльності за рахунок постійного оновлення клінічної бази вищих медичних навчальних закладів. На думку науковця, позитивними тенденціями розвитку медичної освіти Австрії стали: стабільна й прозора система зарахування абітурієнтів; організація навчального процесу за кредитно-трансферною системою ECTS; міждисциплінарний та інтегрований характер навчального процесу; єдність теоретичного і практичного компонентів професійної підготовки; адаптація змісту, форм і методів професійної медичної освіти до вимог сфери практичної діяльності; орієнтація вищих навчальних закладів на потреби ринку праці; залучення майбутніх фахівців до активної пошуково-дослідної діяльності; висока якість професійної освіти [80].

У своєму дисертаційному дослідженні Н. Кучумова [99] проаналізувала розвиток медичної освіти у німецькомовних країнах Європейського Союзу в кінці ХХ ст. та на початку ХХІ століття і встановила, що ефективність реформ вищої медичної освіти у німецькомовних країнах забезпечувався завдяки координації процесу прийняття значної кількості законодавчих документів, що дало можливість відкоректувати послідовність перетворень у системі підготовки медичних фахівців.

Науковець провела аналіз нормативно-правової бази та визначила, що за досліджуваний період пройшло поступове послаблення централізації системи вищої медичної освіти по мірі впровадження нових, більш гнучких механізмів державного контролю якості підготовки медичних фахівців, зокрема зовнішньої та внутрішньої акредитації вищих медичних навчальних закладів. Для нашого дослідження дана інформація є необхідною, адже вона показує, що елементом покращення якості медичної освіти є акредитація вищих медичних навчальних закладів. Також було вивчено навчальні плани вищих медичних закладів німецькомовних країн, в яких, за рахунок реформування системи освіти, простежується перехід від знаннево-центричної до компетентнісної моделі навчання, яка сприяє формуванню у студента науково-теоретичної, професійно-практичної, особистісної готовності випускника до практичної діяльності в системі охорони здоров'я на післядипломному етапі навчання.

Ми поділяємо думку дослідниці, яка на основі порівняльного аналізу стану системи вищої медичної освіти німецькомовних країн та України запропонувала можливість удосконалення вітчизняної системи підготовки медичних кадрів у контексті здобутків німецькомовних країн, серед яких, зокрема, є:

- міжпредметна інтеграція змісту навчання шляхом реалізації принципу структурування медичних знань (тобто «орган – система – функція – патологія»);
- оптимізація змісту підготовки медичних фахівців у вітчизняних навчальних закладах, зокрема через скорочення обсягу навчального часу та впровадження за прикладом Німеччини, Австрії, Швейцарії так званого клінічно-практичного року навчання;

- використання в освітньому процесі інтерактивних освітніх технологій, проблемно-орієнтованого навчання, що виправдали себе як дієві засоби активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів;

- забезпечення умов для підвищення рівня педагогічної компетентності професорсько-викладацького складу вищих медичних навчальних закладів у формі магістерської програми «Медична освіта» та розширення можливостей для набуття вітчизняними викладачами педагогічного досвіду у вищих медичних закладах Європи [99].

Зазначимо, що Австрія, Німеччина, Швейцарія є прогресивними (економічно стабільними у розвитку) членами Європейського Союзу і освітня політика даних держав є важливою частиною розвитку освітньої політики ЄС.

Система вищої медичної освіти протягом другої половини ХХ – на початку ХХІ століття зазнала радикальних якісних змін ще в одній з європейських держав – Великій Британії. Підтвердження цієї думки знаходимо у працях І. Паламаренко, яка досліджувала специфіку професії «Сімейний лікар – лікар загальної практики» у даній країні. Було проаналізовано організаційні засади професійної підготовки лікарів. Особлива увага приділялась професійній орієнтації та професійному відбору абітурієнтів до вступу, що характеризується високим конкурсом, обмеженою кількістю місць та високими академічними вимогами [156]. На наш погляд, доцільно звернути увагу на формування професійної орієнтації майбутніх медиків в Україні як першої сходинки у виборі професії. Підтримуємо думку науковця у тому, що саме професійна орієнтація спрямована на досягнення збалансованості між професійними інтересами і можливостями людини та потребами суспільства в конкретних видах професійної (медичної) діяльності.

Для нашого дослідження важливим є те, що у медичних освітніх закладах Великобританії елементи впровадження Болонської декларації відображено у навчальних програмах, які базуються на модульній системі навчання і містять природничі, гуманітарні та клінічні дисципліни. Для підвищення якості медичної освіти створена Генеральна медична рада Великої Британії, що є важливим для якісної підготовки медичних фахівця. Також розкрито проблеми підготовки лікарів

загальної практики на післядипломному рівні. Особлива увага приділяється розвитку таких професійних навичок як робота в команді й тайм-менеджмент [156]. Як бачимо, розвиток неперервної медичної освіти нині є однією з важливих тенденцій розвитку освітньої політики європейських держав.

На підставі даних досліджень науковцем зроблено певні висновки щодо вдосконалення медичної освіти в Україні: створення спеціалізованих центрів з професійної та довузівської орієнтації, психологічних центрів для психологічної підтримки, психодіагностики та консультування молоді, введення обов'язкової співбесіди з метою вдосконалення процедури відбору та зарахування абітурієнтів на медичні спеціальності, збільшення тривалості післядипломного навчання, запровадження інтердисциплінарних спеціалізацій для поєднання споріднених із сімейною медициною галузей: медицини й соціальної роботи, юриспруденції та сімейної медицини, педагогіки та сімейної медицини; охорони суспільного здоров'я і сімейної медицини [156].

На відміну від І. Паламаренко дослідниця А. Саргсян вивчала реформування всієї вищої освіти у Великобританії і, зробивши аналіз, зауважила, що основними рисами організації навчального процесу в системі вищої освіти Великобританії є: надання великої самостійності студентам та набуття все більшої ваги дистанційної освіти. Також був зроблений аналіз основних законодавчих документів країни («Закон про освіту» (1986 р.), «Закон про повну загальну, спеціальну середню та вищу освіту» (1992 р.), «Закон про вищу освіту» (2006 р.)), який показав логічність і послідовність трансформації британської освітньої системи відповідно до певної державної ідеології (ліберальної чи консервативної). Дані закони обмежували вплив держави на освіту, поширювали ринкові механізми конкуренції в освітній галузі, приватизацію освітніх послуг; забезпечували децентралізацію управління освітньою системою [182]. Разом із посиленням впливу фундаментальної загальнонаукової освіти проходило розширення та поглиблення професійної підготовки і практичної орієнтації. Як бачимо, науковець виокремила основні особливості трансформації вищої освіти Великобританії: спрямованість на інтеграцію в європейський освітній простір (участь у Болонському процесі); зорієнтованість на впровадження сучасних

інформаційних технологій навчання (розвиток дистанційної освіти); намагання зберегти баланс між інноваціями та традиціями (збереження і розвиток традиційних форм і методів навчання у вищій школі) [182].

Також вивченням питань трансформації освіти в інших європейських країнах займалась О. Огієнко, яка розкрила структурні та функціональні трансформації освіти дорослих у скандинавських країнах у другій половині ХХ століття; дослідила основні складові функціонування систем освіти; визначила перспективні напрями, суперечності, закономірності та провідні тенденції, що характеризують розвиток скандинавської освіти дорослих у другій половині ХХ століття [147].

На думку науковця, яку ми також підтримуємо, основна тенденція, що спостерігається у розвитку освіти скандинавських країн – це перехід від концепції «освіти на все життя» до концепції «освіти впродовж життя» (провідними принципами якої є: нові базові вміння для всіх з метою забезпечення неперервного доступу до освіти, одержання і оновлення вмінь, необхідних в інформаційному суспільстві; збільшення інвестицій у людські ресурси; інноваційні методики викладання для системи неперервної освіти; нова система оцінювання набутої освіти; розвиток наставництва та консультування з метою забезпечення вільного доступу до інформації про освітні можливості людини по всій Європі; наближення освітніх можливостей до місця проживання за допомогою мережі навчальних і консультаційних пунктів та інформаційних технологій) [146]. Виявлено, що управління системами освіти в Данії, Швеції і Норвегії здійснюється на п'яти рівнях (загальноскандинавському, національному, регіональному, муніципальному (локальному) та на рівні навчального закладу) мережею державних і недержавних інституцій, що виконують різноманітні функції і завдання [147]. Науковцем було виокремлено провідні тенденції розвитку скандинавської освіти, до яких належать: 1) тенденція європейського виміру – глобалізація, інтернаціоналізація, європеїзація, інформатизація; 2) тенденція соціально-економічного виміру (тенденція неперервного реформування, тенденція масовості вищої освіти); 3) тенденції соціокультурного виміру (тенденції гуманізації та демократизації); 4) тенденція функціонального виміру (тенденції гнучкості і професіоналізації). Зазначимо, що ці

тенденції будуть простежуватись у всій освітній політиці Європейського Союзу, що вказує на інтеграційність процесів формування освітньої галузі.

Вагомий внесок у вивченні європейського освітнього простору зробила О. Шовкопляс, яка досліджувала інтеграційні процеси розвитку вищої освіти в країнах Європейського Союзу і довела, що на кожному етапі свого розвитку європейська освітня модель мала низку особливостей та відмінностей. В різні часові періоди суб'єкти освітньої політики вводили окремі елементи європейської моделі під впливом міжнародних організацій. Як бачимо, остаточне формування європейської освітньої політики відбулося після підписання Болонської декларації (1999 р.), яка законодавчо закріпила її основні положення [208]. У процесі дослідження обґрунтовано, що в основі сучасної європейської освітньої моделі лежить зміна ставлення до особистості - особистісно орієнтована парадигма освіти. Особливим важелем у розвитку даної моделі освіти стало впровадження в навчальний процес інноваційних технологій навчання. Проведений дослідницею аналіз дозволив стверджувати, що сучасна система управління вищою освітою ґрунтується на: централізаційно-децентралізаційній формі організації; ринково орієнтованій освіті з урахуванням поглиблення її демократизації [208].

На відміну від попередніх науковців В. Білокопитов досліджував вплив європейських організацій на якість освіти у країнах Європи. Вважаємо дане дослідження актуальним, адже розвиток та якість медичної освіти України взаємопов'язана з впливом міжнародних та європейських організацій. Встановлено, що однією з головних умов створення Європейського простору вищої освіти є якість освіти. Головними суб'єктами європейської освітньої політики, що представляли інтереси міжнародного економічного та політичного співтовариства, були Європейське економічне співтовариство, Асоціація європейських університетів, Європейський центр вищої освіти (UNESCO-CEPES) [14]. Для контролю за забезпеченням якості знань були створені спеціалізовані агенції, які входили до групи супроводу Болонського процесу у складі Європейської асоціації університетів, Європейської асоціації вищих навчальних закладів та Європейського студентського союзу. Основною метою даних агенцій стало узгодження

національних механізмів забезпечення якості вищої освіти для розвитку привабливості європейської вищої освіти у світовому вимірі, а також розробка і запровадження Європейських стандартів та рекомендацій щодо забезпечення якості освіти. Європейські і міжнародні організації здійснювали інформаційну, аналітичну, консультативну, моніторингову, законотворчу, освітньо-політичну діяльність та тісно взаємодіяли між собою в розробці і запровадженні механізмів забезпечення якості вищої освіти [14].

Важливу роль у реформуванні вищої освіти Європи відіграють і університети, як одні із найстаріших соціальних інституцій Європи. Тому у своєму дослідженні А. Ржевська довела, що європейські університети в кінці ХХ століття почали інтенсивно змінюватись, особливо після підписання Болонської декларації, і набули інтеграційних механізмів розвитку, але незмінними залишились інституційна автономія й академічна свобода. При цьому академічна свобода – це можливість для члена академічного товариства думати та діяти самостійно в межах університету, національної й інтернаціональної систем вищої освіти. Інституційна автономія передбачає, що університет і викладачі самостійно визначають пріоритетні цілі та завдання для вищого навчального закладу й обирають засоби для їх досягнення [179, с. 247]. Зауважимо, якщо в ХХ столітті у вищих навчальних закладах підтримувались і переважали національні цінності, то вже на початку ХХІ століття основною рисою розвитку стає інтернаціоналізація та глобалізація навчального процесу. Та разом з тим «у контексті розвитку сучасного західноєвропейського університету простежується наявність певних протиріч, зокрема між: існуючою автономією й залежністю від державного та приватного фінансування; конкуренцією за студента й партнерством; інтеграцією та розмаїттям; упровадженням інновацій і консерватизмом; академічним і професійним управлінням; регіональною та глобальною спрямованістю діяльності» [179, с. 298]. У контексті розвитку сучасної європейської вищої освіти виокремлено характерні особливості її університетського сектору в країнах Західної Європи. Так, університети Бельгії відрізняються широкою спеціалізацією та монополією на проведення базових досліджень. Університетській освіті Ірландії притаманне значне

державне фінансування і активна співпраця із зарубіжними, особливо європейськими, університетами та використання у роботі досвіду інших країн. Для сучасної університетської освіти Португалії характерним є централізоване управління, активний розвиток системи фінансової підтримки студентів, збільшення кількості студентів, посилення підготовки науковців, сприяння мобільності, а університетський сектор Іспанії відрізняється складною структурою – поєднанням централізованого державного та регіонального управління університетами.

Для нашого дослідження важливим є те, що специфічними рисами функціонування сучасних університетів Франції є масифікація і централізоване управління, зміцнення зв'язків університетської науки та бізнесу. Зазначимо, що це присутнє і у діяльності медичних університетів. Університетській освіті Великобританії притаманні автономія, децентралізоване управління, орієнтація на збереження національного, високі стандарти навчання, індивідуальна робота зі студентами. Розвиток освітньої політики у сфері вищої і медичної освіти Великобританії та Франції для нашого дослідження є важливим як країн, що виступають зразками прогресивного розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу.

Т. Жижко дослідила структуру, зміст та технології навчання на різних університетських моделях європейської освіти (дослідницький університет Гумбольдта; університет як «охоронець скарбниці знань»; наполеонівська модель університету; «англосаксонська модель» університету (ліберальна), «корпораційні університети» XXI століття тощо) і дійшла висновку, що в умовах глобалізації та інформаційної революції найбільш ефективною є модель «дослідницького університету», яка базується на проведенні плідних наукових досліджень та їхньому впровадженні в практику [58]. Важливим є те, що у розвитку медичної освіти необхідна не тільки модель «дослідницького університету», але й «дослідницької університетської клініки», яка б дала можливість вивчати, впроваджувати новітні технології у процес діагностики, профілактики, лікування хворих і активно залучати до освітнього процесу. Мається на увазі розвиток моделі випереджаючої медичної освіти.

Дослідниця довела, що університетська освіта як складова системи вищого рівня (університет) постає структурованою сукупністю функціонально зв'язаних підсистем, скоординоване поєднання яких забезпечує досягнення стратегічних цілей університету (надання високоякісної фахової підготовки, всебічний розвиток фундаментальних і прикладних наукових досліджень, налагодження міжнародних освітньо-наукових зв'язків) [59].

Виходячи з даних досліджень, можна констатувати, що розвиток європейської університетської освіти здійснюється під впливом суспільних змін у державі та світі, серед яких найбільш значимими є: посилення глобалізаційних процесів; активізація постіндустріальних тенденцій; інтернаціоналізація та інтеграція всієї вищої освіти, що сприяє створенню європейського простору вищої освіти і співробітництву в міжнародній дослідницькій діяльності.

Аналіз науково-педагогічної літератури з проблеми розвитку освітніх систем у країнах Європейського Союзу, зокрема, у Польщі, як східного партнера ЄС, засвідчує наявність досліджень польських учених. Варто зазначити, що за нинішніх умов розвиток освітньої політики Польщі є інтенсивним, тому необхідність аналізу тенденції змін у польській освіті дає можливість кращого розуміння напрямку розвитку європейської освітньої політики. Польща, країна Східної Європи, є найближчою до України по розвитку освіти як постсоціалістична держава, тому активна співпраця між країнами допоможе вітчизняній освітній політиці швидко реорганізуватись і ввійти в Європейський освітній простір як рівноправна, висококваліфікована, полікультурна країна.

Вивченням розвитку окремих освітніх систем у Великобританії, Франції, Іспанії, Німеччині, Швеції, Італії та їхнього впливу на освіту Польщі займався Ришард Пахочіньський. Він охарактеризував національні освітні системи різних країн і, таким чином, мав можливість виділити особливості розвитку, реформування освіти і становлення Європейського освітнього простору. В його роботах також представлений і розвиток польської освіти в контексті європейської інтеграції. Всебічна реформа освіти в Польщі була розпочата в кінці 90-х рр. XX століття й охопила всі ланки системи освіти (її структуру, зміст, управління, фінансування)

[242, с. 193]. Система двоступеневої підготовки у вищій освіті Польщі введена Законом «Про систему освіти» (1991 р.) та Законом «Про вищі професійні школи» (1997 р.), на підставі яких створені і працюють всі вищі навчальні заклади держави. Дана система складається з: ліценціата (перший рівень – триває 3-4 роки) і магістратури (другий рівень – триває 1,5-2 роки). Третій рівень, або докторські програми, тривають від 3 до 4 років, але їх пропонують тільки навчальні заклади університетського типу (Додаток В).

На сьогоднішній день усі вищі навчальні заклади Польщі (310 приватних і 138 державних вузів), у тому числі й 11 вищих медичних шкіл, використовують Європейську кредитно-трансферну систему навчання, як елемент європейської інтеграції. В медичних університетах Польщі на 4-6 курсах присутня тільки циклова система навчання, що дає можливість більше сконцентрувати увагу на предметах, які вивчаються [242]. Активно використовуються програми по обміну студентів як між вузами, так і між країнами, що забезпечує мобільність студентів та визнання польських дипломів у всіх країнах Європи.

Аналіз європейських трансформацій освіти Польщі, та порівняння з освітньою політикою України здійснено в працях польського науковця Ф. Андрушкевича. Дослідник звертає увагу на те, що в основу освітньої реформи Польщі покладено принципи демократичності системи освіти. Він виділив та обгрунтував основні принципи реформування польської освіти. До них належать: принцип загальності та доступності освіти, принцип наступності та безперервності освіти, принцип єдності і диференціації системи освіти, заміна вузькопрофільного навчання широкопрофільним, принцип різнобічного інтелектуального, психічного, суспільно-професійного і фізичного розвитку, принцип гнучкості освіти і її готовності до змін, принцип державності, самоврядності і соціалізації освіти, принцип науковості й економічності освіти [5].

Вивченням реформування польської освіти займалися й українські науковці, що може бути корисним для проведення освітніх реформ і в Україні. У своєму дослідженні О. Копанська зазначила, що важливе місце у процесах реформування посідає управління системою освіти, бо саме від успішного управління залежить

ефект реформи і сама освітня політика держави. Визначено два головні напрямки перетворень, які пов'язані з децентралізацією та поширенням процесу прийняття рішень [90, с. 25]. У Європейському звіті про якість освіти децентралізація освіти визначена як одна з п'яти ключових проблем майбутнього [220, с. 55]. Децентралізація управління освітою – характерна ознака для більшості освітніх систем розвинутих країн, що реалізується за допомогою громадського впливу, посилення ролі місцевих органів управління освітою у прийнятті рішень та зростання автономії шкіл в управлінні їх ресурсами [90].

На основі аналізу науковців можна зробити висновок, що польська освітня реформа зумовила зміни в чотирьох основних сферах освіти: правничій (законодавчо-нормативна база), економічній (фінансування), організаційній (направленість освітньої політики на євроінтеграцію та підвищення конкурентоспроможності фахівців) та програмово-змістовій (розробка навчальних програм згідно європейських рекомендацій), що дало поштовх до прогресивного розвитку всієї країни.

Заслужують на увагу й праці О. Альперн, яка вивчала розвиток освітньої політики в Польщі на регіональному рівні. У своїй роботі науковець розкила процеси формування освітньої політики та навела її основні компоненти: визначення проблеми, створення політики, обговорення і прийняття рішень, впровадження політики, оцінювання політики [2]. Таким чином, можна відзначити, що успішна освітня політика формується вдало тоді, коли є чіткі пріоритетні цілі, високо-професійні кадри та нормативно-правове регулювання.

Дослідниця охарактеризувала основну законодавчу базу реформування освіти, норми регулювання суспільних відносин і виокремила три періоди розвитку освітньої політики Польщі, яка активно розвивається як на державному, так і на регіональному рівнях у відповідності з європейськими та загально державними стратегічними освітянськими тенденціями демократизації, об'єктивності та альтернативності у прийнятті рішень [1]. Прогресивні ідеї польського досвіду доцільно використати для становлення вітчизняної освітньої політики та системи управління освітою в Україні.

Вивченням розвитку освітньої політики займалась і Н. Вільчинська, яка досліджувала особливості формування освітньої політики Європейського Союзу. Вона довела, що освітня політика Європейського Союзу – феномен, який поєднує в собі загальноєвропейські, регіональні, національні та місцеві інтереси освітньої системи.

Одне із визначень, яке подала науковець, чітко підтверджує особливість формування освітньої політики ЄС: «...як особливу національну політику забезпечення власних освітніх інтересів та захист національної освітньої системи від глобалізаційних тенденцій сучасності, в той же час, включення в повноцінну співучасть у загальних освітніх програмах та ініціативах ЄС.» [28, с. 12]. Європейську освітню політику Н. Вільчинська розділила на сім етапів. Для нас важливим стало те, що реалізація освітньої політики є загальнообов'язковою і відбувається за допомогою відкритого методу координації, багаторівневого моніторингу, обміну практиками.

Констатуючи факти розвитку освітньої політики європейських країн, ми можемо стверджувати, що пріоритетним напрямом освітньої політики країн Європи є створення на державному рівні якісної національної системи вищої освіти і медичної освіти зокрема, інтеграція в міжнародний освітній простір, розвиток інноваційної діяльності.

У своєму дослідженні Т. Десятов розкрив динаміку змін у системах освіти східноєвропейських країн під впливом зовнішніх загальноєвропейських та світових чинників (централізації і децентралізації, глобалізації й регіоналізації, інтеграції й дезінтеграції). Вчений довів, що системи освіти країн Східної Європи (Польща, Угорщина, Чехія, Словаччина, Словенія, Болгарія, Румунія, Литва, Латвія, Естонія) знаходяться під впливом освітньої політики розвинених країн Європейського Союзу та активно реформуються і шукають свої моделі розвитку освіти. Важливого значення надається системі гарантії якості освіти, тому відбувається поступовий перехід до оцінювання знань студентів з погляду компетентності, а не рівня засвоєння програми навчання. Нові стандарти якості навчання являють собою триєдність сфери праці, навчання й оцінки і не встановлюють вимог до тривалості

курсу чи навчання, організаційної форми його проходження [49]. Також дослідник відмітив, що відбувається поступова автономізація структур, які сертифікують та акредитують навчальні заклади, спостерігається посилення ролі держави в керуванні якістю й активізація соціальних партнерів щодо розробки цих механізмів. Було визначено пріоритетну роль транснаціональних наукових досліджень у сфері освіти для формування єдиної для ЄС освітньої політики. Особлива увага, як слушно стверджують дослідники, має бути привернута до основних «освітніх пріоритетів» демократичних країн Східної Європи, які полягають у: демократизації навчання; адаптації системи освіти до потреб вільно-ринкового демократичного суспільства; створенні нової системи підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації; зближенні змісту обов'язкової освіти в різних країнах, що дає змогу говорити про уніфікацію і стандартизацію змісту освіти та якості знань не тільки в регіональному, національному, а й у наднаціональному вимірах; запровадженні зовнішньої (на національному або регіональному рівні) стандартизованої оцінки навчальних досягнень; викладанні іноземних мов і основ демократичної економіки [48, с. 248].

Науковцем здійснено порівняння української моделі регулювання неперервної освіти з базовими моделями країн Східної Європи і відмічено, що в Україні ще не сформовано механізми підтримки балансу попиту та пропозицій освітніх послуг і не забезпечено розвиток багатоканального фінансування потреб національних систем освіти. В медичній освіті також не збалансовано попит і пропозиції суспільства у медичних кадрах, отже, і в освітніх медичних послугах.

Таким чином, Т. Десятов довів, що неперервна освіта – світова тенденція, а панівні соціальні й економічні тенденції зумовлюють необхідність нової парадигми освіти, яка припускає «включення» кожної людини в безупинно мінливе середовище знань, цінностей, відносин, умінь і компетенцій. На освіту покладаються основні функції надання всім громадянам можливості засвоїти необхідні знання, уміння і компетенції [46].

Вважаємо, що нова парадигма навчання впродовж життя, яка набула особливого значення у розвитку вищої освіти, зокрема, й медичної, підвищує значення практичних навичок і методичних умінь орієнтуватися в інформаційному

просторі, а також особистісних умінь, таких як відповідальність, творчість, уміння адаптуватися до ситуації постійних змін та соціальних потреб.

Проблеми розвитку неперервної освіти розкриває у своїх працях і Л. Сігаєва. Науковець з'ясувала теоретичний зміст таких понять, як: «неперервна освіта», «освіта впродовж життя», які є актуальними у вивченні розвитку стратегічних напрямів освітньої політики як у Європейському Союзі, так і в Україні. Генезу освіти дорослих у контексті глобалізаційних та інтеграційних процесів на сьогоднішній день є актуальним, особливо для медичного спрямування, адже це дає можливість розвиватись упродовж усього життя та відчувати і знати проблеми підтримання здоров'я суспільства [190].

На нашу думку, освіта впродовж життя є життєво важливим елементом стратегії кожної країни, спрямованим на підтримку процесів стійкого розвитку цивілізації і, таким чином, безперервний професійний розвиток стає важливою тенденцією у трансформації освітньої медичної галузі. Даній тенденції розвитку медичної освіти недостатньо приділяється уваги на державному, регіональному і локальному рівнях. Зазначимо, що концепція неперервності в освіті дорослих реалізується через: формування у дорослих потреби й здатності до самонавчання; доступ до будь-яких видів освіти на основі індивідуальних здібностей; формування міждисциплінарних програм для здобуття паралельних і додаткових спеціальностей; надання можливостей для вільного вибору різних видів навчання [189].

Л. Сігаєва провела аналіз стану освіти дорослих у Скандинавських країнах (Данія, Швеція), які входять до ЄС. У своїй роботі науковець виокремила чотири основні тенденції, які мали вплив на подальший розвиток освіти дорослих у світі: постійний розвиток шкіл для дорослих за підтримки урядових структур; відкритість для кожного, хто прагне змінити рід занять, навчитися чогось нового, вдосконалити професійні знання, щоб знайти своє місце в житті; незалежність та добровільність; створення навчальних асоціацій з метою розповсюдження ідеї постійного набуття знань та підтримки дорослих на цьому шляху [190]. Паралельно було проаналізовано освіту і в Україні (70–80-х рр. ХХ ст.), яка мала свої напрямки розвитку: обов'язковість середньої освіти; розвиток вищої та середньої спеціальної

освіти; збільшення числа галузевих і міжгалузевих інститутів підвищення кваліфікації. У 90-х роках ХХ ст. з'явилися нові поняття: «дистанційне навчання»; «дистанційна освіта». Науковець зауважує, що саме дистанційна система освіти може найбільш адекватно й гнучко реагувати на потреби суспільства та забезпечувати реалізацію конституційного права на освіту кожного громадянина країни [188].

Дослідниця пише, що «...стратегічними пріоритетними завданнями модернізації системи освіти в Україні є: побудова національної системи освіти, формування творчої особистості, забезпечення особистісного розвитку людини; функціонування й розвиток національної системи освіти на основі принципів гуманізму, демократії, пріоритетності суспільних і духовних цінностей; створення бази даних про наявність видів освітніх послуг, що надаються навчальними закладами; перебудова навчального процесу відповідно до потреб ринку праці; вихід української системи освіти на рівень освітніх систем розвинених країн світу» [191, с. 127]. Таким чином, зважаючи на дані дослідження, ми вважаємо, що доступність освіти і постійний розвиток фахівця та вдосконалення професійних навичок спонукає до безперервного навчання, а це є однією з тенденцій розвитку освітньої політики Європейського Союзу.

Щодо вивчення розвитку медичної освіти в Україні, то дана проблематика перебувала у полі зору багатьох науковців. Певні проблеми розвитку медичної освіти досліджували й представники української лікарської громадськості, зокрема: Г. Пилип; М. Білинська займалась вивченням державного управління вищою медичною освітою; Ю. Колісник-Гуменюк вивчала формування етичної культури у майбутніх медичних фахівців.

Генезу медичної освіти в західних регіонах України (Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька область) відстежувала Г. Пилип. Науковець особливу увагу приділила вивченню процесу формування мережі вищих медичних навчальних закладів, функціонування органів охорони здоров'я в західному регіоні і рівня медичної допомоги, яка надавалася місцевому населенню. У роботі були розглянуті особливості становлення та функціонування

державних медичних інститутів в західних областях України. Простежено динаміку удосконалення виробничої практики майбутніх лікарів у літній час після екзаменаційної сесії [162]. Дослідницею охарактеризовано особливості підготовки студентів у субординатурі, введеної у вищих навчальних закладах з 1951 року, що сприяло поліпшенню професійної практичної підготовки майбутніх медиків. Виявлено особливості проходження молодими лікарями інтернатури, що діє в медичних інститутах з 1972 року згідно постанови ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 5 липня 1968 року «Про заходи щодо подальшого поліпшення охорони здоров'я і розвитку медичної науки в країні», в якій було визначено головні завдання в галузі вищої медичної освіти. Додипломна та післядипломна спеціалізація дозволила перейти від підготовки лікарів загального лікувального профілю до підготовки фахівців за основними клінічними дисциплінами [161]. Однак, на думку науковця, незважаючи на значну кількість лікарів, структура вищої медичної освіти не змогла в повному обсязі забезпечити потреби закладів охорони здоров'я висококваліфікованими фахівцями. Недостатня практична спеціалізація молодих медиків призвела до того, що після закінчення медичних інститутів вони були не зовсім готові до самостійної професійної діяльності.

Проаналізувавши дане дослідження, можна зробити висновок, що система медичної освіти кінця ХХ століття не відповідала потребам суспільства і світовому рівню професійної підготовки фахівців, стандартам вимог до практичної медицини, втрачала об'єктивний контроль якості професійного рівня спеціаліста на різних етапах його підготовки. У дисертаційній роботі Г. Пилип були обґрунтовані передумови реформування вищої медичної освіти в період становлення України як самостійної європейської держави [162], що для нас є також актуальними. Проаналізована науковцем Програма розвитку медичної освіти на період 1992–2002 рр., (1991 р.), нами також розглядається як початок модернізації медичної освіти.

Вивченням державного управління вищої медичної освіти як невідомої складової державної політики в системі охорони здоров'я займалась М. Білинська. За її твердженням, яке ми підтримуємо, «реформи у сфері вищої медичної освіти спрямовані саме на пошук комплексного, системного підходу, реалізація якого

можлива лише в рамках системи управління якістю» [12, с. 203]. Науковець переконливо обґрунтувала найважливіші механізми державного управління галузевою стандартизацією вищої медичної освіти; розробила сучасну модель управлінської діяльності (в яку входять не тільки управлінські кадри але й залучені викладачі та студенти вищих медичних закладів) зі створення системи галузевих стандартів вищої медичної освіти. Також було виокремлено особливості державного та регіонального моніторингу якості вищої медичної освіти, які ввійшли у розробку державного ліцензійного іспиту «Крок», що став засобом діагностики якості навчання у вищій медичній освіті України. Саме система галузевої стандартизації є полем взаємодії, по-перше, системи охорони здоров'я з її основним об'єктом – людиною як пацієнтом, по-друге, системи вищої медичної освіти з її основним об'єктом – фахівцем галузі охорони здоров'я, і, нарешті, матеріально-інформаційним забезпеченням процесу стандартизації як інструментом взаємодії [13]. Галузеві стандарти вищої медичної освіти містять такі складові: освітньо-кваліфікаційні характеристики випускників вищих навчальних закладів; освітньо-професійні програми підготовки; засоби діагностики якості вищої медичної освіти. У галузевих стандартах – освітньо-кваліфікаційній характеристиці та освітньо-професійній програмі – значно поглиблюються цикли гуманітарної та соціально-економічної підготовки з метою забезпечення відповідності освітній політиці держави в аспекті гуманізації вищої освіти. Цикли природничо-наукової та професійної підготовки будуються за системно-орієнтованим принципом, який дає змогу розглядати здоров'я і хвороби людини як цілісну проблему, важливим аспектом якої є поняття громадського здоров'я людини [12]. Також науковець пропонує відділити від вищих медичних навчальних закладів моніторингові процедури оцінки академічної і професійної кваліфікації випускників, які повинні проводитись незалежними професійними медичними товариствами, спілками, об'єднаннями.

Погоджуємось із думкою дослідниці, що саме державна політика щодо реформування вищої медичної освіти є визначальною у створенні структурних механізмів, здатних забезпечити належну якість освіти, складовою якої є галузеві

стандарти. Саме держава виступає гарантом реалізації єдиної політики у процесах стандартизації, метрології та сертифікації і задає параметри інноваційного розвитку, але ефективний розвиток моніторингу якості можливий тільки в разі існування гнучкої системи багатоканального фінансування вищої медичної освіти на державному та регіональному рівнях [11].

Особлива увага у підготовці майбутнього медичного спеціаліста відводиться і медичній етиці як невід'ємній частині формування професійної майстерності медичного фахівця. Вивченням даної проблематики займалась Ю. Колісник-Гуменюк, яка сформулювала визначення професійно-етичної культури медичного працівника як сукупність моральних цінностей та етичних норм, що стали внутрішніми особистісними переконаннями і спрямовують професійну діяльність медичних фахівців на формування і відтворення морально-етичних вимог суспільства; наповнюють професійним змістом процеси діяльності й посилюють загальнокультурну спрямованість, відображаючи досягнутий у ній рівень майстерності і формуючи відповідальне ставлення до праці [83]. Особливості практичної діяльності та норми поведінки лікарів регулює медична етика.

Науковець вважає, що фундаментальними етичними вимогами, які визначають професійно-етичні якості, є: моральний обов'язок, честь і гідність медичного фахівця, відповідальність, справедливість, медична тактовність, толерантність, а це в свою чергу дає можливість конструктивно будувати стосунки з різними категоріями людей, з якими він спілкується (пацієнти, їхні родичі, колеги, лікарі, адміністрація медичних закладів тощо) [83]. У процесі дослідження за його результатами було виділено такі основні елементи формування професійно-етичної культури студентів медичних спеціальностей: створення системи професійної підготовки, що сприятиме формуванню загальнолюдських моральних і професійно-етичних якостей майбутніх фахівців, згідно вимог етичних кодексів лікаря; скерування виховної роботи на національне та патріотичне виховання, формування демократичного світогляду і громадянської позиції, комунікативної культури, етичних та естетичних поглядів; цілеспрямоване формування в студентів якостей, властивостей, моральних переконань і моральної свідомості, які безпосередньо

впливають на моральну поведінку і моральні відносини майбутнього лікаря, відповідають конкретним професійним вимогам і притаманні відповідній медичній спільноті; забезпечення спрямованості професійної культури медичних працівників на реалізацію морально-етичних вимог суспільства. Дослідниця акцентувала увагу на те, що професійна підготовка медичних фахівців в Україні є недостатньо ефективною з огляду на формування головних морально-етичних якостей. Основними причинами цього стали: неузгодженість вивчення гуманітарних і професійно орієнтованих дисциплін, недоліки навчально-програмного забезпечення, домінування освітніх цільових настанов над виховними, недостатня підготовленість викладачів гуманітарних дисциплін, відсутність у навчальних закладах чіткого плану дій щодо формування професійно-етичної культури студентів [82].

Л. Переймибіда досліджувала формування деонтологічної культури майбутнього медичного працівника, яка є розділом етики, що вивчає поняття обов'язку. На думку науковця, етика систематизує принципи і норми моралі, котрі діють у суспільстві, а деонтологічна культура – норми і правила поведінки медичного працівника з пацієнтом. Ще в 1949 році Медичною національною академією Франції було визначено необхідність розробки міжнародного кодексу деонтології, а в 1955 році тут відбувся Перший міжнародний конгрес з медичної етики [159].

Дослідниця робить висновок, що деонтологічна культура медичного працівника відрізняється складністю і багатомірністю, тому деонтологія виступає як предмет, засіб і результат діяльності, в процесі якої засвоюються і розширюються певні категорії цінностей. Зауважимо, що сьогодні для пацієнта лікар – це консультант, помічник і партнер, тому приділяється значна увага таким морально-деонтологічним аспектам, як: взаємовідносини між лікарем і пацієнтом, які передбачають ефективну комунікацію, ставлення до пацієнта з повагою, відповідна увага до родичів хворого або його опікунів, дотримання конфіденційності, відкритість та чесність, визнання своїх помилок, а також непідкупність. Навчальна дисципліна «Деонтологія в медицині» передбачає вивчення студентом медичної

деонтології – сукупності етичних норм та принципів поведінки медичного працівника під час виконання ним професійної діяльності [159].

На основі аналізу організації деонтологічної підготовки майбутніх лікарів встановлено, що основними цінностями є поняття лікарського обов'язку як основа моральних принципів поведінки лікаря, гуманізм, милосердя до всіх, хто потребує допомоги, питання совісті, честі, гідності та лікарського такту як елементу культури, справедливості у відношенні до колег, родичів хворого як частини професійної компетентності медичного персоналу, розуміння моральної, юридичної відповідальності [160].

Вважаємо, що деонтологічна культура медичного фахівця є більш широким поняттям, адже вона формує і розширює поняття полікультурності. Медичний спеціаліст співпрацює з різними категоріями пацієнтів (різної культури, релігії, нації, раси та ін.), що потребує від нього відповідного розуміння, знання мови та правильної культури поведінки. Етика, деонтологічна культура, полікультурність та знання іноземної мови становлять невід'ємну частину формування майбутнього висококваліфікованого фахівця медичних спеціальностей.

Необхідно наголосити, що сучасний розвиток професійної освіти зумовлений подоланням основних суперечностей: між прогресивним розвитком інформаційних технологій та можливостями засвоєння нових знань; між державними та суспільними вимогами щодо підготовки висококваліфікованих, конкурентоспроможних фахівців та потребами, інтересами і можливостями конкретного індивіда; між вузько направленою спеціалізацією професійної діяльності фахівця та всебічним гармонійним розвитком особистості. Саме питання професійної орієнтації допомагають подолати невизначеність та спроможність індивідуума у виборі майбутньої професії. У своєму дослідженні Р. Іваненко розкриває світоглядне бачення професійної орієнтації у старшокурсників ліцеїв медичного профілю як складової всебічного розвитку особистості майбутнього фахівця в умовах неперервної освіти [73]. Необхідність формування стійкої мотивації до медичної діяльності полягає у тому, що: термін навчання у вищому медичному навчальному закладі досить значний, тому свідомий вибір

майбутньої медичної професії надзвичайно важливий; у процесі вибору медичної спеціальності необхідно враховувати можливості організму, його стан; професійну орієнтацію майбутніх фахівців-медиків можна реалізувати повніше, якщо її головна мета буде спрямована на професійно особистісний розвиток майбутнього лікаря; необхідне формування конкурентноспроможної особистості, здатної до неперервної медичної освіти [72]. Підвищені вимоги до вищої медичної освіти впливають на зростання вимог і до якості професійної орієнтації, тому науковцем була розроблена та обґрунтована модель організації професійної орієнтації старшокласників на медичні спеціальності, що містить такі компоненти: мотиваційний (формування стійких мотивацій щодо опанування медичних професій), когнітивний (формування початкової системи знань у галузі основ загального і спеціального догляду за хворими), інформаційний (добуття початкових відомостей з історії медицини, основних медичних (фундаментальних та клінічних) дисциплін), професійно-технологічний (ознайомлення з елементами діяльності медичного працівника безпосередньо в умовах лікувально-профілактичного закладу), аксіологічний (формування моральних особистісних якостей, етичних, деонтологічних, біоетичних та інтелектуальних цінностей), операційно-діяльнісний (опанування форм навчання, що використовуються у вищих медичних навчальних закладах) [73]. Ефективність профорієнтаційної роботи, на думку Р. Іваненко, буде відображена у підвищеному рівні сформованості свідомого професійного самовизначення на медичні спеціальності, професійно важливих умінь і навичок, базових моральних якостей, стійкого морального інтересу до конкретної медичної спеціальності, потреби у набутті нових знань, готовності до навчання у вищому медичному навчальному закладі [72].

Теоретичний аналіз наукової літератури показав, що вченими досліджувались різноманітні проблеми розвитку вищої, зокрема, й медичної освіти. Науковці розкривали етапи становлення медичної галузі в окремих країнах Європи та в Україні на основі вивчення становлення і розвитку окремих освітніх закладів чи цілих регіонів, навчальних програм і моделей навчання. Окремі дослідження були направлені на вивчення освітньої політики та впливу інтеграційних процесів на

якість вищої освіти. Велика увага приділялась дослідженню неперервної освіти та освіти дорослих. Для нас важливим є те, що дослідники під час вивчення розвитку медичної освіти розглядали й питання професійно-етичної культури та деонтології медичного працівника, які є одним із вагомих показників європейської якості у становленні та розвитку особистості майбутнього лікаря.

Таким чином, можна зробити висновок, що певні аспекти вивчення розвитку медичної освіти були розкриті, але відсутні праці, в яких сформовані й розкриті тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу.

1.3. Загальна характеристика освітньої політики Європейського Союзу

Наприкінці минулого століття світову спільноту охопила хвиля реформування національних систем освіти (Велика Британія, Китай, Нідерланди, Німеччина, США, Франція, скандинавські країни, країни Центральної та Східної Європи тощо). Передусім це явище пов'язують із процесами глобалізації й інтеграції світового освітнього простору, необхідністю задоволення різноманітних освітніх потреб громадян і суспільства загалом, підвищення конкурентності та якості освіти в умовах відкритого суспільства.

В Європі освіта завжди відповідала розвитку суспільства та змінам часу, а університети були хранителями європейських інтелектуальних традицій та наукових відкриттів. Найдавнішими університетами (від лат. *universitas* – сукупність, спільнота) вважаються Болонський, історія якого починається з 1088 року, коли була відкрита вища правнича школа, та Паризький, що був заснований у 1150 році. Упродовж XII-XVI ст. виникли також такі університети, як Салернський (Італія), Оксфордський та Кембриджський (Англія), Саламанкський (Іспанія), Лісабонський (Португалія), Краківський (Польща), Празький (Чехія), Віденський (Австрія), Гейдельберзький (Німеччина) та ін. Середньовічний університет складався з чотирьох факультетів: артистичного (підготовчого – викладали граматику, риторику, діалектику, арифметику, геометрію, астрономію, музику), а також трьох

основних – правничого, медичного, богословського (теологічного) [117, с. 102]. Ранні університети Західної Європи користувалися заступництвом католицької церкви і мали статус шкіл при кафедральних соборах (як Паризький університет). Пізніше університети створювали королі (Празький і Краківський університети) і муніципальні адміністрації (університети в Кельні і Ерфурті). Сформувались дві основні моделі університетів: німецька і французька. Німецька модель базувалась на ідеях Вільгельма Гумбольдта і Фрідріха Шлейєрмахера – університет підтримує академічні свободи, лабораторії та організовує семінари. У французьких університетах панувала жорстка дисципліна, адміністрація контролювала всі аспекти діяльності [81]. До XIX ст. в європейських університетах релігія становила найважливішу частину занять, але протягом XIX ст. її роль поступово зменшувалась. Університети концентрувалися на наукових дослідженнях, тому німецька модель, яка була краще пристосована до занять наукою, з часом набула більшого поширення по всьому світу, ніж французька. Викладання велось тільки латинською мовою, тому студенти і вчені різних країн могли вільно спілкуватися між собою [100]. Можна було починати навчатись в одній країні, а закінчувати навчання в іншій. Варто зазначити, що це було першим прототипом європейського освітнього простору, мобільності студентів, викладачів.

Європейський Союз, як міждержавне об'єднання, в процесі свого становлення сформував принципи економічної стабільності та безпеки, репрезентації національних інтересів на загальноєвропейському рівні. Основними мотивами до європейської єдності були: зміцнення миру, досягнення добробуту і економічного зростання, збагачення культурного розмаїття та політичний вплив на інші держави. Пропозиції щодо створення такого утворення лунали протягом тривалого часу історії Європи, але тільки післявоєнні роки акцентували увагу на створенні такої співдружності. Політична картина світу також підштовхувала до дій: процвітання США та швидкий розвиток Радянського Союзу. Тому в 1949 році у Лондоні з метою досягнення великого об'єднання була створена європейська організація, що одержала назву «Рада Європи».

Початком європейської інтеграції вважається 9 травня 1950 року, коли міністр закордонних справ Франції Р. Шуман виступив за введення ефективної солідарності між європейськими країнами та запропонував створити спільний ринок вугільної і сталеливарної продукції Франції, Федеративної Республіки Німеччини (ФРН) та інших західноєвропейських країн [55]. У меморандумі Р. Шумана досить чітко була сформульована суть інтеграційної стратегії, її головний метод: «Єдина Європа не буде створена відразу або на основі загального проекту; вона виникне завдяки конкретним справам, які створять фактичну солідарність». Цей день став днем народження Європейського Союзу і тепер щороку святкується як День Європи [31]. 18 квітня 1951 року був підписаний Паризький договір, в якому шість країн (Бельгія, Італія, Люксембург, Нідерланди, Німеччина та Франція) проголосували за створення Європейського співтовариства вугілля і сталі (ЄСВС). Договір про ЄСВС набув чинності 23 липня 1952 року, а у вересні цього ж року був запропонований на розгляд країн «європейської шістки» проект Договору про створення Європейського політичного співтовариства, але він не був підтриманий парламентом Франції.

Подальші кроки до інтеграції були не такими вдалимими. Тільки у 1955 році появилось Європейське співтовариство з атомної енергетики (Євратом), а 23 березня 1957 року в м. Рим підписано Договір про створення Європейського економічного співтовариства (ЄЕС) – пізніше був названий як «Договір про заснування європейської спільноти» [100]. ЄЕС об'єднало всі попередні договори, бо основною метою було створення зони вільної торгівлі та спільного ринку товарів, послуг, робочої сили, капіталу. В Римській угоді (1957 р.) також ставилися завдання щодо приведення національних законодавств до загальноєвропейських норм, розширення доступу до вищої освіти, підвищення мобільності студентів і викладачів та їх затребуваності на ринку праці, створення довгострокових систем навчання [52]. Пізніше ці ідеї втілювалися у рішеннях міністрів освіти європейських країн 1972 і 1976 років та у Маастрихтському договорі 1992 року.

1 липня 1967 року створено єдину структуру інститутів, що забезпечують розвиток європейської інтеграції – Європейську Комісію (рушійна сила та виконавчий орган ЄС), яка відіграє вирішальну роль у європейському просторі

вищої освіти, Раду Європейських Співтовариств, що забезпечує міжнародну співпрацю між державами-членами у процесі формування та реалізації освітньої політики Європейського Союзу, Європейський Парламент (обирається громадянами країн ЄС кожні п'ять років і включає в себе роботу 19-ти комітетів) – забезпечує правову базу та відповідає за збільшення інвестування сфери освіти та Суд Європейських Співтовариств - забезпечує дотримання законодавства ЄС. У грудні 1974 року до цих органів додався новий – Європейська Рада, яка складається з глав держав та урядів країн-членів Європейських Співтовариств [91]. У подальших наступних роках розроблялися й удосконалювалися правові положення, що регламентували розвиток інтеграційних процесів у країнах-учасниках.

Починаючи з 70-х років, Європейське економічне співтовариство поступово розширюється, його членами стають: у 1973 році – Велика Британія, Данія, Ірландія; у 1981 році – Греція; в 1986 році – Іспанія та Португалія [28].

Важливим напрямом розвитку співробітництва європейських країн стало формування єдиного освітнього простору. Після підписання Римського договору (1957 р.) університетська освіта, яка безпосередньо пов'язана з переміщенням людей, була формально звільнена від кордонів. Рада Європи в 1960 році створила Комітет з питань вищої освіти та досліджень, до складу якого входили університетські та політичні лідери, по одному з кожної країни-члена – делегати від університетів обиралися університетськими асоціаціями [55]. Зразу ж таки почався пошук загальної основи базової підготовки медичних спеціалістів. У 1971 році було створено Постійний комітет медичних сестер при Європейському економічному співробітництві, який прийняв директиву про взаємне визнання дипломів. У цьому ж році на офіційній зустрічі шести міністрів освіти була прийнята перша резолюція про співпрацю у сфері освіти. Реалізацією ідей зустрічі стала Доповідь міністра Джейне (Janne) Європейській Комісії з пропозиціями щодо напрямів розвитку співробітництва у галузі освіти (1973 р.), а в 1974 році було створено Комітет з освіти [211].

Характерною особливістю європейської освітньої політики стала організація співробітництва між національними освітніми системами та обмін досвідом між

ними, а основною функцією - формування загальних пріоритетів та цілей, визначення механізмів співробітництва. У 1975 році у Берліні було створено Європейський центр розвитку професійної освіти CEDEFOP (Centre European de Developement et Evaluation de la Formation Professionelle) та Консультативний комітет з питань медичної підготовки [54]. Даний Комітет забезпечував створення стандартів базової і післядипломної медичної підготовки в Європейському Союзі та забезпечував двохсторонній зв'язок між європейськими медичними організаціями, університетами, національними урядами і Єврокомісією. У червні 1975 року Європейське економічне співтовариство, в даний час Європейський Союз, видало директиву про вільне переміщення лікарів і первісне визнання їхніх дипломів та сертифікатів, яка відкрила можливість вільно переміщуватись лікарям уже між дев'ятьма державами Європи. У 1976 році Рада Міністрів ЄС запропонувала спільну Програму дій розвитку освіти, що включала в себе: доступ до вищої освіти, визнання дипломів, загальні навчальні програми, інформаційну політику [218].

Активна спільна робота розпочалась із прийняття рішення про заснування інформаційної мережі як основи для кращого взаєморозуміння освітніх політик - Європейська освітня інформаційна мережа (European Education Information Network – the Eurydice) (1980 р.) [244]. І. Булах зауважує, що ця мережа розвивалася у декількох напрямках, починаючи від розбудови академічних мереж (наукова співпраця навчальних закладів вищої освіти та наукових центрів), започаткування спільної документації та збирання статистики до вироблення засадничих механізмів освітньої політики ЄС [21].

Після рішень, які привели до підписання Закону про об'єднання Маастрихтського та Амстердамського договорів 1985 року та створення єдиного європейського простору до 1992 року, університети та влада розробили спільні програми щодо вільного пересування студентів. У лютому 1986 року був підписаний Єдиний європейський акт, який запровадив спільну політику в соціальній сфері, в галузі науково-технологічного розвитку, охорони навколишнього середовища та було поставлено питання про створення Європейського Союзу [264].

Із 1986 року розпочинається обмін студентами, викладачами та учнями, в рамках реалізації Програми Erasmus з метою сприяння співпраці між університетами та мобільності студентів в кордонах ЄС, а з 1990 року програма Tempus надала можливість зміцнити трансєвропейську схему співробітництва в освіті і мають успішне продовження в двадцять першому столітті (Сократ, Леонардо да Вінчі – створені в 2000 р.) [100]. Вони підтримують будь-які дії, що дають можливість підвищити якість освіти країн, які беруть участь у цих програмах (на 2005 р. – 31 країни-учасниці). Програма Сократ спрямована на покращення загальної освіти серед усіх верств населення (школярі – дорослі) [253]. Програма Леонардо да Вінчі – підтримка професійної освіти за рахунок поліпшення рівня професійної компетентності, підвищення якості професійної підготовки, підтримка будь-якої інновації в галузі професійної освіти. Програма Tempus – програма співробітництва та обміну в галузі вищої освіти між країнами ЄС центральної та східної Європи.

У 1991 році Комісія Європейської співдружності опублікувала Меморандум про вищу освіту в Європейській Співдружності, в якому визначено мету, роль та сформульовано пріоритети розвитку вищої освіти в підготовці майбутніх громадян Європи, у зміцненні ідеї загальноєвропейського громадянства. В тому ж році Радою Європи був опублікований підручник «Teaching about Europe» (Навчання про Європу), де М. Шеннен визначила три напрями: навчання про Європу (здобуття основних знань про Європу); навчання в Європі (формування основних навичок, потрібних молодим європейцям); навчання для Європи (підготовка молодих людей до життя в об'єднаній Європі, до постійних контактів і співпраці з іншими європейцями) [247, с. 35].

7 лютого 1992 року у Маастрихті (Нідерланди) було підписано Договір про Європейський Союз (ЄС), що набув чинності 1 листопада 1993 року. Були створені керівні органи ЄС (Європарламент, Єврокомісія та ін.), запроваджена єдина європейська валюта (євро), додатково до національного громадянства додано громадянство ЄС, громадяни ЄС отримали можливість у межах союзу вільно пересуватися, влаштовуватися на роботу і отримувати освіту в будь-якій країні

Союзу [123]. Маастрихтська угода відкрила новий етап розвитку освітньої галузі, в тому числі і медичної освіти, яка характеризується відмовою від уніфікації освіти (Європейський Союз може лише підтримувати та доповнювати діяльність країн-членів в окремих галузях освіти). Основними принципами даної угоди були: обов'язкове вивчення іноземних мов, академічне визнання дипломів та термінів навчання, розвиток співпраці між освітніми інституціями та сприяння обміну інформацією та досвідом, розвиток та оптимізація систем професійної підготовки і підвищення кваліфікації працівників [213]. Дані принципи є важливими для нашого дослідження, бо вони будуть спостерігатися у прийнятті і реалізації інших нормативних документів для трансформації освітньої політики ЄС у розвитку як вищої, так і медичної освіти.

Новий етап розвитку освітньої галузі ЄС припадає на кінець ХХ століття. Саме 1996 рік був оголошений роком навчання впродовж усього життя, після опублікування Європейською комісією видання: «Економічне зростання, конкурентноспроможність, зайнятість» [245], в якому визначено основну мету навчання впродовж усього життя і механізм її досягнення. Даний документ спрямований на активізацію зусиль з удосконалення системи освіти в європейських країнах шляхом зближення навчальних закладів і бізнесу, подолання соціального відчуження та стимулювання освоєння нових знань. Наступного року на засіданні Європейської Ради та ЮНЕСКО у Лісабоні (11 квітня 1997 р.) було проголошено перетворення ЄС до 2010 року на «конкурентоздатне та соціально інтегроване європейське суспільство знань, сформувавши найбільш динамічну знанневозорієнтовану економіку у світі, спроможну до сталого розвитку із зростанням кількості робочих місць та до все більшої суспільної злагоди» [221]. Лісабонська конвенція привернула увагу до вирішення питання про визнання кваліфікації вищої освіти в європейському регіоні і визначення принципів оцінки кваліфікації. На розвиток медичної освіти дана конвенція також буде мати великий вплив, що дасть змогу переглянути кваліфікаційні рівні і в медичній галузі. Також пропагується використання «відкритого методу координації», який передбачає застосування спільних стратегій розвитку освіти для країн-членів ЄС [239].

Вагомий вплив на розвиток освіти відіграло укладення в 1997 році Шенгенської угоди про вільне (безвізове) пересування людей у межах Європейського Союзу, що дало поштовх до зближення та уніфікації навчальних закладів, мобільності студентів та викладачів, прогресивному розвитку інтернаціональних програм у сфері освіти. Наступним кроком у цьому напрямі була прийнята та підписана в травні 1998 року Сорбонська декларація, в якій вперше затверджені пріоритети створення «відкритого європейського простору для вищої освіти» і викладені способи досягнення цієї мети: створення двоступеневої структури вищої освіти (до дипломний та післядипломний цикл), єдиної системи оцінювання, що пізніше стали основою історичної Болонської декларації [248].

Поява цих документів свідчить про те, що в кінці ХХ століття в країнах Європейського Союзу склалось чітке розуміння ролі і значення освіти як ключового чинника забезпечення конкурентноспроможності держави й особистості, а також необхідної умови працевлаштування громадян. А це, в свою чергу, означало, що провідне місце в системах освіти і навчання належить громадянам з їхніми освітніми потребами.

Важливим напрямком роботи Європейської Комісії в освітній галузі є підготовка Білих книг. У «Білій книзі» Європейської Комісії містяться пропозиції щодо діяльності європейської спільноти, розроблені експертами та офіційними службами конкретні напрямки політики. У деяких випадках, її появі передують публікація відповідної зеленої книги, мета якої – започаткувати консультаційний процес на європейському рівні [24]. В одній із перших «Білих книг» (1996 р.) були наведені приклади конкретних рішень та цілей: заохочення до навчання і до отримання нових знань за рахунок визнання кваліфікацій, мобільності шляхом вивчення іноземних мов, впровадження інформаційних технологій та інвестицій в освітню галузь. Дана книга стала поштовхом у реформуванні концепції освітньої політики Європейського Союзу.

У Лісабоні у березні 2000 року під час зустрічі глав держав і урядів країн Європейського Союзу було проголошено, що Європа вступає в нову епоху під

назвою «століття знань» [239]. Таким чином було акцентовано увагу на важливості та необхідності сучасної освіти у розвитку прогресивного суспільства.

Було створено Європейську мережу гарантії якості у вищій освіті (European Network for Quality Assurance in Higher Education – ENQA) [225], основними завданнями якої стали: обмін інформацією та поширення позитивного досвіду; експертне оцінювання та консультування з питань гарантування якості освіти на прохання країн-членів Європейського Союзу та міжнародних організацій; встановлення та підтримка контактів з міжнародними експертними організаціями. У 2001 році Європейська Комісія оприлюднила «Доповідь про конкретні майбутні завдання для освіти та професійної підготовки у Європі» (Report on the concrete future objectives of education and training systems) [213], затверджену Європейською Радою на засіданні у Стокгольмі, яка стала першим документом, що пропонує уніфіковану стратегію розвитку національних освітніх політик. Стратегія включає такі першочергові цілі, як: підвищення якості та ефективності систем освіти в країнах ЄС; спрощення у вступі (доступність) до всіх форм освіти протягом життя активних громадян (безперервний професійний розвиток), забезпечуючи однаковий доступ до інформаційно-комунікаційних технологій; посилення відкритості систем європейської освіти у світі за рахунок посилення зв'язків між виробництвом та науковими дослідженнями (співробітництво) і суспільством в цілому [245]. Відповідальність за навчання несе держава, роботодавці, працівники і громадяни в цілому.

Згідно Доповіді (2001 р.), у Копенгагені була прийнята Декларація Європейської комісії і міністрів освіти європейських країн щодо розвитку співробітництва у галузі професійної освіти і навчання в Європі (листопад, 2002 р.), яка стала прототипом Копенгагенського процесу, де чітко були сформовані завдання створення єдиного європейського простору у галузі професійної освіти і навчання [149, с. 51]. Копенгагенська декларація також запропонувала конкретні завдання щодо створення Європейської системи перенесення кредитних одиниць, забезпечення прозорості та визначення компетенції між різними країнами і на різних рівнях шляхом встановлення загальних принципів. На конференції в Бергені 2005

року для забезпечення якості освіти були розроблені і схвалені стандарти – European quality assurance standards and guidelines (ESG), де були закладені єдині вимоги щодо забезпечення якості освіти в зоні європейського освітнього простору, а контроль реалізується на трьох рівнях: рівні кожного вищого навчального закладу, рівні держави та міждержавному рівні [194, с. 83-109]. Вони стали орієнтиром вищим навчальним закладам у розробці своїх власних систем забезпечення якості освіти. Підсумком формування європейської системи забезпечення якості вищої освіти можна вважати створення 4 березня 2008 року в Брюсселі Європейського реєстру забезпечення якості (European Register of Quality Assurance, EQAR) [179, с. 214], який надає прозору і доступну інформацію про європейські агенції із забезпечення якості освіти, а також сприяє мобільності студентів та підвищенні довіри до вищих навчальних закладів. З 2007 року Європейська Комісія об'єднала свої освітні та навчальні ініціативи в межах Програми пожиттєвої освіти (lifelong learning), мета якої полягає у забезпеченні навчання особам на всіх етапах їхнього життя і по всій Європі [28].

Інтеграційні процеси розвитку освіти в об'єднаній Європі спонукають до розробки нових концепцій і стратегій розвитку освітньої галузі на рівні політичного керівництва (державної політики) та на рівні транснаціональних дослідницьких програм, активної діяльності профільних транснаціональних організацій (Європейський фонд освіти та ін.), до спільних випусків профільних видань (міжнародний журнал «Compare» та ін.). Дані зміни, згідно Ваді Хаддад, проходять циклічно і включають у себе такі фази: аналіз існуючої ситуації, створення варіантів політики, оцінювання варіантів політики, адаптація політичного рішення, політичне планування та впровадження, оцінювання впливу політики [267]. Тому для перетворення в життя нової парадигми освіти необхідно теоретично осмислити і розробити практичні механізми для розв'язання шести ключових завдань:

- забезпечення освоєння нових базових умінь, що пов'язані з інформаційними технологіями, іноземними мовами, технологічною культурою, а також соціальні, методичні й особистісні уміння. Саме в цьому секторі закладаються уміння, необхідні для подальшої освіти і навчання;

- збільшення інвестицій у розвиток людських ресурсів;
- розвиток інновацій у викладанні і навчанні. Нова парадигма спонукає до переосмислення значення викладача в системі освіти;
- удосконалення механізмів оцінки як самого навчання, так і його результатів і розробка якісної системи акредитації;
- створення постійно діючої мережі профорієнтаційних і консультаційних послуг з питань професійної освіти. З 2002 року почав діяти Європейський форум із проблем профорієнтації;
- наближення або розширення доступу до навчання різних категорій споживачів [225].

Завершення десятирічного терміну Лісабонської стратегії (2010 р.) у розвитку освітньої політики Європи став підсумовуючим. У своїх дослідженнях, проведених за дорученням Європейського Парламенту, Центр європейських реформ (Centre for European Reform) оприлюднив результати освітніх ініціатив, окреслених у Лісабоні. Було відмічено, що практично «жодна з цілей, які поставив перед собою ЄС у 2000 році, не була досягнута» і що десятирічний період реформ збільшив і без того великий розрив між кращими і гіршими показниками успішності країн Європейського Союзу [262]. Такий невтішний аналіз підтвердив, що Європа на сьогодні, ще не є оміряною, опертою на знання економікою. Причиною таких труднощів стало послаблення темпів економічного зростання як у європейському, так і у глобальному вимірах і, як наслідок, криза 2008 року. Та не зважаючи на це, європейська освіта повинна стати головною метою розвитку суспільства на період після 2010 року [259]. Саме для досягнення стратегічних цілей у Страсбурзі (листопад, 2012 р.) експерти Європейської комісії запропонували аналітичний проект «Монітор освіти та професійної підготовки, 2012 р.» (Education and Training Monitor 2012). У ньому пропонується продовжувати реформи, щоб підвищити результативність та ефективність освіти і особливо акцентується увага на формування у молодого європейського покоління компетентностей, необхідних для життя у швидкозмінному суспільстві знань [221].

Аналіз трансформацій, які відбувались у європейських країнах під час створення і формування єдиної освітньої політики Європейського Союзу, дає підстави зробити висновок:

1) відбувається інтеграція національних освітніх програм країн Європи для формування єдиного європейського громадянства, відчуття спільної європейської ідентичності та спільної мети;

2) проводиться уніфікація освітніх програм і планів. Саме на Берлінській конференції міністрів освіти в 2003 році заявлено про необхідність «розвитку інтегрованих навчальних планів, які вестимуть до появи загальноєвропейських освітніх ступенів» [213, с. 20], а відповідальним органом постає Головне управління Єврокомісії у справах освіти, культури та молоді, створене в 1999 році;

3) змінюється концентрація функцій планування, адміністрування та контролю за освітньою сферою країн-членів Європейського Союзу. І. Баше зазначає: «Починаючи з 1998 року, кількість ініціатив, які ставлять за мету об'єднати національні системи вищої та професійної освіти, почала зростати по всій Європі, внаслідок чого можна стверджувати, що Болонський і Копенгагенський процеси є спробою знизу розвинути європейську освітню інфраструктуру» [210, с. 10];

4) активно запроваджується єдина мова спілкування через транснаціональну систему вивчення іноземних мов і розгалужену систему програм обміну учнів, студентів та викладачів.

Узагальнюючи результати аналізу, можна виділити такі загальні тенденції розвитку європейської освітньої політики: перетворення вищої освіти на загальну, відкриту та доступну, кількісне зростання контингенту студентів та підтримка їх мобільності, подовження тривалості освіти (неперервність в освіті), урізноманітнення мережі вищих навчальних закладів, удосконалення системи управління вищою освітою, забезпечення її якості, співпраця між державами, університетами у розробці механізмів інтеграційної політики в галузі вищої освіти.

Таким чином, європейська концепція навчання виводить цей процес за межі інституціонального простору, розширює можливості здобуття освіти, що передбачає створення різноманітних форм навчання. Формування нової парадигми освіти в

країнах Європи відбувається у взаємодії зовнішніх умов світового розвитку з внутрішніми національними особливостями, а ключовими факторами розвитку є глобалізація та інтеграційність. У свою чергу глобалізація в освітній політиці неможлива без відображення національної, регіональної, геополітичної специфіки, тому демократичність у розвитку державної політики надасть рівність усім членам суспільства в здобутті освіти, професії, вдосконаленні їх впродовж життя.

Висновки до розділу 1

На основі аналізу джерельної бази дослідження в розділі розкрито сутність та логічний зв'язок базових понять: «професійна освіта», «медична освіта», «якість освіти», «тенденції розвитку медичної освіти», «освітня політика». Саме ці поняття дають можливість переосмислити і цілісно розкрити окреслене теоретичне поле нашого дослідження.

З'ясовано, що національна освітня політика європейських держав протягом 1950-1990 рр. трансформувалась з урахуванням світових тенденцій розвитку, що відображені в соціально-економічних, технологічних та соціокультурних змінах суспільства. Зміни в освітній політиці Європейського Союзу зумовили реформування медичної освіти як складової професійної освіти. Основним завданням її реформування стала трансформація кількісних показників освітніх послуг у якісні. А якість освіти залежить не тільки від стилю викладання у вищій школі, професіоналізму викладачів та матеріальної бази, але і від професійної компетенції молоді. Саме якість освіти відображає не лише результат діяльності, а й можливості його досягнення, філософські, соціальні, педагогічні, демографічні, економічні й інші аспекти освітнього та суспільного прогресу і політики держави.

Спираючись на дослідження науковців, які вивчають проблеми розвитку медичної освіти, нами виокрено доробки вчених, в яких висвітлені тенденції розвитку освітньої політики в європейських країнах (О. Альперн, Н. Вільчинська, Т. Десятов, Г. Кліщ, О. Копанська); вплив Болонського процесу на систему медичної освіти (Ю. Вороненко, В. Москаленко, О. Панасенко, А. Підаєв); розвиток освіти

упродовж життя (І. Зязюн, О. Огієнко, Л. Сігаєва); розвиток університетської освіти в Україні та в Європейському Союзі (В. Кремень, В. Огнев'юк, О. Шовкопляс); розвиток медичної освіти в Україні на певних етапах її розвитку (О. Волосовець, Ю. Поляченко, Л. Переймибіда, Г. Пилип), та в країнах Європейського Союзу (Н. Кучумова, В. Майборода, І. Паламаренко). Таким чином, науковці досліджували певні аспекти розвитку медичної освіти в європейських країнах на рівні навчального закладу чи на рівні окремої країни, але не були проаналізовані тенденції розвитку медичної освіти, які є важливим компонентом у формуванні освітньої політики Європейського Союзу.

Теоретичний аналіз становлення і розвитку Європейського Союзу та його освітньої політики показав, що відбувається зближення національних освітніх політик, які вже не трактують медичну освіту як щось особливе чи унікальне, а розцінюють її як безпосередній і дедалі більш вагомий чинник у збереженні здоров'я і розвитку суспільства. Адже медична освіта є важливою частиною професійної освіти та освітньої політики кожної держави і, правомірно, розглядається Європейським Союзом як якісний показник для покращення рівня здоров'я населення Європи.

Матеріали, що увійшли до розділу, опубліковані автором у наукових статтях [106,108, 114, 115].

РОЗДІЛ 2

ТЕНДЕНЦІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ОСВІТНІЙ ПОЛІТИЦІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

У розділі обгрунтовано основні періоди розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу; досліджено формування освітньої політики Європейського Союзу в медичній галузі; проаналізовано основні принципи реформування медичної освіти відповідно до Единбурзької декларації; висвітлено розвиток медичної освіти відповідно до вимог Болонського процесу; охарактеризовано утвердження міжнародних стандартів медичної освіти та пріоритетних тенденцій розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу.

2.1. Обгрунтування основних періодів розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу

Досягнення стабільності, благополуччя та процвітання у розвитку суспільства безпосередньо пов'язане з науково-технічною революцією, прогресом науки, швидким накопиченням нових знань, зміною технологій, сучасною організацією виробництва та світовою глобалізацією. Для вирішення питань перспективного розвитку кожної країни її державна політика повинна бути спрямована на удосконалення національної освіти. Європейська спільнота, як міждержавне об'єднання, важливу роль у розвитку державної політики відводить медичній освіті, тому що тільки здорове суспільство може повноцінно розвиватись, а це не можливе без якісної медичної освіти.

Періодизація реформування медичної освіти європейських країн нерозривна з усією державною політикою Європейського Союзу. Саме з середини ХХ ст. у Європі активно пропагувалось об'єднання держав для забезпечення економічної міцності та прогресивного розвитку, тому почали створюватись різноманітні союзи,

об'єднання у різних сферах економіки, що, відповідно, спонукало до організації співробітництва між національними освітніми системами, обміну досвідом між ними та запровадження нових ідей.

Для дослідження важливим є той факт, що країни ЄС розвивались неоднаково і вступали у європейську співдружність на різних етапах свого розвитку, зі своєю національною політикою, власною культурою, освітою, традиціями, законами, рівнем життя та здоров'я населення. Країни Західної Європи (Німеччина, Франція, Велика Британія, Австрія, Швейцарія та ін.) історично були більш розвинутими в економічній, освітній та культурній галузі, що забезпечило високу якість життя, тому їх вплив є більш значним і прогресивним у життєдіяльності європейської співдружності. У розвитку медичної освіти в Європейському Союзі в кінці ХХ – початку ХХІ століття важливу роль відіграли Велика Британія зі своєю консервативною освітою та Франція, яка розвивала освіту в гуманності та більшій демократії. Країни Східної Європи (Словаччина, Польща, Угорщина, Румунія та ін.) були під комуністичним впливом, тому вони розвивались однаково у всіх галузях суспільного розвитку. Після приєднання до Європейського Союзу ці країни змінювали політичні режими, розвивали економіку та адаптували національну освітню політику до європейських норм. Розвиток освітньої політики Польщі особливо важливий для нашого дослідження, адже ця країна є сусідньою з Україною і подібною у розвитку до кінця ХХ століття з вітчизняною державною політикою. Після приєднання до співдружності європейських держав вона активно проводила реформи і швидко дійшла високого економічного та освітнього рівня розвитку. Стратегія трансформації освітньої політики Польщі є прикладом успішності, прогресивності та ефективності державної політики.

Критеріями вибору європейських країн та періодизації розвитку медичної освіти в ЄС стали: демократичність, як можливість інтеграційного і полікультурного розвитку; історичні передумови розвитку, як елемент прогресивного розвитку суспільства і держави; економічна розвинутість, як рушійна сила у фінансуванні освітніх реформ та розвитку навчальних закладів; якість життя, як показник рівня здоров'я суспільства та стабільності держави; рівень освіти, як показник якості та

конкурентоспроможності майбутніх фахівців; інтеграційність, як засіб мобільності та співпраці між навчальними закладами, ринком праці та науковими досягненнями. Таким чином, на розвиток та формування освітньої політики Європейського Союзу впливало багато чинників, які дали змогу об'єднатись для вирішення спільних питань в освітній галузі та забезпечення прогресивного поступу суспільства.

Важливим стратегічним документом ЄС у другій половині ХХ століття, що визначив реформування освітньої політики, стала Римська угода (1957 р.), яка спрямувала приведення національних законодавств до загальноєвропейських норм для полегшення визнання фахівців у будь-якій європейській державі [280]. У цей період був підписаний перший документ, що започаткував реформування в медичній освіті - Європейську угоду про медсестринську освіту (1968 р.), яка визначала загальні принципи кваліфікаційних вимог та навчальної підготовки медичних сестер у європейських навчальних закладах. У 1971 році було створено Постійний комітет медичних сестер при Європейському економічному співробітництві, який розробив директиви з окремих медичних спеціальностей, що затвердили взаємне визнання дипломів та загальну програму підготовки медичних сестер [155, с. 16]. Однією із таких була Директива 77/452/ЕЕС (1977 р.), яка визначила адміністративні положення щодо діяльності медичної сестри. Даний документ забезпечив взаємне визнання дипломів, сертифікатів медсестер загального профілю в межах Європейського Союзу при здачі загального іспиту по спеціальності [280]. Ідентична попередній, Директива 80/154/ЕЕС (1980 р.) надала рекомендації щодо організації діяльності акушерок та визнання їх дипломів. Це свідчить про те, що загальні галузеві стандарти не давали можливість відобразити сучасні потреби суспільства, що приводило до сповільного розвитку системи охорони здоров'я та медичної освіти, тому необхідність у реформуванні освітньої галузі необхідно проводити в межах окремих кваліфікацій, медичних спеціальностей, навчального закладу.

В кінці минулого століття почали створюватись не тільки консультативні комітети, які вивчали, розробляли та надавали рекомендації щодо запровадження нових ідей в медичній освіті, але й створювались асоціації медичних вузів у Європі,

які спостерігали за розвитком медичних навчальних закладів, аналізували, і, таким чином, створювали рейтинги прогресивних медичних навчальних закладів, що сприяло розвитку медичної галузі.

Отже, економічне об'єднання європейських держав дало поштовх до розробки та впровадження нових рекомендацій, директив по реформуванні важливих галузей економіки, в тому числі медичної освітньої сфери.

Таким чином даний період можна вважати періодом формування освітньої політики на загальноєвропейському рівні.

Важливість у прогресивному розвитку є автономність навчального закладу. Саме під час урочистостей, присвячених 900-річчю Болонського університету, 18 вересня 1988 році 250-ма ректорами вищих навчальних закладів 29 європейських країн прийнято історичний документ – Велика Хартія Університетів (*Magna Charta Universitatum*) – співдружність провідних європейських університетів, де були задекларовані 4 базові принципи діяльності європейських вищих навчальних закладів:

1. Університет – це автономний інститут у серці суспільства, що має особливу організацію внаслідок свого положення й історичного надбання. Щоб відповідати потребам суспільства, забезпечувати дослідження і навчання, університети повинні бути незалежними від будь-якої політичної та економічної влади.

2. Процеси навчання і досліджень в університетах повинні бути нероздільні, щоб навчання не відставало від суспільних потреб, які змінюються, і прогресу наукових знань.

3. Свобода досліджень і навчання є основним принципом існування університету. І уряди, і університети повинні забезпечувати дотримання цього фундаментального принципу. Університети є ідеальним місцем спілкування професорів і студентів, які здатні і прагнуть збагатити свій розум цими знаннями.

4. Університет є довіреною особою європейських гуманістичних традицій; його постійною турботою є примноження знань. Для втілення свого призначення університет мусить стирати всі географічні й політичні бар'єри, сприяти збагаченню і взаємовпливу культур [248].

Також основними положеннями хартії стали: незалежність університетів від будь-якої політичної та економічної влади, невіддільність педагогічної та дослідної діяльності, необхідність у гарантуванні свободи цієї діяльності, незалежно від географічних і політичних кордонів [26]. Дослідницьким центром європейської політики (Centre for European Policy Studies, CEPS) у рамках роботи конференції European Dimensions of Education Policies (Маастрихт, 2010 р.) визначено й проаналізовано роль і місце освіти та університетів в стратегії європейського розвитку до 2020 року. Погоджуємось з думкою Г. Поберезської, якщо колись університет мав піклуватися лише про невелику групу людей (5-10%), які навчалися, то на сьогоднішній день пріоритетними стратегічними завданнями освітнього розвитку Європи до 2020 року визнано зменшення кількісних показників серед населення з початковою освітою (з 15 % до 10 %) і зростання кількості дорослого населення віком 30-34 років з повною вищою освітою з 31 % до 40 % [164, с. 58]. Університет відіграє суттєву роль у процесах, що відбуваються навколо формування спільного європейського простору вищої освіти і науково-дослідницької діяльності.

Знання, яким володіють люди і яке втілене в технологіях, завжди знаходиться в центрі економічного зростання. На думку М. Квієка, коли змінюється університет тоді й формується новий світ, який набуває різних назв і форм, а відповідні соціальні, культурні й економічні процеси стають об'єктом дебатів, що точаться в науках про суспільство; проте останнім часом на нього дедалі частіше дивляться крізь призму глобалізації [77]. П. Кряжев, при дослідженні вищої освіти в країнах Західної Європи, виокремив основні якісні зміни у розвитку університету, якими стали: підвищення рівня внутрішнього самоуправління і самоконтролю в напрямку збільшення автономії; зміни у фінансуванні вищих навчальних закладів, реформування навчальних курсів та моніторинг якості освіти [97].

Отже, виокремлення університету, що цілеспрямовано працює над концепцією свого розвитку, стало особливо необхідною ланкою в освітньому процесі та важливим етапом у періодизації становлення вищої медичної освіти.

Единбурська декларація спонукала до приведення змісту медичної освіти у відповідність із сучасними потребами суспільства (пропаганда здорового способу

життя, профілактика захворювань, демографічні зміни); привертала увагу до розвитку особистості, професійного самовдосконалення, розвитку у продовж життя. Затвердження медичної етики серед медичних спеціалістів і формування деонтологічної культури у студентів медичних спеціальностей дала можливість розвинути принцип гуманності та полікультурності в медичній галузі. Була сформована організаційна структура медичної освіти, акцентувалась увага на розвиток педіатричної служби та нерозривності у розвитку теоретичної і практичної медицини.

У процесі аналізу джерельної бази нами встановлено, що модернізація медичної освіти розпочалась з базової (додипломної) освіти при впровадженні основних принципів Болонської декларації (1998 р.), до яких належать: взаємовідповідність у навчальних програмах, оцінюванні студентів, кваліфікаційних рівнів, контролю за якістю знань та визнання дипломів і кваліфікацій. Спецефічністю впровадження Болонських принципів у медичній освіті стало поєднання набуття певного освітнього рівня (молодший спеціаліст, бакалавр, спеціаліст, магістр) та отримання професійної медичної кваліфікації (медична сестра, фельдшер, лікар) відповідно до напрямку підготовки [78].

Даний період дав можливість визначити основну мету медичної освіти, яка передбачає формування конкурентоздатного, висококваліфікованого медичного фахівця для підтримання здоров'я нації, адже здоров'я населення завжди є визначальним критерієм розвитку суспільства, профілактики захворюваності, розробки сучасних методів діагностики та лікування хворих. Якісна професійна підготовка медичних працівників формує і підтримує доктрину життєздатності суспільства. Це призвело до реформування змісту (навчальних планів, навантаження та ін.) медичної освіти та підвищення якості навчання (стимулювання студента до навчання та акредитація самих навчальних закладів) [97].

Переорієнтація та систематизація медичної освіти на початку XXI століття відбулась після прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти (2003 р.). Вони були спрямовані на впровадження навчальних планів з самовдосконаленням та організацією нерозривного навчання з пацієнтами, автономністю освітньої медичної

галузі та університетських клінік, впровадженням інформаційних технологій та наукової новизни в навчальний процес, оцінюванням якості знань при відповідній акредитації медичних навчальних закладів.

Стратегія розбудови Європейського простору вищої освіти в освітній політиці Європейського Союзу стала глобальною, а тенденція до безперервного професійного розвитку в медичній освіті є її найвищим надбанням. Якісна безперервна освіта включає в себе підвищення рівня індивідуальної професійної освіти, розвиток компетенцій (знань, навичок і вмінь) кожного лікаря, гуманність та розвиток аналітичних здібностей.

У процесі дослідження встановлено, що розвиток медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу проходив певні періоди, кожен з яких має свої особливості. Ми виокремили чотири періоди розвитку медичної освіти, які розкривають процеси еволюції європейського суспільства, зміни політичного, освітнього, суспільного і духовного життя країн Європи та освітньої політики ЄС.

I період – формування освітньої політики в медичній галузі (1950-1987 рр.) – нижня межа визначається початком заснування Європейського економічного співтовариства (ЄЕС). Європейські країни почали об'єднуватись в економічному просторі для формування спільного ринку та зони вільної торгівлі. Створенню інституції наддержавного рівня (Європейський Парламент, Рада Європи, Європейська Комісія та ін.) Верхня межа характеризується етапом підготовки до формування єдиного освітнього простору. Після підписання Римського договору (1957 р.) було організовано Комітет з питань вищої освіти та досліджень, який розпочав роботу у сфері аналізу освітніх систем європейських країн для уніфікації освітніх послуг. Результатом її стало підписання першої резолюції Ради Європи про співробітництво в галузі освіти (1971 р.). Формування освітньої політики в медичній галузі почалось зі створення Консультативного комітету з питань медичної підготовки, який забезпечував розробку стандартів базової і післядипломної медичної підготовки в Європейському Союзі та забезпечував двохсторонній зв'язок між європейськими медичними організаціями, університетами, національними урядами; заснування асоціації медичних вузів у Європі; розроблення спільних

програм Erasmus, Tempus щодо вільного пересування студентів у стимулюванні в освоєнні нових знань.

II період – початок реформування медичної освіти (1988-1997 рр.). Характеризується підписанням у 1988 році документу – «Велика Хартія Університетів», який зобов'язує європейські держави розширити автономність університетів для випереджального розвитку освіти згідно потреб економіки і держави; укладенням у 1997 році Шенгенської угоди про вільне (безвізове) пересування людей у межах Європейського Союзу. Підписання Единбурзької декларації (1988 р.) дало потужний поштов у трансформації саме медичної освіти. Цей період характеризується розвитком освітньої політики у двох напрямках: перший – створення умов для реформування загальної освітньої політики співтовариства через реалізацію змін в освітніх програмах, адаптація кваліфікаційних рівнів та систем оцінювання, поширення міжнародних зв'язків, моніторинг та оцінювання якості національних освітніх систем, обмін досвідом, тощо; другий – стимулювання національних освітніх систем в умовах посилення процесів глобалізації та інтернаціоналізації.

III період – модернізація медичної освіти відповідно до вимог Болонського процесу (1998-2003 рр.). Хронологічні межі охоплюють період від підписання і поступового впровадження Болонської декларації в медичну освіту; проголошення вступу в нове століття під назвою «століття знань»; формування й прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти до створення Європейського простору вищої освіти. Відзначається системним характером реформ як на законодавчому, так і на освітньому рівні (вдосконалення змісту, форм, методів навчання), оптимізацією умов для вільного переміщення майбутніх медичних фахівців та підвищення кваліфікації у різних клініках європейських країн і набуття нових знань у медичних навчальних закладах, прогресивних науково-дослідних лабораторіях та університетських клініках.

IV період – впровадження ідей неперервної медичної освіти (2004-2014 рр.). Характеризується впровадженням та доопрацюванням триплету стандартів медичної освіти згідно трьох фаз безперервної медичної освіти (БМО) – додипломної,

післядипломної та безперервного професійного розвитку (БПР); створенням Європейської мережі гарантії якості у вищій освіті та стандартів якості (2005 р.) – European quality assurance standards and guidelines (ESG), де закладені єдині вимоги щодо забезпечення якості освіти, особливо медичної, в зоні європейського освітнього простору.

Ці періоди дають можливість освіті стати рушійною силою та еталоном новизни для розвитку демократичного, інтегрованого суспільства. В. Кремень слушно відзначає, що «потрібно чітко усвідомити те головне, що об'єднує всі освітні системи світу – необхідність кардинальної перебудови й реформування, яка ґрунтується на позиціях гуманності, толерантності, розуміння, найвищої цінності людини та людського життя» [26, с. 105]. У державній освітній політиці Європи в контексті розвитку вищої медичної освіти дані періоди є найвагоміші та глобальні для удосконалення вищої освіти. Вони містять у собі прийняття нормативних документів як Європейського Союзу, так і стандартів світового значення для створення потужної, прогресивної у вищій медичній освіті.

Основними критеріями запропонованої періодизації стали: соціально-економічні (економічно розвинута держава створює необхідні умови для формування високого рівня життя і здорового людського капіталу — можливість навчатись та розвиватись, соціальна захищеність, забезпеченість роботою, високою заробітною), суспільно-політичні (об'єднання європейських держав у співдружність спонукає до розробки та створення єдиної європейської політики на всіх рівнях), соціокультурні (конкурентоспроможність майбутнього медичного фахівця надає можливість працювати у різних країнах, спілкуватись і допомагати людям різного політичного, релігійного спрямування та національності, що формує полікультурність та вимагає вивчення іноземних мов для розуміння і спілкування з пацієнтами та колегами), соціально-історичні передумови розвитку європейських країн та їх систем освіти. Визначальним критерієм у генезі розвитку та становлення вищої і медичної освіти є формування єдиного освітнього простору, що пояснюється історичною та демографічною спільністю європейських держав та подібністю теоретико-методологічних засад розвитку освіти в єдиному європейському просторі.

2.2. Формування освітньої політики Європейського Союзу з медичної освіти (1950-1987)

Створення Європейського Союзу (1950 р.), як міждержавного об'єднання, дало поштовх до розвитку спільної освітньої політики для європейських держав. Почали об'єднуватись різні галузі виробництва для спільного і прогресивного розвитку. Лікарі також створили Європейський союз медичних фахівців (European Union of Medical Specialists (UEMS)) (1962 р.) як неурядову громадську організацію. Дана організація тісно співпрацює з Європейською Радою, Європейським парламентом, що забезпечує обізнаність у потребах і очікуваннях системи охорони здоров'я та просування інтересів європейських медичних фахівців. У подальшому вона буде брати активну участь у підвищенні якості системи охорони здоров'я громадян Європейського Союзу.

Медична освіта як вагомий підрозділ професійної освіти та освітньої політики Європейського Союзу також реформувалась. Цей процес був підтриманий і давав можливість підвищити конкурентоздатність держав Європи і європейської освіти. Першим спільним документом європейського об'єднання стала угода про мобільність лікарів, укладена в 1965 році п'ятьма європейськими країнами, а в 1968 році був підписаний Регламент №1612/68 «Про свободу пересування кадрів трудових ресурсів по території Співтовариства», який давав можливість для більшої мобільності всім кваліфікованим працівникам [54].

У квітні 1968 року Данією, Францією, Німеччиною, Грецією та Великобританією підписано Європейську угоду про медсестринську освіту, яка встановила функціональні вимоги до медичних сестер загального профілю, умови вступу до сестринських шкіл, тривалість та зміст теоретичного і практичного навчання (не менше 4600 годин або 3-х років навчання) [155].

Консультативний комітет з питань медичної підготовки (1975 р.) зайнявся вивченням та аналізом різних європейських медичних освітніх програм для розробки спільних стандартів базової медичної підготовки [54]. Через чотири роки

була заснована асоціація медичних вузів у Європі – Association of Medical Schools in Europe (AMSE) для обміну досвідом у галузі медичної освіти, наукових досліджень та управління [209].

Кожна європейська країна вступила в Європейський Союз зі своєю власною освітньою політикою, організацією управління та особливостями навчального процесу у навчальних закладах різного рівня.

Великобританія та Франція стали тими країнами, внесок яких став основою для розбудови єдиної європейської системи вищої і медичної освіти, але й вони мали кожна свої особливості освітньої політики, особливо в медичній галузі. Тому перший період розвитку медичної освіти в Європейському Союзі розглядається на основі даних країн для кращого розуміння становлення європейської освітньої політики.

Починаючи з сімдесятих років, система освіти Великобританії вважалася однією з найконсервативніших, особливо медичної освіти, і є однією з найбільш стійких європейських моделей освіти, що спирається на тривалу університетську традицію.

Проблеми реформування освіти Великобританії висвітлювались у роботах таких видатних державних діячів та педагогів, як: Дж. Брунер (J. Bruner), Дж. Каміллері (G. Camilleri), Дж. Колдера (J. Calder), М. Еджертон (M. Egerton), Н. Глазер (N. Glazer), В. Мелінсон (V. Mallinson) та ін.

Характерною ознакою системи освіти у Великобританії було переважання державного сектора навчальних закладів та їх унітарність (до складу входять лише університети певного типу) [219]. Вже в 60-х рр. ХХ століття у Варвіку був заснований дослідний Відкритий Університет – університет дистанційного навчання, який став прикладом до змін та був зорієнтований на забезпечення високих академічних стандартів. Саме ця країна першою усвідомила необхідність модернізації системи освіти, особливо медичної, і, починаючи з кінця 80-х років минулого століття, вона інтенсивно видозмінювалась на всіх рівнях – від дошкільного виховання до вищої школи. Тому основна освітня тенденція

Європейського Союзу – тенденція реформування освіти почала реалізуватись у Великобританії.

1 січня 1973 року Велика Британія стала членом Європейського Економічного Співтовариства. Економічне піднесення в країні тривало з 1985 по 1990 роки. В цей період скоротилось безробіття, знизилась темп інфляції, почав розвиватись приватний сектор економіки. Прийнятий закон «Про освіту» (1986 р.) був спрямований на обмеження функцій держави в галузі освіти, поширення на галузь освіти ринкових механізмів конкуренції, на підвищення вимог до абітурієнтів, рівня і якості підготовки студента та наближав до західноєвропейських стандартів, увівши академічні ступені: бакалавр, магістр, доктор філософії [28].

Таким чином, Великобританія долучилась до об'єднання європейських країн та створення Європейського Союзу.

Дослідник розвитку освіти у Великобританії Б. Вульфсон підкреслює, що після доповіді комісії Робінса (1963 р.) основними пріоритетами в розвитку британської вищої освіти наприкінці ХХ століття стали: спеціалізація навчання, більша автономність у складанні навчальних програм, забезпечення балансу між навчанням і науково-дослідницькою роботою, збереження світоглядної функції університетів і розширення сектору університетської освіти [31].

Одержання медичної освіти в цей період у Великій Британії відбувається у трьох категоріях: перед- та післядипломна освіта в університетах і неперервна освіта протягом життя. Самі університети є науково-навчальним комплексом, що включає у себе коледжі, магістерські та докторські школи, дослідні інститути, наукові центри та обсервації. Тут студенти одержують базову медичну підготовку і проходять практику під керівництвом професійних фахівців [26].

Кількість набору студентів, які можуть навчатись в університеті, регулюється органами влади, які встановлюють квоти місць (державний секретар з освіти – для підготовки вчителів, департамент охорони здоров'я – для майбутніх лікарів тощо). Якщо кількість заяв перевищує квоту, застосовується відбір, форми якого визначаються самими навчальними закладами.

Переддипломна освіта проходить у 19 медичних університетах країни, де навчаються 5-6 років, які умовно можна розділити на 2 роки доклінічного рівня, відповідно 3 роки – клінічного. Доклінічний рівень традиційно включає вивчення анатомії, гістології, фізіології, біохімії, патології, мікробіології, фармакології та інших фундаментальних дисциплін [180]. Від курсу до курсу зменшується кількість лекцій, збільшується важливість практикумів, дискусій, науково-дослідних робіт, лікувальної роботи в стаціонарі і поліклініці. У 1993 році, щоб відійти від традиційної, всеохоплюючої навчальної програми і перейти до сучасної форми навчання, за рекомендаціями Комітету з медичної освіти, було зроблено зменшення навантаження навчальних програм. Дане впровадження передбачало проходження основних та спеціальних навчальних модулів (дисципліни за вибором або за інтересом), які відповідно оцінювались [54].

Клінічні дисципліни традиційно вивчалися протягом наступних 3 років. Клінічний період розпочинався з короткого вступного курсу, під час якого студента навчають описувати історію хвороби та проводити клінічне обстеження. Більшу частину часу в клініці студент самостійно працює біля ліжка хворого, при необхідності консультуючись зі своїми кураторами. Деякі медичні школи, такі як Абердин, Белфаст, Бірмінгем, Кардіфф, Единбург, Глазго, Ньюкасл, Шеффілд та інші, пропонують практику в сім'ях, де майбутній фахівець спілкується з сім'єю, слідкує за розвитком та перебігом захворювань, а також за лікуванням.

Таким чином, у британській медичній освітній політиці цього періоду реалізуються основи медичної деонтології та формується у студентів медичних спеціальностей лікарська етика, що відображає тенденцію гуманності.

Британські медичні університети підтримують дуже тісні зв'язки з клініками та місцевими лікарнями, що дає можливість студентам включатись у професійну діяльність і бачити реальний розвиток медичної допомоги [180]. У Великій Британії існує можливість проходження доклінічного та клінічного курсів у різних медичних школах, університетах, що свідчить про високу мобільність студентів у середині своєї країни.

Особливої уваги заслуговують факультативні (елективні) курси або курси за вибором, які є невід'ємною складовою клінічного курсу навчання. Більшість навчальних медичних закладів мають факультативні курси, під час яких студенти можуть обрати спеціальність, яка їм найбільше до вподоби. Такі курси відрізняються за своєю тривалістю, але багато студентів вирішують проходити такий курс за кордоном. Наприклад, медична школа при Лондонському Королівському коледжі (London Imperial College) дає можливість своїм студентам протягом 12 тижнів на шостому році навчання проходити курс за вибором у будь-якій визначеній лікарні, в будь-якому медичному навчальному закладі, центрі охорони здоров'я, благодійній лікарні, тощо, в будь-якій країні світу, окрім тих, в яких існує мовний бар'єр або ведуться військові дії [266].

Отже, освітня політика Великобританії у цей період спрямована на підтримку мобільності студентів не тільки на рівні університету, а й на міждержавному рівні.

Необхідно зазначити, що у вищих медичних навчальних закладах використовуються різні системи оцінювання: після приєднання до Болонського процесу поряд із буквенною (якісною) застосовується кількісна кредитно-бальна система, яка дозволяє здійснювати рейтингове ранжування студентів та накопичувати бали для безперервної освіти.

З метою покращення якості медичної освіти та професійної орієнтації серед випускників медичних шкіл у Великій Британії була створена Група по Дослідженню Медичних Професій (англ. *Medical Careers Research Group, MCRG*), яка з 1974 року проводить анкетування всіх випускників (загальнонаціональна перевірка успішності) для кращого розуміння проблеми вибору професії. Агентство із забезпечення якості вищої освіти (Quality Assurance Agency – QAA) забезпечує проведення атестації всіх британських вищих навчальних закладів і акредитує всі міжнародні програми, в яких беруть участь навчальні заклади країни, що присуджують дипломи й наукові ступені.

Після закінчення переддипломної підготовки студенти мають річний передресстраційний курс (отримують тимчасову реєстрацію в Генеральній медичній раді), що дозволяє їм практикуватись у лікарнях та установах первинної медико-

санітарної допомоги. До обов'язків Генеральної ради входить надання «Рекомендації вступнику до інтернатури» [258]; щорічна зміна алгоритму віртуального (в електронному режимі) вступу до FP(англ. *Foundation Programme, FP*) – дворічної базової програми інтернатури; вчасне інформування випускників та студентів медичних шкіл про ці зміни; контроль якості підготовки майбутніх лікарів; визначення кількості вакантних місць та зарахування в інтернатуру до однієї з післядипломних шкіл медичної освіти.

Із 1964 року у Великобританії введено обов'язкове річне стажування всіх лікарів, які закінчили вищі медичні школи, як ординатора-інтерна в одній із спеціально виділених лікарень або в будь-якій лікарні у п'яти європейських державах, згідно угоди про мобільність лікарів (1965 р.). За цей період лікарі проходять шестимісячну підготовку з внутрішньої медицини і хірургії. Тільки після закінчення стажування в інтернатурі вони одержують право на повну реєстрацію в Генеральній медичній раді і дістають юридичне право на самостійну діяльність, тобто отримують ліцензію. Прізвища всіх лікарів, які пройшли повну реєстрацію, заносять до Медичного реєстру – офіційного списку лікарів, котрі мають юридичне право займатися медичною практикою [169]. Так завершується університетський етап підготовки майбутнього медичного фахівця.

Післядипломна професійна підготовка лікаря-спеціаліста у Великобританії розрахована мінімум на сім років і завершується складанням кваліфікаційних екзаменів для одержання кваліфікаційних дипломів відповідного рангу.

У Великобританії після завершення першого рівня навчання студенти (приблизно 80%) отримують звання бакалавр медицини (BM - Bachelor of Medicine). Для переходу з першого рівня на другий необхідно виконати досить високі академічні вимоги (диплом бакалавра з відзнакою) і показати глибокі знання з предмета спеціалізації. Наступний рівень – це вища кваліфікація (postgraduate degree) - магістр наук (Msc - Master of Science) та найвище звання - доктор філософії (PhD – Doktor of Philosophy).

Безперервний професійний розвиток лікаря проходить упродовж всієї професійної діяльності у різних формах навчання (стажування, тренінги, курси підвищення кваліфікації та ін.).

Медсестринська освіта Великобританії належить також до університетської освіти і складається з трьох рівнів кваліфікації: бакалаврський рівень, ступінь магістра, доктор медсестринських наук, з цією метою виокремлено наукову спеціальність «Сестринствознавство» [155]. Термін, протягом якого надається повна вища медсестринська освіта, коливається від одного до чотирьох років.

Погоджуємось із висновками А. Саргсян, що освітня політика держави почала реформувалась згідно європейських трансформацій і основними тенденціями щодо організації навчального процесу в системі вищої (медичної) освіти Великобританії стали: надання великої самостійності студентам у виборі навчання (можливість вибору змісту, напряму, форм та методів отримання вищої освіти) з урахуванням їхніх здібностей, нахилів, інтересів, можливостей; набуття вагомості дистанційної освіти як самостійності навчання; професійна спрямованість змісту навчальних програм, орієнтація навчального процесу на підготовку до науково-дослідної роботи [182].

Пропаганда здорового способу життя та інформування людини про збереження здоров'я у європейських країнах набула великого розмаху в кінці 80-х років. Тому дані положення були враховані при розробці програми «Здоров'я для всіх до 2000 року», в ній велике значення відводиться модернізації медичної і освітньої галузі як рушійної сили у підтримці здоров'я. У 1984 році Європейське відділення ВООЗ затвердило першу групу Європейських завдань з охорони здоров'я, що й започаткувало Європейську політику досягнення здоров'я для всіх.

Програма підтримки здоров'я у Великій Британії продовжує реалізуватись, а саме на початку 1998 року у Великобританії була прийнята Хартія за пропаганду здорового способу життя. У ній виділено декілька пріоритетів, одна з них – замученість [212]. Було доведено, що коли зменшується можливість здобути хорошу професійну освіту тоді й зменшується можливість підтримувати на рівні своє здоров'я. Для вирішення цієї проблеми необхідне інвестування в освіту, в першу

чергу медичну освіту для формування висококваліфікованого фахівця, який не тільки зможе надати спеціалізовану медичну допомогу, але й вести профілактичну роботу з людьми для покращення рівня здоров'я. Саме тому уряд Великобританії разом з ВООЗ в 1999 році організував III Лондонську конференцію, де й обговорювались питання поліпшення стану здоров'я населення, покращення якості медичної освіти і модернізації медичних послуг [226].

Отже, можна зробити висновок, що Великобританія, починаючи з 50-х років XX століття, почала приділяти більшу увагу розвитку медичної освіти для підвищення її якості і покращення рівня здоров'я населення, а приєднання до Європейського Союзу стимулювало національні реформи у напрямі інтеграційних процесів в освітній галузі та в державній політиці країни.

У Франції підготовка медичних кадрів проходить на медичних факультетах університетів та коледжів і регулюється державою. У 60-х роках XX століття медична освіта функціонувала незалежно від прогнозів економічного розвитку. Студенти могли починати навчання в інститутах, в яких вони навчались три роки, а потім переходити в університет, де і закінчували навчання [119]. Система освіти розділена на три категорії, як і у Великобританії. Важливим параметром освітньої системи є забезпечення балансу елітарності та масовості завдяки існуванню системи раннього вибору типу освіти.

Таким чином, в освітній політиці Франції цього періоду реалізується європейська тенденція доступності освіти через ранню професійну орієнтацію.

Особливістю французької системи вищої освіти є високий ступінь ієрархії навчальних закладів та бінарність (наявність традиційних університетів і численних спеціалізованих закладів), а також затвердження навчальних планів на державному рівні. Крім приналежності до приватного або державного сектору, навчальні заклади розподілені за типами підготовки. Зовнішня ієрархія поділяє навчальні заклади на: університети та їхні відділення, що дають вищу освіту в сфері гуманітарних наук, медицини, мистецтва, юриспруденції, природничих наук; технологічні інститути й інженерні школи; спеціалізовані навчальні заклади, які дають спеціальну підготовку в галузі управління, іноземних мов, політики, комунікації, фізичного виховання

тощо; Grandes Ecoles (вища професійна школа) - професійні недержавні або державні вищі школи, з суворими правилами прийому, які дають вищу професійну освіту [164, с. 67].

Щодо розвитку освітньої політики Франції виявлено, що всередині ХХ століття система освіти відставала від темпів науково-економічного розвитку і це призвело до суспільної кризи та студентських страйків. Першим документом, який розпочав у Франції реформування освітньої галузі, став закон про орієнтацію вищої освіти Едгара Фора (1968 р.). Він спонукав до перегляду та оновлення навчальних програм з метою зближення навчального процесу та ринку праці для оптимізації отримання знань і працевлаштування випускників; надання університетам більшої фінансово-адміністративної й педагогічної автономії. Кафедри і факультети були розформовані і створені нові навчально-дослідницькі центри. Як зазначає А. Максименко, розширення системи університетських рад – представницьких органів управління, дало можливість зміцнити незалежність університетів, що покращило науково-пошукову діяльність за рахунок створення навчально-дослідницьких об'єднань, активізувало співпрацю з місцевими органами влади задля реалізації освітніх стратегій [119, с. 87].

Державними навчальними закладами у Франції є університети, які вважаються найбільш відкритою та доступною формою отримання освіти, що дає загальнонаукову або загальногуманітарну підготовку і дозволяє пізніше отримати вузько професійну освіту [224].

Процес навчання в медичному університеті розбитий на три цикли. Перший цикл триває два роки – ступінь ліценціата (Licence). Доступ до навчання мають усі бажаючі з дипломами бакалавра або після завершення професійного ліцею (шкільний атестат), прийом відбувається без вступних іспитів. Вивчають фізику, хімію, біологію, анатомію та інші загальні гуманітарні і соціальні дисципліни. Академічний рік триває два семестри, розпочинається у вересні і закінчується у червні. Заняття проводять у традиційний спосіб, але акцент робиться на самостійну роботу студента. Фахові дисципліни закінчуються здачею екзаменів [32]. Шкала оцінок 20-тибальна. Після першого року навчання студенти складають письмові

екзамени, на які вони самостійно записуються, та проходять конкурсний відбір, бо для продовження навчання кожного року Міністерство охорони здоров'я Франції надає тільки певну кількість місць – таким чином держава контролює та регулює потребу у медичних працівниках. Студентам, які не пройшли конкурс (їх приблизно 60-75%), дозволяється повторити перший курс лише один раз. До початку другого року навчання обов'язковим є проходження практики (догляд за хворими), що триває майже чотири тижні. Така ж практика, наявна і в українських медичних вузах. Після другого року навчання студенти отримують диплом про загальну університетську освіту DEUG (Diplome Universitaire Generales).

Другий цикл більш поглиблений і спеціалізований та розрахований на 4 роки. Його зміст стовплять такі дисципліни, як вірусологія, імунологія, генетика, фармакологія, епідеміологія, онкологія, рентгенівські методи дослідження, організація системи охорони здоров'я, а також вивчаються психологія, медична етика та деонтологія, іноземна мова. Перший рік називається ліцензіат (Licence), що відповідає нашому терміну «неповна вища освіта» і дає можливість виконувати певний вид діяльності, друга частина навчання називається метріз (Maitrise) [237]. Учебний процес організований досить складно: наявні обов'язкові предмети і факультативи, система модулів і коефіцієнтів. Після другого та третього року навчання студенти проходять клінічну практику, працюючи на посадах молодшого медичного персоналу. В другій частині навчання вони вивчають кардіологію, ендокринологію, акушерство, урологію та ін. Двадцять дисциплін є обов'язковими і лише дві – за вибором. Цей метод підготовки містить ще й 8 госпітальних стажувань тривалістю 4 місяці зранку, а також 36 годин нічних чергувань [31]. Студенти під час практики працюють у різних відділеннях лікарні під керівництвом викладачів, інтернів, беруть участь у курації хворих, надають невідкладну допомогу, виконують роль асистентів під час операцій. Це дає майбутнім медичним фахівцям оцінювати свої знання, самонавчатись та реалізовувати принципи медичної деонтології. Після кожного семестру проходить складання іспитів у вигляді тестувань, аналізу клінічних ситуацій, огляду хворого, читання рентгенограм та інших методів дослідження. Комп'ютерне тестування відходить на другий план, бо є лише одним із

методів самоконтролю. В Україні, між тим, починають забувати про старі методи підготовки медичних кадрів, де основною метою було розвинути клінічне мислення у майбутнього лікаря, а не «зазубрювання» тестових завдань.

Третя категорія має два напрями: резидентура (субординатура) – ступінь магістра – доктора (Doctorat (PhD)), термін навчання становить два роки, де проходять підготовку лікарі загальної практики, та інтернатура (тривалість навчання – 4-5 років), яка спрямована на підготовку лікарів вузької спеціальності. Інтернатура дає можливість вибрати окрему спеціальність (терапія, хірургія, психіатрія, біологія та ін.). Підготовка в резидентурі контролюється державою, тому відповідно до потреб певного спеціаліста відбувається збільшення чи зменшення набору студентів на відповідну спеціальність [237]. Обов'язковим є проходження практики в стаціонарі після кожного семестру. Для вступу до інтернатури претенденти проходять конкурс, брати участь в якому можна тільки два рази. Конкурс складається з 200 тестових та теоретичних питань, 150 клінічних ситуацій, аналізу історії хвороби із встановленням діагнозу та призначенням лікування [31].

Таким чином, французька освітня політика даного періоду була спрямована на реалізацію контролю за якістю навчання, що відображає європейську тенденцію підвищення якості навчання у медичному навчальному закладі.

У Франції навчання в інтернатурі проходить за такими спеціальностями: охорона здоров'я, терапія, хірургія, психіатрія, реаніматологія, анестезіологія, педіатрія, акушерство і гінекологія, гігієна праці та медична біологія. Лікар-інтерн здійснює обхід хворих у відділенні, веде амбулаторний прийом у поліклініці, має нічні чергування, виконує діагностичні та лікувальні процедури, залучається до операцій в університетських клініках. Для підвищення свого теоретичного рівня лікарі-інтерни вивчають суміжні дисципліни, основи управління медичним закладом, медичну етику, юридичні аспекти. Після закінчення інтернатури лікар складає екзамен і отримує сертифікат. У подальшому можна продовжувати своє навчання для отримання ще більш вузької спеціалізації, така підготовка триває 2-4 роки [237]. Безперервний професійний розвиток спеціалістів підтримувався державою ще з 1971 року - законом про безперервну освіту.

Зміни щодо децентралізації освітньої політики у Франції розпочалися з прийняття Закону про права і свободи комун, департаментів і регіонів (1982 р.), в якому чітко прописані обов'язки держави та окремих регіонів, комун, департаментів. Держава має право визначати напрями освітньої підготовки, розробляти національні програми; регіони зобов'язані організувати викладацьку та інші види діяльності в навчальних закладах і частково їх утримувати [240].

У 1984-1988 рр., підтримуючи резолюцію Ради Європи про співробітництво в галузі освіти (1971 р.), набула свого продовження реформа вищої освіти. Її ключовими положеннями стали: тенденція професіоналізації та підвищення якості вищої професійної освіти, розширення науково-пошукової діяльності, співпраця університетів із регіонами.

Усі реформи, які проводились у Франції упродовж 70-80 рр. ХХ століття, відображали боротьбу між пріоритетами модернізації (медичні коледжі були інтегровані в університети), підвищенням ефективності підготовки молоді, потреб перебудови виробництва, з одного боку, і прагненням розширити доступ усім верствам населення до всіх щаблів освіти, з іншого.

Таблиця 2.1

Кількість медичних працівників на 100 000 населення Франції

Фахівці	1980р.	1990р.	2000р.
Всього лікарів	193.7	306.0	330.3
Лікарі загальної практики	121.5	162.2	161.3
Лікарі вузьких спеціальностей	72.2	143.8	169.0
Студенти вищих медичних навчальних закладів	157.9	82.5	82.3
Студенти медичних коледжів	87.7	66.0	86.2

Аналіз даних з табл. 2.1 засвідчує, що розширення доступності в медичній освіті Франції на всіх рівнях підготовки (від коледжу до післядипломного навчання) привело до збільшення кількості лікарів, що було одним із пріоритетів реформування освітньої галузі. Ще одним фактором трансформації освіти стало те, що в кінці 80-х збільшились бюджетні асигнування на вищу освіту та

університетські наукові дослідження, розширилась автономія вузів, згідно підписання документу – «Велика Хартія Університетів» (1988 р.), який надавав незалежність у розвитку університетам.

Погоджуємось із думкою Л. Переймибіді, що важливим елементом для розвитку медичної освіти є і деонтологічна культура або медична етика. У Франції, згідно Міжнародного кодексу медичної етики, в 1949 році було визначено необхідність розробки кодексу деонтології. Згідно даного документу наприкінці 80-років ХХ століття Радою Європи було прийняте рішення про створення загальноєвропейського документу «Конвенція про захист прав людини» у зв'язку з використанням біології та медицини і небезпеки негативних наслідків їх практичного застосування [160]. А в 1995 році відбувся Перший міжнародний конгрес з медичної етики. На ньому було обговорено ряд питань щодо стосунків між лікарем і пацієнтом, лікарем і сім'єю пацієнта, ставлення медицини до наукових експериментів, у тому числі і до експериментів над людьми [159].

Отже, розробка та впровадження деонтологічної культури лікаря в навчальний процес медичних спеціальностей стала ще однією тенденцією в освітній політиці розвитку медичної освіти у Франції.

У 1984 році в країні було створено Національний комітет з якості освіти. Його метою стало не тільки здійснення державного контролю, а й організація процесу вдосконалення самої системи освіти.

Практично в кожній країні Європи склалася власна система оцінювання якості вищої освіти, однак, на думку експертів, найкращі системи оцінювання якості було створено саме у Великобританії та Франції, які й стали першими європейськими країнами, що почали проводити формальну оцінку якості. В освітній галузі Європейського Союзу буде створено Європейський фонд керування якістю (European Foundation for Quality Management – EFQM), що буде об'єднувати понад 600 організацій (міжнародні організації, дослідницькі інститути відомих європейських університетів), які працюватимуть над підвищенням якості європейської освіти [185, с. 78].

Зазначимо, що освітня політика Франції в 60-70 рр. XX століття, в період становлення Європейського Союзу, була направлена на збільшення кількості студентів, то в 70-80-х рр. відбулись суттєві зміни в національних системах вищої освіти і медичної освіти, тому основними тенденціями стали: співробітництво й інтеграція в освітню політику Європейського Союзу, забезпечення конкурентоспроможності держави (підвищення якості навчання та здоров'я населення), підтримка мобільності студентів і викладачів для обміну інформацією і прогресивного розвитку. Важливу роль у реформуванні вищої освіти відводиться й університетам. А вже до кінця XX ст. всі вищі навчальні заклади в Європі були суто державними структурами: державні органи засновували вищі навчальні заклади, забезпечували його кадрами і фінансово-матеріальними ресурсами, визначали, кого саме і за якими взірцями і нормами має готувати даний навчальний заклад освіти, і держава була єдиним роботодавцем [31]. Тому спільним для всіх країн стало істотне скорочення державного впливу і перехід вищих навчальних закладів до принципів самоуправління й автономності.

Отже, кожна європейська країна, під час створення та формування спільної освітньої політики в період 1950-1987 рр. прийшла зі своєю національною освітньою політикою, тому постало питання щодо об'єднання та уніфікації розвитку всієї освіти, зокрема і медичної освіти, в Європейському Союзі. Таким чином освітня політика в медичній галузі вступила в період реформування для узгодження та вироблення спільних орієнтирів розвитку медичної освіти. Визначились спільні пріоритети розвитку, відображені у таких тенденціях, як: співробітництво між національними системами медичної освіти, забезпечення конкурентоспроможності держави на ринку праці (доступність для всіх верств населення, підвищення якості медичної освіти), розробка програм сприяння академічній мобільності студентів та професійної мобільності лікарів, оновлення освітніх систем та навчальних планів через впровадження освітньої інформаційної мережі в медичну освіту.

2.3. Основні принципи реформування медичної освіти відповідно до Единбурзької декларації (1988-1997)

Сучасні дослідники акцентують увагу на тому, що нині одним із найбільш потужних джерел розвитку освіти України є використання прогресивного зарубіжного педагогічного досвіду, адже це дасть змогу створити свою неповторну сучасну систему освіти. Адже саме інтеграційні процеси, що відбуваються в Європі та в світі, спонукають до перегляду національних доктрин розвитку освіти і науки як сфер нових знань та прогресу.

Вже у середині ХХ століття медична освіта відчула серйозний розрив між потребами суспільства і рівнем професійної орієнтації та освіти, що не давало лікарям можливості адекватно реагувати на виникнення нових форм зараження, протікання, поширення, діагностики та лікування захворювань, а також створення й проведення профілактичних заходів, які потребували новітніх знань і технологій [64]. Тому світова спільнота почала об'єднувати свої зусилля щодо охорони здоров'я ще в 1948 році, коли була створена міжурядова організація у системі ООН – Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), яка займалась розробкою профілактичних та лікувальних заходів, контролювала розвиток систем охорони здоров'я різних країн, підтримувала новітні розробки в галузі медицини та збереженні здоров'я суспільства. Основною метою даної федерації є підвищення якості підготовки лікарів на всіх рівнях [214]. Девіз «Здоров'я для всіх до 2000 року», прийнятий на 30-й Асамблеї ВООЗ (1977 р.), вимагав досягнення всіма жителями Землі такого рівня здоров'я, яке дозволить вести соціально й економічно продуктивне життя. Це означає, що ресурси забезпечення здоров'я будуть розподілені рівномірно і необхідний рівень здоров'я буде доступним кожному. Розпочалась розробка документів, у яких відображались вимоги до сучасного лікаря з урахуванням темпів зростання наукової бази, існування різноманітних моделей організації охорони здоров'я в багатьох країнах світу, наявності інтеграційних процесів у світі. Метою їх стало привернення уваги до нових потреб системи охорони здоров'я, які диктують необхідність змін у системі медичної освіти.

Отже, основною тенденцією в медичній галузі в середині ХХ століття стало реорганізація системи охорони здоров'я, яка спонукала до підвищення контролю якості в медичній галузі, впровадження новітніх технологій діагностики і лікування пацієнтів.

Подальші зміни продовжились у сфері медсестринської освіти, бо вважалося, що саме забезпечення постійного спостереження за пацієнтами протягом усього життя, висококваліфікованого загального, диференційованого чи інтенсивного догляду за хворими в умовах стаціонарної допомоги населенню, розвиток нових форм амбулаторної допомоги, забезпечення динамічного патронажного спостереження за пацієнтами вдома, проведення реабілітаційного та відновного лікування – найважливіші функції медичних сестер, а їх якісне виконання можливе лише за умови достатньої та адекватної підготовки сестринського персоналу всіх рівнів [65, с. 86]. Тому в 1968 році Данія, Франція, Німеччина, Греція та Велика Британія підписали Європейську угоду про медсестринську освіту, яка встановила функціональні вимоги до медичних сестер загального профілю, умови вступу до сестринських шкіл, тривалість та зміст теоретичного і практичного навчання (не менше 4600 годин або 3 роки навчання) [37, с. 197], що стало наступною тенденцією розвитку медичної галузі.

Алма-Атинська декларація (1978 р.) започаткувала створення єдиних стратегічних рішень у системі охорони здоров'я, базою якої була система первинної медико-санітарної допомоги [271]. Це дало можливість об'єднати три основні компоненти сектора охорони здоров'я – практичну медицину, медичний потенціал, освітню сферу. Всесвітня організація охорони здоров'я вела облік співвідношення різних категорій медичних працівників і брала активну участь у створенні і просуванні освітніх програм, які можуть забезпечити ефективні медичні послуги певного рівня якості [244]. Даний документ став першим кроком на шляху до формування нової політики охорони здоров'я на глобальному, регіональному та національному рівнях держав-членів ВООЗ. Таким чином, було підкреслено, що охорона здоров'я є основою стратегії досягнення здоров'я для всіх і залежить вона від рівня медичної освіти та інформованості людини з питань охорони здоров'я.

Світова спільнота почала звертати особливу увагу не тільки на сферу послуг, але й на освітню базу, розуміючи, що не можна створювати системи без певного рівня підготовки спеціалістів, бо основою всього нового є знання та інформація. Так, у Лісабоні в 1981 році учасники конференції закликали до фундаментальних змін, які повинні дозволити додипломній та післядипломній медичній освіті стати більш чутливими до потреб суспільства [101]. У Лісабонській декларації пропонується більше приділяти уваги професійній медичній підготовці, адже, крім всебічного інтелектуального, духовного та фізичного розвитку особистості, необхідне і професійне мислення, яке може розвиватись тільки за умов доступного безперервного навчання із запровадженням багаторівневої підготовки та створення умов для самоосвіти всіх категорій медичних працівників. Акцент ставився також і на професійну орієнтацію, яка дасть змогу краще розкрити потенціал кожної молоді людини у сфері професійного розвитку [101].

Алма-Атинська та Лісабонська конвенції стали потужним поштовхом у розвитку медичної освіти, позаяк дали можливість об'єднати організацію охорони здоров'я (практичну медицину) та медичну освіту (теоретична підготовка фахівця) для загальної трансформації [282]. Саме тому у світових наукових виданнях поширилась думка про те, що національні освітні системи і організації охорони здоров'я повинні вдосконалюватись, а основними тенденціями у їх розвитку повинні бути такі прерогативи, як: підхід до навчання, що триває впродовж усього життя; втрата традиційними навчальними закладами переваги здійснювати освітньо-професійну підготовку та залучення інших структур й інститутів; прагнення до адаптивності, тобто навчання на випередження суспільних запитів та потреб.

Як бачимо, проблема медичної освіти в умовах глобалізаційних процесів набула міжнародного характеру, що знайшло своє відображення у документах міжнародних організацій (ООН, ЮНЕСКО, ЄС), які мають непересічне значення для науково-дослідної і практичної освітньої діяльності [273]. Вони зумовлюють необхідність наукових досліджень, що допомагають у творчих пошуках шляхів реалізації завдань з урахуванням ідей освіти, особливостей її розвитку, сучасних і перспективних потреб різних секторів економіки, результатів досліджень,

спрямованих на виявлення нових знань, які будуть відповідати потребам зростання мобільності ресурсів у XXI столітті.

Варто наголосити, що в розвитку медичної освіти в Європі роль своєрідного каталізатора відіграла Единбурзька декларація, запропонована Всесвітньою федерацією медичної освіти під час проведення Всесвітньої конференції з медичної освіти в Единбурзі (Шотландія) у 1988 році [274]. В ній уперше було зазначено, що студенти та лікарі не володіють інформацією про реальні потреби й інтереси населення, а традиційна модель медичної освіти належним чином не враховує культурно-цивілізаційні та соціально-екологічні аспекти й актуальні потреби людства. Фундаментальним недоліком клініко-центричних моделей медичної загальної та післядипломної освіти є фактична відмова від ознайомлення студентів із реальними потребами та інтересами населення, насамперед його неплатоспроможної частини, яка складає переважну більшість населення країн світу. ВООЗ визнало, що побудова більшості сучасних навчальних планів не базується на існуючих проблемах системи охорони здоров'я та пацієнтів [214].

Зупинимось детальніше на аналізі змісту цього надзвичайного, свого роду програмного для сучасної медичної освіти документа. Единбурзька декларація складається з дванадцяти пунктів, вісім з яких відображають освітні процеси [275]:

- забезпечення дотримання суті навчального плану, який відображав пріоритети нації у галузі охорони здоров'я. – Приведення змісту освіти у відповідність із сучасними потребами суспільства;

- відбір абітурієнтів як за інтелектуальними, так і за іншими професійними якостями. – Підвищення ролі медичної профорієнтації серед молоді та формування особистісних освітніх потреб;

- евалентне середовище для навчання. – Створення університетських клінік для кращого формування якісних практичних навичок у студентів та встановлення діалогу між майбутнім медиком і пацієнтом;

- активне навчання протягом усього життя. – Концепція навчання впродовж усього життя повинна стати закономірністю суспільного розвитку та стратегічним напрямком державної політики;

- досягнення професійної компетентності – мета професійного навчання. – Розвиток особистості та самовдосконалення з метою оновлення професійного досвіду;

- інтеграція науки і клінічної практики. – Скорочення розриву між сучасним рівнем розвитку науки і застарілою моделлю викладання. Впровадження наукових відкриттів в клінічну практику як взаємодоповнення у вирішенні проблем сучасного суспільства;

- виховання з викладачів педагогів, не тільки в якості експертів по своїй суті. – Підвищення рівня підготовки викладачів-лікарів для покращення якості надання освітніх послуг;

- доповнення інструкції щодо ставлення до пацієнтів, підвищення уваги до зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. – Розробка та запровадження етичного кодексу лікаря;

- координація діяльності, зв'язок медичної освіти з послугами практичної охорони здоров'я. Нерозривна співпраця теоретичної медицини (медичної освіти) з практичною (практикуючі лікарі);

- збалансована підготовка лікарів різного типу залежно від національних потреб. – Створення державних агенцій по вивченню ринку та врегулюванню випуску кваліфікованих кадрів різних спеціальностей;

- кооперація між працівниками системи охорони здоров'я – мультипрофесійна освіта серед фахівців медичної сфери;

- постійна професійна післядипломна медична освіта протягом усього життя – основний напрямок отримання медичної освіти. Мета професійного навчання – досягнення професійної компетентності [275].

Також в Единбурзькій декларації була сформована організаційна структура медичної освіти як один із основних елементів формування нової політики охорони здоров'я, що складається з чотирьох рівнів: глобальний (6 регіональних асоціацій Всесвітньої федерації медичної освіти, 6 регіональних офісів Всесвітньої організації охорони здоров'я, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, ООН і Світовий банк); регіональний (Європейський Союз, США та ін.); національний (державний); рівень навчального

закладу (інституційний) [274].

Особлива увага була повернута і до психологічного аспекту відносин між пацієнтом та лікарем. У зв'язку з цим Единбурзька декларація встановила, що кожен пацієнт повинен мати можливість очікувати в особі лікаря людину в якості уважного слухача, ретельного спостерігача, ефективного клініциста, людину, що володіє високою компетентністю у сфері спілкування. Лікарська етика повинна стати гнучкою й відкритою до змін, але основні принципи залишатимуться на місці, особливо такі, як співчуття, компетентність і незалежність.

Над формуванням лікарської етики працювало і нагромаджувало знання багато науковців, вони й визначили основні якості лікаря [268, с. 2885]:

- Здатність правильно оцінювати внутрішній стан пацієнта, співчувати, співпереживати йому.
- Здатність бути прикладом для тих, кого лікують, у думках, почуттях і вчинках.
- Здатність пристосовуватися до індивідуальних особливостей пацієнта (релігійні та політичні переконання, расова відмінність).
- Здатність вселяти в пацієнта впевненість, заспокоювати його.
- Здатність знаходити потрібний стиль спілкування з кожним, домагатися його розташування і взаєморозуміння.
- Здатність викликати до себе повагу з боку пацієнта, користуватися (неформально) його визнанням, мати авторитет серед тих, кого лікуєш.

Головною особливістю роботи лікаря є його вміння визначати проблеми і потреби на різних рівнях – індивідуальному, міжособистісному та суспільному, а медична етика стає зв'язком між професіоналізмом, кваліфікацією лікарів, медичних сестер та їх психологічними якостями. Тому, на думку Д. Голді, виділяють комплекс особистісних якостей, якими має володіти лікар [231, с. 611]:

- морально-етичні якості: чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, вміння тримати слово;
- комунікативні якості: особиста привабливість, ввічливість, повага до

оточуючих, готовність допомогти, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, комунікабельність, доступність контактів, довіра до оточуючих;

– вольові якості: впевненість у собі, витримка, схильність до ризику, сміливість, незалежність, стриманість, врівноваженість, рішучість, ініціативність, самостійність, самоорганізація, настирність, цілеспрямованість;

– організаційні якості: вимогливість до себе та оточуючих, схильність брати на себе відповідальність, вміння приймати рішення, вміння правильно оцінити себе та пацієнта, вміння планувати свою роботу [231, с. 612].

Було акцентовано увагу і на створення автономних педіатричних підрозділів (факультетів) при всіх вищих медичних школах для кращої підготовки висококваліфікованих лікарів-педіатрів та вдосконалення педіатричної служби в світі.

Таким чином, декларація визначила основні прерогативи реформування медичної освіти і стала потужним джерелом до розвитку та вирішення проблем в освітній політиці світової спільноти, в тому числі і європейських країн, які почали об'єднуватись для прогресивного, уніфікованого ринку праці, спільного економічного та інформаційного простору, що автоматично підштовхує до створення єдиного європейського освітнього простору.

Декларація закінчується пишномовним твердженням: «Цією декларацією ми урочисто зобов'язуємось і закликаємо інших приєднатися до нашої тривалої та організованої програми по заміні ролі медичної освіти на таку, щоб вона відповідала встановленим потребам суспільства, де вона існує. Ми також обіцяємо створити необхідну організаційну структуру, яка б відповідала цим офіційним словам і почала перетворювати слова у стійкі та ефективні дії. Етап розпочатий; час діяти, все залежить від нас» [275].

Уже наступного року на Женевській Всесвітній асамблеї було висловлено припущення, що Единбурзька декларація зробить такий же вплив на медичну освіту, як Алма-Атинська декларація мала на систему охорони здоров'я. Всесвітня федерація медичної освіти та Всесвітня організація охорони здоров'я так обґрунтували свою позицію: «..нині в медичній додипломній і післядипломній освіті

головний акцент повинен робитися на підготовку лікарів, які володіють різнобічними навичками і мають широкий світогляд, здатні інтегрувати свою роботу з діяльністю як інших працівників сектора охорони здоров'я, так і з іншими професійними сферами» [64, с. 23].

Отже, основними тенденціями Единбурзької декларації стали визначення організаційних рівнів реформування медичної освіти, підвищення ролі медичної професійної орієнтації, професійного відбору, медичної етики і розвитку особистості лікаря.

Аналіз документів та відповідної наукової літератури свідчить про те, що проблеми в галузі медичної освіти були типовими для більшості країн світу. Тому заклики до реформування медичної освіти були підтримані як в освітніх, так і в медичних колах.

Так, у листопаді 1991 року на Генеральній конференції ЮНЕСКО було запропоновано створити Міжнародний комітет з розвитку освіти та науки в ХХІ столітті. Результатом роботи Комітету стала доповідь «Освіта це скарб», в якій голова Комітету Ж. Делор наголосив, що освіта повинна іти попереду розвитку суспільства, саме їй відводиться центральна роль у розвитку особистості та суспільства і вона покликана першою вирішувати проблеми глобалізації світу [44]. У доповіді визначено напрями та подано рекомендації для трансформації системи освіти. Була привернута увага до різних етапів навчання з пріоритетним використанням інформаційних компонентів та особливо акцентовано на вдосконаленні і пропаганді навчання впродовж усього життя. Важливо зауважити, що ще у 1973 році Р. Дейв обгрунтував необхідність нового погляду на освіту як на процес, який триває все життя і повинен характеризуватись гнучкістю, інтегрованістю та цілісністю, що поліпшить і вдосконалить якість життя суспільства. Адже освіта починається в родині і не закінчується з отриманням диплому, а є процесом, що триває впродовж життя [213, с.14]. Також на одній із конференцій з проблем вищої освіти у 1995 році експерти ЮНЕСКО оприлюднили програмно-стратегічний документ «Реформування і розвиток вищої освіти» [178], де

було визначено, що справжня вища освіта є поєднанням викладання і наукових досліджень.

Ідея випереджальної освіти полягає в тому, щоб своєчасно підготувати людей до майбутнього. Перспективна система освіти повинна створюватись на основі поєднання новітніх загальнонаукових і гуманітарних знань і одним із пріоритетних завдань її повинно бути формування в людей таких якостей, що дозволяють їм успішно пристосуватися, жити і працювати в умовах століття, що настає. В сучасних системах вищої освіти підготовка фахівців здійснюється головним чином на основі вимог сьогодення – підтримуюча освіта, що не забезпечує повноцінності розвитку. У зв'язку з цим було оголошено ключові компетенції (Париж, 2008 р.) – навчитися критично мислити і вирішувати повсякденні проблеми; навчитися постійно вчитися і працювати з інформацією; навчитися бути етично відповідальним; навчитися жити разом (уміння поважати інших і працювати з іншими людьми) [260].

На Генеральній конференції ЮНЕСКО Ж. Делор також закликав до змін в освітній політиці, принципів фінансування освіти та створення сприятливих умов для всебічного міжнародного співробітництва, бо проблеми в освіті є в кожній країні світу і тому їх вирішення є спільною проблемою [44]. Викладене вище свідчить про те, що вся міжнародна спільнота активно і цілеспрямовано працює над удосконаленням системи освіти як головного чинника суспільного поступу, розвитку людства.

Дослідженням встановлено, що великий вплив на розвиток медичної освіти в Європейському Союзі відіграв Всесвітній саміт з медичної освіти (1993 р.). У саміті взяли участь представники 80 країн. Вони розглядали питання, пов'язані з пошуком доступних ресурсів та розробкою стратегій і методик впровадження в життя рекомендацій Единбурзької декларації. Було запропоновано 23 рекомендації щодо реформи медичної освіти, які були доповнені схемами дій та очікуваними результатами [54].

Європейський Консультативний комітет з питань медичної підготовки, орієнтуючись на загальносвітові тенденції регулювання розвитку медичної освіти,

підготував рекомендації щодо підвищення якості та ефективності вищої медичної освіти, які знайшли втілення в положеннях Директиви 93/16/ЕЕС, прийнятої Радою ЄС у 1993 році (так звана «Докторська директива») [217]:

- Первинною метою програми додипломного навчання є забезпечення формування відповідних знань, навичок, відносин та етичних цінностей.

- Період базової медичної освіти для фахівців у сфері охорони здоров'я може тривати шість років або не менше, ніж 5500 годин теоретичної і практичної підготовки. Термін «базова медична освіта» визначає період часу до здачі певної кількості кредитів.

- Під час додипломної підготовки студент повинен навчитися пристосовуватися до змін у медичній практиці в період післядипломного і безперервного медичного навчання (розвиток клінічного мислення, адекватної реакції на різноманітні клінічні випадки).

- Навчальний план може складатися з двох ключових частин – базових і клінічних наук (клінічні дисципліни по терапії, хірургії, педіатрії), які можуть бути інтегровані між собою.

До базових медичних наук, які вивчаються в перші роки у вищому медичному навчальному закладі, належать фізика, біофізика; хімія і біохімія, клітинна та молекулярна біологія; анатомія, ембріологія; цитологія, гістологія і патологічна анатомія; бактеріологія, вірусологія та паразитологія; генетика та біотехнології; фізіологія; фармакологія; епідеміологія, а також психологія, іноземна мова і наука про поведінку людини – медична етика та деонтологія.

- Базові науки повинні бути медикоорієнтованими, більш практичними і пристосованими до потреб клінічної підготовки (для реального усвідомлення студентом їхньої необхідності в майбутній лікувальній справі).

- Медичні навчальні плани і програми не повинні бути переобтяженими додатковими темами та предметами (акцент ставиться на засвоєння матеріалу, а не на об'єм подачі інформації).

- Повинен бути здійснений перехід від пасивного викладання до активного навчання між викладачем-медиком та студентом (обговорення клінічних ситуацій

щодо встановлення діагнозу, діагностики, етапів та видів лікування і реабілітації пацієнта).

- Базова і варіативна частини навчального плану повинні регулярно переглядатися, змінюватися і доповнюватися.

- Частина клінічного навчання біля ліжка хворого повинна бути збільшена за рахунок збільшення спілкування між викладачами і студентами, а також між студентами і пацієнтами (вивчення клінічних дисциплін тільки на базі університетських клінік).

- Слід приділяти увагу методам навчання та оцінювання, які повинні відповідати процесу навчання (відпрацювання практичних навичок на тренажерах, робота з пацієнтами).

- Слід стимулювати участь студентів в оцінюванні навчального плану і програм (опитування, анкетування, дискусії та ін.).

- Рекомендованим є клінічне викладання у позагоспітальних і позапалатних умовах, у клініках – активна робота-навчання (огляд, опитування, спостереження, виконання практичних навичок) серед пацієнтів.

- Медична освіта повинна фокусуватися на студентах, а не на дисциплінах (аналіз засвоєння матеріалу студентом, а не тільки виконання навчального плану).

- Слід надавати увагу навчанню методами пошуку, формулювання і вирішення конкретних фундаментальних та, особливо, клінічних проблем, які ґрунтуються на мультидисциплінарному підході.

- Важливим є теоретичне і практичне відпрацювання клінічної методології (постійна співпраця з університетськими клініками).

- Необхідним є створення Європейського медичного випускного іспиту і системи управління якістю освіти, які будуть стимулювати до інноваційного розвитку медичної освіти [217].

Вище викладені принципи стали провісниками Болонського процесу і висвітлюють загальні вимоги до базової медичної освіти в країнах ЄС . Їх прийняття вимагає оновлення навчальних планів та програм підготовки лікарів, впровадження

інноваційних методів викладання та оцінювання з метою отримання студентами знань, умінь і компетенцій лікаря за стандартами базової медичної освіти [216].

Цей документ покладає на державу відповідальність за якість додипломної медичної освіти і вимагає від неї мати в наявності структури, які були б здатні забезпечити зовнішній моніторинг та оцінювання медичних навчальних закладів. Мета директиви – вільне пересування лікаря завдяки взаємному визнанню початкової і спеціалізованої медичної кваліфікації та прийняття дипломів ЄС для всіх громадян Європи на рівноправній основі.

Зокрема, статті директиви 23, 24 чітко встановлюють вимоги до фахівців та базової медичної освіти. А саме, стаття 23, дає характеристику компетенціям, які набуває кожен студент по завершенню навчального року:

а) адекватні знання наукових дисциплін, що є основою медицини, а також засвоєння наукових методів і принципів визначення біологічних функцій організму;

б) глибоке розуміння функцій і характеру поведінки здорових та хворих людей, а також взаємозв'язок між станом здоров'я людини та навколишнім фізичним і соціальним середовищем;

в) адекватне знання клінічних дисциплін і клінічної практики, що дає можливість отримати чітке бачення про психічні і соматичні захворювання, а також профілактики, діагностики і лікування населення [216].

Крім компетенцій, які набуває студент медичних спеціальностей у даній статті також визначено термін повного курсу навчання майбутніх лікарів - не менше 6-ти років або 5500 годин теоретичних та практичних занять, які проходять в університеті під керівництвом викладачів.

Стаття 24 чітко виписує дії європейських країн та умови і вимоги щодо зарахування дипломів у будь-якій з країн Європейського Союзу. А саме, «країни-члени створюють необхідні умови, при яких підготовка кадрів з видачею диплома, сертифіката чи іншого документа, що підтверджує набуття кваліфікації лікаря, відповідає слідуєчим вимогам: успішне завершення 6-річного періоду навчання і були набуті відповідні знання; теоретичне і практичне вивчення матеріалу; проведення навчання під контролем компетентних органів; проведення навчання на

базі університетського медичного центру чи клініки або медичної установи, затвердженої компетентними органами навчального закладу [216].

Директивою Європейського Союзу зафіксовано мінімальний період професійної підготовки на такі спеціальності, як: анестезіологія, офтальмологія, оториноларингологія – 3 роки; акушерство і гінекологія, педіатрія, неврологія, психіатрія, рентгенодіагностика, променева терапія – 4 роки; загальна хірургія, нейрохірургія, урологія, ортопедія, пластична хірургія, терапія (внутрішні хвороби), медицина катастроф – 5 років.

Цим же документом проведено автоматичне визнання 52 медичних спеціальностей за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих медичних навчальних закладах європейських країн (Додаток Е) [217].

Удосконалення базової підготовки майбутнього лікаря загальної практики у вищих навчальних закладах сприятиме поліпшенню медичної допомоги. Щоб забезпечити поступову реалізацію положень цієї реформи, навчальні заклади держав-учасниць повинні запровадити мінімальні вимоги та відповідну якість знань до базової підготовки майбутнього лікаря. Приймаюча держава не має права вимагати від лікарів додаткового навчання, щоб практикувати в рамках своєї спеціальності, якщо навчання було якісним [216]. Також береться до уваги професійний досвід та додаткова підготовка (безперервна медична освіта) лікаря. Держава-учасниця повинна винести рішення протягом чотирьох місяців з дати подання заяви та підтверджуючої документації заявника. В директиві подаються правила визнання дипломів для кожної країни-учасниці окремо.

У ній також визначено, за яких умов країни-учасниці можуть прийняти чи зарахувати диплом лікаря. Тому, щоб полегшити застосування цієї директиви, компетентні органи кожної держави повинні надати довідку до диплома. У той же час директива не торкається положень, закріплених у законі регулювання адміністративних положень держав-учасниць, які забороняють компаніям або фірмам займатися медичною практикою [217]. Її дія спрямована на ті навчальні заклади, які запровадили або запроваджують загальноєвропейські принципи навчання в медичній освіті.

Аналіз джерельної бази дає підстави відзначити, що дані рекомендації допомогли медичним навчальним закладам Європи розробити свої підходи щодо професійної підготовки лікарів з урахуванням національних, регіональних та інституційних особливостей.

Пріоритетними тенденціями даної директиви стали: сприяння вільному руху лікарів, взаємне визнання дипломів, сертифікатів та офіційних кваліфікацій, встановлення мінімальних вимог до базової підготовки фахівців.

Варто зазначити, що перший крок до змін був зроблений у Великобританії. Комітет з освіти (General Medical Council) головного медичного управління країни, з посиланням на «Докторську директиву» (1993 р.), запропонував у документі «Лікар майбутнього» («Tomorrow's doctor») [214] новітні вимоги до лікарів, які стосуються підготовки майбутніх медиків на додипломному етапі в медичних школах і служать базовою концепцією розвитку медичної освіти в Об'єднаному Королівстві та інших європейських країнах. Загальною метою даного документу є «... сприяння розробці такого навчального плану, який зможе виправити наявні недоліки у вигляді перевантаження і дидактизму. Він повинен забезпечувати випускника, який починає професійну кар'єру, умінням і бажанням набути та застосувати нові знання і здатністю пристосуватися до різних, іноді непередбачуваних змін обставин» [228, с.14]. Акцент ставиться на заохочуванні до навчання через допитливість, критичне оцінювання доказів та умінні саморозвиватись студенту під час навчання. Навчальне навантаження рекомендується розділити на «Базовий план», який займає 70% навчального часу і включає базові знання та навички. Вивчення теоретичних та клінічних дисциплін повинно відбуватись за системами організму для створення спільного бачення проблеми та мети лікування [165]. Доповнення навчання відбуватиметься за «спеціальними навчальними модулями» (30% часу) для поглибленого вивчення тих дисциплін, які будуть цікавими студенту. За допомогою даного документа привертається увага до нових потреб системи охорони здоров'я, які диктують необхідність змін у галузі медичної освіти, тому його періодично поновлюють згідно постійно зростаючих вимог суспільства. Таким чином, Європа почала прагнути до створення такої системи медичної освіти, яка б діяла у всіх

європейських країнах і надавала найкращі можливості для самовираження студентів і суспільства в цілому.

ЮНЕСКО також працювало над підвищенням якості медичної освіти і в результаті аналізу даної проблематики прийняло програму «Освіта для всіх протягом усього життя» (1997 р.) як необхідного кроку у розвитку безперервної медичної освіти, що в подальшому переросте в безперервний професійний розвиток медичного фахівця.

Отже, основними тенденціями розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу в період 1988-1997 рр., відповідно до Единбурзької декларації, стали: реорганізація системи охорони здоров'я європейських країн; продовження реформування медичної освіти через визначення організаційних рівнів змін у медичній освіті, підвищення ролі професійної орієнтації, як необхідної ланки розуміння медичної спеціальності для подальшого безперервного розвитку, визначення тривалості навчання в інтернатурі і якості професійної підготовки майбутніх лікарів; впровадження медичної етики і деонтології у навчальний процес як елементу якісного надання медичних послуг; впровадження безвізового пересування фахівців медичних спеціальностей; розширення автономності медичних університетів для прогресивного розвитку освіти і науки, а також розширення доступності і відкритості медичної освіти.

2.4. Розвиток медичної освіти відповідно до вимог Болонського процесу (1998-2003)

Значний вплив на прискорення реформ в освіті відіграли Рекомендації Генеральної Конференції ООН з питань освіти, науки і культури (1996 р.), де чітко були сформульовані настанови щодо необхідності розроблення і реалізації обґрунтованої, цілеспрямованої освітньої політики та програм професійної орієнтації і професійної підготовки. Державна освітня політика кожної країни повинна врахувати потреби, можливості і проблеми освіти як на регіональному, так і на національному рівнях, стан економічного, соціального і культурного розвитку,

взаємозв'язок між розвитком людських ресурсів та іншими економічними, соціальними і культурними цілями [42]. А доповідь Європейської комісії «Біла книга» (1996 р.) розкрила основні цілі освітньої політики Європейського Союзу, до яких належать: заохочення до придбання нових знань шляхом визнання кваліфікацій, мобільності, використання новітніх технологій; оволодіння декількома іноземними мовами шляхом поширення мовної освіти з раннього віку та молодіжного обміну для покращення співпраці та мобільності студентів та фахівців; стимулювання інвестицій в людський ресурс та освітню політику європейських держав [232].

Основа змін полягала у набутті навичок і знань під час безперервного навчання з метою створення суспільства, що навчається.

Як і кожен важливий документ, що приймається на міждержавному рівні, «Біла книга» була предметом широкого обговорення в ЄС та стала кредом в освітній політиці Європи. Реформування медичної освіти відбувалось повільно та не одночасно в усіх країнах Європи, оскільки в кожній з них системи освіти різні, однак це дало поштовх до створення і прийняття ряду документів, що дозволяє говорити про еволюцію концепції освітньої політики Європейського Союзу. Вказані світові та європейські рекомендації згодом було покладено в основу подальших реформ медичної освіти.

Зокрема, у квітні 1997 року під егідою Ради Європи та ЮНЕСКО було розроблено і прийнято Лісабонську конвенцію про визнання кваліфікацій, що належать до вищої освіти Європи, яку підписали 43 країни. Також у 1998 році на конференції ЮНЕСКО обговорено стан якості вищої освіти та здійснено аналіз тенденцій її розвитку та шляхи вдосконалення. Результатом конференції стало підписання документу «Всесвітня декларація про вищу освіту для XXI століття» [121, с. 361], що засвідчує актуальність проблеми освіти не тільки в окремих державах, а й в світі в цілому. Міжнародні рекомендації світових організацій перегукуються з прийняттям рішень щодо вищої освіти і в Європейському Союзі.

Прототипом Болонської декларації стала Сорбонська декларація (травень, 1998 р.) , яку підписали Франція, Італія, Велика Британія та Німеччина [34]. В ній

йшлося про подолання суттєвих відмінностей між національними системами освіти, створення відкритого європейського простору вищої освіти, який, на думку авторів, мав стати більш конкурентноспроможним на світовому ринку освітніх послуг, та міжнародне визнання бакалавра як рівня вищої освіти з наданням йому права продовжувати навчання за програмами магістра [19]. Сорбонська декларація обґрунтувала створення Зони європейської вищої освіти як основного шляху розвитку мобільності громадян, підкреслила провідну роль університетів у підвищенні європейського культурного потенціалу, а також розвитку континенту в цілому. Результатом зустрічі стала Болонська декларація «Зона європейської вищої освіти» (1999 р.), яку підписали 29 європейських країн. Вона призначалась лише для зміцнення взаємозв'язків та покращення взаєморозуміння між різними освітніми системами [18], що спрямовує на створення спільної сфери європейської вищої освіти. «Європа знань» є на сьогодні широко визнаним незамінним фактором соціального та людського розвитку, а також невід'ємною складовою зміцнення й інтелектуального збагачення європейських громадян, оскільки саме така Європа спроможна надати їм необхідні знання для протистояння викликам нового тисячоліття разом із усвідомленням спільних цінностей і належності до єдиної соціальної та культурної сфери.

Загальноновизнаним є першочергове значення освіти й освітньої співпраці для розвитку та зміцнення стабільних, мирних і демократичних суспільств [193]. Загальними вимоги стали: значне підвищення конкурентоспроможності європейської освіти і освітніх послуг; поглиблення навчального і наукового співробітництва та їх координація, розширення мобільності студентів, викладачів європейських навчальних закладів; ріст якості освіти і можливості працевлаштування випускників в умовах відкритого ринку праці.

Отже, пріоритетною тенденцією стало створення відкритого європейського простору вищої освіти для конкурентоспроможності європейських освітніх послуг.

Таким чином, Європа вступила в епоху глобальних перетворень національних систем освіти. Прагнення зробити європейську освіту конкурентоспроможною якраз і спонукало держав-підписантів Болонської декларації розробити заходи щодо

створення єдиного європейського освітнього та інформаційного простору, перетворити його на вагомий чинник економічного, соціального, інтелектуального, інноваційно-технологічного та культурного розвитку [63]. Освіта сьогодення визнана стратегічно важливою сферою людського життя.

У Болонській декларації проголошено шість цілей, які, на погляд керівників освіти зазначених країн, є першочерговими і мають бути досягнуті в межах першого десятиріччя XXI ст., це:

1. Прийняття системи прозорих та порівняльних ступенів (кваліфікаційних рівнів), що присвоюють європейські вищі навчальні заклади з метою полегшення працевлаштування громадян Європи і міжнародної конкурентоспроможності європейських вищих навчальних закладів. Для забезпечення визнання кваліфікацій планується використання Додатка до диплома, який рекомендований ЮНЕСКО.

2. Введення системи, заснованої на двох основних циклах навчання (undergraduate, graduate - додипломного та післядипломного). При цьому тривалість навчання на 1-му циклі має бути не менше 3-х років, а ступінь, що здобувається після першого трьохрічного циклу, має засвідчувати здобуття вищої освіти і відповідати європейському ринку праці як достатній рівень кваліфікації. Навчання впродовж другого циклу може передбачати отримання ступеня магістра (1,5 - 2 роки навчання після одержання 1-го ступеня) і/або докторського ступеня (за умови загальної тривалості навчання 7-8 років) [121].

3. Запровадження кредитної системи як засобу підвищення мобільності студентів. Запропоновано застосувати в усіх національних системах освіти систему обліку трудомісткості навчальної роботи в так званих кредитах ECTS. При цьому надається можливість здобувати кредити й поза сферою вищої освіти, в процесі «навчання впродовж усього життя», якщо це визнано відповідними університетами.

4. Сприяння мобільності студентів і викладачів, вільному пересуванню їх у спільному європейському освітньому просторі, тобто надання можливості тим студентам, що виявили бажання на будь-якому етапі, продовжити навчання в іншому вищому навчальному закладі і в іншій країні, і тим викладачам, дослідникам

та адміністративним працівникам, у яких виникла потреба вести там наукові дослідження або викладацьку діяльність.

5. Контроль якості освіти шляхом утворення спеціальних акредитаційних агентств, незалежних від національних урядів і міжнародних організацій. Оцінка буде ґрунтуватися не на тривалості або змісті навчання, а на тих знаннях, уміннях і навичках, що отримали випускники. Одночасно будуть встановлені стандарти транснаціональної освіти.

6. Утвердження європейської складової у вищій освіті, особливо при розробці навчальних планів, схем мобільності та інтегрованих програм навчання і наукових досліджень та співпраці між навчальними закладами [96].

Вважаємо за необхідне наголосити, що Болонський процес не передбачає створення ідентичних систем освіти у різних країнах, а спрямований на зміцнення взаємозв'язків та покращення взаєморозуміння між освітніми системами, у тому числі і в медичній освіті. Його головна мета полягає в консолідації зусиль наукової та освітянської громадськості й урядів європейських країн для істотного підвищення конкурентноздатності європейської вищої освіти і науки у світовому вимірі, а також підвищенні ролі цієї системи у соціальних перетвореннях, що діє на трьох рівнях: міжнародному, національному, інституційному. На міжнародному рівні за розвиток Болонського процесу відповідають європейські комісії (European Commission), Рада Європи, Асоціація Європейських університетів (The European University Association (EUA)), Національні спілки студентів Європи (ESIB - The National Unions of Students in Europe), Європейська асоціація закладів вищої освіти (European Association of Institutions in Higher Education (EURASHE)), Європейський центр вищої освіти ЮНЕСКО (the European Centre for Higher Education (UNESCO -CEPES)), Європейська асоціація із забезпечення якості вищої освіти (the European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA)) [123]. Вони проводять форуми для обміну досвідом з удосконалення якості вищої освіти в європейському просторі, а також організують семінари кожні два роки в різних країнах Європи для обговорення проблем та шляхів впровадження Болонської декларації. На національному рівні задіяні уряди, міністерства, які відповідають за вищу освіту,

ректори університетів та студентські спілки; на інституційному рівні – заклади вищої освіти, факультети, студенти. Для контролю та підвищення якості освіти, наприклад, у Великобританії в 1997 році було засновано Агентство з гарантування якості у вищій освіті (Quality Assurance Agency for Higher Education (QAAHE)) [210]. Це незалежний орган, що розробив загальні критерії оцінювання якості освіти і проводить аудит у вищих навчальних закладах.

Болонський процес є одним із інструментів не лише інтеграції в Європі і в Європу, а й інструмент загальної світової тенденції нового часу. Основними принципами даного процесу є: система підготовки (два освітніх рівні – бакалавр, магістр); система порівнюваних наукових ступенів; система перезарахування залікових одиниць студентам (кредити ECTS); система мобільності студентів і викладачів; система гарантування якості підготовки; створення Зони Європейської вищої освіти та наукових досліджень [62].

Система ECTS впроваджується в Європі з 1989 році і була апробована в ході пілотних проектів та вдосконалена у 145 європейських університетах. Вона забезпечує взаємне визнання освітніх досягнень студента за періоди навчання в різних університетах (і навіть різних країнах), дозволяє акумулювати його досягнення в умовах вибору власної траєкторії та темпу навчання, робить навчальні програми легкими для читання та порівняння як місцевим, так і іноземним студентам [256].

Кредити оцінюють усі компоненти річної навчальної програми - модулі, навчальні курси, практику, дипломне проектування, тощо і відображують лише кількість навчальної роботи, необхідної студенту для їх виконання та засвоєння у співвідношенні до повного обсягу роботи за навчальний рік (60 кредитів). Кредити є також шляхом кількісної оцінки навчальних досягнень (теоретичних та практичних знань). Особливо важливим це є для студентів медичних спеціальностей, які отримують кредити лише за ті компоненти програми, в яких досягнуті сформульовані цілі і виконані всі необхідні роботи (успішне відпрацювання практичних навичок), а також склали іспит, або пройшли іншу передбачену

навчальним планом форму контролю (тестовий контроль) [184]. Водночас наголосимо, що успішність студентів оцінюється і в національній шкалі оцінок.

Дослідженням установлено, що на першому етапі при проведенні реформ в європейській освіті згідно Болонського процесу основні тенденції відображались у структурних змінах навчальних програм, зростанні мобільності студентів шляхом усунення правових та адміністративних перешкод, забезпеченні доступу до більш повної інформації і вищих рівнів освіти.

Більш чітку переорієнтацію освітньої системи на потреби розвитку людини в Європейському Союзі здійснено під час зустрічі глав держав і урядів країн Європи в Лісабоні (березень, 2000 р.). Було вказано на те, що Європа вступає в нову епоху – «століття знань», а це також засвідчує перегляд традиційних понять про навчання, роботу і життя, про інтеграцію, модернізацію, доступність та уніфікацію освітньої галузі, про пріоритети навчання впродовж усього життя як умови успіху [239].

Другий етап Болонського процесу розпочався у Празі 19 травня 2001 року. Країни знову підтвердили свою позицію щодо цілей, визначених Болонською декларацією, та підтримали ініціативи, які роблять систему вищої освіти більш прозорою і підвищують якість Європейської вищої освіти на рівні навчальних закладів та на національному рівні. Учасники наради оцінили активну участь у цьому процесі Європейської асоціації університетів (EUA) та національних студентських спілок Європи (ESIB) [195], відзначили конструктивну допомогу з боку Європейської комісії та висловили свої зауваження щодо подальшого розвитку процесу, беручи до уваги різні цілі Болонської декларації.

Відповідно до окреслених вимог визначальними критеріями освіти в рамках Болонського процесу визнано провідні тенденції: підвищення якості підготовки фахівців; зміцнення довіри між суб'єктами освіти; відповідність європейському ринку праці; мобільність; сумісність кваліфікації на вузівському та післявузівському етапах підготовки; посилення конкурентоспроможності Європейської системи освіти.

У зв'язку з цим Рада Європи в 2002 році прийняла Робочу програму та резолюцію, яка передбачала створення до 2010 року системи освіти, що стане

загальновизнаним стандартом якості у світі [241]. Вона повинна забезпечити прозорість дипломів і кваліфікацій, а також сприяти співробітництву в сфері освіти та визначати вектори формування національних освітніх політик європейських країн. Саме Європейський центр розвитку професійної освіти (CEDEFOP) та Європейський фонд освіти відігравали важливу роль у зміцненні співробітництва.

У цей час відбулись зміни і в медичній освіті європейських країн. Так, у Франції для підвищення якості підготовки майбутніх лікарів навчання у другому циклі, що тривав 2,5 роки, продовжено до 3-х років, а, починаючи з 2004 року, введено державний іспит – національні кваліфікаційні тести («classifying tests national») зі спеціальності після проходження інтернатури. Такі нововведення засвідчують, що підвищення якості надання освітніх послуг у медичних навчальних закладах є актуальним, адже це безпосередньо підвищує і конкурентоспроможність європейської системи освіти.

Отже, на другому етапі реформ, згідно Болонського процесу, основними тенденціями стали уніфікація освітніх систем, підвищення якості освіти загалом і медичної освіти зокрема, за рахунок введення системи трансферу та акумуляції кредитів (ECTS) в освітній процес.

Третій етап Болонського процесу почався в Берліні 18-19 вересня 2003 року, де було підписано Комюніке «Створення Зони вищої освіти Європи» [84].

На Берлінській конференції міністри освіти зосередились на питаннях, котрі стосувалися формування єдиного європейського дослідницького простору. Учасники також обговорили крирії створення докторського ступеня – «доктор філософії» у відповідних сферах знань (природничі, соціально-гуманітарні, економічні науки, тощо). Була запропонована формула триступеневої освіти (3 - 5 - 8 років), згідно з якою не менше ніж три роки відводиться для отримання рівня «бакалавр», не менше п'яти років - для отримання рівня «магістр» і не менше, ніж вісім років для отримання наукового ступеня «доктор філософії» [121].

В медичній освіті триступеневість дещо відрізняється: рівень «бакалавра» отримують в медичних коледжах після 3-4 років навчання, у вищій медичній школі

поняття лікар-бакалавр – відсутнє; рівень «магістра» отримують після 6-ти років навчання в медичному навчальному закладі.

У той же час варто наголосити, що Болонський процес – це процес структурного добровільного реформування національних систем вищої освіти країн Європи. Він регулює вищу, тобто академічну освіту (починаючи з бакалаврату), а не професійну підготовку, тому його необхідно оцінювати як такий, що скерований на зближення, а не на уніфікацію вищої освіти в країнах європейського континенту.

На цій конференції міністри висловилися за необхідність вироблення загальної системи кваліфікацій для вищої освіти і прозвучали ідеї про спільний розвиток науки і вищої освіти [23, с.47]. Також М. Степко зауважує, що на Берлінській конференції особлива увага приділялась важливості відповідальності, контролю і дотримання європейських стандартів якості освіти [195]. Згідно з принципами автономії навчальних закладів, первинна відповідальність за якість вищої освіти лежить на кожному окремому навчальному закладі, і таким чином забезпечується можливість перевірки якості системи навчання в національних рамках. На даній конференції міністри підкреслили важливість мобільності студентів у навчальній, культурній, а також політичній, соціальній та економічній сферах, а Європейська кредитна трансферна система є необхідним елементом у створенні Зони вищої освіти Європи [84]. Були підтримані ініціативи щодо необхідності збільшення можливостей для всіх громадян, згідно з їхніми бажаннями та можливостями, слідувати шляхом навчання впродовж усього життя. Саме тому в 2003 році була створена група міжнародних експертів з безперервної медичної освіти та безперервного професійного розвитку (Rome Continuing Medical Education/Continuing Professional Development (CME/CPD) Group) (Рим, Італія), до якої ввійшли делегати різних європейських і міжнародних організацій (Європейська Рада з акредитації безперервної медичної освіти (ЕАССМЕ) (Брюссель), Королівський коледж лікарів (Великобританія), Іспанська рада з акредитації для безперервної медичної освіти (АССМЕ), Баварська палата лікарів (Німеччина) та ін.), яка зосередила свою діяльність на підвищенні якості, доступності та акредитації

безперервної медичної освіти, що спонукає до створення спільної платформи розвитку безперервного навчання в медичній освіті [283].

Підводячи підсумки третього етапу розвитку Болонського процесу у європейських державах, можна виділити такі тенденції, як впровадження триступеневої освіти у вищих навчальних закладах, створення докторського ступеню – «доктор філософії» та розширення автономності університету, що підвищує відповідальність за якість освіти.

Наступним кроком у розвитку ідей Болонської декларації стало прийняте в 2005 році в м. Берген Комюніке Конференції Міністрів країн Європи, відповідальних за сферу вищої освіти, «Загальноєвропейський простір вищої освіти – Досягнення цілей» [87]. У ньому представлено результати проміжного аналізу роботи для визначення цілей задля досягнення кінцевої мети – створення Загальноєвропейського простору вищої освіти до 2010 року. На цій конференції до Болонського процесу були приєднані нові країни-учасниці: Вірменія, Азербайджан, Грузія, Молдова та Україна. Відмічено значний прогрес у реалізації цілей за трьома пріоритетними напрямками: система ступенів, забезпечення якості та терміни навчання. В цей період було створено перший правовий орган Болонського процесу – Європейський реєстр із забезпечення якості (EQAR), а також заплановано створення реєстру національних агенцій із забезпечення якості вищої освіти до 2009 року. Схвалено принцип Загальноєвропейського реєстру агентств із забезпечення якості та наголошено, що Загальноєвропейській простір вищої освіти повинен бути відкритим і привабливим для інших регіонів світу [87]. Країни-учасниці зобов'язались розробити національні системи кваліфікацій, сумісні з національною системою кваліфікацій у Загальноєвропейському просторі вищої освіти.

На конференції у Лондоні (16-19 травня 2007 р.) наголошено, що найбільшою перешкодою на шляху до забезпечення мобільності залишаються імміграція та недостатній рівень фінансового заохочення. Відзначено зменшення кількості структурних перешкод при переході з циклу до циклу, на належному рівні впроваджено систему ECTS, яку активно використовують і у галузі вищої медичної освіти, та національних систем кваліфікацій [85].

На міжнародній конференції ректорів європейських медичних навчальних закладів (Берлін, 2008 р.) розглянуто питання необхідності консультування студентів медичних спеціальностей щодо Болонського процесу. Адже Болонський декларація відкриває особливо для медичної освіти більшу мобільність та гнучкість в обміні клінічних, дослідницьких наукових знань і навичок, в отриманні міжнародного досвіду та в розширенні свого світогляду.

Ще однією організацією, що займається впровадженням Болонського процесу в медичну освіту Європейського Союзу, є Академічна мережа медичної освіти в Європі (Academic Network for Medical Education in Europe (MEDINE)). Вона включає 92 вищі медичні навчальні заклади та об'єднання студентів [284]. Дана мережа допомагає у впровадженні принципів Болонського процесу у медичну освіту, що сприяє інтеграції медичної сфери. Вона спрямована на підвищення прозорості, якості і доступності в медичній освіті, яку створює використання системи залікових одиниць (ECTS), і спонукає до мобільності студентів медичних спеціальностей. Такий підхід важливий для підвищення довіри роботодавців, суспільства і пацієнтів до медичних фахівців, що сприятиме прогресивному реформуванню системи охорони здоров'я ЄС [284].

Для нашого дослідження важливим є те, що саме MEDINE для покращення мобільності студентів медичних спеціальностей розробляє і впроваджує через Інтернет-ресурси навчальні курси по вивченню іноземних мов (англійська, французька, іспанська та німецька мови) як можливість запровадження єдиної мови спілкування в медичній освіті Європейського Союзу.

У 2009 році на конференції європейських міністрів, відповідальних за вищу освіту, підбито підсумки досягнень Болонського процесу та встановлені пріоритети для Європейського простору вищої освіти (ЄПВО) на наступні десять років [16]. Було вказано, що провідною тенденцією розвитку Європейського простору вищої освіти є: забезпечення вищих навчальних закладів необхідними ресурсами для продовження виконання всіх спектрів своїх цілей, таких як підготовка тих, хто навчається, до життя в якості активних громадян демократичного суспільства, підготовка студентів для їх майбутньої кар'єри і створення умов для їх особистого

розвитку, створення і підтримка широкої, передової бази знань і стимулювання наукових досліджень та інновацій [254].

Найважливішими досягненнями Болонського процесу стали: створення Європейського простору вищої освіти; прийняття триступеневого рівня освіти (бакалавр, магістр, доктор філософії (PhD)) і Європейських стандартів освіти; визнання дипломів та Європейської системи переведення і накопичення кредитів, яка збільшує прозорість навчання; надання рівних можливостей суспільству для якісної освіти, створення європейської асоціації із забезпечення якості вищої освіти.

Основним пріоритетом подальшого розвитку визначено освітню політику в сфері безперервного навчання, яке передбачає отримання кваліфікації, розширення знань і розуміння, набуття нових навичок та компетенцій або збагачення особистісного зростання. Саме Європейська хартія університетів з безперервного навчання, підтримана Європейською асоціацією університетів, є вагомим внеском у розвиток європейської освітньої політики та партнерських відносин між органами державної влади, вищих навчальних закладів, студентів, роботодавців і працівників [143]. Необхідною складовою трансформації вищої освіти визначено реалізацію нових підходів до викладання і навчання для набуття передових знань, навичок та компетенцій. Вища освіта має бути заснована на сучасних наукових дослідженнях і сприяти розвитку інновацій та творчості в суспільстві. [254].

Беручи до уваги трансформації в освіті, Європейський Парламент та Рада Європи в 2008 році затвердили рекомендації «Про встановлення Європейської кваліфікаційної структури для можливості отримати освіту протягом усього життя» задля задоволення потреб попиту та пропозицій на європейському ринку праці і розширення інтернаціональної мобільності працівників. На основі досягнень Болонського процесу були розроблені Європейські кваліфікаційні норми. Дана загальна кваліфікаційна система направлена на підвищення прозорості і визнання кваліфікацій у вищій і медичній освіті європейських держав. Європейські кваліфікаційні норми дозволяють міжнародним галузевим організаціям узгодити свої кваліфікаційні системи із загальним європейським орієнтиром. Вони не замінюють і не визначають національні кваліфікаційні системи, а використовуються

в якості засобу порівняння кваліфікаційних рівнів [176]. Отже, ця Рекомендація сприяє поширенню неперервної освіти та підвищенню рівня працевлаштування, соціальної інтеграції працівників і студентів.

Ювілейна Конференція міністрів країн-учасниць Болонського процесу у Відні та Будапешті 11-12 березня 2010 року завершилася підписанням Декларації про створення Європейського простору вищої освіти (ЄПВО) – об'єднання автономних університетів, у тому числі і медичних, систем вищої освіти з різною культурою при рівних можливостях і принципах демократії, які сприяють мобільності, привабливості, конкурентоспроможності європейців на ринку праці, дослідництва та розвитку новітніх технологій і науки [20], що було стратегічною метою і свідчить про успішну трансформацію національних систем вищої освіти. Стратегія розбудови Європейського простору вищої освіти є глобальною і передбачає вдосконалення інформування, доступ до вищої освіти, гарантування конкурентоспроможності та партнерське співробітництво галузі освіти та роботодавців, що повинно стати провідним гарантом прогресивного розвитку європейського суспільства.

Таким чином, здійснений аналіз впровадження Болонського процесу в освітню політику європейських країн підтверджує, що формування нової парадигми освіти відбувається завдяки взаємодії зовнішніх умов світового розвитку із внутрішніми особливостями розвитку національних систем освіти. Ключовим фактором впливу на систему вищої освіти є економічне зростання і глобалізаційні процеси.

Грунтовний аналіз виконання положень Болонського процесу був проведений на конференції міністрів, що відбулась 26-28 квітня 2012 року у Бухаресті [86]. У прийнятому Комюніке зазначається, що Болонські реформи змінили обличчя вищої освіти в Європі завдяки участі та самовідданості вищих навчальних закладів, співробітників і студентів, однак не всі засади Болонського процесу реалізовані. Основними цілями залишаються: забезпечення якісної вищої освіти для всіх, покращення здатності випускників до працевлаштування та посилення мобільності як засобів кращого навчання.

Медична освіта, як і вища освіта загалом, повинна стати відкритою для студентів, які розвивають інтелектуальну незалежність та впевненість у собі поряд з

професійними знаннями та навичками, навчання впродовж життя – один із важливих факторів задоволення потреб ринку праці, що змінюється, а вищі медичні навчальні заклади відіграють центральну роль у формуванні кваліфікованого медичного фахівця для забезпечення здоров'я населення.

Однак аналіз освітніх реалій засвідчує, що багато країн Європи не можуть впровадити один із принципів Болонської декларації в медичну освіту – це двохрівневу систему підготовки (бакалавр, магістр). Такої думки дотримуються, зокрема, освітяни Фінляндії, Швеції, Данії та Польщі, де вже прийнято рішення не вводити двоступеневу систему у медичній освіті. Німеччина відклала вирішення цього питання. Проти двоступеневої системи навчання лікарів і провізорів виступає Всесвітня медична асоціація, Всесвітня федерація медичної освіти, міжнародні і європейські асоціації студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів. Це свідчить про те, що двоступенева система в медицині (фармації) не працює [62]. Після підписання Болонської декларації в медичній освіті європейських держав освітньо-кваліфікаційний ступінь «бакалавр» не дає випускнику права практикувати в медицині, це право отримується тільки після отримання магістерського ступеню і шестирічного терміну навчання, тому в більшості країн Європи не використовується такий термін. Науковий ступінь – «бакалавр» та «магістр» надається при підготовці медичних сестер у вищому медичному навчальному закладі. Майбутній середній медичний персонал з даними ступенями може працювати в адміністративній системі лікувальних закладів (старша медична сестра) і в навчальних закладах, як викладач (медичних коледжах).

Медична освіта стала аутсайдером у Болонському процесі. Причина криється в тому, що існують кваліфікаційні, наукові та освітні рівні кваліфікації. Нині у світі є тільки один рівень кваліфікації – лікар. Саме ця кваліфікація дає право на післядипломну підготовку та отримання ліцензії (сертифікату) лікаря на самостійну медичну практику. Проте відсутність двохступеневої підготовки лікаря (відсутність кваліфікації – лікар-бакалавр) на кваліфікаційному рівні не перешкоджає медичним вищим навчальним закладам приймати активну участь у Болонському процесі [165].

Болонська декларація є тільки орієнтиром у модернізації медичної освіти в контексті вищої освіти. Аналіз навчальних планів медичних факультетів країн ЄС показує, що всі вони мають 240 кредитів ECTS, орієнтовані на кредитно-модульну систему організації навчального процесу та відсутня спеціалізація на додипломному етапі навчання – всі навчаються на медичному факультеті. Більше того, Генеральний секретар Всесвітньої медичної асоціації Отмар Клойбер та Міжнародна асоціація медичної освіти і Асоціація з медичної освіти в Європі прийняли політичну заяву щодо Болонського процесу, в якій виражено згоду з основними положеннями Болонської декларації та підтримано включення медичної освіти в Болонський процес [23]. Але в той же час, як зазначається в заяві, в ході реалізації Болонської декларації слід враховувати специфіку навчальних планів і програм, а також сформовану нинішню ситуацію в медичних школах Європи. Пропонується медичним навчальним закладам не вводити двоступеневу структуру навчання, віддаючи як і раніше, перевагу однорівневій підготовці. Усі рішення в галузі реформування освіти повинні спиратися на чіткі докази їх необхідності при постійному діалозі з вищими медичними навчальними закладами. Тому Україна, реформуючи систему освіти, має повне право брати до уваги національну специфіку системи освіти загалом і медичної (фармацевтичної) освіти зокрема [157]. Так, студентів у європейських країнах вчать діяти у суворій відповідності зі стандартами лікування, тоді як в Україні вища медична освіта завжди орієнтувалась на розвиток клінічного мислення, індивідуальний підхід до хворого.

Отже, основними тенденціями в період модернізації медичної освіти відповідно до вимог Болонського процесу (1998-2003 рр.) стали: створення відкритого європейського простору для медичної освіти; реформування змісту медичної освіти через оновлення навчальних планів на медикоорієнтованість базових предметів та навчальних програм підготовки майбутніх лікарів; підвищення якості медичної освіти через взаємне визнання дипломів та медичних спеціальностей; впровадження ступеневої освіти у вищих медичних навчальних закладах згідно з Болонською декларацією.

2.5. Утвердження Міжнародних стандартів медичної освіти (2004-2014)

Сучасний розвиток медичної освіти, як засвідчують результати нашого дослідження, великою мірою залежать від Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО) – міжнародної організації, основною метою якої є підвищення якості медичної освіти та підготовки лікарів на всіх рівнях. Вона представляє всі медичні навчальні заклади та вживає заходів щодо підтримки найвищих наукових і етичних стандартів у медичній освіті і почала функціонувати 7 квітня 1948 року. В Статуті даної організації було проголошено, що «здоров'я усіх народів є головним фактором у досягненні миру та безпеки і залежить від повного співробітництва окремих осіб та держав» [282]. Уперше в міжнародній практиці здоров'я стало одним із невід'ємних прав людини незалежно від раси, релігії, політичних поглядів, соціального та економічного становища. У 1977 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла рішення про те, що першочерговим завданням ВООЗ є забезпечення «Здоров'я для всіх до 2000 року» [279]. Для цього необхідно було працювати над підвищенням якості навчання лікаря. Тому у 1984 році ВФМО розпочала реформування медичної освіти, запропонувавши «Міжнародну програму співробітництва з переорієнтації медичної освіти», яка знайшла своє відображення в Единбурзькій декларації, а також в рекомендаціях Всесвітнього саміту з медичної освіти (1993 р.), що відображені у Резолюції 48.8, «Переорієнтація медичної освіти та медичної практики в ім'я здоров'я для всіх» [276].

У контексті нашого дослідження слід наголосити, що проблеми в медичній освіті наростали поступово, критика незадоволених ставала все більшою. На рівень освіти впливало багато чинників: економічний стан країн, традиції, матеріальна база та розвиток науки. Медична освіта повинна була надавати майбутнім лікарям основні медико-біологічні, психо-соціальні і клінічні знання та навички, необхідні для догляду за хворими, а також звертати на профілактику захворювань і пропаганду здоров'я також. На цей процес впливала також міграція як студентів, так і лікарів, що набувала все більшого поширення.

Коли в світі розпочались процеси інтернаціоналізації, створення та прийняття міжнародних стандартів у різних галузях економіки і суспільного життя (стандарти навколишнього середовища, безпеки харчових продуктів, прав людини та ін.), медична спільнота не в змозі була стояти осторонь. Таким чином виникла необхідність змінюватись разом із суспільством. Навіть єдиний глобальний реєстр медичних шкіл (Всесвітній довідник медичних навчальних закладів Word Directory of Medical Schools – ВООЗ, 1986 р.) не давав повноцінної характеристики якості навчання у певному медичному навчальному закладі. У зв'язку з таким станом цієї важливої галузі професійної освіти на 5-й Всесвітній конференції з медичної освіти Всесвітньої медичної асамблеї (ВМА) (Мальта, 1991 р.) було проголошено наступне [100]:

- Метою медичної освіти має бути виховання кваліфікованих і етично грамотних лікарів, які б дотримувалися своєї компетенції у взаєминах з пацієнтом.

- Складові кваліфікації повинні включати знання, навички, цінності, поведінку і етику, які б забезпечували якісну профілактику та лікування окремого пацієнта і суспільства в цілому.

- Дослідження, навчання і етичний догляд за пацієнтом нероздільні і істотні для досягнення мети - кваліфікованості лікаря.

- Повинна бути розроблена міжнародна базова навчальна програма, яка дозволить підтримувати кваліфікацію лікаря і не залежали б від державних кордонів.

- Повинні бути розроблені міжнародні стандартизовані методи для оцінки професійної кваліфікації і діяльності, які застосовувалися б у переддипломній, післядипломній і безперервній медичній освіті.

- Для допомоги в розвитку суспільної політики, навчання лікарів та в просвітництві громадськості має забезпечуватися вільне і швидке поширення професійно нової і проаналізованої інформації з питань епідеміології та громадського здоров'я.

- Повинні бути встановлені міжнародні стандарти для оцінки навчальних програм медичної освіти.

- Навчання впродовж життя лікаря має бути внесено в якість моральних обов'язків всіх лікарів та в Міжнародний кодекс медичної етики.

- Медичні асоціації у всіх країнах повинні швидко реагувати на сили, які представляють загрозу для цілісності медичної освіти.

- Ефективність, безпека і застосовність нових технологій повинні швидко визначатися і включатися в процес медичної освіти.

У контексті викладених вище положень були проаналізовані освітні програми багатьох країн світу. Більш ефективними виявились ті з них, які проходили певні системи оцінки та акредитації (Північна Америка, Мексика, Австралія) [227]. Тому ВФМО розробила світовий реєстр вищих медичних навчальних закладів (1998 р.) з оцінкою якості підготовки студентів і гарантії підтримки в навчальних програмах світових стандартів. Це стало орієнтиром для іноземних студентів та полегшило їх набір до навчальних закладів, а також привернуло увагу провідних інвесторів. За участю Юнеско, ВООЗ, Всесвітньої медичної асоціації розпочалось впровадження програми «Міжнародні стандарти медичної освіти», метою якої визначено забезпечення механізму вдосконалення якості медичної освіти.

Отже, основною тенденцією розвитку медичної освіти на початку XXI століття стало вдосконалення якості медичної освіти.

Відповідаючи на потребу переорієнтації та реформування медичної освіти й розвиваючи свій проект «Міжнародні стандарти медичної освіти» № [257], ВФМО у 2000 році розробила стандарти додипломної медичної освіти та рекомендації щодо їхнього застосування – «Міжнародні стандарти базової (додипломної) медичної освіти» (International Standards in Basic Medical Education) [269], а триплет стандартів був затверджений 15-19 березня 2003 року. Ними охоплено не тільки базову медичну освіту, але й післядипломну медичну освіту та безперервний професійний розвиток лікаря. Дані стандарти розроблялись трьома міжнародними комісіями й обговорювались у різних частинах світу.

У передмові до даного документу зазначено: «Покращення здоров'я всіх народів є головною метою медичної освіти. У відповідності зі своєю конституцією, як міжнародний орган, що представляє всіх медичних викладачів і медичні

навчальні заклади, ВФМО зобов'язується сприяти високим науковим і етичним стандартам у медичній освіті, ініціюючи впровадження нових методів навчання, нових навчальних програм та інноваційний менеджмент медичної освіти.» [276]

На першому засіданні робочої групи, що відбулось в Копенгагені (жовтень, 1999 р.), були визначені декілька першочергових стандартів базової медичної освіти для медичних навчальних закладів [269]. Ці стандарти давали вагомий поштовх до реформаторських дій, але основними перешкодами на шляху змін стали консерватизм професорсько-викладацького складу і інерція, відсутність освітніх бюджетів, недостатність нагляду за освітніми програмами та діяльністю керівництва і управління, відсутність стимулів для навчання. Університетська автономність сприяла створенню власних навчальних програм, але це також не давало можливості злагоджено працювати медичним навчальним закладам у різних країнах світу.

Для усунення певних проблем у реформуванні медичної освіти були запропоновані відповідні рекомендації. Основними з них були [257]:

- створення єдиних навчальних планів, які б містили фундаментальні знання з базових та клінічних дисциплін, комунікативні і клінічні навички, медичну етику, та організацію нерозривного навчання з пацієнтами;
- навчальні програми можуть доповнюватись до 40% певними елементами у відповідності з регіональними, національними та інституційними потребами відповідно до стану здоров'я, традицій та культури країни;
- незалежність освітньої медичної галузі та університетських клінік від економічного та політичного стану країни;
- впровадження наукової новизни, інформаційних технологій та обміну досвідом викладання в процес навчання, використання проблемно-орієнтованої форми навчання з читанням лекцій у малих групах;
- зменшення кількості екзаменів, але з посиленням якості оцінювання знань та створення єдиних критеріїв системи контролю медичної компетенції;
- медична освіта повинна розвивати аналітичні здібності та стимулювати студента-медика до постійного навчання.

Отже, основними тенденціями змін у вищій медичній освіті стали: робота над навчальними програмами, які б давали фундаментальні знання з базових та клінічних дисциплін і розвивали аналітичні здібності та стимулювали до постійного навчання, підвищення якості оцінювання, впровадження новітніх наукових технологій.

На другому засіданні (Барселона, 2001 р.) робоча група запропонувала керівні принципи реформ та видала посібник із впровадження цих стандартів. Якщо спочатку Стандарти ВФМО створювались як інструмент акредитації, то в подальшому вони стають гарантом якості медичної освіти у різних регіонах світу, що сприяє поліпшенню якості життя та здоров'я населення.

Третє засідання робочої групи і прийняття Триплету стандартів відбулось у Копенгагені в червні 2001 року [277]. Таким чином, було сформульовано критерії трьох фаз безперервної медичної освіти (БМО) - додипломної, післядипломної та безперервного професійного розвитку (БПР) [95] :

- додипломна медична освіта – мінімум 6 років, 5500 годин. Підготовка лікарів у вищих медичних навчальних закладах;

- післядипломна медична освіта – від 2 до 10 років. Підготовка завершується отриманням ліцензії на самостійну медичну практику, сертифікату на лікарську спеціалізацію;

- безперервний професійний розвиток – 30 - 40 років.

Кожний наступний етап ґрунтується на попередньому і забезпечує вищий за попередній рівень підготовки лікарів. Ступеневість медичної освіти передбачає завершену і поступову підготовку фахівців у галузі медицини на кожному освітньо-кваліфікаційному рівні залежно від кваліфікації, що набувається як на додипломному, післядипломному рівнях, так і впродовж усієї професійної діяльності [277].

Основними передумовами визнання стандартів стали: розгляд тільки загальних аспектів діяльності медичних вузів; відображення загальних категорій змісту, процесу чи середовища навчання; стимул до змін; добровільність у

підтримці; автономність у розвитку; динамічність; використання як моделі розвитку від мінімальних вимог до найвищого рівня; дослідження, оцінка та обговорення.

Зазначимо, що світова спільнота медичних фахівців та науковців тривалий час проводила опитування, дослідження та аналіз стану медицини. Були зроблені висновки про те, що реформи необхідні, тому що очікування та потреби суспільства змінюються, новітні наукові знання та інформаційні технології запроваджуються, а це засвідчує необхідність постійної професійної співпраці та вдосконалення своїх знань упродовж усього життя [270].

Вважаємо за доцільне наголосити, що світовий набір стандартів не варто змішувати із змістом базового навчального плану, тому стандарти були розроблені з урахуванням особливостей систем навчання у різних країнах, особливостями викладання, культури, традицій, стану здоров'я суспільства та охорони здоров'я, соціально-економічного розвитку країн, однак наукові основи медицини є універсальними. Основною метою медичної освіти є надання медичної допомоги без уніфікації навчальних програм тому Стандарти повинні бути доповненими в залежності від регіональних, національних чи інституційних потреб, що дасть змогу навчальним закладам самостійно провести самооцінку та атестацію власних навчальних програм [276]. Такий підхід, на нашу думку, стимулюватиме національні структури та установи до формування власних планів змін і поліпшення якості медичної освіти, створенню системи самооцінки, ліцензування і акредитації медичних закладів згідно міжнародних стандартів, а також забезпечення якості медичної практики і використання медичних кадрів в умовах глобалізації. Міжнародні стандарти розглядаються як засіб впливу на якість освіти і служать критерієм для проведення змін та реформування системи вищої медичної освіти, а також є прикладом для розробки навчальних програм у медичних навчальних закладах. Тому їх можуть застосовувати медичні навчальні заклади всіх країн світу для самостійного оцінювання та вдосконалення власних освітніх програм, а також усі організації і структури, які займаються оцінюванням, визнанням та акредитацією медичних навчальних закладів.

Водночас міжнародне визнання Стандартів свідчить про те, що останні володіють широкими категоріями і можуть бути моделлю розвитку з подальшим удосконаленням, а не конкретними показниками, вони стають важелем змін та реформ і підкреслюють динаміку розвитку медичної освіти [230]. Основними завданнями розроблення та поширення міжнародних стандартів є:

- стимулювання медичних шкіл до створення власних планів самовдосконалення шляхом внесення змін і підвищення якості освіти відповідно до міжнародних рекомендацій;

- створення системи національного та (або) міжнаціонального оцінювання акредитації медичних навчальних закладів, яка б гарантувала забезпечення медичними освітніми програмами хоча б мінімального стандарту якості;

- гарантування безпечної медичної допомоги в умовах підвищення мобільності фахівців сфери охорони здоров'я та інтернаціоналізації медичних послуг.

Стандарти згруповані за дев'ятьма категоріями [277]:

- Мета та завдання – повинні містити опис освітнього процесу та охоплювати такі аспекти діяльності, як соціальна відповідальність, науково-дослідні пошуки, готовність до післядипломного медичного навчання.

- Навчальна програма – навчальний заклад визначає модель навчального плану і методичні підходи навчання та викладання.

- Оцінка знань студента – описуються методи, що будуть використовуватись для оцінювання студентів та критерії складання іспитів.

- Професорсько-викладацький склад – для виконання навчального плану повинен бути відповідний набір кадрів з певними обов'язками та балансом між викладачами медичного і немедичного профілю.

- Студенти – заклад повинен мати затверджену стратегію прийому абітурієнтів, що включає в себе чітке положення про процес відбору студентів, а також проведення інтенсивної роботи з професійної орієнтації молоді.

- Навчальні ресурси – регулярна модернізація і зміцнення матеріально-технічної бази (лекційні зали, навчальні кімнати, лабораторії, бібліотеки, засоби інформаційних технологій та інші приміщення й устаткування).

- Оцінка якості навчальної програми – вироблення механізму оцінювання навчальних програм, який допоможе стежити за процесом навчання та успіхами студентів не тільки в період навчання у медичному навчальному закладі, але й після отримання диплому – партнерська робота з роботодавцями.

- Організація системи навчання – управління навчального медичного закладу передбачає створення комітетів із включенням до них представників професорсько-викладацького складу, студентів та інших зацікавлених осіб.

- Безперервність удосконалення системи освіти – постійне ініціювання процедури перевірок і модернізації структури навчання.

Зазначені критерії, в свою чергу, розподілені на 36 підкатегорій з двома рівнями кваліфікації. Категорії відповідають основним компонентам медичної освіти. Підкатегорії відповідають конкретним аспектам категорій і мають відповідні показники діяльності. У межах кожної підкатегорії встановлено два рівні стандартів: базовий або мінімальний, якого має досягти кожен навчальний заклад, та рівень якісного розвитку або стандарти підвищеної якості, який відповідає найкращій та ефективній освітній практиці в міжнародній медичній освіті [276].

Базовий стандарт повинен бути прийнятий кожним медичним навчальним закладом. Він обговорюється і затверджується навчальним закладом, а виконання контролюється під час проведення оцінювання. У ньому вказуються навчальні програми та моделі навчання, управління та бюджет закладу, співпраця з партнерами в секторі охорони здоров'я як усередині країни, так і за її межами, а також компетенції, якими студенти повинні володіти після його закінчення у зв'язку з їх подальшим навчанням і майбутньою функцією в системі охорони здоров'я. Ці компетенції включають у себе розуміння фундаментальних, клінічних, поведінкових і соціальних наук, у тому числі охорони здоров'я та медичної етики, клінічних навичок (по відношенню до встановлення діагнозів, практичні навички та навички спілкування, лікування та профілактики захворювань, зміцнення здоров'я, реабілітації, клінічного мислення та вирішення завдань), а також можливість для проведення безперервного навчання та професійного розвитку. Ми погоджуємось із думкою М. Банчука, що до переліку базових дисциплін повинні входити і базові

біомедичні науки, які залежатимуть від місцевих потреб, інтересів і традицій та, зазвичай, включають анатомію, біохімію, фізіологію, біофізику, молекулярну біологію, генетику, мікробіологію, імунологію, фармакологію і соціальні науки (медична психологія, медична соціологія, біостатистика, епідеміологія, гігієна), що дають знання, необхідні для розуміння соціально-економічних, демографічних і культурних причин поширення та наслідків проблем зі здоров'ям [9].

Відповідно до положень стандартів, медичний навчальний заклад повинен визначити і затвердити методи, які будуть використані для оцінки своїх студентів, у тому числі критерії складання іспитів. Навчальний заклад може вносити також пропозиції щодо змін базового стандарту, оформивши певний пакет документів, які будуть їх підтверджувати.

Слід зазначити, що нові фундаментальні знання у медицині вносять відповідні зміни до існуючих концепцій та методів діагностики і лікування, тому представнику медичної професії доводиться вчитися протягом усього життя, оскільки лікар повинен надавати медичну допомогу пацієнтам на сучасному рівні. Якщо лікар нездатний до систематичного навчання протягом професійної діяльності, він швидко втрачає необхідний рівень компетентності і не зможе задовольняти вимоги пацієнтів, роботодавців і власні бажання щодо свого місця в суспільстві, кар'єри тощо [9]. Підготовка повинна здійснюватися за індивідуальним планом, який складає лікар. ВФМО звертає увагу на те, що мотивація до пізнання протягом усього життя повинна стати одним із критеріїв відбору студентів уже під час зарахування до медичних університетів, а далі її слід виховувати протягом усіх етапів медичної освіти. Тому велику увагу було привернуто і до безперервної медичної освіти (БМО). Даний термін був заміненний на Безперервний професійний розвиток (БПР), бо це набагато серйозніша діяльність протягом усього періоду безперервної медичної освіти та відповідальніша для кожного лікаря, що починається після завершення базової медичної освіти та післядипломної підготовки і триває протягом усього професійного життя кожного лікаря [272]. Тому БПР є професійним, вкрай необхідним для кожного лікаря і, в той же час, служить передумовою для поліпшення якості охорони здоров'я [197].

У стандартах ВФМО безперервний професійний розвиток (БПР) розглядається як професійне зобов'язання кожного лікаря, що є передумовою підвищення якості медичної допомоги [215]. Тому можна виділити ряд принципів, які лежать в основі безперервної освіти, а саме: принцип базової освіти, принцип багаторівневості навчальних програм, а також наявність відповідних атестаційних програм, що підтверджують якість одержаної освіти. Концепція навчання впродовж життя буде вважатись закономірністю розвитку суспільства, як стратегічний напрям державної політики в системі освіти, а вищі навчальні заклади повинні розвиватися як інституції безперервної освіти. Мета БПР передбачає: збереження на потрібному рівні, перегляд, поглиблення, розширення знань, умінь і практичних навичок та установок у відповідь на потреби пацієнтів; забезпечення різноманітних видів діяльності, якими постійно користуються у своїй спеціалізації лікарі; професійне обов'язкове підтримування лікарем на належному рівні своєї компетентності та практичних навичок [69].

Безперервний професійний розвиток відрізняється від попередніх двох етапів медичної освіти (базової та післядипломної) саме за ключовими вимогами:

- медичне регулювання — засіб, за допомогою якого лікарі гарантують пацієнтам безпеку і якість медичної допомоги (відповідальність та контроль за виконанням професійних обов'язків);
- структури медичних регулюючих систем включають п'ять рівнів: персональний, груповий, робочого місця, національного і міжнародного регулювання;
- функції медичних регулюючих систем включають медичні стандарти та етику поведінки медичного персоналу, якість медичної освіти, сертифікацію і реєстрацію медичних спеціальностей і кваліфікацій, гарантію практичної придатності лікаря;
- регулюючі системи повинні розвивати стандарти для лікарів: що вони мають право робити, а що – ні (створення «протоколів алгоритму дій»);
- континіум медичної освіти повинен забезпечити засоби щодо підтримки високих стандартів медичної допомоги на всіх стадіях професійної кар'єри лікаря;

- повинен підтримуватися достовірний і надійний реєстр лікарів, яким дозволено практична діяльність на державному рівні;
- при виникненні проблем у роботі лікаря регуляторні механізми повинні забезпечити професійний розвиток та обмін інформацією між досвідченими фахівцями і початківцями як в науковій, так і в практичній галузі медицини [30].

Крім завдання підвищення рівня індивідуальної професійної освіти, цілями БПР є також збереження і розвиток компетенцій (знань, навичок і вмінь) кожного лікаря, необхідних у роботі з постійно мінливими потребами бути готовим втрутитися в процес профілактики, лікування чи реабілітації пацієнтів.

Паралельно зі світовими освітніми тенденціями у Європі розглядають пропозиції щодо розвитку європейського освітнього простору. Згідно Лісабонської стратегії у 2000 році Європейський Союз визначив спільні цілі і пріоритетні напрями: освіта впродовж життя, важливість ключових компетентностей та кваліфікацій, важливість навчання, підготовки і перепідготовки молоді відповідно сучасним освітнім вимогам та ін. [43]. В основі Лісабонської стратегії основний наголос зроблений на знання, інновації та оптимізацію людського капіталу.

Набуло важливого значення в освітній політиці ЄС і підвищення якості медичної освіти, тому було створено Європейську Раду з акредитації медичної освіти (European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)) (2000 р.), яка розробила європейську систему акредитації лікарів усіх спеціальностей в процесі навчання впродовж життя [283]. До цієї системи акредитації приєдналися європейські країни, у де-яких з них (Австрія, Болгарія, Франція, Німеччина, Угорщина, Ірландія, Італія, Польща, Словаччина, Великобританія, Швейцарія) це стало обов'язковою умовою безперервного розвитку лікаря. Акредитація проводиться через кожні 4 роки, за які лікар повинен набрати 50 кредитів у рік за певний вид діяльності (практична робота, стажування, відвідування навчальних заходів з отриманням сертифікатів успішності та ін.) [283].

Під час зустрічі ВООЗ та ВФМО в Копенгагені (2004 р.) була створена Міжнародна рада акредитації медичної освіти (Task Force on Accreditation in Medical Education), що налагодила співпрацю з Європейською Радою з акредитації медичної

освіти і спільно з нею розробила стандарти оцінювання медичних навчальних закладів. Мета акредитації - поліпшення якості медичної освіти, що передбачає: забезпечення новітніми інформаційними технологіями для впровадження наукової новизни в медичну освіту, мобілізація медичних ресурсів, стимулювання до безперервного навчання лікарів, що служить зміцненню системи охорони здоров'я та покращення стану здоров'я суспільства.

Акредитація медичної галузі повинна проводитись згідно трьох основних показників: освіта, обслуговування і стан здоров'я населення, наукові дослідження. Акредитація вищого медичного навчального закладу освіти проводиться згідно запропонованих критеріїв, які включають в себе: цілі для проведення оцінки медичних освітніх програм; мета навчальної установи; структура освітньої програми; зміст програми; педагогічні принципи і методи навчання; вивчення матеріалу і придбання навичок (лабораторне та клінічне навчання); матеріально-технічна база (бібліотеки, лекційні зали, групові кімнати, лабораторії і т.д.); фонд для клінічного навчання (лікарні, лікарі загальної практики, амбулаторної і т.д.); навчальне середовище; інформаційні технології та мережі; управління програмою з точки зору адміністрації та прийняття рішень; критерії прийому абітурієнтів, кількість студентів; підтримка студентів і консультування з програм прийому у медичні навчальні заклади; постійно діючі механізми для контролю якості; інтернаціоналізація (обмін студентами і т.д.) освіти [257].

Відповідно до Міжнародних стандартів щодо Безперервного професійного розвитку, в Європейському Союзі у 2002 році прийнята резолюція Ради Європи, в якій пропонувалось розробити норми визнання кваліфікацій професійної освіти на основі досягнень Болонського процесу. У рамках Копенгагенського процесу 2004 року було проаналізовано необхідність удосконалення якісної безперервної освіти та зроблені висновки щодо прийняття прозорих кваліфікаційних норм. Тільки у Західній Європі нараховується 442 офіційно визнаних медичних шкіл, станом на 2011 рік у Великій Британії діють 32 медичні школи, які готують бакалаврів медицини та бакалаврів хірургії, тобто майбутніх лікарів [102]. Саме британські

кваліфікації є найкращі в світі і їх можна здобути на всіх рівнях — від базового до найвищого, і з усіх дисциплін (спеціальностей).

Директива 2005/36/ЕС «Про визнання професійних кваліфікацій», підписана 7 вересня 2005 року, запропонувала систему кваліфікаційних норм, спеціальностей, терміни навчання студентів різних медичних спеціальностей та підготовка майбутніх лікарів в інтернатурі, що сприяло інтернаціональній мобільності медичних працівників і студентів, а також задовольнило потреби попиту та пропозицій на європейському ринку праці. Директивою затверджено термін навчання для медичних сестер 3 роки або 4600 годин теоретичної та клінічної підготовки (Додаток Д), а також зазначено запровадження наукового ступеню, що потребує шести років або 5500 годин навчання, а це становить 360 кредитів ECTS [218]. На даний період не сформований єдиний список спеціальностей, адже ринок праці у кожній державі не уніфікований, тому кількість спеціальностей для різних країн відрізняються у даному документі, сягаючи від 27 до 54 [268].

У Директиві 2005/36/ЕС акцентовано увагу також і на вільне переміщення фахівців, взаємне визнання їх дипломів, сертифікатів, що забезпечує прозорість визнання і гарантії особам, які отримали професійну кваліфікацію в країні-члені ЄС та хочуть працювати в іншій країні ЄС. Тому між європейськими країнами існує практика автоматичного визнання дипломів про вищу медичну освіту на підставі двосторонніх угод даних держав для лікарів, стоматологів, фармацевтів, ветеринарів, медичних сестер, акушерів. Згідно статистичних досліджень мобільності кадрів у Європейському Союзі, у Великобританії спостерігається найбільша тенденція до мобільності медичних кадрів (кожен третій лікар і кожна десята медична сестра мають медичну освіту отриману в інших країнах). Якщо у 1988 році було офіційно зареєстровано 34,5% лікарів і 12,9% медичних сестер, акушерок, то вже у 2008 році ці дані піднялись до 36,8% і 13,1% [284], що засвідчує про активну міграцію медичних кадрів з різних країн світу до Великобританії. У Польщі в 2005-2008 рр. емігрували 6,1 % лікарів, 3% медичних сестер, а приїхало в країну 1% від загальної кількості медичних фахівців.

Лісабонська конвенція ETS 165 (2008 р.) стала продовженням Директиви 2005/36/EC. У ній було повернуто увагу до окремих принципів визнання кваліфікацій: адекватний доступ до оцінки кваліфікації; заборона дискримінації за ознаками національності, віку, статі, релігії; тягар доказів про невиконання кваліфікації покладається на приймаючу сторону; автоматичне визнання кваліфікації за відсутності значних відмінностей; відкритий доступ та надання інформації; обов'язкова видача додатку до диплома про вищу освіту [181].

Як результат змін та реформ в освіті були прийняті Рекомендації Європейського Парламенту і Ради Європи 2008/C 111/01 «Про встановлення Європейської кваліфікаційної структури для можливості отримати освіту протягом усього життя» від 23 квітня 2008 року (Страсбург), як підтвердження напрямку розвитку безперервної освіти [256]. В ній зазначено, що: « мета цієї Рекомендації полягає в тому, щоб створити загальну систему, до якої звертатимуться як до засобу порівняння різних кваліфікаційних систем та їх рівнів, як для загальної так і для вищої освіти... Європейські кваліфікаційні норми повинні дозволити міжнародним галузевим організаціям узгодити свої кваліфікаційні системи із загальним європейським орієнтиром...» [256]. Їхньою особливістю стало те, що вони створили опис рівнів згідно з Європейськими кваліфікаційними нормами (ЄКН) і, таким чином, показали тісний вплив та взаємозв'язок між світовими освітніми організаціями і європейським освітнім простором.

Крім питань створення якісної медичної освіти, визнання кваліфікацій, впровадження безперервного професійного розвитку у медичній освіті також розглядаються питання безпеки пацієнтів як невідомої частини формування у майбутнього медичного фахівця культури поведінки. Так, у Франції було прийнято Національну програму по забезпеченню безпеки пацієнтів (National Program for Patient Safety) (2013 р.), що втілює 4 основних напрями, серед яких: освіта, постійне навчання, формування підтримки та культури безпеки пацієнта. Крім якісної медичної освіти та безперервного навчання медичного фахівця, для підтримки безпеки пацієнта були впроваджені програми з профілактики інфекційних захворювань, лікування наркозалежних, захист психічно хворих пацієнтів, контроль

якості фармацевтичних препаратів та ін. [282]. З даними програмами ознайомлювались студенти у медичних навчальних закладах різних рівнів акредитації (від підготовки медичних сестер, лікарів до післядипломного навчання кваліфікованих фахівців у галузі охорони здоров'я). Безпека пацієнтів розглядається як невід'ємна частина медичної освіти і професійної підготовки на всіх рівнях і для всіх медичних спеціальностей.

Аналізуючи розвиток медичної освіти в період 2004-2014 рр., можна простежити ще одну тенденцію - створення єдиного простору медичної освіти. Якщо Болонська декларація спонукала до створення Європейського простору вищої освіти, то Міжнародні стандарти сприяють розвитку єдиного простору медичної освіти. Таким чином, впровадження Міжнародних стандартів у систему освітньої політики Європейського Союзу забезпечує розвиток єдиного простору медичної освіти в контексті Європейського простору вищої освіти.

Отже, на даному етапі розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу, згідно прийнятих Міжнародних стандартів медичної освіти в період 2004-2014 рр., основними тенденціями медичної освіти стали: неперервність медичної освіти, створення єдиного простору медичної освіти як складової Європейського простору вищої освіти; спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення.

2.6. Виокремлення пріоритетних тенденцій розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу

Європейський Союз у розвитку власної освітньої політики розробив основні стратегічні цілі освіти, що відображають глобальні процеси у сучасному світі, ними стали: створення умов для розвитку дорослої людини згідно з її інтересів та здібностей, конкурентність освітніх послуг на світовому ринку, якісна підготовка кваліфікованого спеціаліста і можливість забезпечити його відповідною професійною діяльністю. Тому питаннями модернізації вищої освіти сучасної Європи активно займаються зарубіжні науковці, зокрема, Н. Батлер (N. Butler),

Е. Кох (A Cosh), Р. Ламберт (R Lambert), які акцентують увагу на тому, що інноваційний розвиток - це процес удосконалення національної економіки, що досягається переважно за рахунок практичного використання нових знань для підвищення її якості й ефективності.

Аналіз розвитку освіти в освітній політиці Європейського Союзу дає можливість виокремити взаємозалежність тенденцій цього процесу, які притаманні вищій освіті в кінці ХХ — на початку ХХІ століття та їх трансформацію, які представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

**Трансформація тенденцій розвитку вищої освіти в
освітній політиці Європейського Союзу**

Тенденції розвитку вищої освіти в ЄС в кінці ХХ ст.	Провідні тенденції освітньої політики в галузі вищої освіти ЄС в ХХІ ст.
Підвищення конкурентоспроможності європейської освіти	Створення Європейського простору вищої освіти
Доступність і відкритість освіти	Доступність і відкритість освіти
Розширення мобільності студентів, викладачів	Розширення програм мобільності студентів, викладачів
Підвищення якості та ефективності освіти (запровадження кредитної системи перезарахування залікових одиниць, створення асоціацій із забезпечення якості вищої освіти)	Підвищення якості освіти (акредитація навчальних закладів на державному та міжнародному рівні)
Розширення автономності університету (автономність у розвитку, фінансовій незалежності)	Впровадження наукової новизни, інформаційних технологій у навчальний процес для перспективного розвитку науки й освіти
Взаємне визнання дипломів і кваліфікацій	Створення уніфікованого переліку кваліфікацій та європейських спеціальностей

Взаємозалежність тенденцій розвитку вищої освіти, які доповнюють одна одну, обґрунтовується тим, що створення Європейського Союзу як міждержавного об'єднання сприяло розвитку спільної освітньої політики. Саме

конкурентоспроможність усієї європейської освіти стала основною тенденцією розвитку, а це наштовхнуло на аналіз національних освітніх систем та уніфікацію навчання. У ХХІ столітті дана тенденція трансформувалась у провідну тенденцію – створення Європейського простору вищої освіти. Для досягнення даних напрямків розвитку необхідно було розширити доступ до освіти всім верствам населення, тому тенденція доступності і відкритості вищої освіти набула актуальності. Для реалізації доступності необхідним було і розширення мобільності студентів та викладачів не тільки в межах держави, але й в межах Європейського Союзу. Саме укладення Шенгенської угоди про вільне (безвізове) пересування людей у межах Європейського Союзу у 1997 році і розроблення спільних програм Erasmus, Tempus стимулювало освоєння нових знань і надавало можливість вільному пересуванню студентів [100]. Ця тенденція є провідною і в ХХІ столітті.

Ще однією тенденцією у реформуванні освіти стало підвищення якості та ефективності освіти. В 1998 році Радою міністрів з освіти Європейського Союзу було затверджено «Рекомендації про європейське співробітництво» для забезпечення якості у вищій освіті. Контролюючим органом у 2000 році стала Європейська асоціація із забезпеченню якості вищої освіти (the Europe Network for Quality Assurance in Higher Education, ENQA) [249]. На сьогоднішній день практично всі європейські країни мають офіційно засновані агентства із забезпечення (контролю) якості вищої освіти. Провідною тенденцією підвищення якості освіти стало впровадження акредитації навчальних закладів не тільки на рівні однієї держави, а й на європейському та світовому рівні, що також стимулює підвищення якості освіти.

Невід’ємними тенденціями у розвитку освітньої політики європейських країн, після підписання «Великої Хартії університетів» (1988 р.) та впровадження Болонської декларації (1999 р.), стало розширення автономності університетів, що дало можливість активно видозмінювати процес навчання та впроваджувати новітні інформаційні технології та наукову новизну у навчальні програми, кредитну систему перезарахування залікових одиниць і взаємне визнання дипломів, що

спонукає до вдосконалення уніфікованого переліку кваліфікацій та спеціальностей у країнах Європи.

Медична освіта також видозмінюється і формує свої тенденції розвитку під впливом світових та європейських трансформацій вищої освіти, бо вона є невід'ємною і необхідною частиною освітньої політики будь-якої держави. Модернізація медичної освіти на всіх її рівнях (від навчання в медичних коледжах та університетах до безперервного професійного розвитку впродовж життя) та галузі охорони здоров'я визначила своїм пріоритетом відповідність вимогам практичної сфери охорони здоров'я населення та збереження суспільного здоров'я з урахуванням інтеграційних та світових впливів у підвищенні якості європейського простору вищої освіти.

Як бачимо, проблема медичної освіти в умовах глобалізаційних процесів набула міжнародного характеру, що знайшло своє відображення у документах міжнародних організацій (ООН, ЮНЕСКО, ЄС, ВООЗ), які мають непересічне значення для науково-дослідної і практичної освітньої діяльності. Тому позиція ВООЗ та Всесвітньої Федерації медичної освіти однозначна: сьогодні в медичній базовій і післядипломній освіті головний акцент повинен бути зроблений на підготовку лікарів, що «володіють всебічними навичками і широким світоглядом, які були б здатні інтегрувати свою роботу з діяльністю як інших працівників охорони здоров'я, так і представників різних секторів народного господарства» [51, с.250-251]. А необхідність у наукових дослідженнях допоможе у творчих пошуках шляхів реалізації завдань з урахуванням ідей освіти, особливостей її розвитку, сучасних і перспективних потреб різних секторів економіки, результатів досліджень, спрямованих на виявлення нових знань, які будуть відповідати потребам зростання мобільності ресурсів у XXI столітті.

Під час дослідження було проаналізовано нормативні та наукові джерела Європейського Союзу і встановлено та охарактеризовано періодизацію розвитку європейської медичної освіти. В кожному періоді розвитку можна виділити відповідні пріоритетні тенденції трансформації освітньої політики, які нам дають розуміння прогресивного реформування медичної освіти, що відображено в таб. 2.3.

**Тенденції розвитку медичної освіти
в освітній політиці Європейського Союзу**

№	Періоди розвитку медичної освіти	Тенденції розвитку медичної освіти в кожному періоді	Пріоритетні тенденції розвитку сучасної медичної освіти
1.	Формування освітньої політики в медичній галузі (1950-1987рр.)	<p>1.Співробітництво між національними системами медичної освіти</p> <p>2.Забезпечення конкурентоспроможності держави на ринку праці (доступність освіти і підвищення якості освіти)</p> <p>3.Сприяння академічній мобільності студентів медичних спеціальностей, професійної мобільності лікарів та викладачів</p> <p>4.Впровадження освітньої інформаційної мережі в медичну освіту для оновлення навчальних програм</p>	<p>1.Глобалізація освітньої політики ЄС в галузі медичної освіти (прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти)</p> <p>3.Підтримка академічної мобільності студентів медичних спеціальностей, професійної мобільності, лікарів та викладачів</p>
2.	Початок реформування медичної освіти (1988-1997 рр.).	<p>1.Реорганізація системи охорони здоров'я</p> <p>2.Реформування медичної освіти (визначення організаційних рівнів; підвищення ролі професійної орієнтації; тривалість проф. підготовки майбутніх лікарів-інтернів)</p> <p>3.Впровадження медичної етики, деонтології у навчальний процес</p> <p>4.Впровадження безвізового пересування студентів та фахівців медичних спеціальностей</p> <p>5.Розширення автономності медичних університетів</p> <p>6.Доступність і відкритість медичної освіти</p>	<p>2.Реформування медичної освіти (встановлення вимог до базової підготовки студентів медичних спеціальностей, розширення клінічного навчання)</p> <p>3.Поглиблення процесів полікультурності в медичній освіті</p> <p>5.Автономність медичних університетів та університетських клінік</p>
3.	Модернізація медичної освіти відпо-	1.Пріоритетність у створенні відкритого європейського простору для медичної освіти	1.Запровадження єдиної мови спілкування (вивчення іноземних мов)

	відно до вимог Болонського процесу (1998-2003 рр.)	<p>2.Реформування змісту медичної освіти (оновлення навч. планів та навч. програм підготовки майбутніх лікарів, медикоорієнтованість базових наук)</p> <p>3.Підвищення якості медичної освіти (взаємне визнання медичних спеціальностей та дипломів)</p> <p>4.Впровадження ступеневої освіти у вищих медичних навчальних закладах (бакалавр, магістр, доктор філософії)</p>	<p>3.Підвищення якості медичної освіти (акредитація медичних навчальних закладів на рівні держави і на міжнародному рівні)</p>
4.	Впровадження ідей неперервної медичної освіти (2004-2014 рр.)	<p>1.Створення єдиного простору медичної освіти, як складової європейського простору вищої освіти</p> <p>2. Неперервність медичної освіти</p> <p>3.Спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення</p>	<p>1.Створення єдиного європейського простору медичної освіти</p> <p>2.Безперервний професійний розвиток медичного фахівця</p> <p>3.Спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення</p>

Перший період характеризується створенням Європейського Союзу, формуванням освітньої політики у вищій школі та й у медичній галузі зокрема. В цьому періоді налагоджується співробітництво між національними освітніми системами. Проводиться аналіз освітніх політик та національних стратегій розвитку кожної європейської держави для вироблення спільних пріоритетів розвитку освітньої політики Європейського Союзу. Тенденція вироблення спільних пріоритетів розвитку освітньої політики вперше прозвучала при підписанні Римської угоди (1957 р.), де основним завданням було приведення національних законодавств до загальноєвропейських норм [52]. Це відображено у створенні Консультативного комітету з питань медичної підготовки та заснуванні асоціації медичних вузів у Європі. Для кращого взаєморозуміння освітніх політик була створена Європейська освітня інформаційна мережа (1980 р.). Тенденція розширення інформаційної мережі сприяла співробітництву і доступності в медичній освіті, а впровадження прогресивних технологій та наукової новизни у навчальний процес покращувало формування спільних пріоритетів розвитку освіти [244].

Таким чином, провідною тенденцією розвитку медичної освіти стало співробітництво між національними системами медичної освіти задля вироблення спільних пріоритетів розвитку освітньої політики ЄС. На сучасному етапі реформування дана тенденція трансформувалась у тенденцію глобалізації та інтеграційності розвитку освітньої політики Європейського Союзу.

Для становлення Європейського Союзу важливою тенденцією є забезпечення конкурентоспроможності держави та кваліфікованого працівника. Для Болонської декларації конкурентоспроможність європейських освітніх послуг стала спільною тенденцією розвитку освітньої політики ЄС [62]. Саме для реалізації цієї тенденції була укладена угода про мобільність лікарів (1965 р.). У подальшому почали розробляти програми для розширення мобільності як для студентів (ERASMUS, 1986 р.) так і для викладачів та звичайних громадян європейських країн (безвізовий режим пересування з 1997 року), що і зараз підтримується.

Отже, у перший період розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу переважають такі тенденції, як: співробітництво між національними системами медичної освіти, забезпечення конкурентоспроможності держави на ринку праці (доступність освіти і підвищення якості освіти), сприяння академічній мобільності студентів медичних спеціальностей, професійної мобільності викладачів та лікарів, впровадження освітньої інформаційної мережі в медичну освіту для оновлення навчальних програм. Деякі з цих тенденцій стали пріоритетними у розвитку сучасної медичної освіти: глобалізація та інтеграційність освітньої політики ЄС у галузі медичної освіти, підтримка мобільності студентів-медиків і викладачів.

На вплив інтеграційних процесів відреагувала і галузь охорони здоров'я, яка почала реформуватись у напрямі створення нової політики охорони здоров'я на глобальному, регіональному та національному рівнях (Алма-Атинська декларація (1978 р.)). Таким чином це стало однією з тенденцій другого періоду розвитку медичної освіти.

Единбурзька декларація (1988 р.) започаткувала реформи в медичній освіті. Було звернено увагу на важливість та необхідність професійної орієнтації молоді на

медичні спеціальності, впровадження медичної етики у навчальний процес і культуру поведінки з пацієнтами та приведення змісту освіти до сучасних потреб суспільства [275].

Уперше на даній конференції прозвучала тенденція навчання упродовж життя, яка пройшла наскрізно через всі періоди розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу.

«Докторська директива» (1993 р.) продовжила реформування медичної освіти, що відобразилось у тривалості підготовки медичних спеціалістів та більш конкретно надала рекомендації щодо вдосконалення навчальних планів і програм підготовки майбутніх лікарів, що надають певні компетенції під час навчання. Метою даного документу стало створення умов для мобільності лікарів завдяки взаємному визнанню медичних кваліфікацій, спеціальностей та дипломів, що сприятиме поліпшенню медичної допомоги [217]. А це накладає відповідальність на навчальні заклади за якість надання освітніх медичних послуг.

Тенденція автономності університетів відображена у прийнятті документу - Велика Хартія Університетів (1988 р.), що спонукав до розширення прав та свобод (автономності) університетів [248]. Для медичної освіти цей документ важливим є тим, що він розширив автономність не тільки університетів, а й дав поштовх до розвитку автономності університетських клінік, які є необхідною ланкою у формуванні медичних компетенцій, медичної етики, впровадження у навчальний процес новітніх технологій у діагностиці та лікуванні пацієнтів.

Вища освіта у європейських країнах перебуває в постійному динамічному розвитку, спрямованому як на збереження національної основи освіти, так і на її удосконалення відповідно до потреб людини і суспільства. Критерії відкритості та доступності вищої освіти в освітній політиці Європейського Союзу поступово реалізувались через збільшення кількості студентів у різних країнах Східної та Західної Європи, як показано в табл. 2.4., що є необхідною ланкою формування прогресивної європейської нації.

**Статистичні дані кількості студентів, які навчаються
у вищих навчальних закладах ЄС**

Країни Європейського Союзу	2001	2010	2012	% студентів медичних спеціальностей на 2012р.
Європейський Союз	16,517.3	19,841.2	20,088.6	14,3
Великобританія	2,067.3	2,479.2	2,495.8	17,6
Франція	2,031.7	2,245.1	2,296.3	16,0
Польща	1,775.0	2,148.7	2,007.2	8,5

Такий прогрес можливий тільки за рахунок посилення зв'язків між виробництвом (вивчення потреб на ринку праці), освітою (можливість якісної підготовки висококваліфікованого спеціаліста) і потребами суспільства (потреба у навчанні, особиста реалізація, інформованість про навчальні заклади).

Доступність і відкритість європейської освіти підтверджується і прийнятими документами: Меморандум про вищу освіту (1991 р.), в якому чітко визначила мету і роль вищої освіти; Маастрихська угода (1992 р.) розширила можливості доступності через обов'язкове вивчення іноземної мови [213]. Реалізація їх положень стала важливим компонентом і у розвитку медичної освіти, бо, у такий спосіб можна було отримувати професійний клінічний досвід при роботі з різними пацієнтами в прогресивних університетських клініках країн Європи та світу, а це, в свою чергу, потребувало від студентів медичних спеціальностей володіння елементами полікультурності. Саме вивчення медичної етики давало можливість правильно себе вести майбутньому лікарю не тільки з пацієнтами, але й з його родичами незалежно від політичних поглядів, релігійної та расової приналежності. Тому поглиблення процесів полікультурності і запровадження єдиної мови спілкування стало пріоритетними тенденціями розвитку медичної освіти у ХХІ столітті, бо медичний фахівець зобов'язаний надати не тільки кваліфіковану допомогу, але й зрозуміти пацієнта і етично себе вести у різних країнах.

Отже, загальними тенденціями розвитку медичної освіти в європейських державах в період 1988-1997 рр. стали: реорганізація системи охорони здоров'я; реформування медичної освіти (визначення організаційних рівнів; підвищення ролі професійної орієнтації; тривалість професійної підготовки майбутніх лікарів); впровадження медичної етики, деонтології у навчальний процес; введення безвізового пересування студентів та фахівців медичних спеціальностей; розширення автономності медичних університетів; доступність і відкритість медичної освіти.

Пріоритетними тенденціями сьогодення залишились: реформування медичної освіти (встановлення вимог до базової підготовки студентів медичних спеціальностей, розширення клінічного навчання), поглиблення процесів полікультурності в медичній освіті, автономність медичних університетів та університетських клінік, запровадження єдиної мови спілкування.

Підвищення якості медичної освіти розпочалось із підписання угоди про медсестринську освіту (1968 р.), де були встановлені вимоги до вступу, тривалості та змісту навчання [37]. Медична освіта є професійною освітою і підготовка медичного працівника розпочинається з медичних коледжів, що також формують якість освіти та рівень здоров'я суспільства. В Единбурзькій декларації акцентовано увагу на підвищення рівня підготовки викладачів-лікарів як необхідної частини у покращенні якості надання освітніх послуг [275]. «Докторська директива» (1993 р.) рекомендувала створити єдиний медичний випускний іспит для стимуляції якості медичної освіти. Пізніше ця рекомендація була підтримана Європейською асоціацією із забезпечення якості вищої освіти. Другий етап Болонського процесу (2001 р.) також визнав необхідність підвищення якості освіти і тому Радою Європи (2002 р.) була прийнята Робоча програма та резолюція, яка передбачає створення до 2010 року системи освіти, що стане загальноєвропейським стандартом якості через прозорість освіти та визнання дипломів і кваліфікацій [241]. Міжнародна рада акредитації медичної освіти розробила стандарти для оцінки навчальних програм медичної освіти для підвищення якості освіти, що знайшли своє відображення у «Міжнародних стандартах медичної освіти» (2003 р.) [257].

Таким чином, тенденція підвищення якості медичної освіти також є наскрізною для всіх періодів розвитку медичної галузі.

Відповідно до вимог Болонської декларації основними тенденціями розвитку медичної освіти даного періоду слід вважати: пріоритетність у створенні відкритого європейського простору для медичної освіти, реформування змісту медичної освіти (оновлення навчальних планів та програм підготовки майбутніх лікарів, медикоорієнтованість базових наук), підвищення якості медичної освіти (взаємне визнання медичних спеціальностей та дипломів), впровадження ступеневої освіти у вищих медичних навчальних закладах (бакалавр, магістр, доктор філософії).

Четвертий період розвитку медичної освіти проходить у XXI столітті, тому тенденції, які тут виділяються, є пріоритетними для подальшого вдосконалення медичної галузі. Ними стали: створення єдиного простору медичної освіти, як складової європейського простору вищої освіти, неперервність медичної освіти, спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення.

Створення Європейського простору вищої освіти (2010 р.) пройшло довгий етап формування та розвитку. Ця тенденція вперше прозвучала під час підписання Єдиного європейського акту (1986 р.), де було висловлена ідея про створення Європейського Союзу [264]. А Велика Хартія Університетів (1988 р.) підтримала спільний розвиток в освіті, адже університет є основною ланкою вищої освіти, що об'єднує національні цінності, нові тенденції в науці, техніці та ринок праці [248]. Болонська декларація «Зона європейської вищої освіти» була спрямована на зміцнення взаємозв'язків та покращення взаєморозуміння між різними освітніми системами, що стимулювало створення спільної сфери європейської вищої освіти [18]. Це призвело до глобальних перетворень національних систем освіти, створення Єдиного простору вищої освіти, який і сьогодні розвивається та вдосконалюється для підвищення конкурентоспроможності освітньої галузі у відповідності до ринку праці, доступності та мобільності для студентів, піднесення якості освіти [20].

Безперервний професійний розвиток – тенденція, яка характерна для всіх етапів розвитку медичної освіти. Вперше заговорили про навчання як таке, що може тривати впродовж життя, на Алма-Атинській конференції (1978 р.). Подальшого

поширення їй надала Единбурзька декларація (1988 р.), підтримав цей напрям медичної освіти Ж. Делор на конференції ЮНЕСКО (1991 р.) [44]. 1996 рік був проголошений роком навчання упродовж життя в освітній галузі Європейського Союзу [245]. В 1997 році ЮНЕСКО прийняло велику програму «Освіта для всіх протягом усього життя», а в стандартах ВФМО безперервний професійний розвиток розглядається як професійне зобов'язання кожного лікаря [215]. З 2007 року у Європі діє Програма пожиттєвої освіти (lifelong learning), яка активно впроваджує і підтримує навчання на всіх етапах життя та професійної діяльності кожного європейця [28].

Обговорення проблем щодо якості надання медичних послуг відповідно до стану здоров'я суспільства відбувалось на 30-й Асамблеї ВООЗ (1977 р.), де було проголошено девіз «Здоров'я для всіх до 2000 року», а 1984 року Європейське відділення ВООЗ затвердило першу групу Європейських завдань з охорони здоров'я, що започаткувало Європейську політику досягнення здоров'я для всіх [212]. У 1993 році принципи збереження здоров'я були відображені і в Резолюції 48.8 «Переорієнтація медичної освіти та медичної практики в ім'я здоров'я для всіх» [278], що стало вагомим критерієм у підготовці навчальних програм медичної освіти з орієнтацією на пропаганду здоров'язбереження. Адже здоров'я кожної нації пов'язане з якісною підготовкою лікаря, що формується у різних медичних навчальних закладах.

Якраз якість надання медичних послуг і формує тенденцію покращення рівня здоров'я населення, що є провідною у всіх періодах розвитку медичної галузі, від реформування галузі охорони здоров'я (Алма-Атинська декларація) до впровадження міжнародних стандартів медичної освіти [269], оскільки є основною метою медичної освіти у підготовці кваліфікованого медичного спеціаліста.

Отже, аналізуючи розвиток медичної освіти кінця ХХ – на початку ХХІ ст. в освітній політиці Європейського Союзу, нами було виокремлено загальні та пріоритетні тенденції розвитку медичної освіти. До загальних тенденцій віднесено: забезпечення конкурентоспроможності держави на ринку праці, співробітництво між національними системами медичної освіти для вироблення спільних пріоритетів

розвитку освітньої політики, розробку програм мобільності студентів, вільного руху лікарів і громадян Європейського Союзу, реформування системи охорони здоров'я та медичної освіти (оновлення навчальних планів та програм, впровадження ступеневої освіти, взаємне визнання дипломів та спеціальностей), впровадження медичної етики, розширення автономії університетів та підвищення якості освіти, створення єдиного європейського простору освіти, підтримку навчання упродовж життя, покращення рівня здоров'я населення. За період трансформації медичної освіти певні тенденції розвитку були успішно впроваджені, деякі пройшли наскрізно через усі періоди і залишились актуальними й сьогодні.

Пріоритетними тенденціями розвитку сучасної медичної освіти стали: глобалізація освітньої політики ЄС у галузі медичної освіти (прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти); підтримка академічної мобільності студентів медичних спеціальностей та професійної мобільності лікарів і викладачів; встановлення вимог до базової підготовки студентів медичних спеціальностей; розширення клінічного навчання; полікультурність медичної освіти; автономність медичних університетів та університетських клінік; запровадження єдиної мови спілкування (вивчення іноземних мов); акредитація медичних навчальних закладів на рівні держави і на міжнародному рівні; створення єдиного європейського простору медичної освіти для безперервного професійного розвитку медичних фахівців; спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення.

Висновки до розділу 2

На основі аналізу наукових джерел нами було виокремлено основні періоди розвитку медичної освіти в кінці XX – на початку XXI ст. в освітній політиці Європейського Союзу:

I період – формування освітньої політики в медичній галузі (1950-1987 рр.).

II період – початок реформування медичної освіти (1988-1997 рр.).

III період – модернізація медичної освіти відповідно до вимог Болонського процесу (1998-2003 рр.).

IV період – впровадження ідей неперервної медичної освіти (2004-2014 рр.).

Освіта є основною базою і головним інструментом інноваційного розвитку суспільства. Прийняті на світових форумах (Алма-Атинська конференція (1978 р.), Единбурський конгрес (1988 р.)) нові стратегії розвитку системи охорони здоров'я і медичної освіти забезпечили поєднання загальнолюдських гуманістичних універсалій з національною та регіональною специфікою способу життя і реальних систем медичної допомоги в Європі.

Встановлено, що система освіти, особливо медична освіта, в усіх розвинутих країнах зазнає суттєвих не лише кількісних, а й якісних змін. Спостерігається відмова від енциклопедичності старих навчальних програм, що спрямовувались виключно на оволодіння знаннями, та впровадження інформаційної мережі в медичну освіту для оновлення навчальних програм.

Аналіз основних періодів розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу дав можливість виділити загальні тенденції: у першому періоді (1950-1987 рр.) – співробітництво між національними системами медичної освіти, забезпечення конкурентоспроможності держави на ринку праці, сприяння академічній мобільності студентів медичних спеціальностей, професійної мобільності лікарів та викладачів, впровадження освітньої інформаційної мережі в медичну освіту для оновлення навчальних програм; у другому періоді (1988-1997 рр.) – реорганізація системи охорони здоров'я; реформування медичної освіти (визначення організаційних рівнів, підвищення ролі професійної орієнтації, тривалості професійної підготовки лікарів-інтернів); впровадження медичної етики, деонтології у навчальний процес; безвізове переміщення студентів та фахівців медичних спеціальностей; розширення автономності медичних університетів; доступність і відкритість медичної освіти; у третьому періоді (1998-2003 рр.) – пріоритетність у створенні відкритого європейського простору для медичної освіти, реформування змісту медичної освіти (оновлення навчальних планів та програм підготовки лікарів, медикоорієнтованість базових дисциплін), підвищення якості медичної освіти (взаємне визнання медичних спеціальностей та дипломів), впровадження ступеневої освіти у вищих медичних навчальних закладах (бакалавр,

магістр, доктор філософії); у четвертому періоді (2004-2014 рр.) – створення єдиного простору медичної освіти, як складової європейського простору вищої освіти, неперервність медичної освіти, спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення.

Дослідженням з'ясовано, що країни Європи реформують національні системи медичної освіти під прямим впливом світових тенденцій розвитку освіти і використовують для створення загальної законодавчої бази міжнародні стандарти та декларації. Тому основними завданнями та напрямками розвитку медичної освіти в Європейському Союзі стали:

- аналіз та адаптація стандартів ВФМО в європейському контексті медичної освіти і Болонського процесу для встановлення вимог до акредитації медичних навчальних закладів у Європі;
- отримання набору стандартів якості для медичної освіти в Європейському Союзі, на основі розвитку і адаптації існуючих навчальних планів та програм реформування медичної освіти.

На сучасному етапі розвитку європейського суспільства на перший план виступають такі пріоритетні тенденції розвитку сучасної медичної освіти: глобалізація освітньої політики ЄС у галузі медичної освіти (прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти); підтримка академічної мобільності студентів медичних спеціальностей та професійної мобільності лікарів і викладачів; встановлення вимог до базової підготовки студентів медичних спеціальностей; розширення клінічного навчання; полікультурність медичної освіти; автономність медичних університетів та університетських клінік; запровадження єдиної мови спілкування (вивчення іноземних мов); акредитація медичних навчальних закладів на рівні держави і на міжнародному рівні; створення єдиного європейського простору медичної освіти для безперервного професійного розвитку медичних фахівців; спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення.

Матеріали, що увійшли до розділу, опубліковані автором у наукових статтях у фахових виданнях та у збірниках наукових праць [103, 104, 105, 107, 109, 111, 113].

РОЗДІЛ 3

ВИКОРИСТАННЯ ДОСВІДУ ОСВІТНЬОЇ ПОЛІТИКИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ

У розділі охарактеризовано розвиток медичної освіти в Україні за роки незалежності; розкрито перспективні напрями використання позитивного досвіду освітньої політики Європейського Союзу в медичній освіті України, що сприяє модернізації, інтеграції та взаємозбагаченню форм і методів навчання.

3.1. Характеристика розвитку медичної освіти України за роки незалежності

Вища освіта є фундаментом людського розвитку та прогресу суспільства, а кінець ХХ століття відзначений в Україні прискореним розвитком вищої освіти. Інтеграційні процеси, що відбуваються в світі та в європейських країнах безпосередньо впливають на розвиток української держави. Такий процес спонукав до перегляду національної доктрини розвитку освіти. Виходячи з цього, необхідно було визначити основні напрями освітніх реформ, які відбуваються в державі та можуть спонукати до подальшої трансформації.

Державну політику у сфері вищої освіти визначає Верховна Рада України, яка покликана надавати пріоритетність освітньої галузі в інституційному регулюванні, адже розвиток освіти є комплексним напрямом діяльності держави. Чинна Конституція України, прийнята Верховною Радою України у 1996 році, закріпила право громадян України на отримання освіти. Тому освітня політика держави цілеспрямована на національну систему освіти з метою побудови нової, заснованої на національних освітніх традиціях і на сучасних європейських тенденціях розвитку освіти, моделях освітніх систем, які відповідають актуальним і перспективним потребам особи, суспільства і держави.

За даними Державного комітету статистики на початку XXI століття в Україні у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації навчалось біля 1402,9 тис. студентів, з них в медичних навчальних закладах налічувалось біля 4727 студента. У 2010 році мережа вищих навчальних закладів становила 813 закладів I-IV рівнів акредитації та форм власності (табл. 3.1), в тому числі 197 університетів, 62 академії, 98 інститутів, 204 коледжі, 130 технікумів, 121 училище та 1 консерваторію (на відміну - у Франції на 63 мільйони населення - 82 державних університети, 5 католицьких університетів та приватні навчальні заклади; у Великій Британії на 61 мільйон населення – 142 вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації державної форми власності).

Таблиця 3.1

Навчальні заклади України I - IV рівнів акредитації

	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Кількість закладів всього	813	805	785	767	664
Чисельність студентів	2 418 111	2 246 363	2 106 174	1 992 882	1 689 226

До навчальних закладів медичного спрямування належать: 54 медичні коледжі, 47 медичних училищ, 2 інститути медсестринства, 12 медичних університетів, 2 медичні академії, 1 Національний фармацевтичний університет та 3 академії післядипломної освіти, з них 6 медичних університетів і медична академія післядипломної освіти (м.Київ) мають статус національних [154].

На 2014 рік в Україні (без Криму) функціонують 19 вищих медичних закладів, із них 12 університетів, 3 академії післядипломної освіти, 1 інститут народної медицини та 2 факультети (Суми й Ужгород) при університетах з обсягом прийому на лікарські спеціальності - 5165 осіб.

Відповідно до «Щорічної доповіді про результати діяльності системи охорони здоров'я України» (2010 р.) кадровий потенціал сфери охорони здоров'я змінюється (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Кадровий потенціал сфери охорони здоров'я України	1995	2000	2005	2010
Всього лікарів усіх спеціальностей, (тис)	230	226	224	225
Всього середнього мед. персоналу, (тис.)	540	486	438,8	428,7

У порівнянні з 1990 роком чисельність медичних працівників скорочується, що вказує на необхідність швидкого та продуктивного реформування медичної освіти, а також ефективного та якісного управління сферою охорони здоров'я (Додаток Г).

Таблиця 3.3

Кадровий потенціал сфери охорони здоров'я Франції	1995	2000	2005	2010
Всього лікарів усіх спеціальностей, (тис)	323	330	338	331
Всього середнього мед. персоналу, (тис.)	591	651	742	822

На відміну від України у Франції кількість медичних працівників дещо вища (табл. 3.3), це дає можливість для більш якісного обслуговування населення і покращення рівня здоров'я нації, що є важливим критерієм розвитку держави.

Свого часу Р. Бартом писав: «Немає нічого дивного в тому, що час від часу в певній країні виникає прагнення звернутися до фактів власного минулого й описати їх задля того, аби зрозуміти, що з ними можна зробити сьогодні: такі процедури переоцінки є і повинні бути систематичними». І справді, коли аналізуєш своє минуле, можеш уникнути багатьох помилок у побудові майбутнього.

Слід зазначити, що на початку третього тисячоліття Україна пережила черговий складний етап свого розвитку. Після здобуття в 1991 році незалежності наша держава почала формувати власну систему вищої освіти. Нові завдання, поставлені перед загальноосвітніми навчальними закладами в Законі України «Про загальну середню освіту» та в Національній доктрині розвитку освіти в Україні в XXI столітті, вимагають якісних змін в управлінні всіма ланками системи освіти. У Державній національній програмі «Освіта» («Україна XXI століття») вперше

окреслено шляхи оптимізації системи управління освітою на загально-державному, регіональному та місцевому рівнях, розкрито питання, пов'язані з доступом до вищої освіти, змістом та координацією системи вищої освіти, методами викладання, автономією вищих навчальних закладів, державним контролем за освітою, планування й фінансування освіти, демократизацією управління навчальними закладами відповідно до соціально-економічних, соціокультурних і суспільно-політичних критеріїв розвитку європейської держави.

Україна почала змінювати вектор державної освітньої політики в сторону європейської інтеграції. Для досягнення таких змін у системі вищої освіти, особливо медичної, на думку В. Москаленка, необхідне поєднання таких вагомих чинників:

- система підготовки лікарів із системою їх використання для надання первинної, вторинної спеціалізованої і високоспеціалізованої-третинної медичної допомоги населенню;

- наявність кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів для підготовки лікарів та помічників;

- наявність сучасних ефективних моделей медичної освіти [128, с. 23].

Аналізуючи ці чинники, можна відзначити, що необхідно об'єднати навчання майбутніх лікарів із сучасною медичною практикою, використовуючи провідні моделі викладання та постійний розвиток як викладачів, так і медиків, а це, в свою чергу, потребує нових кадрових та фінансових ресурсів.

Основною рушійною силою до змін у національній освітній політиці є те, що освіта XXI століття повинна забезпечувати неперервність у всіх ланках навчання, створювати необхідні умови для доступу кожної людини до оволодіння новими знаннями, цінностями, відносинами і вміннями.

На четвертому саміті країн-учасників Болонського процесу, який відбувся 19-20 травня 2005 року в місті Берген (Норвегія), Україна офіційно оформила свій вступ до Болонського процесу (Комюніке конференції Міністрів країн Європи). Ця важлива подія є реалізацією стратегічного курсу України на інтеграцію до Європейського Союзу, забезпечення всебічного входження України у Європейський політичний, економічний, правовий, культурно-освітній і науково-технічний простір

[127, с. 25]. Приєднанням до Болонського процесу Україна чітко визначила орієнтир на входження в науковий і освітній простір Європи з його єдиними вимогами, критеріями і стандартами, започаткованими в тексті Болонської декларації (1999 р.), яка базувалась на принципах та підходах, закладених Лісабонською конвенцією (1997 р.) та Сорбонською декларацією (1998 р.) [124, с. 6].

Певною відмінністю між Україною та країнами Європейського Союзу стало те, що європейські країни були більшою мірою підготовлені для прийняття викликів інтеграції, відкритості та мобільності. Тому необхідність у вивченні передового досвіду освітньої політики Європи є актуальною серед вітчизняних вчених та державних діячів для формування вітчизняної освітньої політики.

Законодавча база української суверенної держави щодо функціонування національної системи вищої освіти напрацьовувалась поступово, з урахуванням вітчизняного досвіду та принципів європейської освітньої політики. Розглядаючи питання розвитку освітньої галузі, особливо реформування медичної освіти, доцільно виділити три пакети законодавчих і нормативних актів, в яких визначені шляхи модернізації системи усієї вищої освіти. Перший пакет охоплює ключові державні документи, які містять основоположні засади щодо принципів розвитку освіти в процесі розбудови громадянського суспільства, прав громадян на здобуття вищої освіти, їх участь у діяльності громадських об'єднань, управлінні державою. Це – Декларація про державний суверенітет України (липень 1990 р.), Акт проголошення незалежності України (серпень 1991 р.) та Конституція України (червень 1996 р.). Другий пакет документів об'єднує закони та постанови Верховної Ради України, Укази Президента України, розпорядні документи Кабінету Міністрів України і державних комітетів з питань реформування системи освіти, в тому числі вищої медичної освіти, перебудови структури та навчально-виховного процесу у вищих навчальних закладах. До третього пакету належать законодавчі та нормативні акти щодо юридичних засад функціонування молодіжних, у тому числі студентських організацій, їх ролі в життєдіяльності вищих навчальних закладів усіх рівнів акредитації [10].

У Законі України «Про освіту» (травень 1991 р.) було вказано, що освіта є пріоритетною сферою соціально-економічного, духовного і культурного розвитку суспільства та визначено стратегію, політику і конкретні завдання реформування системи вищої освіти [67]. У Державній національній програмі «Освіта» («Україна XXI століття»), яку затвердив Кабінет Міністрів України (листопад, 1993 р.) розпочався етап реформування освіти у напрямку до євроінтеграції [145].

В цих документах визначалися наступні завдання: забезпечити перехід до гнучкої, динамічної, ступеневої системи підготовки фахівців, яка дасть змогу задовольнити потреби і можливості особистості у здобутті певного освітнього та кваліфікаційного рівня за бажаним напрямком відповідно до її здібностей; формування мережі навчальних закладів як за освітнім, так і за кваліфікаційним рівнями (Додаток А), типами навчальних закладів, формами і термінами навчання, що задовольняло б інтереси регіону і держави в цілому; підвищення культурного і освітнього рівня суспільства; інтеграція України у світовий освітній простір. Тому освітня реформа в Україні, на думку А. Сбруєвої, була спрямована не лише на впровадження нової моделі педагогічного процесу, а й на принципову зміну завдань освіти [183]. Головними напрямками модернізації освіти стало створення умов для розвитку і самореалізації кожної особистості, формування покоління, здатного навчатися впродовж усього життя, продукувати і розвивати цінності громадянського суспільства.

Отже, основною тенденцією у розвитку вітчизняної вищої освіти на початку 90-х років стало формування власної системи освіти та освітньої політики.

У контексті цих загальних змін відбувався й процес реформування медичної освіти в Україні. В 90-х роках Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України почало працювати над основними принципами і конкретними заходами щодо реформування національної вищої медичної школи і наближення її до європейських стандартів. Зокрема, було розроблено і впроваджено кількеступеневу підготовку медичних фахівців: бакалавр (лікар-бакалавр, медична сестра-бакалавр), спеціаліст (лікар); збільшено у навчальних програмах і планах обсяг самостійної роботи студентів, скорочено до двох (замість чотирьох) кількість факультетів, здійснено

перехід на півтора-трьохрічну інтернатуру. Ці зміни не були ухвалені всіма медичними закладами і тому не мали підтримки та інтенсивного розвитку [166].

Уперше, в 1989 році, ректором Національного медичного університету імені О. О. Богомольця академіком Є. Гончаруком було проголошено ідею створення концепції неперервної медичної освіти в Україні [187]. Подальшим кроком у цьому напрямі була «Програма розвитку медичної освіти в Україні на період 1993 – 2002 рр.», яку затвердила Колегія Міністерства охорони здоров'я України і яка була схвалена Комісією Верховної Ради України з питань охорони здоров'я [139]. Вона передбачала систему заходів з розробки і введення безперервної медичної освіти різного рівня та підвищення кваліфікації спеціалістів. Програма включала:

- 1) професійну орієнтацію – організація на базі старшої середньої школи медичних ліцеїв при вищих навчальних закладах або профільних класів;
- 2) підготовку молодших спеціалістів – медичних сестер і помічників лікаря шляхом реорганізації навчального процесу у медичних училищах і створення нових навчальних закладів (медичних коледжів);
- 3) підготовку лікаря-бакалавра – шляхом поступової реорганізації існуючої системи медичної освіти, яка передбачала прийом на перший курс студентів на медичні і стоматологічні факультети з 5-річним терміном навчання за новими навчальними планами;
- 4) підготовку лікаря-спеціаліста – спеціалізація в інтернатурі за базовими лікарськими спеціальностями терміном 2 - 4 роки з державною атестацією та видачею сертифіката на право самостійної практичної лікарської діяльності;
- 5) підготовку лікаря-магістра – організація магістратури з основних лікарських спеціальностей для лікарів-спеціалістів і талановитої молоді, які виявили схильність до наукової роботи;
- 6) перепідготовку і удосконалення – шляхом реорганізації системи атестації лікарів на кваліфікаційні категорії (II, I, вища) [125].

Отже, перші кроки до підвищення рівня медичної освіти в Україні були зроблені. Законодавча база також підтверджувала дані зміни, з'явилися різноманітні

закони, накази, постанови, які давали поштовх для покращення розвитку медичної освіти.

У трансформації медичної освіти, яка розпочалась у 1991 р. і продовжується й сьогодні, можна виділити такі етапи [124]:

- розробка нових навчальних планів та програм (1992, 1994, 1996, 2002, 2005, 2007, 2009 та 2010 рр.) залежно від моделі спеціаліста, якого потребувала сфера охорони здоров'я України;

- запровадження і постійне вдосконалення системи медичних ліцензійних іспитів «Крок» як інструменту зовнішнього оцінювання МОЗ України мінімального обов'язкового рівня професійної компетентності студентів і лікарів, починаючи з 1996 р.;

- створення і запровадження Галузевих стандартів вищої медичної освіти (2003, 2004 рр.) і розробка нового покоління нормативно-методичної навчальної документації для медичних університетів;

- 2004/2005 н.р. – підготовчий етап до впровадження у вищих медичних навчальних закладах України європейської кредитно-трансферної системи, який включав: проведення на базі Національного медичного університету імені О. О. Богомольця нарад МОЗ України для проректорів з навчальної роботи, начальників навчальних відділів, участь у міжнародних конференціях з питань Болонського процесу, опанування науково-педагогічними працівниками навчальної програми «Вища освіта та Болонський процес», створення перших в Україні посібників для ВМНЗ України з загальних питань модернізації медичної освіти на європейських засадах, підготовка довідників і лекцій для студентів про особливості організації навчального процесу за кредитно-модульною системою, розробка нового покоління типових і робочих навчальних програм, інформаційного та методичного забезпечення [121];

- 2005-2012 рр. – практична реалізація вимог Болонського процесу щодо створення інноваційного навчально-виховного середовища для навчання студентів за кредитно-модульною системою; отримання лікарями, які повністю виконали на додипломному етапі вимоги нового навчального плану (проект ЄКТС) та нових

навчальних програм з дисциплін, диплома спеціаліста, додатків до диплома вітчизняного та міжнародного (Diploma Supplement) зразків.

- 2011-2014 рр. – видача додатка до диплома міжнародного зразка, що сприяє адаптації національної системи вищої освіти до єдиного європейського освітнього стандарту.

Дослідженням встановлено, що введення нової форми навчання розпочалося з появи профільних класів (10-11-го) у середніх школах та медичних ліцєях (гімназіях) при вищих навчальних закладах. Так Чернівецький ліцєй № 3 медичного профілю заснований 6.10.1995р. при Чернівецькому медичному інституті, ліцєй при Донецькому державному медичному інституті імені Максима Горького створений розпорядженням представника Президента України від 10.08.1992р. № 179 [101]. Луганський обласний комунальний медико-біологічний ліцєй-інтернат організований у липні 1993 року і проводив теоретичні та практичні заняття медичного спрямування на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб Луганського державного медичного інституту. Одним з інноваційних середніх загальноосвітніх навчальних закладів принципово нового типу, який здійснював допрофесійну підготовку учнівської молоді на медичні спеціальності, є Український медичний ліцєй як структурний підрозділ Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. У даних закладах зверталась особлива увага на вивчення біології, анатомії, генетики, гістології, хімії, латинської та іноземних мов, інформатики. Загальноосвітня система викладання в 10-11 класах поєднувалась із спецкурсами медичного спрямування. Проводилась виробнича практика в медичних закладах. Випускники складали державні іспити і за конкурсом (або рейтингом) вступали до медичних навчальних закладів різного рівня [139].

У 1993/94 навчальному році в медичних училищах відбулася реорганізація навчального процесу та атестація даних закладів і акредитація з визначенням їх рівня в підготовці спеціалістів. Створені медичні коледжі, які могли працювати як окремий навчальний заклад зі своєю навчально-теоретичною базою, або відкривались при інститутах, університетах (в Чернівецькому державному медичному інституті в 1994 році був відкритий факультет підготовки помічника

лікаря – медичний коледж. Перший набір студентів становив 12 чоловік) [207]. Відповідно до Наказу МОЗ України № 247 від 25.06.2001р. «Про затвердження Примірного положення про базове медичне училище (коледж) та переліку базових вищих медичних закладів I-II рівнів акредитації України» були створені базові медичні коледжі (училища) з метою підвищення якості підготовки молодших медичних спеціалістів та бакалаврів медицини і вдосконалення навчально-виховного процесу. Базовий навчальний заклад ставав методичним центром для всіх медичних закладів області. У ньому започатковувався та розповсюджувався передовий досвід навчально-методичної та виховної роботи, створювалось науково-методичне забезпечення, впроваджувались активні форми і методи навчання, сучасні технічні засоби.

На 2001 рік до переліку базових вищих медичних закладів I-II рівнів акредитації України входило 27 медичних училищ та коледжів [131]. Вони стали невід'ємною складовою цілісної системи неперервної медичної освіти. Це дало можливість створити медичні коледжі на базі кращих медичних училищ з потужною методичною та матеріальною базою [131]. Навчання в цих закладах передбачало підготовку молодших спеціалістів двох рівнів:

- медична сестра та спеціалісти прирівняні до них. Термін навчання після повної середньої школи – 2 роки;
- помічник лікаря, термін навчання після медичного училища – 2 роки, після середньої школи – 4 роки. Молодші спеціалісти після закінчення навчального закладу на конкурсній основі за рейтингом мали можливість зарахуватись на 2-й і 3-й курси медичного університету (інституту).

Варто наголосити, що впродовж цього періоду були скасовані підготовчі курси при медичних інститутах, як такі, що не виправдали себе. В 1992/93 навчальному році проведена реорганізація Київського медичного інституту в Український державний медичний університет імені О. О. Богомольця [126], Харківського медичного інституту – в Харківську медичну академію, Львівського медичного інституту – у Львівський медичний університет.

Із 1994/95 навчального року у вищих медичних навчальних закладах організовується магістратура з основних лікарських спеціальностей для лікарів-спеціалістів і талановитої молоді, які виявили схильність до наукової роботи. Термін навчання для лікарів-спеціалістів становив 1 рік, а для лікарів-бакалаврів - 2-3 роки в залежності від фаху лікаря.

Підготовка лікаря-бакалавра розпочалась з 1998 року і проводилась на медичних кафедрах університетів, інститутів та медичних академій. Тривалість навчання за новим навчальним планом становила 5 років. На 1-й курс вступали за конкурсом випускники загальних середніх шкіл при складанні іспитів з фізики або хімії, біології, української та іноземної мови. Випускники медичних гімназій та ліцеїв вступали на 1-й курс на конкурсній основі за рейтингом результатів випускних іспитів. Медична освіта лікаря-бакалавра за спеціальністю «Лікувальна справа» забезпечувала рівень знань, умінь і практичних навичок для надання невідкладної лікарської допомоги та спеціалізації в інтернатурі. Після закінчення 5-річного курсу навчання одержаний диплом не надавав права на самостійну лікарську діяльність, тому необхідно було продовжити навчання в інтернатурі [197]. В подальшому підготовка лікаря-бакалавра не була підтримана медичними навчальними закладами і не мала реалізації на ринку праці як самостійна спеціальність, тому не була повністю реалізована.

Підготовка лікаря-спеціаліста проходила в інтернатурі протягом 2-4 років за базовими лікарськими спеціальностями терапевтичного, хірургічного та педіатричного напрямків. Даний курс включав два етапи: навчання на кафедрах вищих медичних закладів, та стажування на базах відповідних медичних стаціонарів. Після завершення навчання лікарі складали іспит і отримували сертифікат на право самостійної практичної діяльності.

Щодо змісту навчального навантаження, то структура навчального плану передбачала дотримання логічної послідовності викладання гуманітарних, соціально-економічних, фундаментально-наукових та окремих професійно-орієнтованих дисциплін. Викладання гуманітарних і соціально-економічних дисциплін заплановано відповідно до нормативних документів Міністерства

освіти України і є обов'язковими для всіх вищих навчальних закладів [134]. Спеціальна підготовка проводиться на 4-5-му курсах за навчальними планами та програмами, затвердженими і погодженими з МОЗ України.

Слід зазначити, що з клінічних дисциплін для занять у поліклініці відводиться не менш як 25 % годин, передбачених для відповідної дисципліни. При розрахунку годин враховано, що робочий тиждень студента медичних спеціальностей повинен становити 54 години (1 кредит), з яких 36 годин для аудиторної і 18 годин для позааудиторної самостійної роботи. Студенти, які мають диплом «Медична сестра», «Акушерка», «Фельдшер» (лікувального профілю), можуть звільнитися від занять із догляду за хворими і скласти недиференційований залік з цього курсу під час навчання. Вони також мають право не проходити практику з догляду за хворим і медсестринську після 2-3-го курсів, але зобов'язані скласти відповідний залік. Усі, без винятку, студенти повинні проходити практику в санітарно-епідеміологічній службі (лабораторії).

Обсяг годин освітньо-професійної програми повної вищої медичної освіти за рівнем «лікаря-спеціаліста» за 6 років навчання становить 12998 год. – (100 %), з них: гуманітарні дисципліни – 1 188 год.(9,1 %); соціально-економічні дисципліни – 432 год. (3,3 %); фундаментальні дисципліни – 2 180 год. (16,8 %); професійно-орієнтовані дисципліни – 7 902 год. (60,8 %); курси за вибором – 324 год. (2,5 %); – виробнича практика – 972 год. (7,5 %) [133].

Для студентів, які навчались у медичних ліцєях та медичних ліцєйних класах при вищих медичних закладах, можна було змінювати кількість годин з біофізики, медичної біології, загальної хімії, інформатики тощо, проводити навчання за інтегрованими навчальними планами ліцєй – вищий навчальний заклад, погодженими з Головним управлінням навчальних закладів та кадрів МОЗ України [133]. Таким чином, розроблені і теоретично обґрунтовані лекційні, практичні і лабораторні курси з фундаментальних дисциплін були спрямовані на максимальну підготовку ліцєїстів до вивчення цих предметів на першому курсі медичного університету.

Розвиток медичної освіти вимагав не тільки змін змісту навчальних предметів, але і вказував шляхи впровадження в навчальний процес нових прогресивних методів, засобів навчання і наукового дослідження. Існуюча система вищої медичної освіти включала два ступені вивчення навчальних дисциплін: на першому рівні засвоювались переважно дисципліни загальнотеоретичні та загальнобіологічні (навчання в медичному ліцеї, перші та другі курси медичного університету), на другому – здійснюється головна спеціальна, наукова і професійна лікарська підготовка [162].

Була проведена атестація і акредитація всіх навчальних закладів, реорганізація певних закладів в університети, академії, коледжі, ліцеї, гімназії. Розроблено навчальні плани і програми підготовки лікарів-спеціалістів в інтернатурі з 46 спеціальностей, згідно Наказу МОН України від 03.04.96р. №70 «Про зміни до навчального плану підготовки лікарів у навчальних закладах України». У ньому головною метою визначено забезпечення такої структури і змісту навчального процесу, які змогли б реалізувати сучасну концепцію вищої медичної освіти в Україні, що передбачає дотримання єдиної базової професійної підготовки майбутніх лікарів (незалежно від подальшої профілізації) з видачею всім випускникам медичних факультетів дипломів єдиного зразка [132].

Паралельно розвивалась і медсестринська освіта, як підрозділ медичної освіти. Згідно розвитку концепції вищої неперервної ступеневої освіти, було розроблено освітньо-професійні програми та навчальні плани підготовки медичних сестер двох рівнів – дипломованої та бакалавра (дипломована медична сестра – I рівень (термін підготовки – 3 роки на базі повної загальної середньої освіти та 4 роки – на базі базової середньої освіти); медична сестра-бакалавр – II рівень (термін підготовки – 1 рік після завершення I рівня) [161]. З 1995 року почали створюватись факультети медсестринства у медичних університетах. Відповідно до наказу МОЗ України № 35 від 24. 02. 2000 р. «Про затвердження Положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування» і «Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.» (наказ МОЗ від 8. 11. 2005 р. № 585), у 2008 році три навчальні заклади – Житомирський інститут медсестринства, Тернопільський державний медичний

університет імені І. Я. Горбачевського та Буковинський державний медичний університет здійснили набір студентів до магістратури за спеціальністю «Сестринська справа» [154]. Даний рівень підготовки передбачає здобути освіту медсестри-викладача (педагога), медсестри-адміністратора (керівника), медсестри-науковця (дослідника).

Провідними тенденціями у розвитку медичної освіти України в кінці 90-х років минулого століття стали: модернізація навчальних планів і зміна навантаження у студентів медичних спеціальностей; акредитація медичних навчальних закладів та їх реорганізація.

Протягом 1996-2002 рр. були внесені зміни до існуючих і розроблені нові законодавчі та нормативні акти з проблем розвитку вищої освіти. Важливе значення для вдосконалення медичної освіти мало «Положення про державний вищий навчальний заклад», затверджене Кабінетом Міністрів України у вересні 1996р. В ньому охарактеризовані суб'єкти освітньої діяльності (університет, (класичний університет), академія, інститут, консерваторія, коледж, технікум (училище)) та визначені їх головні завдання щодо провадження освітньої діяльності.

До затвердження державних стандартів вищої освіти (вимоги до державних стандартів вищої освіти визначені постановою Кабінету Міністрів України від 07.08.98 № 1247 «Про розроблення державних стандартів вищої освіти» та наказом Міністерства освіти України від 31.07.98 № 285 «Про порядок розробки складових нормативного та навчально-методичного забезпечення підготовки фахівців з вищою освітою») державна атестація студентів здійснюється у формі ліцензійного інтегрованого іспиту (стандартизований тестовий державний іспит - нормативна форма державної атестації) та державних іспитів або практично-орієнтованого державного іспиту [161]. З 1998 року була розроблена і поетапно запроваджена нова модель державної атестації підготовки медичних кадрів. За участю Національної ради медичних екзаменаторів (NBME) з метою підвищення рівня якості медичної освіти та для зовнішнього оцінювання знань студентів в Україні був створений Центр тестування при МОЗ України, який запровадив методи зовнішнього оцінювання рівня підготовки майбутніх лікарів напряму «Медицина» за

спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа», фармацевтів – ліцензійні іспити «Крок 1» – іспит з теоретичного курсу (підсумковий 1-3 років навчання), «Крок 2» – випускний іспит з клінічних дисциплін, «Крок 3» – іспит підвищеної складності з клінічних дисциплін для інтернів, які отримали високу оцінку у Всесвітній та Європейській асоціації медичної освіти [15]. У 2000 році ліцензійний іспит став обов'язковим для випускників стоматологічних факультетів, а в 2002 – для медичних, педіатричних та медико-профілактичних факультетів, у 2004 – для лікарів-інтернів, 2007 – інтернів-стоматологів, 2006 – медичних сестер, 2009 – фармацевтів. Згідно з «Положенням про організацію та порядок проведення державної атестації студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації за напрямом підготовки «Медицина», затвердженим наказом МОЗ України від 31.01.2005 № 53, введено ліцензійний інтегрований іспит «Крок 2» як стандартизований тестовий державний іспит разом із практично-орієнтованими іспитами, що вважається нормативною формою державної атестації випускників вищих медичних навчальних закладів. Дане тестування запроваджене з метою підвищення рівня додипломної та післядипломної підготовки, для управління якістю медичної освіти, згідно європейських стандартів.

Відповідно до Угоди про партнерство та співробітництво між ЄС і нашою державою, яка набрала чинності у березні 1998 року [201], з метою реалізації стратегічного курсу на європейську інтеграцію і створення передумов для набуття Україною членства в Європейському Союзі Указом Президента України було затверджено Стратегію інтеграції України до Європейського Союзу (1998 р.). В ній зазначалося, що одним із пріоритетних напрямів європейської інтеграції було визначено культурно-освітню і науково-технічну інтеграцію, що полягає у впровадженні європейських норм і стандартів у освіті, науці і техніці, поширенні власних культурних і науково-технічних здобутків у країнах Європейського Союзу.

Таким чином, реформа медичної освіти на період 1991-2002 рр. передбачала програму заходів щодо вдосконалення нормативно-правової бази, стандартизації системи вищої медичної освіти, поглиблення взаємозв'язку навчального процесу з

науковою та лікувальною діяльністю вищих навчальних закладів, розвитку співпраці з міжнародними, міжурядовими і неурядовими організаціями, фондами і програмами (ЄС, ВООЗ), удосконалення системи незалежного оцінювання рівня компетентності студентів та лікарів (провізорів)-інтернів шляхом проведення ліцензійних інтегрованих іспитів тощо. Адже сутність медичної освіти полягає не просто в професійній орієнтації, направленій на всебічний розвиток творчого потенціалу особистості, а насамперед в активності того, кого навчають, адже саме він багато в чому визначає свою навчальну діяльність і керує нею відповідно до поставленої мети [50, с. 196-203]. Це все можливе за умови мобілізації освітніх можливостей усіх сфер життєдіяльності суспільства, використання необмежених ресурсів і потенціалу закладу для якісної підготовки кваліфікованого медичного фахівця.

Накопичений вищою школою України досвід дозволив розпочати процес інтегрування в систему освіти Європи. З цією метою Міністерство освіти і науки України у 1999 році розробило спеціальну програму реалізації положень Болонської декларації у вищих навчальних закладах нашої держави. Визначальними критеріями освіти в рамках Болонського процесу стали: якість підготовки фахівців; зміцнення довіри між суб'єктами освіти; відповідність європейському ринку праці; мобільність; сумісність кваліфікації на вузівському та післявузівському етапах підготовки; посилення конкурентоспроможності Європейської системи освіти, а не тільки запровадження ступеневої освіти.

Шляхи реалізації названих завдань конкретизувала Національна доктрина розвитку освіти, затверджена Указом Президента України та схвалена II Всеукраїнським з'їздом працівників освіти у 2001 році. В ній визначено, що в умовах становлення в Україні громадянського суспільства, правової держави, правової демократичної системи саме освіта має стати найважливішим чинником гуманізації суспільно-економічних відносин, формування нових життєвих орієнтирів особистості [136].

Для подальшого розвитку медичної освіти в Україні створено групу супроводу Болонського процесу при Міністерстві освіти і науки України та Національну групу

промоутерів Болонського процесу. Наказом МОЗ України № 148 від 22.03.2004р. «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти» було призначено базові заклади з координації робіт щодо реалізації положень Болонської декларації: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Донецький національний медичний університет імені Максима Горького [129]. З 2004/2005 навчального року у медичних вузах започатковано викладання навчальної дисципліни для викладачів, аспірантів та магістрантів «Вища медична освіта і Болонський процес». Виданий відповідний наказ МОЗ України № 685 від 31.12.2004 «Про експериментальне впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації у 2004-2010 рр.»

Водночас у 2004 році створена Концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні на 2004-2010 роки, в якій основний наголос у формуванні кваліфікованого кадрового потенціалу ставиться на впровадження ефективної системи підготовки. Тому, на думку М. Білінської, основними принципами підготовки медичних працівників мають стати [12]:

- безперервність та ступеневість освіти залежно від кваліфікації (профільні класи або ліцеї – вищі заклади освіти – медичні установи);
- динамічний характер навчання (постійна корекція змісту освіти відповідно до досягнень науки, практики, розвитку сфери охорони здоров'я та потреб суспільства);
- підготовка висококваліфікованих медичних спеціалістів широкого профілю (лікарів за спеціальністю «Сімейна медицина»), а також фахівців з поглибленими знаннями певного напрямку медичної справи та гнучкістю оперативно реагувати на потреби країни у спеціалістах нових напрямів;
- відкритість системи підготовки медичних спеціалістів (використання передових інформаційних технологій навчання);

- забезпечення об'єктивного контролю рівня якості підготовки фахівців (стандартизовані методики визначення рівня знань та вмінь);
- практичне поєднання теорії викладання та практики (певні моделі навчання в університетських клініках);
- формування та усвідомлення студентом медичних спеціальностей загальнолюдських цінностей, морально-етичної і правової культури (вивчення медичної етики, нормативно-правової бази медичного спрямування) [12].

Таким чином, основу реформування системи підготовки майбутніх лікарів, відповідно до цієї концепції, складають:

- введення нової моделі організації навчального процесу у вищому навчальному закладі – кредитно-модульній системі ECTS, заснованої на поєднанні модульних технологій навчання і залікових кредитів оцінювання [135]. Система передбачає збільшення самостійної роботи студентів та можливість їх активної участі у навчальному процесі, введення прозорої багатобальної рейтингової шкали оцінювання успішності, що при структуруванні навчальних дисциплін на модулі може стати основою підвищення якості підготовки фахівців.

- розробка нових навчальних планів та програм підготовки медичних фахівців на основі кредитно-модульної форми організації навчального процесу. Її реалізація потребувала таких підходів:

- створення навчальних планів у кредитах та приведення навчального навантаження до 60 кредитів за 1 рік і 360 кредитів за 6 років навчання для студентів медичних вузів або 300 кредитів за 5 років навчання – для студентів стоматологічних факультетів;
- введення рейтингової бальної оцінки успішності студентів та конвертація її у національну та Європейську систему;
- приведення переліку назв та принципів викладання основного блоку дисциплін навчального плану до таких, які мають місце в більшості країн ЄС та світу;
- вивчення клінічних дисциплін шляхом ротації циклів або їх модулів з впровадженням принципів доказової медицини;

- забезпечення як теоретичної так і практичної професійної підготовки студентів безпосередньо під час вивчення відповідних модулів дисциплін;
- матеріально-технічне забезпечення навчальних закладів;
- створення нових підручників, посібників, тестових завдань, комп'ютерних, діагностичних програм [165].

Важливим заходом у реалізації Концепції реформування системи підготовки лікарів в Україні було Рішення колегії Міністерства охорони здоров'я № 5 від 12.05.2004 р. «Про подальші заходи щодо покращання діяльності вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та закладів післядипломної освіти». У ньому, на основі аналізу діяльності системи організацію вищої медичної освіти України в контексті Болонського процесу, колегія відзначила ряд недоліків і відмінностей, а саме: відсутність систематичної підготовки студентів протягом навчального семестру, року; низький рівень активності студентів до пізнання і відсутність елементів «першості» в навчальних досягненнях; можливість необ'єктивного оцінювання знань студентів; значні затрати бюджету та часу на проведення екзаменаційних сесій [165].

Окрім зазначеного, система медичної освіти має ще й такі недоліки у порівнянні з системою підготовки лікарів у країнах ЄС:

- вузьку спеціалізацію на додипломному етапі студенти медичних спеціальностей проходять на рівні 7-ми спеціальностей замість 3-х як у Європейському Союзі;

- перевантаження навчальних планів як за кількістю дисциплін, так і за обсягом навчальних годин, обмежена можливість вибору навчальних дисциплін самим студентом;

- малий обсяг самостійної роботи (самоосвіти) студентів при тижневому навантаженні аудиторних годин близько 34 (замість 24 годин);

- відсутність індивідуальних навчальних планів студентів;

- «стрічкова система» організації навчального процесу;

- блок дисциплін «гуманітарної та соціально-економічної підготовки» майже вдвічі більше, ніж у ЄС (1516 годин = майже 60 кредитів в Україні проти 28,5 кредитів в ЄС), при цьому значна кількість дисциплін вивчається в середній школі;

- назви деяких дисциплін та системи їх вивчення не збігаються з тими, що є в країнах ЄС;

- відсутній єдиний реєстр практикуючих лікарів і тому державне замовлення на їх підготовку орієнтовне;

- співвідношення викладач/студенти становить 1:8 замість 1:4-5 в ЄС;

- відсутність власних клінік в багатьох вітчизняних медичних університетах;

- низький рівень володіння іноземними мовами як студентів так і викладачів та брак коштів для підтримки програм навчання за кордоном;

- застаріла матеріально-технічна база та недостатність можливостей щодо розвитку практичних навичок [17].

Для вирішення даних проблем Колегія Міністерства охорони здоров'я України вирішила виділити короткострокові (2004-2006н.р.) та середньострокові (2006-2009 н.р.) пріоритетні плани реформування галузі вищої медичної (фармацевтичної) освіти України

На 2004-2005 н.р. затверджено: розробку і введення нового навчального плану, заснованого на принципах кредитно-модульної системи організації навчального процесу; обґрунтоване визначення державного замовлення, згідно потреб ринку праці, в підготовці спеціалістів, бакалаврів, молодших спеціалістів; приведення у відповідність із Європейськими нормами кількості викладачів медичних вузів, яке повинно становити співвідношення викладач/студенти 1: 5; приведення у відповідність із вимогами нової методології організації навчального процесу матеріально-технічної бази; розробку й затвердження навчальних програм нового покоління та рейтингової системи оцінки якості підготовки студентів.

У 2005-2006 н.р. передбачалось: запровадження нового навчального плану на 1, 2, 6-му роках навчання; необхідне кадрове, матеріально-технічне, методичне забезпечення навчального процесу; укладання договорів із вузами-партнерами ECTS по обміну студентами [138].

На 2006/2007 н.р.заплановано: запровадження нового навчального плану 3-го року навчання; кадрове, матеріально-технічне, методичне забезпечення навчального процесу.

У 2007/2008, 2008/2009 н.р.: запровадження нового навчального плану на 4,5-му роках навчання; кадрове, матеріально-технічне, методичне та інформаційне забезпечення навчального процесу [165].

Варто зазначити, що з метою поліпшення якості медичної освіти та на виконання Указу Президента України № 1694 від 06.12.2005р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» у медичних університетах почали створюватись університетські клініки (Запорізький медичний університет, Дніпропетровська медична академія, Харківський національний медичний університет та Харківська медична академія післядипломної освіти), які оснащені сучасною апаратурою та забезпечені висококваліфікованими кадрами та стануть лідерами у запровадженні новітніх медичних технологій.

Відповідно до наказу МОЗ України № 621 від 21.11.2005р. «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів», був установлений перелік спеціальностей в інтернатурі (Додаток Б) та збільшено термін підготовки лікарів в інтернатурі з хірургічних, терапевтичних і педіатричних спеціальностей до двох-трьох років.

7-8 грудня 2005 року відбулась Національна нарада з стратегії розвитку вищої медичної та фармацевтичної освіти України за участю експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я та Всесвітньої федерації медичної освіти. На її розгляд представлена Концепція реформи медичної освіти в Україні, де чітко визначено мету реформування [125]: відповідність системи медичної освіти в Україні вимогам практичної сфери охорони здоров'я населення та підвищення якості підготовки медичних кадрів шляхом введення ефективної системи організації навчального процесу; гармонізація вітчизняної медичної освіти вимогам Європейського Союзу.

Щоправда, проблемними питаннями діяльності вищої медичної школи залишились:

- Відсутність відповідного фінансування у проекті Державного бюджету на 2006 рік щодо запровадження у вищих навчальних закладах та закладах післядипломної освіти співвідношення викладач-студент 1 до 6, що передбачене чинним законодавством (нині співвідношення складає 1: 8) [165].

- Повільне створення університетських клінік у вищих медичних навчальних закладах, що обумовлено відсутністю порозуміння з боку міських і обласних державних адміністрацій та обласних і міських рад щодо передачі вищим медичним навчальним закладам майнових комплексів лікарень комунальної форми власності.

- Практична відсутність державного фінансування на видання підручників та навчальних посібників.

- Обмежене фінансування науково-дослідних робіт у вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах МОЗ України.

- Обмеження Міністерством економіки та Міністерством фінансів обсягів фінансування на виконання МОЗ України державного замовлення на підготовку лікарів та забезпечення матеріально-технічної бази медичних навчальних закладів.

- Повільні темпи запровадження засад Болонського процесу у навчальний процес внаслідок низької мотивації у професорсько-викладацького складу, який на 25% складається з осіб пенсійного віку [157].

Разом з тим було визначено шляхи вирішення цих питань:

- поліпшення соціального захисту викладачів і студентів (збільшення заробітної плати та стипендій);

- достатнє фінансування вищої медичної школи на виконання державного замовлення на підготовку лікарів відповідно до потреб держави;

- достатнє фінансування медичної науки на виконання державного замовлення щодо наукових розробок;

- прийняття постанови Уряду щодо повернення вищим медичним навчальним закладам університетських клінік, які за постановою РНК СРСР були передані у власність міських громад на початку 50-х років минулого сторіччя;

- реалізація Концепції про підготовку лікарів в Україні відповідно до стандартів ЄС [197].

Аналіз джерельної бази дає підстави констатувати, що за визначений період було запроваджено європейську кредитно-трансферну систему (ECTS) у вищих навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації (2006-2007рр.), затверджено «План дій щодо забезпечення якості вищої освіти України та її інтеграції в європейське і світове освітнє співтовариство на період до 2010 року» [171].

Із 2005 року припинена додипломна спеціалізація лікарів (медико-профілактична справа, педіатрія, медична психологія) як така, що суперечить європейським стандартам. Запроваджено новий навчальний план підготовки медичних фахівців (згідно наказу МОЗ України від 31.01.2005р. №52), де зменшено навчальне навантаження для студентів і збільшено кількість годин на самостійну роботу, для старших курсів ліквідовано сесію і запроваджено рейтингове оцінювання знань [138]. Активно впроваджується в навчальний процес інформатизація освіти завдяки електронним навчальним програмам (MOODLE, LMS тощо). На сайтах університетів та кафедр розміщені навчально-методичні матеріали, що дають змогу студентам застосовувати дистанційне навчання у підготовці до самостійної роботи. Адже позааудиторна робота є самостійною пізнавальною діяльністю студента в процесі професійного навчання і платформою формування відповідальності, самовиховання, самоосвіти. Практичні навички відпрацьовуються на віртуальних тренажерах (роботах-стимуляторах, манекенах-імітаторах, муляжах тощо), що сприяє формуванню клінічного мислення у майбутнього лікаря. На практичних заняттях викладачем організовується моделювання реальних ситуацій розвитку, протікання, діагностики та лікування різноманітних захворювань з використанням ролевих ігор і спільним вирішенням проблем на основі аналізу кожної ситуації (діагнозу) Клінічні кафедри приділяють особливу увагу діагностиці невідкладних станів та наданню медичної допомоги на догоспітальному етапі у дорослих і дітей згідно стандартів та протоколів МОЗ України.

У процесі дослідження нами встановлено, що основними тенденціями у розвитку медичної освіти України на початку XXI століття стали: орієнтація на євроінтеграцію та підвищення якості медичної освіти шляхом запровадження

європейської кредитно-трансферної системи, введення у навчальний процес інформаційних технологій.

Наступним кроком у модернізації системи медичної освіти стала Концепція розвитку вищої медичної освіти, затверджена наказом МОЗ України №522/51 від 12.09.2008 року. Вона базується на таких принципах [89]:

- Впровадження системи підготовки медичних кадрів, які забезпечать збереження та відновлення здоров'я населення шляхом надання гарантованого рівня медичної допомоги відповідно до державних стандартів.

- Впровадження підготовки лікарів широкого напрямку на додипломному етапі, здатних на післядипломному етапі отримати спеціалізацію лікаря загальної практики/сімейного лікаря для надання первинної медичної допомоги як найефективнішої в більшості країн світу.

- Підвищення якості підготовки медичних кадрів, конкурентноздатних на Європейському й світовому ринках праці.

Кінцевою метою реалізації Концепції є досягнення таких цілей: збереження та зміцнення здоров'я населення; підвищення якості медичних послуг, що надаються; підвищення якості освітньої та наукової діяльності вищих медичних навчальних закладів; конкурентноздатність фахівців медичної галузі на Європейському та світовому ринках праці.

Основний акцент у цей період був поставлений на ефективну систему підготовки медичних кадрів та підвищення рівня якості навчання, адже в квітні 2007 року Україна стала одним із 18 членів Європейського реєстру із забезпечення якості. Головними напрямками реалізації Концепції визначено [89]:

1. Приведення якості вищої медичної та фармацевтичної освіти до європейських стандартів.

2. Удосконалення нормативно-правової бази реформування медичної освіти.

3. Визначення особливостей запровадження засад Болонського процесу щодо ступеневості вищої медичної та фармацевтичної освіти з обов'язковим урахуванням національних особливостей та потреб галузі охорони здоров'я.

4. Розширення співпраці вищих навчальних закладів з науковими установами Академії медичних наук України та розвиток міжнародного співробітництва.

5. Удосконалення системи незалежного від вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти оцінювання рівня компетентності студентів та лікарів (провізорів)-інтернів шляхом проведення ліцензійних інтегрованих іспитів.

6. Становлення інституту резидентури на післядипломному етапі підготовки лікарів та забезпечення розвитку системи безперервного професійного розвитку фахівців.

7. Ліквідацію кадрового дефіциту в галузі шляхом збільшення обсягів державного замовлення та пріоритетної підготовки медичних та фармацевтичних кадрів відповідно до потреб первинної ланки закладів охорони здоров'я, особливо тих, що розташовані у сільській місцевості.

8. Поліпшення соціального статусу викладачів та студентів вищих медичних навчальних закладів.

9. Створення мережі університетських лікарень МОЗ України та клінік при вищих навчальних закладах і покращення взаємозв'язку навчального процесу з науковою та лікувальною діяльністю вищих навчальних закладів.

10. Збільшення обсягів фінансування за рахунок коштів державного бюджету та підвищення ефективності використання фінансових та матеріально-технічних ресурсів, які залучаються для забезпечення розвитку вищої медичної (фармацевтичної) освіти [89].

За цей період був розглянутий та проаналізований зарубіжний і вітчизняний досвід в галузі громадського здоров'я, у вищій медичній освіті та в управлінні охороною здоров'я. Велика увага приділялась якісному навчанню медичного персоналу і його впливу на сферу охорони здоров'я, що в значній мірі визначає завдання вищих медичних вузів України в подальшій модернізації освіти. Як зазначають науковці, медичні кадри є важливою складовою медичної сфери, що забезпечує процеси її успішного функціонування [70]. Наявність достатнього по чисельності, добре підготованого і мотивованого персоналу, який володіє

необхідними навичками і компетенціями, готовий до безперервного професійного розвитку є запорукою вирішення важливих завдань системою охорони здоров'я.

Необхідно зауважити, що реформи в медичній освіті відбуваються повільно і медичну галузь критикують як у світі, так і в Україні. Більшість сучасних навчальних планів не враховують реальних проблем охорони здоров'я своєї країни. Навчання охоплює лише вузький спектр проблем здоров'я, навчання проходить на клінічних кафедрах і мало проводиться практичних занять біля самого хворого в реальних умовах. Щоб допомогти медичній освіті розвиватись, варто чітко уявляти потреби, думки і сподівання громадян, тому варто проводити опитування, анкетування людей та статистичний аналіз медичної галузі. Медична освіта – безупинний процес, який починається з моменту вступу до медичного факультету і закінчується припиненням лікарем активної практики [88]. Тому кожен навчальний заклад може використовувати свої методології та підходи до навчання реалізуючи принципи безперервного професійного розвитку. Метою медичної освіти є якісна підготовка компетентних та високоморальних лікарів.

Таким чином, нами було виокремлено основні тенденції реформування медичної освіти в даному періоді, а саме: підвищення якості освіти і виховання високоморальних медичних фахівців, впровадження інноваційних технологій у навчальний процес, адаптація до соціально орієнтованої ринкової економіки, інтеграція в європейський освітній простір, забезпечення рівного доступу до освіти, удосконалення механізму управління та фінансування, соціальний захист усіх учасників навчально-виховного процесу, прискорення розвитку вищої освіти як визначального чинника інноваційного розвитку суспільства.

Водночас встановлено, що для успішного розвитку медичної освіти необхідно модернізуватись у декількох напрямках:

- активна модернізація вітчизняної освітньої політики щодо розвитку медичної освіти та галузі охорони здоров'я на законодавчому рівні за підтримки європейської законодавчої бази;
- забезпечення доступності високоякісної освіти; створення умов для профільного, екстернатного і дистанційного навчання; підвищення ефективності

мережі вищих навчальних закладів для задоволення потреб держави у фахівцях з вищою освітою; розроблення та впровадження державних стандартів нового покоління, національної системи кваліфікацій, інформатизації та комп'ютеризації навчально-виховного процесу; створення науково-інформаційного простору для молоді;

- забезпечення подальшого розвитку співпраці з міжнародними міжурядовими і неурядовими організаціями, фондами і програмами (ООН, ЄС, ЮНЕСКО, Радою Європи, Світовим банком), залучення додаткових джерел для підтримки реформування освіти в Україні та створення каналів інформаційного обміну з іноземними державами.

Виконання даних інновацій дасть можливість забезпечити перехід до нової якості освіти і виховання, підвищення індексу рівня освіти (ІРО) та індексу людського розвитку (ІЛР) на регіональному та загальнодержавному рівні, приведення у відповідність з європейськими стандартами наукового та науково-методичного забезпечення усіх ланок освіти [118].

Варто зазначити, що в березні 2008 року в Брюсселі Україна стала повноправним урядовим членом Європейського реєстру забезпечення якості (EQAR), метою діяльності якого є забезпечення прозорості і доступної інформації про агенції із забезпечення якості вищої освіти, що функціонують і розвиваються в Європі, сприяння підвищенню довіри до ВНЗ та мобільності студентів [152]. У 2011 році вперше в історії вищої школи України українські вищі навчальні заклади з'явилися у визнаних світових рейтингах університетів. За даними Webometrics (Вебометрікс), станом на 03.01.2013 року з українських медичних вищих закладів освіти в Інтернеті найбільш широко представлені Донецький державний медичний університет – 2021 місце; 4394 – Буковинський державний медичний університет; 5970 – Українська медична стоматологічна академія; 7246 – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; 7812 – Одеський державний медичний університет; 8309 місце – Луганський державний медичний університет [261]. Це вказує на те, що вітчизняні медичні навчальні заклади працюють над підвищенням якості надання освітніх послуг, що сприятиме співпраці

між різними університетами в обміні інформацією з розвитку освіти і науки та підвищенні мобільності серед студентів і викладачів.

Отже, основними змінами щодо модернізації медичної освіти в Україні в досліджуваний період стали: розширення міжнародних зв'язків українських вищих навчальних закладів, демократизація управління в системі освіти, доступність вищої медичної освіти, розширення мережі вищих медичних навчальних закладів (відкриття нових факультетів), підвищений стимул суспільства до самоосвіти та адаптації, змін у науково-технічному прогресі та на ринку праці, мобільність суспільства не тільки в межах держави, але й Європи, світу.

3.2. Перспективні напрями використання позитивного досвіду освітньої політики Європейського Союзу в медичній освіті України

Із входженням України до Болонського процесу (2005 р.), вітчизняна вища школа розвивається з урахуванням його вимог і рекомендацій. Медична освіта є вагомою частиною професійної освіти, тому вона також увійшла в процес реформування освітньої політики держави. Вище викладене дає підставу стверджувати – вивчення європейської й національної вищої освіти під кутом зору інтеграції є актуальним особливо для розвитку медичної освіти і зумовлене потребами організації охорони здоров'я (реформування медичної галузі, підвищення рівня здоров'я населення, профілактика різноманітних захворювань та зменшення кадрового дефіциту).

Згідно європейських тенденцій розвитку медичної освіти для підвищення морально-етичних і професійних якостей медичних фахівців на Всеукраїнському з'їзді лікарських товариств та організацій (2009 р.) прийнято Етичний кодекс лікаря України, що допоможе інтегруватись у європейську медичну галузь.

Після підписання Договору про вступ України в Раду Європи, країна зобов'язалась виконувати всі заходи співпраці і статутних обов'язків як держави - члена Ради Європи. Це також допомагає спільно розвиватись та інтегруватись у європейське суспільство та в європейський освітній простір. Відповідно Плану дій

Ради Європи для України на 2011 – 2014 рр. від 23.06.2011р. в Проекті 3.3.8: Європейська ідентичність і освіта (Європейський простір вищої освіти) вказано основну мету: «Забезпечити проведення реформи вищої освіти в Україні на основі європейських стандартів і належної практики, зокрема, що стосується нормативно-правової бази та стандартів кваліфікацій, відповідно до принципів Європейського простору вищої освіти», а також «надати експертну допомогу у створенні національної нормативно-правової бази, що повною мірою відображає принцип автономії університетів та академічної свободи та відповідність принципам Європейського простору вищої освіти» [163].

Водночас приєднання до Великої Хартії університетів (*Magna Charta Universitatum*), яке відбулося 16 вересня 2011 року з участю ректора національного медичного університету імені О. О. Богомольця академіка В. Москаленка, стало важливим кроком у розвитку медичної освіти України. Її метою є визначення найважливіших цінностей університетських традицій і сприяння тісним зв'язкам, співпраці між університетами Європи і розвитку вітчизняних медичних університетів та університетських клінік. Цим актом університет підтвердив свою належність до академічної співдружності університетів Європи, яка, долаючи політичні та соціальні бар'єри, формує принципи інтеграції Європи в суспільство, що надає всім громадянам потрібні права та свободи, різноманітні порівнянні та адекватні послуги у сфері культури, науки й освіти [168].

Згідно з «Державною програмою розвитку освіти на 2011-2014 роки» та відповідно до наказу МОЗ України № 62 від 29.01.2013 р. «Про впровадження Протокольного рішення наради ректорів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України від 15 січня 2013 року та затвердження складу робочих груп щодо його виконання», було створено робочі групи, які складаються з представників вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти, представників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій для розробки проектів нормативно-правових актів МОЗ України з питань реформування та підвищення ефективності післядипломної

медичної та фармацевтичної освіти, розвитку системи безперервного розвитку лікарів та провізорів; удосконалення системи державної підсумкової атестації студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації; для розроблення методичних рекомендацій щодо державного розподілу, порядку працевлаштування та зарахування в інтернатуру [168]. Також для підвищення якості медичної освіти затверджено рейтингові показники оцінки результатів діяльності вищих медичних навчальних закладів та їх керівників [177]. Затверджено план заходів щодо посилення контролю за якістю підготовки медичних фахівців. Інноваційним стало впровадження форми індивідуального обліку засвоєння студентами та лікарями-інтернами практичних навичок та методик, передбачених Наскрізною програмою підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів вищих медичних навчальних закладів для оволодіння практичними навичками та методиками [168].

У 2011 році відбувся перший випуск лікарів, які мали можливість отримати Додаток до диплома європейського зразка. Почала діяти державна система атестації випускників відповідно до пріоритетної тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу – підвищення якості медичної освіти. Студентська рада стала кандидатом у члени Національних студентських спілок Європи (ESIB) [129], що свідчить про позитивний європейський інтеграційний процес у нашій державі.

На виконання пункту 4 доручення Кабінету Міністрів України № 69158/1/1-10 від 23.11.2010р. та доручення Президента України № 1-1/2753 від 19.11.2010р., наказу МОЗ України № 1074 від 03.12.2010р. «Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів» [130] та з метою забезпечення поліпшення якості підготовки лікарів на додипломному та післядипломному етапах навчання, подальшого євроінтеграційного розвитку вищої медичної освіти та її реформування відповідно до потреб галузі створена Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 року. Дана Програма спрямована на підвищення якості підготовки медичних фахівців, вирішення проблеми кадрового забезпечення первинної ланки галузі охорони здоров'я, поліпшення якості надання кваліфікованої медичної допомоги

населенню, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищих навчальних закладів на вітчизняному та міжнародному ринках праці [173].

Актуальність Програми обумовлена сучасними вимогами до рівня якості підготовки фахівців з вищою медичною освітою; реформуванням галузі охорони здоров'я; розвитком інноваційних технологій та доказової медицини; потребами галузі у підготовці лікарів для первинної ланки надання медичної допомоги, зокрема за спеціальністю «Загальна практика - сімейна медицина» [173].

Метою Програми, реалізація якої здійснювалася протягом 2011-2015 рр., є створення правових, економічних і організаційних умов для підвищення якості вищої медичної освіти шляхом приведення її стандартів до потреб галузі охорони здоров'я та міжнародних вимог. Основними завданнями, які ставились перед вищою медичною освітою для реалізації Програми, були:

- поліпшення якості вищої медичної освіти, приведення її структури та змісту відповідно до потреб галузі охорони здоров'я країни на сучасному етапі;
- забезпечення необхідних для держави обсягів підготовки висококваліфікованих фахівців у вищих медичних навчальних закладах та закладах післядипломної освіти, передусім відповідно до потреб галузі у лікарях за спеціальністю «Загальна практика - сімейна медицина»;
- подальша реалізація системи безперервного професійного розвитку фахівців та становлення інституту резидентури на післядипломному етапі підготовки лікарів;
- підвищення ефективності використання фінансових і матеріально-технічних ресурсів для забезпечення розвитку вищої медичної і фармацевтичної освіти [173].

Участь вищої освіти України в Болонських перетвореннях спрямована на її розвиток і набуття нових якісних ознак, а не на втрату кращих традицій, зниження національних стандартів якості. Адже, згідно з доповіддю П. Радо «Перехід в освіті», є значні відмінності між освітніми реформами двох регіонів Європейського Союзу [243, с.47], що відображено у таб. 3.4.

Відмінності реформ у Західній та Східній Європі

Освітні реформи в країнах Західної Європи	Освітні реформи в Країнах Східної Європи
Реформи розглядаються як реконструкція в освітній політиці	Реформи розглядаються як загальна перебудова державної політики.
Справжні освітні дослідження та потреба суспільства спонукають до реформ.	Реформи пропонуються ідеологічними і політичними силами, а не експертами в галузі освіти.
Присутній частковий, (рекомендаційний) вплив зовнішніх чинників на освіту.	Зміни в економіці та соціальному оточенні дуже впливають на рівень освіти.
Реформи ініціюються через ефективність і якість освіти.	Реформи в освіті є компонентом всієї державної політики.
Реформи підтримує ініціатива експертів та суспільства.	Реформи впроваджуються через структурні зміни в державній політиці

Відмінності у введенні та підтримці освітніх реформ є важливими, оскільки вони наявні і в трансформації освітньої політики України. Вітчизняні зміни в освітній галузі проходили подібно до реформ у країнах Східної Європи, тому досвід східних європейських країн (наприкладі - Польща) у реформуванні освітньої галузі нам необхідний. Таким чином, можна відзначити, що європейська інтеграція базується на спільних політиках та економіках, які розвиваються та примножуються завдяки особливій процедурі прийняття рішень Співтовариства, що є ознакою такої інтеграції, тому нам, для сучасного реформування медичної освіти України, необхідна підтримка такої тенденції, як євроінтеграція. Розвиток високоякісної освіти в умовах інтеграційних процесів є важливою і невідомою складовою з погляду економічного розвитку, зміцнення соціальних зв'язків, підвищення соціальної активності, мобільності, можливостей працевлаштування і конкурентоспроможності [196].

Згідно з Комюніке європейських міністрів освіти про пріоритет подальшої розбудови Європейського простору вищої освіти до 2020 році, в Україні на базі Національного медичного університету розроблена Концепція розвитку медичної освіти на 2011–2017 рр., яка включає комплекс системних заходів із забезпечення динамічного інноваційного розвитку університету для досягнення визнання як

міжнародного науково-освітнього медичного центру на теренах європейського співтовариства, підвищення конкурентоспроможності наукових досліджень та їх результатів, досягнення міжнародних стандартів якості освітніх послуг, стійкого економічного зростання, гарантованого виконання соціальних зобов'язань [125].

Отже, можна стверджувати, що перспективними тенденціями розвитку вищої медичної освіти в державній політиці України згідно з пріоритетними тенденціями розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу стають: розширення доступу до вищої медичної освіти, її відкритість, модернізація та гармонізація з соціально-економічним розвитком країни та потреб суспільства для покращення рівня здоров'я населення, висока якість медичної освіти, мобільність та полікультурність медичного фахівця, розвиток парадигми глобального інтеграційного процесу, формування серед студентів медичних спеціальностей навичок самостійного пошуку встановлення діагнозу, діагностики та адекватного, обґрунтованого лікування пацієнтів та подальшого безперервного розвитку в професійній діяльності. Також невід'ємним компонентом демократизації у вищій медичній освіті є розвиток самоврядування вищих навчальних закладів [3]. Нині ми спостерігаємо процеси розширення їх прав за всіма напрямками діяльності: навчальним, науковим, фінансовим.

За результатами опитувань українських та європейських студентів міжнародний благодійний фонд «Міжнародний фонд досліджень освітньої політики» [33] зробив висновки, що основними перешкодами до міжнародної мобільності виступають певні чинники, які відображені в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Чинники перешкод мобільності студентів

Українські студенти	Європейські студенти
Відсутність коштів	Різні рівні фінансового забезпечення
Недостатній рівень знання іноземних мов серед студентів та викладачів	Особисті обставини
Візові складності	Різна організація навчання
Недостатність інформації про відповідні програми мобільності	Проблеми з визнанням диплому в різних країнах Європи та світу

Основною перешкодою мобільності українських студентів є незадовільна економічно-законодавча база, тому необхідно працювати над вирішенням таких питань, як: належна фінансова підтримка обдарованих студентів зі сторони держави, візова підтримка та відкритість, інформаційна та інноваційна можливість і доступність для всіх.

З метою євроінтеграції кожна країна Європейського Союзу також намагається вирішити проблеми мобільності як на державному (законодавча база), так і регіональному (гранти, підтримка меценатів) рівнях, що допомагає в покращенні обміну інформацією серед студентів та науковців різних країн світу.

З метою підвищення мобільності медичних кадрів проводяться: стажування викладачів українських вищих навчальних закладів у провідних європейських університетах; виконуються спільні наукові програми із провідними університетами Європейського простору вищої освіти, укладаються міжуніверситетські двосторонні договори по обміну кадрами; створюються спільні програми підготовки фахівців із провідними європейськими університетами і за допомогою Європейського Фонду з навчання (European Training Foundation) залучаються до програм «ТЕМПУС», та «Erasmus Mundus», які покликані сприяти удосконаленню систем вищої освіти в країнах-партнерах за допомогою міжуніверситетської співпраці та підвищенню привабливості європейської вищої освіти. Українські студенти медичних спеціальностей та лікарі-інтерни вже з 2015 року мають можливість проходити практику за кордоном за програмою професійних і наукових медичних обмінів SCOPE IFMSA. Це найбільша програма обмінів для студентів медичних спеціальностей, сертифікована Міжнародною федерацією медичної освіти. Щорічно в ній беруть участь більш ніж 20 000 студентів з усього світу.

Згідно з європейською освітньою політикою за рекомендаціями ЮНЕСКО та Резолюції Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я – 2020: основи Європейської політики за підтримки діяльності всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя» (2012 р.) [69], яка також підтверджує важливість оновлення системи охорони здоров'я та реформування системи базової медичної освіти і наступної безперервної професійної підготовки лікаря для

покращення здоров'я і підвищення рівня благополуччя населення, що, в свою чергу, передбачає нові форми обслуговування (включаючи допомогу вдома і довгостроковий догляд), уряд України розглянув і схвалив 10 вересня 2012 року Національну стратегію розвитку освіти в Україні на 2012-2021 рр., яка передбачає постійне вдосконалення національної системи освіти; пошук ефективних шляхів підвищення якості освітніх послуг; апробацію та впровадження інноваційних технологій; забезпечення рівного доступу всіх громадян до якісної освіти, можливостей і свободи вибору в освіті; модернізацію та організацію змісту освіти згідно світовим тенденціям і вимогам ринку праці; забезпечення безперервності освіти та навчання протягом усього життя; розвитку державно-громадської моделі управління [137]. Особлива увага приділяється питанням безперервності освіти, до яких відносять відсутність відповідної нормативно-правової бази та недостатнє визначення взаємодії між державними установами, недержавними організаціями і соціальними партнерами у сфері освіти дорослих [198]. В Україні, після завершення навчання у вищих навчальних закладах, післядипломна освіта включає в себе: перепідготовку – одержання іншої спеціальності на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду; спеціалізацію – набуття особою здатностей виконувати окремі завдання та обов'язки, які мають особливості, в межах спеціальності; підвищення кваліфікації – набуття особою здатностей виконувати додаткові завдання та обов'язки в межах спеціальності; стажування – набуття особою досвіду виконання завдань та обов'язків певної спеціальності.

Як елемент безперервної освіти серед медичних кадрів є дієвою і потужною система підвищення рівня кваліфікації лікарів-фахівців, яка здійснюється на тематичних і передатестаційних циклах курсах інформації і стажування на кафедрах медичних академій післядипломної освіти та факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів. Тривалість цих циклів від 10 днів до 1,5 місяця. Лікарі-фахівці повинні підтвердити рівень своєї кваліфікації через кожні 5 років і таким чином присвоюється певна кваліфікаційна категорія [22]. Перелік назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів (провізорів) затверджений наказом МОЗ України від 7 грудня 1998 р. № 346 (у редакції наказу МОЗ України від 24

квітня 2008 р. № 230). Безперервний професійний розвиток має на увазі проведення заходів самопідготовки і навчання на практиці, а не підготовку під чиїм-небудь керівництвом. Радянська система присвоєння кваліфікаційних категорій лікарів на сьогоднішній день стала застарілою і формальною та й не сприяє підвищенню рівня компетенції лікаря. Юрій Вороненко, ректор Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, у своєму виступі «Болонський процес і безперервне навчання лікарів» на Національній нараді Міністерства охорони здоров'я України зі стратегії розвитку медичної та фармацевтичної освіти, яка відбулася 7–8 грудня 2005 р. в Києві, відмітив можливі форми безперервного професійного розвитку: навчання на циклах інформації і стажування (2-4 тижні); дистанційне навчання і стажування у клініках як в межах України, так і в інших державах; участь у з'їздах, конгресах, семінарах, конференціях, прослуховування лекцій; відвідування сучасних клінік з метою вивчення клінічного досвіду, інформаційний обмін, консультації тощо [52].

Слід зауважити, що провідною тенденцією сьогодні в освітній політиці Європейського Союзу є активне впровадження та підтримка безперервного професійного розвитку в медичній сфері, адже медична освіта потребує постійного оновлення, тому «безперервність» дає можливість не зупинятись на одному рівні. У медичних навчальних закладах поєднується вивчення класичних форм лікування та обстеження хворих окремими новітніми методами. Після закінчення вузу медичному фахівцю необхідно продовжувати навчатись, ознайомлюватись, розвиватись у своїй сфері діяльності. Тому безперервна освіта дає можливість: підвищувати кваліфікацію індивіда протягом усього періоду його життя (компетентність, знання, навички, здібності, досвід, здатність до контактів, відношення і цінності) [38]; навчатися в різних галузях життя; відобразити неперервний процес розвитку індивіду (тому вона не є ні разовою, ні короткочасною, а постійною); забезпечувати людину можливостями, які дають змогу їй жити у світі, що постійно змінюється [39].

Варто зазначити, що в Україні не вистачає програмних документів та нормативної бази для розвитку безперервної освіти як самостійної сфери освіти, а на

сьогоднішній день це є професійним обов'язком кожного лікаря та передумовою підвищення якості вищої освіти у цілому.

Необхідна модернізація таких складових медичної освіти, як:

- системне підвищення якості освіти на інноваційній основі;
- розробка нової та удосконалення чинної законодавчої та нормативно-правової бази;
- розширення сфери діяльності вищих медичних навчальних закладів на базі університетських клінік для впровадження наукової новизни у навчальний процес;
- оновлення змісту освіти на основі національних традицій, світового досвіду та принципів прогресивного розвитку суспільства;
- модернізація та впровадження професійних стандартів у відповідності до вимог європейського ринку праці, оновлення класифікатору медичних спеціальностей;
- визначення сучасних підходів до забезпечення вільного доступу до освіти;
- збільшення фінансування для створення умов розвитку індустрії сучасних засобів навчання (навчально-методичних, електронних, технічних, інформаційно-комунікаційних тощо);
- створення сучасної матеріально-технічної бази для системи медичної освіти [33].

Вважаємо, що вивчення міжнародного досвіду може бути використаним та адаптованим в Україні. Сучасне підтвердження професійної компетентності згідно з європейськими нормами повинно передбачати наступне:

- розробка і впровадження нових державних стандартів загальної середньої, професійно-технічної та вищої освіти на основі Національної рамки кваліфікацій;
- розробка та впровадження Національної рамки кваліфікацій для навчання упродовж життя серед медичних фахівців;
- використання системи кредитів для кращої мобільності студентів, для оцінки обсягу і якості професійної компетентності (не менш 50 – 100 кредитів у рік, 250 -500 кредитів за 5 років);

– при відсутності необхідної кількості кредитів протягом 5 років – підтвердження професійної компетентності в профільних комісіях (адміністрація, атестаційні асоціації);

– можливість позбавлення сертифіката (ліцензії) на право лікарсько-лікувальної роботи при порушеннях в роботі медика.

Погоджуємось з думкою В. Москаленка, що на сьогоднішній день реформування вищої (медичної) освіти і науки в Україні вимагає вирішення певних завдань, до яких належать [70]:

- перехід до динамічної ступеневої системи підготовки фахівців, що дасть змогу задовольнити можливості особистості у здобутті певного освітнього та кваліфікаційного рівня за бажаним напрямом відповідно до здібностей та забезпечити її мобільність на ринку праці;

- формування мережі вищих навчальних закладів, яка за формами, програмами, термінами навчання і джерелами фінансування задовольняла б потреби кожної людини і держави в цілому;

- підвищення освітнього і культурного рівня суспільства, створення умов для навчання впродовж усього життя;

- розробка та затвердження Концепції Національної системи моніторингу і оцінки якості освіти; забезпечення громадян країни достовірною й повною інформацією стосовно умов і результативності функціонування національної системи освіти на різних її рівнях і за системою показників, що ґрунтуються на наукових засадах, відбивають пріоритети розвитку національної системи освіти та світові тенденції в освіті;

- запровадження в системі вищої освіти і науки України передового досвіду розвинутих країн світу та її інтеграція у міжнародне науково-освітнє співтовариство;

- забезпечення даними про якість національної системи освіти у рамках міжнародних порівняльних досліджень з метою інтеграції національної системи освіти у єдиний освітній простір Європи і світу і забезпечення її конкурентоспроможності на ринку освітніх послуг в умовах глобалізації;

- пошук рівноваги між масовою фундаментальною та елітарною освітою і вузькою спеціалізацією та професійною досконалістю [6].

Певні кроки реформування медичної освіти вже зроблені: впроваджено нову структуру навчальних планів із зазначенням обсягу навчального навантаження як у годинах (5500 год/рік), так і у кредитах ЄКТС; зменшено обсяг річного навантаження студентів, що становить 60 кредитів для підготовки фахівців за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа» з загальним обсягом в 360 кредитів. Відповідно до наказу МОН України від 09.07.2009 р. № 642 «Про організацію вивчення гуманітарних дисциплін за вільним вибором студента», переглянуто і зроблено перерозподіл навчального навантаження (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

**Навчальне навантаження у вищих
медичних навчальних закладах України**

Для спеціальностей «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа»	Кількість кредитів у навчальних планах 2010/2015 рр.	
	2010	2015
Цикл гуманітарних та соціально-економічних дисциплін	25,5	17
Цикл природничо-наукових дисциплін	85	86,5
Цикл професійної підготовки (в т.ч. виробнича практика та курси за вибором)	261,5	256,5
Всього (без врахування фізичної підготовки)	372	360

Змінено співвідношення між аудиторним навантаженням студентів та годинами їх самостійної роботи (аудиторне навантаження для студентів I курсу – 880 год/рік, III курс – 940 год/рік, VI курс – 930 год/рік. Впроваджено індивідуальний навчальний план студента та додатку до диплома європейського зразка.

Таким чином, підтримуючи думку науковців, слід відмітити, що згідно з реалізацією Національної стратегії розвитку освіти очікуваними результатами у

реформуванні медичної освіти можуть стати [137]: створення збалансованої законодавчої системи медичної освіти, що регулює та забезпечує ефективність реалізації стратегічних напрямів розвитку освітньої політики в Україні, результативного функціонування всіх її підсистем; визначеність змісту навчальних планів, що забезпечує усталену систему знань та компетентностей, потужну професійно кваліфіковану кадрову медичну базу для економічного зростання держави, конкурентоспроможність вітчизняних працівників на зовнішньому ринку праці; створення соціально сприятливих умов для здобуття освіти за потребою всіх категорій населення України.

Оскільки «якісна освіта є необхідною умовою для забезпечення сталого демократичного розвитку суспільства» [137], необхідно інтенсивно залучати для цього інформаційні ресурси, позаяк інформатизація в системі освіти забезпечує доступність та ефективність освіти, вдосконалення навчально-виховного процесу, формує фахівців, компетентних у сучасному інноваційному світі. Широке застосування інформаційних технологій надає можливість доступу у зручний час до дистанційного навчання. Система медичної освіти також повинна забезпечити підготовку фахівців, здатних ефективно використовувати можливості сучасних медичних інформаційних систем. Безперечним лідером у медичній галузі є Система дистанційної освіти (СДО) «Moodle», яка використовується для здійснення тестового контролю під час самопідготовки студентів до занять у рамках кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

Одержані в ході дослідження напрацювання дають змогу сформулювати основні етапи реформування медичної освіти в Україні, які відображені в табл.3.7.

Таблиця 3.7

Реформи галузі медичної освіти та охорони здоров'я України

Початок реформування медичної освіти	<ul style="list-style-type: none"> • Формування власної системи освіти • Впровадження контрактної форми навчання (30% від держ. замовлення) • Затвердження курсу освітніх реформ на євроінтеграцію • Розробка Програми зовнішнього тестування студентів та інтернів (системи медичних ліцензійних іспитів «Крок») • Розробка нових навчальних планів та програм в медичній освіті
---	--

(90-ті роки ХХст.)	<ul style="list-style-type: none"> • Комп'ютерна атестація лікарів-інтернів • Запровадження передатестаційних циклів та курсів підвищення кваліфікації лікаря
Продовження реформ в медичній освіті (XXI ст.)	<ul style="list-style-type: none"> • Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації • Запровадження на загальнодержавному рівні зовнішнього оцінювання якості підготовки студентів-медиків (Крок – 1, 2, 3) • Запровадження новітніх технологій навчання (Програма розвитку системи дистанційного навчання) • Створення мережі університетських клінік (4 клініки на 2005 рік) • Прийняття, узгодженого з країнами-членами Болонського процесу, додатка до диплома міжнародного зразка • Прийняття Етичного кодексу лікаря • Введення державної атестації лікарів згідно з принципами забезпечення якості • Розширення міжнародних зв'язків між університетами • Запровадження системи безперервного професійного розвитку згідно міжнародному триплету стандартів

Дані етапи сприятимуть впровадженню нової концепції навчання в медичній освіті, а для успішного втілення в життя освітніх реформ необхідне розуміння їх цілей, переваг і можливостей суспільства та держави.

Аналізуючи наукову літературу та законодавчу базу України нами встановлено, що розвиток вищої медичної освіти у першій половині ХХІ-го століття повинен базуватись на трьох фундаментальних елементах – орієнтованість на людей (потреби суспільства, пацієнта), на результат (якість навчання та надання послуг), на індивідуальність (особистий розвиток, професійна комунікабельність, полікультурність). Тому основними перспективними принципами розвитку медичної освіти стають:

1. Безперервність медичної освіти залежно від кваліфікації. Безперервність освіти - утворення навчально-виробничих комплексів, до складу яких входять профільні (медичні) класи загальноосвітніх шкіл, медичні ліцеї, вищі заклади освіти I-IV рівнів акредитації, медичні установи – згідно досліджень Т. Гіббса [200].

2. Ступеневість медичної освіти - підготовка фахівців у галузі медицини на кожному освітньо-кваліфікаційному рівні в залежності від кваліфікації, що

набувається, як на додипломному, післядипломному етапах, так і впродовж усієї професійної діяльності.

3. Підготовка висококваліфікованих медичних спеціалістів широкого профілю з поглибленими знаннями певного напрямку медичної справи. Для цього в межах певної спеціальності, відповідно до рівня акредитації навчального закладу, можуть акредитуватися відповідні спеціалізації.

4. Забезпечення об'єктивного контролю рівня якості підготовки фахівців за допомогою стандартизованих методик визначення відповідності досягнутого рівня знань та навичок вимогам освітньо-кваліфікаційної та кваліфікаційних характеристик.

5. Динамічний характер навчання та професійної підготовки, що забезпечується постійним коригуванням змісту освіти відповідно до досягнень світової і вітчизняної науки, практики організації медичної справи та потребами розвитку сфери охорони здоров'я країни.

6. Відкритість системи медичної освіти - створення програм, які реалізують передові інформаційні технології навчання, що сприяють впровадженню прогресивного світового і вітчизняного досвіду в науці і практиці.

7. Формування загальнолюдських цінностей, полікультурності, морально-етичної та правової культури [200].

Отже, реформа системи медичної освіти в Україні спрямована на рішучий поворот від інформаційно-накопичувальної до особистісно-орієнтованої моделі навчання, що відображає систему професійних знань, умінь, навичок, особистісно-поведінкових якостей, об'єднаних гуманним ставленням до пацієнта. Основними напрямками у сфері розвитку медичної освіти, на нашу думку, повинні бути не тільки зорієнтованість на високу якість підготовки медичного працівника, запровадження сучасних технологій у навчання та економічну вигідність і задоволеність потреб ринку праці, але й всебічний духовний та фізичний розвиток особистості, створення умов для самоосвіти і академічного розвитку. Адже медицина – це галузь, в якій теоретичні знання, практичні навички лікаря та клінічна оцінка покликані зберігати

та відновлювати людське здоров'я, а високі стандарти та якість медичної освіти є основою для суспільної довіри до медицини.

Успішний розвиток і втілення в освітню практику нових ідей навчання потребує справжньої зацікавленості держави та усвідомлення того, що це майбутнє країни. Науковий вітчизняний підхід та аналіз європейського досвіду дадуть змогу широко використовувати прогресивні та доцільні методи навчання в національній системі медичної освіти для вдосконалення професійного потенціалу та інтеграції навчальних закладів із роботодавцями щодо підготовки фахівців, які відповідали б вимогам суспільства.

Висновки до розділу 3

Аналіз джерельної бази засвідчує, що в досліджуваній період реформування системи всієї вищої освіти в Україні законодавчі та нормативні акти групувалися по блоках і приймалися поетапно. Реформування її відбувалося на рівні структурних змін вищої освіти, впровадженні багатоступеневої підготовки фахівців нових кваліфікацій та спеціальностей і, відповідно, змін змістовної спрямованості, форм і методів навчання та виховання студентів тощо. Більшість законодавчих актів і нормативно-правових документів акцентували увагу на приведення у відповідність вищої освіти України до потреб суспільства, освітньої політики держави, європейських тенденцій розвитку та створенні необхідних юридичних передумов для реалізації функцій вищої школи в Україні.

Установлено, що в другій половині 90-х рр. ХХ ст. – на початку ХХІст. в Україні з'явилася низка програм розвитку певних галузей вищої освіти (медичної, юридичної, педагогічної), дистанційної освіти, інформатизації вищих навчальних закладів і закладів I-IV рівнів акредитації. Їх реалізація у певній мірі сприяла впровадженню у навчально-виховний процес принципів Болонського процесу, особливо в окремих вищих навчальних закладах.

З'ясовано, що реалізація «Програми дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України на 2004-2005 роки» забезпечує

перехід до принципово нової якості і медичної освіти, потенціал якої спрямовано на вирішення пріоритетних питань вітчизняної системи охорони здоров'я.

Виявлено, що ключовими стратегічними пріоритетними тенденціями розвитку української системи медичної освіти стали:

- функціонування і реформування національної системи освіти на основі принципів демократії, пріоритету гуманістичних та духовних цінностей;
- модернізація медичної освіти на основі світових, європейських та національних потреб, традицій і культури;
- побудова національної системи освіти на засадах основних принципів філософії людиноцентризму, гуманізму, медичної полікультурності і етики;
- втілення у національній вищій медичній школі принципу «освіта протягом життя» та навчання нових базових умінь для медичних фахівців;
- реорганізація структури медичної освіти та створення автономних навчальних закладів «нового покоління» і університетських клінік з урахуванням регіональних потреб держави та суспільства.

Після приєднання України до Болонської угоди розпочався новий динамічний етап модернізації вітчизняної освіти, що дає нам, насамперед, переосмислити структуру навчального процесу, забезпечити його гнучкістю та створити умови для повноцінної самостійної роботи студентів.

У сучасних умовах розвиток медичної освіти перестає бути виключно справою держави, а стає полем партнерської взаємодії міждержавних та світових організацій, центральних і регіональних державних органів із органами самоврядування, студентами та їх сім'ями, державними й недержавними закладами, педагогами, потенційними роботодавцями, громадськими об'єднаннями.

Аналіз сучасного стану національної системи медичної освіти в контексті змін, що відбуваються у європейській та світовій економіці, дає підстави для висновку, що саме освіта покликана сприяти формуванню інтелектуального потенціалу нації, всебічному розвитку особистості як найвищої цінності суспільства, стати могутнім фактором розвитку духовної культури українського народу. Однак, наближаючись до європейських стандартів, не можна втратити ті

позитивні якості освіти, які відрізняють нашу країну, необхідне розумне запозичення кращого і того, що саме потрібно змінити в системі медичної освіти України. Адже освіта є стратегічним ресурсом поліпшення добробуту і здоров'я людей, забезпечення національних інтересів, зміцнення авторитету і конкурентоспроможності української держави на міжнародній арені. Вся система освіти створюється для людини, функціонує і розвивається в її інтересах, слугує повноцінному розвитку особистості, і в ідеалі її призначення – щастя кожної людини.

Матеріали, що увійшли до розділу, опубліковані автором у наукових статтях та статтях апробаційного характеру [102,104, 110, 112, 115].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Здійснене дослідження дало можливість проаналізувати тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу та зробити такі висновки:

1. Науковий аналіз розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу показав, що комплексне вивчення цієї проблеми здійснено в таких напрямках: історичний розвиток медичної освіти у вищих навчальних закладах в європейських країнах; вплив державної політики та глобалізаційних процесів на розвиток медичної освіти. Відзначено, що потреба у модернізації медичної освіти як у європейських країнах, так і в Україні зумовлена сукупністю взаємопов'язаних чинників: світові тенденції розвитку системи професійної підготовки медичних кадрів (стандартизація та універсалізація; подолання відставання у реформуванні медичної галузі від суспільного розвитку та науково-технічного прогресу; гуманізація; полікультурність; орієнтація на медико-санітарні потреби); вплив європейської політики у сфері вищої освіти, спрямованою на гармонізацію національних систем вищої освіти, та розбудовою системи охорони здоров'я (зростання значення первинної охорони здоров'я, пріоритетність профілактики захворювань перед лікуванням, пропаганда здорового способу життя тощо) і медичної освіти.

Вивчення проблеми розвитку медичної освіти у педагогічній теорії уможливило конкретизувати основні поняття дослідження, а саме: «професійна освіта», «медична освіта», «якість освіти», «тенденції розвитку медичної освіти», «освітня політика».

2. Обґрунтовано періодизацію розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу в другій половині ХХ – на початку ХХІ століття: 1) формування освітньої політики в медичній галузі (1950-1987); 2) початок реформування медичної освіти (1988-1997); 3) модернізація медичної освіти відповідно до вимог Болонського процесу (1998-2003); 4) впровадження ідей неперервної медичної освіти (2004-2014). В основу визначення періодів розвитку

медичної освіти покладені такі критерії: соціально-економічні, суспільно-політичні, соціокультурні, соціально-історичні передумови розвитку європейських країн та їх систем освіти.

Охарактеризовано особливості кожного періоду розвитку медичної освіти, зроблено висновки щодо послідовності, пріоритетності, підвищення якості, постійної державної уваги до проблем медицини та соціальної значущості розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу.

3. Виявлено тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу в межах кожного історичного періоду: 1) у 1950-1987 роках – співробітництво між національними системами медичної освіти, забезпечення конкурентоспроможності держави на ринку праці, сприяння академічній мобільності студентів медичних спеціальностей та лікарів, впровадження освітньої інформаційної мережі в медичну освіту для оновлення навчальних програм; 2) у 1988-1997 роках – реорганізація системи охорони здоров'я та реформування медичної освіти (визначення організаційних рівнів; підвищення ролі професійної орієнтації; тривалість професійної підготовки лікарів-інтернів), впровадження медичної етики та деонтології у навчальний процес, безвізового пересування студентів та фахівців медичних спеціальностей, розширення автономії медичних університетів, доступність і відкритість медичної освіти; 3) у 1998-2003 роках – реформування змісту освіти (оновлення навчальних планів та програм підготовки майбутніх лікарів, медикоорієнтованість базових наук), підвищення якості медичної освіти, впровадження ступеневої освіти у вищих медичних навчальних закладах; 4) у 2004-2014 роках – створення єдиного простору медичної освіти як складової європейського простору вищої освіти, неперервність медичної освіти і її спрямованість на покращення рівня здоров'я населення.

Встановлено, що пріоритетними тенденціями розвитку сучасної медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу є: глобалізація освітньої політики ЄС в галузі медичної освіти (прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти); підтримка академічної мобільності студентів медичних спеціальностей та професійної мобільності викладачів; встановлення вимог до базової підготовки

студентів медичних спеціальностей; розширення клінічного навчання; полікультурність медичної освіти; автономність медичних університетів та університетських клінік; запровадження єдиної мови спілкування (вивчення іноземних мов); акредитація медичних навчальних закладів на рівні держави і на міжнародному рівні; створення єдиного європейського простору медичної освіти для безперервного професійного розвитку медичних фахівців; спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення.

4. Визначено напрями використання в Україні досвіду розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу, а саме: підвищення уваги держави до розвитку медичної освіти; спрямованість на підготовку висококваліфікованого медичного фахівця, який відповідає сучасному рівню підготовки і вимогам суспільства; введення якісно нової організації навчального процесу за європейським зразком; організація наукових досліджень і клінічної практики, які взаємодоповнюються та розвиваються у напрямі збереження здоров'я нації; формування загальнолюдських цінностей, морально-етичної та правової культури фахівців медичної галузі; запровадження системи неперервної медичної освіти.

Акцентовано на позитивних змінах, які відбуваються сьогодні в межах модернізації медичної освіти України як невід'ємної частини розвитку національної освіти та системи охорони здоров'я держави. Запроваджено Галузеві державні стандарти вищої медичної освіти, модернізовано зміст навчання за кваліфікаційними вимогами, які визнаються й у країнах Європейського Союзу; затверджено перелік спеціальностей та терміни навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів; удосконалюється система сертифікації та ліцензування професійної діяльності лікарів.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів дослідження проблеми розвитку медичної освіти в Європейському Союзі. Перспективними для наукового пошуку є питання полікультурного розвитку медичної освіти в країнах Європейського Союзу, аналіз підготовки магістрів і докторів наук в галузі медицини, організації післядипломної медичної освіти в державах Європейського Союзу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альперн О. І. Тенденції змін в освітній системі Польщі в 1998-2004 рр. в контексті інтеграції до Євросоюзу / О.І. Альперн // Вища освіта України – 2010. – Дод. 4, т.1 (19): Тем. Вип.: Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору. – С. 4-12.
2. Альперн О. І. Формування освітньої політики Польщі на регіональному рівні у 1989-2009 роках / О.І. Альперн // Вища освіта України – 2011. – Дод. 2 № 3. – Т. 1: Вища освіта України в контексті інтеграції до європейського освітнього простору. – С. 6-13.
3. Андрущенко В. Модернізація вищої освіти України в контексті вимог Болонського процесу / В. Андрущенко // Освіта. – 2004. – 12–19 травня. – С. 4-5.
4. Андрущенко В. Теоретико-методологічні засади модернізації вищої освіти в Україні на рубежі століть / Віктор Андрущенко // Вища освіта України. – 2001. – № 2. – С. 5-14.
5. Андрушкевич Ф. Інновації в польській та українській освіті : як наслідок підписання європейських освітніх декларацій : (порівняльний аналіз) / Фабіан Андрушкевич // Директор шк., ліцею, гімназії. – 2011. – № 2. – С. 32–40.
6. Апезова Д. У. Образовательная политика Европейского союза в условиях глобализации: автореферат [Електронний ресурс] / Дилара Апезова. – Бишкек, 2004. – Режим доступу: <http://www.dissercat.com/content/obrazovatel'naya-politika-evropeiskogo-soyuza-v-usloviyakh-globalizatsii>
7. Артемчук Г. Л. Вища школа України: реальність і тенденції розвитку: монографія / Г. Л. Артемчук, В. В. Попович, Г. Г. Січкаренко – К.: Ленвіт, 2004. – 176 с.
8. Архипова С. П. Якість освіти у контексті вимог сучасності: наук. Вид. / С. П. Архипова // Вісник Черкас. нац. ун-ту ім. Б. Хмельницького: зб. Наук. Пр. – Черкаси: ЧНУ, 2008. – Вип. 135: Педагогіка та психологія. – С. 11-14.
9. Банчук М. В. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів та якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я / М. В. Банчук,

О. П. Волосовець, І. І. Фещенко та ін. // Науково-методична конференція з міжнародною участю “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів”: зб. пр. – К., 2007. – С. 3-9.

10. Біла книга національної освіти України / За ред. В. Г. Кременя; Акад.пед. Наук України. – К., 2009.

11. Білинська М. Методологія побудови національної системи управління якістю вищої медичної освіти / М. М. Білинська // Упр. Сучасн. Містом. – 2002. – № 3,7 – 9(7). – С. 155-160.

12. Білинська М.М. Державне управління галузевими стандартами в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: монографія / М. М. Білинська. – К.: Вид-во НАДУ, 2004. – 246 с.

13. Білинська М.М. Стандартизація вищої медичної освіти в Україні: шляхи інтеграції до Європейського Союзу / М. М. Білинська // Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України на засадах медичного страхування: зб. наук. пр. / Акад. держ. податк. служби України. – Ірпінь, 2001. – С. 25-27.

14. Білокопитов В. І. Діяльність Європейської асоціації із забезпечення якості вищої освіти у контексті Болонського процесу / Василь Іванович Білокопитов // Теоретичні питання культури, освіти та виховання – Київ : КНЛУ, 2011. – № 44. – С. 172–176.

15. Богатирьова Р. В. Основні завдання вищої медичної освіти у процесі реформування системи охорони здоров'я України: матеріали Х ювілейної Всеукр. Навч.-наук. Конф. з міжнар. Учасцю (18-19 квіт. 2013 р., Тернопіль) : у 2 ч. / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2013. – Ч. 2. – С. 5.

16. Болонський процес 2020 – Європейський простір вищої освіти у новому десятиріччі: Комюніке конференції Європейських міністрів, відповідальних за вищу освіту (Льовен і Лувен-ла-Ньов, 28-29 квітня 2009р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www. Mon.gov.ua/main/php? Query=education/higher](http://www.Mon.gov.ua/main/php?Query=education/higher)

17. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібний він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? / А.В. Підаєв, В.Г. Передерій – Одеса: Одес. Держ. Мед. Ун-т, 2004. – 190 с.

18. Болонський процес: нормат.- правов. док. / Уклад. З. І. Тимошенко та ін. – К.: Європ. ун-т, 2004. – 102 с.

19. Болонський процес: тенденції, проблеми, перспективи / М-во освіти і науки України, Асоц. ректорів пед. ун-тів, Нац. пед. ун-т ім. М. Драгоманова, Ін-т вищ. освіти України ; [уклад.: В. П. Бех, Ю. Л. Маліновський ; за ред. В. П. Андрущенко]. – К. : [б. в], 2004. – 220 с. – Бібліогр. в кінці ст.

20. Будапештсько-Віденська Декларація про створення Європейського простору вищої освіти [Електронний ресурс]. – Режим доступу:// http://www.mon.gov.ua/main.php?query=newstmp/2010/15_03/1

21. Булах І. Є. Комп'ютерна діагностика навчальної успішності / І. Є. Булах. – К.: ЦМК МОЗ України, УДМУ, 1995. – 221 с.

22. Булах І. Є. Система управління якістю медичної освіти в Україні / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко та ін. – Донецьк: АРТ-ПРЕС, 2003. – 212 с.

23. Ван дер Венде М.К. Болонская декларация: расширение доступности и повышение конкурентоспособности высшего образования в Европе // Высшее образование в Европе, 2000. – № 3. – Том XXV.

24. Василюк А. Освітня політика Європейського Союзу / А. Василюк // Шлях освіти. – 2007. - № 3. – С. 13 – 17.

25. Вдовенко Н. Освітня політика: проблема визначення [Електронний ресурс] / Н. Вдовенко. – Режим доступу: <http://h.ua/story/323474/>

26. Вища освіта і Болонський процес: навч. посіб. / [Степко М. Ф., Болюбаш Я. Я., Шинкарук В. Д. та ін.]; за ред. В. Г. Кременя. – Тернопіль: Навч. кн. – Богдан, 2004. – 384 с.

27. Вільчинська Н. Освітня політика Європейського Союзу: особливості формування та реалізації [Текст]: автореферат дис. ... канд. політ. наук: 23.00.02 / Н. Ю. Вільчинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К.: [б. и.], 2012. – 20 с.

28. Вітенко І. С. Удосконалення програм з навчальних дисциплін – шлях до поліпшення організації практичної підготовки лікарів / І. С. Вітенко, І. В. Мельник, Б. В. Мельник // Медична освіта. – 2012. – № 3. – С. 10-12.

29. Волосовець О. П. Проблеми та перспективи розвитку вищої медичної школи в Україні / О.П. Волосовець // Проблеми медичної науки та освіти. — 2003. – № 1. – С.4-7 .

30. Вороненко Ю.В. Медична та фармацевтична освіта в умовах Болонського процесу / Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, В.П. Черних // Внутрішня медицина. – 2007. – № 3. – С. 128 –131.

31. Вульфсон Б. Л. Мировое образовательное пространство на рубеже веков / Б. Л. Вульфсон. – М.: Моск. психол.-социал. Ин-т, 2006. – 235 с.

32. Вульфсон Б. Л. Стратегия развития образования на Западе на протяжении XXI столетия / Б. Л. Вульфсон. – М.: УРАО. – 1999. – 236 с.

33. Вхідження національної системи вищої освіти в європейський простір вищої освіти та наукового дослідження: моніторинг. дослідж., аналіт. звіт / Міжнарод. благод. фонд “Міжнарод. фонд дослідж. освіт. політики” ; кер. авт. кол. Т.В. Фініков. – К.: Таксон, 2012. – 54 с.

34. Высшее образование в XXI веке. Подходы и практические меры: Всемирная конференция по высшему образованию ЮНЕСКО. – Париж, 5-9 октября 1998 г. – 136 с.

35. Гальперіна В. О. Освітня політика в трансформаційному суспільстві: соціально-філософський аналіз: автореферат дис. ... канд. філос. наук : 09.00.03 “Соціальна філософія та філософія історії” / Вікторія Олегівна Гальперіна; Акад. пед. наук України, Ін-т вищої освіти. – К.: [б. в], 2003. – 17 с.

36. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник / С. У. Гончаренко — К.: Либідь, 1997. — 374 с.

37. Гордійчук С. В. Європейський та український досвід підготовки кадрів для медсестринства / С. В. Гордійчук, Н. П. Леонченко // Наукові записки Терноп. нац. пед. ун-ту ім. В. Гнатюка: зб. наук. пр. – Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2011. – Вип. 4: Педагогіка – С. 195-200. – Бібліогр. в кінці ст.

38. Гофрон Анджей. Філософські засади сучасних європейських освітніх концепцій: Автореф. дис... д-ра філос. наук: 09.00.10 / АПН України; Інститут вищої освіти. – К., 2005. – 32 с.

39. Гуманізація навчально-виховного процесу: збірник наукових праць / [За заг. ред. проф. В.І. Сипченка]. – Вип. LX. – Ч. II. – Слов'янськ : СДПУ, 2012. – 322 с.

40. Гриневич Л.,М. Тенденції децентралізації управління базовою освітою в сучасній Польщі: дис. ... канд. пед. наук.: 13.00.01 / Гриневич Лілія Михайлівна; Львівський нац. ун-т. ім. Івана Франка.– Львів, 2005. – 259 с.

41. Даль В.И. Толковый словарь [Электронный ресурс] / В.И. Даль. — Режим доступа: <http://poiskslov.com/word/тенденция>

42. Дейв Р.Х. Фундамент довічної освіти / Ін-т ЮНЕСКО з освіти // Звіт ЮНЕСКО “ЮНЕСКО Делорс Репорт”. – Париж, 1996. – 447 с.

43. Декларація 5-ї Всесвітньої конференції ВМА щодо медичної освіти [Електронний ресурс]. – Режим доступу http://www.uazakon.com/documents/date_53/pg_ifcvof.htm

44. Делор Ж. Образование: сокрытое сокровище / Ж. Делор. – UNESCO, 1996.

45. Державна національна програма “Освіта” (“Україна ХХІ століття”) від 3.11.1993р. № 896

46. Десятов Т. М. Національні рамки кваліфікацій в країнах ЄС: порівняльний аналіз: наук.-метод. посіб. / Тимофій Десятов; [за ред. Н.Г. Ничкало]. – К.: АртЕк, 2008.

47. Десятов Т. М. Неперервна освіта: Концептуальні погляди і шляхи розвитку / Т. М. Десятов // Післядипломна освіта. – 2002. – № 2. – С. 11 – 13

48. Десятов Т. М. Тенденції розвитку неперервної освіти в країнах Східної Європи (друга половина ХХ століття): монографія / Т. М. Десятов. – К.: АртЕк, 2005. – 405 с.

49. Десятов Т. М. Тенденції розвитку неперервної освіти в країнах Східної Європи / Т. М. Десятов // Педагог професійної школи: наук. зб. – 2003. – Вип. 5. – С. 228 – 234.

50. Десятов Т. М. Тенденції розвитку неперервної професійної освіти в країнах Центральної Європи у другій половині ХХ століття / Т. М. Десятов // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2001. – № 4. – С. 196-203.
51. Европейская конференция по сестринскому делу: отчет о совещании ВОЗ. Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1989.
52. Еженедельник Аптека № 47 (518) от 05.12.2005 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua>.
53. Енциклопедія освіти / Гол. ред. В. Г. Кремень. – К.: Юрінком Інтер, 2008. – С. 623.
54. Европейский союз на пороге ХХІ века: выбор стратегии развития / [Под ред. Ю.А. Борко и О.В. Буториной]. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 287 с.
55. Европейський Союз. Консолідовані договори. – К.: Port-Royal. – 1999. – 118 с.
56. Євтух М. Болонський процес: стратегічні цілі й тактика реалізації / Микола Євтух // Освіта і управління. – 2005. – № 3-4. – С. 181-184.
57. Єрмакова Т. Г. Функції освіти в умовах її регіоналізації : зміст та рівень виконання: дис. ... канд. соціол. наук: 22.00.04 “Спеціальні та галузеві соціології” / Таміла Георгіївна Єрмакова; Харк. гуманіт. ун-т “Нар. укр. акад.”.– Х. : [б. в], 2008. – 179 с.
58. Жижко Т. А. Вплив глобалізаційних процесів сьогодення на університетську освіту / Т. А. Жижко // Гілея. – 2011. – Спец. випуск. – С. 458-466.
59. Жижко Т. А. Філософія університетської освіти ХХІ століття: спроби прогностичного аналізу: монографія / Т. А. Жижко. – К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. – 376 с.
60. Журавський В. С. Вища освіта як фактор державотворення і культури в Україні / Віталій Станіславович Журавський; Ін-т держави і права імені В. М. Корецького НАН України. – К.: Ін Юре, 2003. – 416 с.
61. Журавський В. С. Державна освітня політика: поняття, системність, політичні аспекти / В. С. Журавський // Правова держава: щоріч. наук. пр. – 2003. — № 14. — С. 20–30.

62. Журавський В. С. Основні завдання вищої школи щодо реалізації в Україні принципів і завдань Болонського процесу / В. С. Журавський // Вища школа. – 2004. – № 1. – С. 42-44.

63. Журавський В.С Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти: наук. вид. / В. С. Журавський, М. З. Згуровський; М-во освіти і науки України, Нац. техн. ун-т України “Київ. політехн. ін-т”. – К. : Політехніка, 2003. – 195 с. – Бібліогр.: с. 191-192.

64. Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения. – Копенгаген, 1991.

65. Задворная О. Л. Непрерывное последипломное образование медицинских сестер (состояние и перспективы) : дис. ... канд. мед. наук / О. Л. Задворная; Моск. гос. мед. ун-т. – М., 1995. – 184 с.

66. Закон України “Про вищу освіту” від 17.01.2002 р. №2984-III // Освіта. – № 12-13. – 20-27 лютого. – 2002 – С. 5-12.

67. Закон України “Про освіту” // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – № 34. – Ст. 451.

68. Закон України “Про вищу освіту” від 01.07.2014, // Голос України.- №148 – С. 2004.

69. Здоровье – 2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Шестидесят вторая сессия (Мальта, 10-13 сентября 2012 г.) // Док. EUR/RC62/9/- ВОЗ, 2012. – 18 с.

70. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы / Под. ред. В. Ф. Москаленко. – К.: ВД Авіцена, 2011. – 256 с.

71. Зязюн І. А. Інтелектуально творчий розвиток особистості в умовах неперервної освіти // Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи / [За ред. І.А. Зязюна]. – К.: Віпол, 2000. – С. 11-57.

72. Іваненко Р. В. Психолого-педагогічний аналіз проблеми професійної орієнтації молоді // Неперервна професійна освіта: теорія і практика: Науково-методичний журнал. – 2007. – Випуск І-ІІ. – С.63-72.

73. Іваненко Р. В. Організаційні форми і методи проведення профорієнтаційної роботи в умовах медичного ліцею // Наукові праці: Науково-методичний журнал. Т.71. Вип. 58. Педагогічні науки. – Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. П.Г. Могили, 2007. – С.206-211.

74. Іванюк І. Освітня політика: навч. посіб. / І. Іванюк. – К.: Таксон, 2006. – 226 с.

75. Кальней В.А. Школа: мониторинг качества образования / В.А. Кальней, С. Е. Шишов. – М.: Пед. общество России, 2000. – 316 с.

76. Качор С. Методолого-теоретические проблемы развития профессионального образования : сб. науч. ст. / Под ред. Х. Бернарчика; Ин-т проф. тех. обр. – СПб.: Ин-т технологии эксплуатации; Радам, 1995 – 119с.

77. Квіск М. Університет і держава: вивч. Глоб. Трансформацій / Марек Квіск; пер. з англ. Тараса Цимбала; [наук. ред. Т. Фініков]. – К.: Таксон, 2009. – 384 с. – (Ex professo). – Бібліогр.: с. 319-371. – Пер. вид.: The University and the State: a study into global transformation / Marek Kwiek.

78. Кліщ Г. І. Політика Австрії в галузі охорони здоров'я і медичної освіти / Г. І. Кліщ // Медична освіта. – 2011. – № 2. – С. 102–108.

79. Кліщ Г. І. Особливості організації практичної підготовки студентів в медичних університетах Австрії / Г. І. Кліщ // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 23–31.

80. Кліщ Г. І. Професійна підготовка лікарів в університетах Австрії: дис.. ... канд.. пед.. наук:13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти», / Галина Іванівна Кліщ; Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського . – Т. : [б, в], 2013. – 349 с.

81. Клос Л.Є. Розвиток медичної освіти на західноукраїнських землях у XIII – XIX ст. / Л. Є. Клос // Вісник Львівського університету: зб. наук. пр. Серія педагогічна. Львів: ЛНУ, 1996. – Вип. 13 – С.27-33.

82. Колісник-Гуменюк Ю. І. Розвиток медичної освіти в Україні: ретроспективний погляд / Ю. І. Колісник-Гуменюк // Молодь і ринок. — 2009. — № 10 (57). — С. 136—141.

83. Колісник-Гуменюк Ю. І. Теоретичні основи формування професійної культури майбутнього фахівця / Ю. І. Колісник-Гуменюк // Вісник Львівської державної фі- нансової академії : гуманітарні науки / [голов. ред. Г. П. Васянович.]. — Львів : ЛДФА, 2008. — № 8. — С. 45—53.

84. Комюніке конференції міністрів вищої освіти “Створюючи Зону вищої освіти Європи”. – Берлін, 2003. – 19 вересня.

85. Комюніке Конференції Міністрів європейських країн, відповідальних за сферу вищої освіти м. Лондон, 2007. –16-19 травня.

86. Комюніке Конференції Міністрів європейських країн, відповідальних за сферу вищої освіти (Бухарест, 26–28 квітня 2012 р.). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.tempus.org.ua

87. Комюніке Конференції Міністрів країн Європи, відповідальних за сферу вищої освіти “Загальноєвропейський простір вищої освіти – Досягнення цілей”. – Берген, 2005. – 19-20 травня.

88. Концепція Державної програми розвитку освіти на 2006–2010 роки: Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України 12 липня 2006 р. № 396 // Офіц. вісн. України. – 2006. – № 28. – С. 239–243.

89. Концепція розвитку медичної освіти в Україні: наказ МОЗ України № 522/51 від 12.09.2008 р.

90. Копанська О. Тенденції змін в освітній політиці Польщі в період вступу до Євросоюзу / Оксана Копанська // Вісник Львівського університету. Серія педагогічна. – Львів, 2008. – Вип. 24. – С. 225–231. – Бібліогр.: с. 231.

91. Кордон М. В. Європейська та євроатлантична інтеграція України / М. В. Кордон // Вісник Житомир. держ. ун-ту ім. І. Франка. – 2005. – Вип. 22. – С. 123-128.

92. Корсак К. В. Освіта, суспільство, людина в ХХІ столітті: інтегрально-філософський аналіз: монографія / Костянтин Віталійович Корсак, АПН України, Ін-т вищої освіти – К., Ніжин: НДПУ, 2004. – 224 с. – Бібліогр.: с. 197-210.

93. Красняков Є. Державна освітня політика: сутність поняття, системність, історико-політичні аспекти [Електронний ресурс] / Є. Красняков // Віче: Журнал

Верховної Ради України. – № 20. – 2011. – Режим доступу: <http://www.viche.info/journal/2757/>

94. Кремень В. Г. Особистісно-розвивальне навчання як науковий пріоритет / В. Г. Кремень. — К.: Учитель, 1999. — 136 с.

95. Кремень В. Г. Передмова // Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи: монографія / За ред. І. А. Зязюна. – Київ: Віпол, 2000. – 636 с.

96. Кривчик Г. Г. Вища школа і Болонський процес: конспект лекцій / Г. Г. Кривчик. – Дніпропетровськ: ПДАБА, ДРІДУ НАДУ, 2008. – 34 с.

97. Кряжев П. В. Якісні зміни вищої освіти в країнах Західної Європи наприкінці ХХ століття / П. В. Кряжев // Вища освіта України. – Т. 3.: Педагогіка вищої школи: методологія, теорія, технології. – 2007. – № 2. – С. 86 – 89.

98. Кузьмінський А. І. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. / А. І. Кузьмінський. – К. : Знання, 2005. – 486 с. – (Серія «Вища освіта ХХІ століття»). – Бібліогр. в кінці розд.

99. Кучумова Н. В. Розвиток системи вищої медичної освіти у німецькомовних країнах (друга половина ХХ – початок ХХІ століття) : автореферат дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 “Загальна педагогіка та історія педагогіки” / Наталя Володимирівна Кучумова; М-во освіти і науки, молоді та спорту України; Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка – Дрогобич: [б. в], 2012. – 20 с.

100. Левчук Л. В. Тенденції світового розвитку вищої освіти / Л. В. Левчук // Publish journal РГПУ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://rspu.edu.ru/university>.

101. Лісабонська декларація про права пацієнта (прийнята 34-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, Лісабон, Португалія, вересень / жовтень 1981 р.) // Променева діагностика, променева терапія. – 2003. – № 1. – С. 73.

102. Логуш Л. Г. Періодизація становлення і розвитку медичної освіти в Україні / Леся Логуш // Науковий вісник ЧНУ. Педагогіка та психологія: зб. наук. пр. – 2007. Вип. 362. – С. 107 – 111.

103. Логуш Л. Г. Особливості функціонування системи вищої медичної освіти в країнах Європи та в Україні / Леся Логуш // Науковий вісник ЧНУ. Педагогіка та психологія: зб. наук. пр. – 2010. Вип. 516. – С. 79 – 85.
104. Логуш Л. Г. Етапи розвитку вищої освіти в законодавчих документах / Леся Логуш // Науковий вісник ЧНУ. Педагогіка та психологія: зб. наук. пр. – 2011. Вип. 574. – С. 94 – 99.
105. Логуш Л. Г. Перспективні напрямки розвитку медичної освіти в XXI столітті / Леся Логуш // Неперервна професійна освіта: теорія і практика: наук. – метод. журн. – 2012. – Вип. 3-4. – С. 132 – 139.
106. Логуш Л. Г. Національна освітня політика та напрями розвитку медичної освіти / Леся Логуш // Неперервна професійна освіта: теорія і практика: наук. – метод. журн. – 2012. – Вип. 3-4. – С. 15 – 19.
107. Логуш Л. Г. Перспективні напрями розвитку медичної освіти в Україні / Леся Логуш // Педагогічний процес: теорія і практика: зб. наук. пр. – 2013. – Вип. 3. – С. 117 – 123.
108. Логуш Л. Г. Актуальність освітньої політики в медичній освіті / Леся Логуш // Клінічна анатомія та оперативна хірургія : наук.-практ. мед. журн. – 2014.- Том 13, вип. 3. – С. 73 – 74.
109. Lohush L. International standards of medical education: the significance of medicine improvement / Lohush L. // Nauka i Studia – № 12. Sp.z.o.o. «Nauka i Studia», 2014. – P. 29 – 33.
110. Lohush L. Transformation of the Higher Education of Ukraine at the beginning of the XXI century in legislative documents / Lohush L. // Kształcenie zawodowe w perspektywie wspolczesnych uwarunkowan / pod red. M. Krawczyk-Dlicharskiej, J. Miko-Giedyk, S. Kowalskiego. – Kielce, 2015. – P. 115 – 122.
111. Логуш Л. Г. Проблеми медичної освіти в контексті Болонського процесу/ Леся Логуш // XII Конгрес світової федерації українських лікарських товариств: зб. наук. робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф., (25-28 вересня 2008р.). – Івано-Франківськ – Київ – Чикаго, 2008. – С. 554.

112. Логуш Л. Г. Порівняльний аналіз системи медичної освіти України та Франції / Леся Логуш // XIII Конгрес світової федерації українських лікарських товариств: зб. наук. робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф., (01-03 жовтня 2010р.), – Львів, 2010. – С. 726.

113. Логуш Л. Г. Перші кроки реформування медичної освіти / Леся Логуш. // Materials of the X International scientific and practical conference, «Scientific horizons» – Volume 7. Pedagogical sciences. Physical culture and sport. Sheffield. Science and education LTD, 2014 – С. 7 – 9.

114. Логуш Л. Г. Поняття «якість» в компетенції розвитку вищої медичної освіти / Леся Логуш // Сучасні парадигми вищої освіти: матеріали XV міжнародної науково-практичної конференції – Київ, КМУ УАНМ, 2015. – С. 79 – 81.

115. Логуш Л. Г. Сучасні тенденції вищої освіти: поняття та визначення / Леся Логуш // Сучасні тенденції та фактори розвитку педагогічних та психологічних наук: матеріали міжнародної науково-практичної конференції – К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2015. – С. 67 – 69.

116. Логуш Л. Г. Актуальність якості неперервної освіти / Леся Логуш // Якість неперервної освіти в умовах євроінтеграційних процесів: тенденції, проблеми, прогнози: міжнародна науково-практична конференція. – Чернівці, 2015.– С. 112 – 114.

117. Луговий В. І. Тенденції розвитку педагогічної світи в Україні (теоретико-методологічний аспект): дис. канд. пед. наук: 13.00.01 “Загальна педагогіка та історія педагогіки” / В. І. Луговий. – К.: [б. в], 1995. – 267 с.

118. Луговий В. І. Реалізація принципів і пріоритетів Болонського процесу у вищій школі: час дискусій і час дій / В.І. Луговий // Педагогіка і психологія. – № 1 (62).–2009. – С. 5-17.

119. Максименко А. П. Університетська освіта Франції: становлення і розвиток у XIX-XX століттях: монографія / А. П. Максименко. – К.: Вид. Центр КНЛУ, 2007. – 200 с.

120. Майборода В. С. Розвиток університетської освіти та науки в Польщі (кінець XX-початок XXI століття): автореферат дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01

“Загальна педагогіка та історія педагогіки” / Вікторія Сергіївна Майборода; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т вищ. освіти. – К.: [б. в], 2011. – 20 с.

121. Медицинское образование в мире и в Украине / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец и др.]. – Харьков: ИПП “Контраст”, 2005. – 464с.

122. Международная система обеспечения качества и признания квалификация в высшем образовании в Европе: материалы форума ОЭСР “Интернационализация высшего образования: управление процессом” (3–4 ноября 2003 г., Тронхейм, Норвегия) [Электронный ресурс] / Дирк Ван Дамм, Питер Ван дер Хиден, Кэролин Кэмпбелл; Агентство по обеспечению качества высшего образования. – Великобритания. – Режим доступа: <http://www.oecdcentre.hse.ru/material/opublic/qualities.pdf>.

123. Міжнародні організації: навч. посіб. / [О. С. Кучик, І. Р. Суховолець, А. Б. Стельмах та ін.]; за ред. О. С. Кучика ; М-во освіти і науки України, Львів. Нац. ун-т ім. І. Франка, ф-т міжнар. відносин. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – К.: Знання, 2007. – 749 с. – Бібліогр.: С. 745-749.

124. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес / Уклад.: М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш, К. М. Левківський та ін. // Освіта України. – 10 серп. (№ 60-61). – 2004. – С. 7-11.

125. Модернізація навчальних планів і програмпідготовки лікарів відповідно до нової парадигми розвитку європейського освітнього простору / В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, І. Є. Булах, Л. І. Остапюк // Медична освіта. – 2013. – № 2. – С. 29-32

126. Москаленко В. Ф. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця: сторінки історії / В. Ф. Москаленко, Ф. Я. Ступак // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 2. – 81с.

127. Москаленко В. Ф. Реалізація принципів Болонської декларації в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця / В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, Б. В. Михайличенко та ін. // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 24-26.

128. Москаленко В. Ф. Освітні реформи: місія, дійсність, рефлексія: монографія / В. Ф. Москаленко, Я. В. Цехмістер; [за ред. В.Г. Кременя]. – К.: ТОВ «Видав. підприємство «Едельвейс», 2013.– 460 с.

129. Наказ МОЗ від 22.03.2004 № 148 “Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http: \\moz.gov.ua\portal](http://moz.gov.ua/portal)

130. Наказ МОЗ України від 03.12.10 № 1074 “Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів”.

131. Наказ МОЗУ від 25.06.2001р. № 247 “Про затвердження Промірного положення про базове медичне училище (коледж) та переліку базових вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації України”.

132. Наказ МОН України від 03.04.96р № 70 “Про зміни до навчального плану підготовки лікарів у навчальних закладах України”.

133. Наказ МОН України від 12.10.2004 р. № 492 „Про внесення змін та доповнень до Рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін”.

134. Наказ МОН України від 31.07.98 № 285 “Про порядок розробки складових нормативного та навчально-методичного забезпечення підготовки фахівців з вищою освітою”.

135. Наказ МОН України від 31.12.2004 р. № 685 „Про експериментальне впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації у 2004-2010 рр.

136. Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті / В. Литвин; Затверджено Указом Президента України від 17 квіт. 2002р. // Освіта України. - № 33. – 23 квіт. – 2002. – С. 4-6

137. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua/images/files/news/12/05/4455.pdf>

138. Національний звіт України про впровадження положень Болонського процесу: 14 грудня 2006р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [//http://www.mon.gov.ua/education/higher/bolpr/zvit_ukr.doc](http://www.mon.gov.ua/education/higher/bolpr/zvit_ukr.doc)

139. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Процес розвитку медичної освіти в Україні на період 1993-2002 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [//http://www.nmu.edu.ua](http://www.nmu.edu.ua)

140. Негребецкая Н. В. Основные тенденции развития высшего педагогического образования стран Западной Европы конца XX века : дис. ... канд. пед. наук.: 13.00.08. / Негребецкая Наталья Викторовна. – Белгород, 2003.– 150 с.

141. Ніколаєвський В. М. Соціологічна освіта в Україні: критерії та освітні стратегії досягнення якості [Електронний ресурс] / В. М. Ніколаєвський. – Режим доступу: http://www.sociology.kharkov.ua/docs/chten_01/nick.doc.

142. Ніколаєнко С. Забезпечення якості вищої освіти – важлива умова інноваційного розвитку держави і суспільства (Матеріали до доповіді на підсумковій колегії МОН України / С. Ніколаєнко // Освіта України. – 2007. – 27 лют. (№16/17). – С. 1–20.

143. Нова динаміка вищої освіти і досліджень для соціальних змін та розвитку: Болонський процес 2020 – Європейський простір вищої освіти у новому десятиріччі / М-во освіти і науки України, Фонд „Європа XXI”; за ред. І.О. Вакарчука. – К.: Агенство „Україна”, 2009. – 64 с.

144. Новая иллюстрированная энциклопедия. — М.: ООО “Мир книги”; Науч. изд-во “Большая рос. энциклопедия”, 2001. – 464 с.

145. Нормативно-правові акти з питань вищої освіти / [Уклад.: Т. Дудник та ін.]; За ред. Я. Я. Болюбаша. – К., 2004. – 304 с.

146. Огієнко О. І. Тенденції розвитку освіти дорослих у скандинавських країнах (друга половина XX століття): дис. ... д-ра пед. Наук: 13.00.01 “Загальна педагогіка та історія педагогіки ” / Олена Іванівна Огієнко, Акад. пед. наук. України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. – К.: [б. в], 2009.

147. Огієнко О. І. Тенденції розвитку освіти дорослих у скандинавських країнах: монографія / О. І. Огієнко; [за ред. Н.Г. Ничкало]. – Суми: Еллада-S, 2008. – 444с.
148. Огнев'юк В. О. Університетська освіта України в контексті перспектив Європейської інтеграції / В. О. Огнев'юк // Віче. – 2010. – № 20. — С. 35-38.
149. Олейникова О. Н. Европейское сотрудничество в области профессионального образования и обучения. Копенгагенский процесс. / О. Н. Олейникова – М.: Центр изучения проблем проф. образования, 2004. – 78 с.
150. Онищенко В. Ступенева професійна освіта: спроба концептуального підходу / В. Онищенко, Ю. Жидецький, І. Ковальчук // Педагогіка і психологія професійної освіти. — 1998. — № 5. — С. 89-95.
151. Основи педагогіки вищої школи: навч. посіб. / [Л. Л. ТОВАЖНЯНСКИЙ, О. Г. РОМАНОВСЬКИЙ, В. В. БОНДАРЕНКО та ін.]. – Харків: НТУ «ХПІ», 2005. – 140 с.
152. Основні засади розвитку вищої освіти України / [упор.: Шинкарук В. Д., Бабин І. І. та ін.]. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2008. – 173 с.
153. Основні досягнення в системі вищої освіти України 2007 – 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [//http://www.mon.gov.ua/main.php?query=education/higher](http://www.mon.gov.ua/main.php?query=education/higher)
154. Офіційний сайт Міністерства освіти і науки України. – Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua>.
155. Пасечко Н. В. Основи сестринської справи. Курс лекцій. / Н. В. Пасечко // – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 496 с.
156. Паламаренко І. О. Професійна підготовка сімейних лікарів у вищих медичних школах Великої Британії: автореферат дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Інна Олексіївна Паламаренко; Каб. Мін. України, Нац. ун-т біоресурсів і природокористування України. – К.: [б. в], 2012. – 20 с.
157. Панасенко О. І. Проблеми вищої медичної освіти України в умовах Болонського процесу / О. І. Панасенко, В. П. Буряк, А. Г. Каплаушенко та ін. // Запоріж. мед. журнал. – 2011. – Т. 13. – № 3. – С. 105 – 107.

158. Педагогічний словник / За ред. Ярмаченка М. Д. – К.: Педагог. думка, 2001. – 514 с.

159. Переймибіда Л.В. Проблема виховання деонтологічної культури у майбутніх медиків // Професійна та моральна культура в педагогічній системі: 36. наук, праць / За заг. ред. Г.Є. Гребенюка – Харків: Стиль-Іздат, 2003. – С. 107 – 114.

160. Переймибіда Л.В. Історичні та соціальні умови розвитку медичної деонтології // Неперервна професійна освіта: теорія і практика // Науково-методичний журнал. – 2007. – Випуск 1-2.- С. 187- 193.

161. Пилип Г. М. Допомога науковців медичних інститутів західного регіону України закладам охорони здоров'я краю / Галина Пилип // Науковий вісник Чернівецького університету: зб. наук. пр. – Чернівці: ЧНУ, 2009. – Вип. 469: Педагогіка та психологія. – С. 161-166. – Бібліогр. в кінці ст.

162. Пилип Г. М. Реорганізація вищої медичної освіти в Україні наприкінці ХХ століття / Галина Пилип // Науковий вісник Чернівецького університету: зб. наук. пр. – Чернівці: ЧНУ, 2008. – Вип. 393: Педагогіка та психологія. – С. 91 – 96. – Бібліогр. С. 95

163. План дій Ради Європи для України на 2011-2014 роки від 23 червня 2011 / Секретаріат Ради Європи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_b25

164. Поберезська Г. Г. Тенденції розвитку вищої освіти у країнах Західної Європи та України / Г. Г. Поберезська. – К.: Ун-т „Україна”, 2005. – 167с.

165. Поляченко Ю.В. Медична освіта у світі та в Україні: навч. посіб. / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерий, А.П. Волосовець та ін. – К.: Книга плюс, 2005. – 464с.

166. Пономаренко В. М, Щборовський О. М., Євсєєв В. І. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С . 57 – 61.

167. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 рр.» від 10 січня 2002р. № 14 // Офіційний вісник. – 2002 . – № 9.

168. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналіт. доп. / Т. П. Попченко. – К.: НІСД, 2012. – 96 с.

169. Права людини і професійна відповідальність лікаря в документах міжнародних організацій. – Амстердам – Київ, 1996. – С.121.

170. Правий В. Творче впровадження педагогічних ідей В. О. Сухомлинського в умовах розбудови національної освіти / В. Правий // Освітнє слово. — 1998. — № 9. — С. 15.

171. Про затвердження Плану дій щодо забезпечення якості вищої освіти України та її інтеграції в європейське світове освітнє співтовариство на період до 2010 року: Наказ МОН України №612 від 13.07.2007р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [//http://www.mon.gov.ua/laws/MON_612_07.doc](http://www.mon.gov.ua/laws/MON_612_07.doc)

172. Проблемы развития системы непрерывного профессионального образования: [коллектив. Монография] / Науч. ред. Г. В. Мухаметзянова. – Казань: ИСПО РАО, 2000. – 249 с.

173. Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101227_p.html

174. Прокопенко Л. Державна освітня політика: історико-теоретичний аспект [Електронний ресурс] / Л. Прокопенко. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/portal/soc.gum/Dums/2009-02/Prokopenko.pdf>

175. Професійна освіта: словник: навч. посіб. / [Уклад. С.У. Гончаренко та ін.; за ред. Н.Г. Ничкало]. – К.: Вища школа, 2000. – 380 с.

176. Рекомендація Європейського Парламенту і Ради 2008/С 111/01 «Про встановлення Європейської кваліфікаційної структури для можливості отримати освіту протягом усього життя» від 23 квітня 2008 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_988.

177. Рейтинг вищих навчальних закладів: “Топ – 200 Україна” // Дзеркало тижня. – 2007. – 24 берез. (№11). – С. 15.

178. Реформа и развитие высшего образования. Программный документ. – Париж: ЮНЕСКО, 1995. – 56 с.

179. Ржевська А. В. Розвиток сучасної університетської освіти країн Західної Європи: монографія / Анна Вікторівна Ржевська – Луганськ : ДЗ ЛНУ ім. Тараса Шевченка, 2011. – 355 с.

180. Розенфельд Ю. Н. Особенности системы высшего образования в Великобритании / Ю. Н. Розенфельд, Г. В. Рощупкин // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. праць. – Харків: ХНУ, 2006. – Вип. 12. – С. 141-143.

181. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України: рек. щодо подальшого розвитку вторин. мед. допомоги в Україні: посіб. / Представництво Європ. Коміс. В Україні. – К.: [б. в], 2009. – 70 с. : іл. – (Проект ЄС “Сприяння реформі вторин. мед. допомоги в Україні”).

182. Саргсян А. Л. Фактори реформування системи вищої освіти у Великобританії в кінці ХХ століття / А. Л. Саргсян // Уч. зап. Таврич. нац. ун-та ім. В. И. Вернадского – 2009. – Том 22 (61) – № 1. – С. 623 – 628.

183. Сбруєва А.А. Порівняльна педагогіка: навч. Посіб. / А. А. Сбруєва. – Суми: СДПУ, 1999. – 300 с.

184. Семаков Г. Болонський процес – структурна реформа вищої освіти на європейському просторі / Геннадій Семаков // Освіта і управління. – 2005. – Т. 8. – № 3-4. – С. 165-168.

185. Себкова Х. Акредитація і забезпечення якості вищої освіти в Європі / Хелена Себкова; пер. В. В. Сміян // Вища школа. – 2005. – № 2. – С. 77–84.

186. Сисоєва С. О. Підготовка вчителя до формування творчої особистості учня: монографія / С. О. Сисоєва. – К.: Поліграфкнига, 1996. – 403 с.

187. Система безперервної медичної освіти: методологія, управління / [Казаков В. М., Талалаєнко О. М., Гаріна М. Г. та ін.]. – Донецьк: Здоров'я, 1994.- 175 с.

188. Сігаєва Л. Є. Дистанційне навчання в освіті дорослих / Л. Є. Сігаєва // Гуманіт. Вісник ДВНЗ “Переяслав-Хмельницьк. држ. пед. ун-т ім. Г. Сковороди”. – Переяслав-Хмельницький, 2006. – Вип. 9. – С. 33–40.

189. Сігаєва Л. Є. Освіта дорослих у скандинавських країнах: зарубіжний досвід / Лариса Сігаєва // Неперервна професійна освіта: теорія і практика.– 2004. – № 3/4. – С. 241–249.

190. Сігаєва Л. Є. Освіта дорослих: етапи становлення / Лариса Сігаєва // Неперервна професійна освіта: теорія і практика.– 2002. – Вип. 4. – С. 183–193.

191. Сігаєва Л. Є. Розвиток освіти дорослих в Україні (друга половина ХХ – початок ХХІ ст.): монографія / Л. Є. Сігаєва. – К.: ЕКМО, 2010. – 420 с.

192. Словарь иностранных слов. — 18 изд., стер. – М. : Рус. язык, 1989. – 622 с.

193. Спільна декларація міністрів освіти Європи. «Європейський простір у сфері вищої освіти» [Електронний ресурс]. – Болонья, 19 червня 1999 р. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_525

194. Стандарти та норми забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти // Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу: док. і матеріали. Ч. 3. / М-во освіти і науки України, Терноп. нац. пед. ун-т ім. Володимира Гнатюка; [за ред. С.М. Ніколаєнка; упоряд.: Степко М. Ф., Болубаш Я. Я., Шинкарук В. Д. та ін.]. – Тернопіль: ТНПУ, 2006. – 180 с.: ілюстр., табл.

195. Степко М. Ф. Болонський процес і навчання впродовж життя / М. Ф. Степко, Б. В. Клименко, Л. Л. ТОВАЖНЯНСЬКИЙ ; М-во освіти і науки України, Нац. техн. ун-т “Харк. політехн. ін-т”. – Х. : [б. в], 2004. – 111 с : ілюстр. – Бібліогр.: с. 109.

196. Стратегічна рамка “Освіта і підготовка 2020” (“Education and Training 2020” (ET 2020). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/ef0016_en.htm.

197. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні: Моногр. /За ред. В. М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. -176 с.

198. Суліма Є. Вища освіта в контексті національної стратегії розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки / Євген Суліма // Вища школа. – 2012. – № 3. – С. 7–15

199. Терентьєва Н. О. До тлумачення понять “тенденція” та “тенденційність” розвитку університетської освіти / Н. О. Терентьєва // Педагогічна освіта: Теорія і практика. Психологія. Педагогіка. – 2013. – № 19. – С. 39-61.

200. Тревор Д. Гіббс. Відкрите обговорення системи медичної освіти в Україні : на початку нової ери / Тревор Д. Гіббс // Сімейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 5 – 6.

201. Угода про партнерство та співробітництво. Повний текст Угоди, підписаної між Європейським Союзом та Україною в Люксембурзі 16 червня 1994 року. – К., 1995. – 90с.

202. Указ Президента України від 12 вересня 1995 р. № 832/95 “Основні напрями реформування вищої освіти в Україні”.

203. Филиппов В. М. Образовательная политика России на современном этапе [Електронний ресурс] / В. М. Филиппов. – Режим доступу: <http://www.phlippov.ru>

204. Фініков Т. В. Сучасна вища освіта: світові тенденції і Україна / Т.В. Фініков – К.: Таксон, 2002. – 176 с.

205. Халлак Ж. Политика в области образования и содержание обучения в развивающихся странах / Ж. Халлак // Перспективы: сравнительные исследования в области образования. – 2001. – № 2. – С. 5–20.

206. ЧДМІ. Навчальний відділ. Звіт про роботу інституту за 1994 рік.

207. Чемерис О.А. Якість освіти як загальна тенденція європейської інтеграції / О. А. Чемерис // Вісник Житомир. держ. ун-ту ім. І. Франка : зб. наук. пр. – Житомир: ЖДУ, 2005. – Вип. 25: Педагогіка. – С. 219-221.

208. Шовкопляс О. І. Інтеграційні процеси в розвитку вищої освіти країн Європейського Союзу (90-і рр. ХХ – початок ХХІ ст.): автореферат дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 “Загальна педагогіка та історія педагогіки” / Ольга Ігорівна Шовкопляс; М-во освіти і науки, молоді та спорту України, ДЗ “Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка”. – Луганськ: [б. в.], 2012. – 20 с.

209. Arbeitsdokument der Kommissionsdienststellen Förderung des Sprachenlernens und der sprachlichen Vielfalt – Konsultation. Kommission der Europäischen Gemeinschaften. Briissel, 2002.

210. Bache I. Europeanisation and Higher Education: Towards a Core Curriculum in European Studies? Paper presented to the ESRC/UACES Study Group and Seminar Series on the Europeanisation of British Politics and Policy-Making, Sheffield, 23 April, 2004 [Электронный ресурс] // In University of Sheffield, Department of Politics, Sheffield, UK. – Режим доступа: <http://aei.pitt.edu/1728/>

211. Bildung fur Europa, Nationale Agentur beim Bundesinstitut fur Berufsbildung, Bonn. Juni 2001. P. – 108.

212. Bruner J. S. The culture of education. — Cambridge: Harvard University Press, 1996. — 224 p.

213. Charlier J. How European Integration is Eroding National Control over Educating Planning and Policy / J. Charlier, S. Croche // European Education. – Vol. 37. – No. 4. Winter 2006. – PP. 7–21.

214. Constitution of the World Health Organization [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

215. Continuing professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement // WFME Office: University of Copenhagen, Denmark, 2003, 29p.

216. Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications // Council of the European Union, Official Journal of the European Communities, No L 165/ 1, 1993, 25p.

217. Curtoni S. Overview of Medical Education in Europe / S. Curtoni, S. Willemstein, F. Smolders, J. De Koning // Medical Education in Europe. [An Anthology of Med-Net conference presentations Lille, 1998]. – Maastricht, 1999

218. Czachór Z.: Vademecum Europa od A do Z. – Warszawa, 2002. – 197p.

219. Dave R. Lifelong Education and School Curriiculum. – Hamburg: UIE, 1973. – 205 p.

220. Dziewulak D. Polityka oświatowa Wspólnoty Europejskiej. Warszawa, 1994. – 132 p.

221. Education and Training in Europe: diverse systems, shared goals for 2010. The work programme on the future objectives of education and training systems. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://europa.eu.int/comm/education/policies>

222. Education et a Glance. OECD Indicators. Edition. – Paris: OECD, 2001. – 406 p.

223. Edukacja w perspektywie integrowania się Europy / red. Nauk. Zdzislaw Wolk. – Zielona Gora : Wydaw. Wyzszej Szkoły Pedagogicznej im. Tadeusza Kotarbinskiego, 2000. – 163 p.

224. Enseignement supérieur. Le doctorat. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.enseignementsuprecherche.gouv.fr/cid20185/doctorat.html>

225. European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA). Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.enqa.net>

226. First Implementation Report on „A Mobility Strategy for the European Research Area”. Commission of the European Communities. – Brussels, 2003.

227. Gastel B., Wilson M. P. & Boelen C (eds). Toward a global consensus on the quality of medical education: serving the needs of populations and individuals. In: Proceedings of the 1994 WHO/Educational Commission for Foreign Medical Graduates Invitational Consultation (3-4 October 1994, Geneva) // Academic Medicine. – 1995. – Vol. 70 (Suppl.)

228. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Education. The Education Committee of the General Medical Council. – London, 1993. – 28 p.

229. Glazer N. Ethnic dilemmas. 1964 — 1982. — Cambridge: Harvard University press, 1983. — 192 p.

230. Global Standards for Quality Improvement in Medical Education. European Specification. For Basic and Postgraduate Medical education and Continuing Professional Development /WFME/SMSE International Task Force. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.amsemed.eu/documents/EuropeanSpecifications.pdf>

231. Goldie J. Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: a qualitative study / J. Goldie, A. Dowie, P. Cotton, J. Morrison // *Medical Education*. – 2007. – № 41. – P. 610–617.

232. Growth, Competitiveness, Employment: The Challenges and Ways Forward into the 21st Century – White Paper, 1993, p.119 [Electronic resource]. – Metody dostępu: <http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/pdf> Holland J. L. Some exploration of a theory of vocational choice // *J. Counsel. Psychol.* – 1962. – V. 76. – N 26 /whole N. 545. – P. 35-45.

233. International Standard Classification of Education [Електронний ресурс]. – ISCED.–UNESCO, 1997. – 42 p. – Режим доступу: <http://www.unesco.org/education>.

234. Janowski A. Polish Education: changes and prospects / A. Janowski // *Oxford Studies in Comparative Education*. – 1992. – Vol. 2 (1). – P. 41–55

235. Johnstone J.N. Indicators of Education Systems. – Kogan Page, London / UNESCO, Paris, 1984. – 317 p.

236. Kupisiewicz C. Syntetyczny raport o potrzebie i kierunkach reformy szkolnej. Warszawa, 1996.

237. Ladrech R. Europeanization of Domestic Politics and Institutions: The Case of France / R. Ladrech // *Journal of Common Market Studies*. – 1994. – Vol. 32. – No. 1. – P. 69-88.

238. Learning to be. The World of Education Today and Tomorrow:-P.: UNESCO: L.: Harrap, 1972. – 382 p.

239. Lisbon European Council conclusion. March, 2000. – 59 p.

240. Mallinson V. The Western European idea in education. — Pergamon, 1980. — 406 p.

241. Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Europäische Benchmarks für die allgemeine und berufliche Bildung – Follow-up Tagung des Europäischen Rates von Lissabon. Europa-Informationen – GEW. Bonn, 2002.

242. Pachocinski R. Współczesne systemy edukacyjne / R. Pachocinski. – Warszawa: Instytut Badan Edukacyjnych, 2000. – 293 p.

243. Rado P. Transition in Education: Policy Making and the Key Educational Policy Areas in the Central-European and Baltic Countries / P. Rado. – Budapest, Hungary: Open Society Institute, 2001. – 103 p.

244. Reimers F. Informed dialog / F. Reimers, N. McJin // Using Research to Shape Education Policy Around the World. – Prague, 1997. – P. 29.

245. Repac I. Survey on communicating education reform in Southeast Europe. SEE ECN, OSEP-SEE / Igor Repac, Teja Rek. – Ljubljana, January 2005. – P.62.

246. Schroder T. H. Der arztliche Beruf vor alten und neuen Herausforderungen (“new medical professionalism”) / T. H. Schroder, H. Raspe // Schleswig-Holsteinisches Arzteblatt. – 2006. – № 8. – P. 32.

247. Shennen M. Teaching about Europe / M. Shennen. – London : Cassell, 1991. – 35 p.

248. Sorbonne Joint Declaration. Joint declaration on harmonisation of the architecture of the European higher education system by the four Ministers in charge for France, Germany, Italy and the United Kingdom. Paris, the Sorbonne, May 25, 1998.

249. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050221_ENQA_report.pdf](http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050221_ENQA_report.pdf);

250. Standing Committee of European Doctors (CPME). Continuing Professional Development Improving Healthcare Quality, Ensuring Patient Safety. Consensus Statement. CPD Conference, Luxembourg, 14 December 2006. CPME. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.cpme.eu](http://www.cpme.eu)

251. Taylor S. Education Policy and the Politics of Change / S. Taylor, F. Rizvi, B. Lingrad & M. Henry. – London : Routledge, 1997.

252. Teaching about Europe. – М.: Shennen, 1991.

253. Termine und Veranstaltungen [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.sokrates.org](http://www.sokrates.org).

254. The Bologna Process 2020 – The European Higher Education Area in the new decade. Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher

Education (Leuven and Louvain-la-Neuve, 28-29 April 2009). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// www.bologna2009benelux.org](http://www.bologna2009benelux.org).

255. The European Higher Education Area –Achieving the Goals. Communique of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Bergen, 19-20 May 2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// www.bologna-bergen2005.no//050520_Bergen_Communique](http://www.bologna-bergen2005.no//050520_Bergen_Communique). – 6 p.

256. The European Qualifications Framework for Lifelong Learning (EQF). [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://ec.europa.eu/dgs/education_culture.

257. The Executive Council, The World Federation for Medical Education. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. Medical Education, 1998. – 32. – P. 549–558

258. The Foundation Guide to the Foudation Programme / [ed. By Carrie G. More] / [3 edition]. – UK Foudation Office, 2010. – 74 p.

259. The Lisbon Strategy 2000 – 2010. An analysis and evaluation of the methods used and results achieved. FINAL REPORT IP/A/EMPL/ST/2008-07

260. The Partnership for 21st Century Skills [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.21stcenturyskills.org>

261. The Worlds University Rankings. World University Rankings 2012-2013 [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу : <http://www.timeshighereducation.co.uk/world-university-rankings/2012-13/world-ranking>

262. Tilford S. & P. Whyte (2009). The Lisbon Scorecard IX, London: Center for European Reform.

263. Towards the Assessment of Quality in Medical Education / World Health Organization. – Geneva: WHO, 1992. – 17 p.

264. Uczyć się dla Europy. Materiały z XI Konferencji GEW- SKOiWNSZZ „Solidarność” we współpracy z Fundacją im. Fńedńcha Eberta Przedstawicielstwo w Polsce. Frankfurt/Warszawa, 2002.

265. UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization) 1999. Statistical Yearbook 1999. Paris.

266. University College of London: Undergraduate prospectus 2010 entry. – L., 2010. – 180 p.

267. Wadi Haddad et.al. Education policy Planning Process: an applied framework. UNESCO, International Institute for Educational Planning (IIEP) – Paris, 1995.

268. Wann ist ein Arzt ein guter Arzt? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Aussagen medizinischer Professionsvertreter / S.Herzig, L.Biehl, H.Stelberg [etal.] // Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 2006. – 131. – P. 2883-2888.

269. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education, Report of the Working Party (14-16 October 1999, Copenhagen) // Medical Education. – 2000. – Vol. 34. – P. 665-675.

270. WHO. Priorities at the Interface of Health Care, Medical Practice and Medical Education: Report of the Global Conference on International Collaboration on Medical Education and Practice (12-15 June 1994, Rockford, Illinois, USA). Unpublished Document, WHO/HRH/95.2, Geneva, 1995.

271. WHO/EURO: Primary health care in undergraduate medical education. Report on a WHO meeting, Exeter (18-22 Juny 1983). WHO/EURO, Copenhagen. – 1984.

272. Wolf de H.C. Distance Education // The International Encyclopedia of All Throughout Life. – Paris: UNESCO Publishing. Education, 2-ed. – Pergamon, 1994. — P. 1557-1563.

273. World Education Report 2000. The Right to Education: Towards Education for 2000. – P. 66-67.

274. World Federation for Medical education. The Edinburgh declaration // Medical education. – 1988. – Vol. 22. – P. 481-482.

275. World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education Report. Edinburgh. – Scotland, 1988.

276. World Federation for Medical Education: Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME (Copenhagen, 2003). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.wfme.org>.

277. World Federation for Medical Education: Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME (Copenhagen, 2003) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.wfme.org>.

278. World Health Assembly. Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All. WHA Resolution 48.8. WHO, Geneva, 1995.

279. WHO. Priorities at the Interface of Health Care, Medical Practice and Medical Education: Report of the Global Conference on International Collaboration on Medical Education and Practice, 12-15 June 1994, Rockford, Illinois, USA. Unpublished Document, WHO/HRH/95.2, Geneva, 1995.

280. WHO. Nurses and midwives for health: WHO European strategy for nursing and midwifery education. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/e88137>.

281. World Health Organization, Regional Office for Europe. Ministerial Consultation for Medical Education in Europe (Lisbon, 1988) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.wfme.org>.

282. Wende M. van der. Internationalization of Higher Education / M. van der Wende // International Encyclopedia of Education. Third Edition / Editors-in-Chief Penelope Peterson, Eva Baker, Barry McGaw. – Oxford: Elsevier – Academic Press, 2010. – Volume 4. – P. 540 – 545.

283. UEMS. The accreditation of live educational events by the EACCME. UEMS 2011/30. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.uems.net/fileadmin/user_upload/uems_documents/Official_documents/Document_adopted_in_2011/UEMS.

284. Режим доступа: <http://www.medicine2.com>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Структура освіти України

Структура освіти		Рівні (ступені), документ про освіту	Період навчання(роки, кредити)	Цикли
<i>Дошкільна освіта</i>				
<i>Загальна середня освіта</i>	Початкова загальна освіта		4 роки	
	Базова загальна середня освіта (БЗСО)	свідоцтво	5 років	
	Повна загальна середня освіта (ПЗСО)	атестат	2-3 роки	Доступ до вищої освіти
<i>Професійно-технічна освіта</i>		Кваліфікований робітник, диплом	3 роки (на основі БЗСО) 1-1.5 роки (на основі ПЗСО)	
<i>Вища освіта</i>	Неповна вища освіта	Молодший спеціаліст, диплом молод. спеціаліста	2-3 роки (120-180 ЄКТС*) (3-4 роки на основі БЗСО)	короткий цикл I циклу
	Базова вища освіта	Бакалавр, диплом бакалавра	3-4 роки (180-240 ЄКТС) або 2-3 роки на основі диплома молодшого спеціаліста	I цикл
	Повна вища освіта	Спеціаліст, диплом спеціаліста	1-1,5 роки (60-90 ЄКТС); (5-6 років за напрямом медицина, ветеринарія (300-360 ЄКТС)	II цикл
		Магістр, диплом магістр	1-2 роки (60-120 ЄКТС), (1-3 роки за напрямом медицина, ветеринарія)	
<i>Аспірантура</i>		Кандидат наук (науковий ступінь) диплом кандидата наук	≥3 роки	III цикл
<i>Докторантура</i>		Доктор наук (науковий ступінь) диплом доктора наук		

*ЄКТС - Європейська кредитна трансферна система (European Credit Transfer System)

**ПЕРЕЛІК
спеціальностей та терміни навчання в інтернатурі
випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних
закладів, медичних факультетів університетів України**

(згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України No 81 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних та фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів» від 23.02.2005 року)

N з/п	Спеціальності інтернатури	Тривалість інтернатури	Тривалість навчання та стажування (місяців)					
			I рік		II рік		III рік	
			на кафед- рах	на базі стажува- ння	на кафед- рах	на базі стажува- ння	на кафед- рах	на базі стажува- ння
		роки						
1	Акушерство та гінекологія*	3	6	5	4	7	2	9
2	Анестезіологія та інтенсивна терапія*	2	6	5	6	5	-	-
3	Внутрішні хвороби*	2	6	5	5	6	-	-
4	Дитяча хірургія	3	6	5	4	7	2	9
5	Загальна гігієна	1	6	5	-	-	-	-
6	Загальна практика - сімейна медицина*	2	6	5	4	7	-	-
7	Епідеміологія	1	4	7	-	-	-	-
8	Інфекційні хвороби	1,5	6	5	4	2	-	-
9	Лабораторна діагностика	1	6	5	-	-	-	-
10	Клінічна онкологія*	1,5	6	5	3	3	-	-
11	Медицина невідкладних станів	1,5	6	5	3	3	-	-
12	Медична психологія	1	6	5	-	-	-	-
13	Мікробіологія та вірусологія	1	4	7	-	-	-	-
14	Неврологія*	1,5	6	5	4	2	-	-
15	Нейрохірургія*	3	6	5	4	7	2	9

16	Ортопедія і травматологія*	2	6	5	5	6	-	-
17	Отоларингологія*	2	6	5	6	5	-	-
18	Офтальмологія*	2	6	5	5	6	-	-
19	Патологічна анатомія*	1	6	5	-	-	-	-
20	Психіатрія*	1,5	6	5	3	3	-	-
21	Педіатрія*	2	6	5	5	6	-	-
22	Пульмонологія та фтизіатрія*	1,5	7	4	3	3	-	-
23	Радіологія*	1,5	6	5	3	3	-	-
24	Стоматологія	2	5	6	3	8	-	-
25	Судово-медична експертиза	1,5	6	5	3	3	-	-
26	Урологія*	2	6	5	4	7	-	-
27	Хірургія*	3	6	5	4	7	2	9
28	Загальна фармація	1	4	7	-	-	-	-
29	Клінічна фармація	1	6	5	-	-	-	-

* Лікарські спеціальності первинної спеціалізації, які визнаються країнами ЄС та термін проходження яких (мінімально - три роки) визначений Директивою 2005/36/ЄС Європейського парламенту і Ради від 07.09.2005 про визнання професійних кваліфікацій.

**Освітньо-кваліфікаційні рівні
вищої освіти Польщі**

Освітньо-кваліфікаційні рівні		
Ліценціат	Магістр	Доктор
<p>Аналог європейського бакалавра, надається після навчання у вищих професійних школах.</p> <p>Ліценціат з медичного догляду або ліценціат-акушер – ступінь, що отримують після закінчення вищих професійних курсів з медичного догляду або акушерської справи відповідно.</p>	<p>Ступінь «магістр», а також «магістр мистецтв», «магістр технічних наук», «магістр архітектури», «лікар», «лікар-дантист», «лікар-ветеринар», «магістр з медичного догляду», «магістр-акушер» – надаються після завершення 5–6 років навчання у вищій школі.</p> <p>Ступінь «магістр» також може бути отриманий після завершення 2–2,5 років додаткового магістерського навчального курсу особами, які закінчили вищі професійні навчальні заклади з ступенями «ліценціат» або «інженер».</p>	<p>Науковий ступінь, який надається тільки після завершення вузу університетського типу та написання наукової роботи</p>
Навчання протягом 3-4 років	Навчання протягом 1,5-2 роки	Навчання протягом 3-4 років

Джерело: Копанська О. Тенденції змін в освітній політиці Польщі в період вступу до Євросоюзу / Оксана Копанська // Вісник Львівського університету. Серія педагогічна. – Львів, 2008. – Вип. 24. – С. 225–231. – Бібліогр.: с. 231.

**Забезпеченість
медичними кадрами в Україні**

	Кількість лікарів усіх спеціальностей		Кількість середнього медичного персоналу	
	всього, тис.	на 10 000 населення	всього, тис.	на 10 000 населення
1990	227	44,0	607	117,5
1991	230	44,4	618	119,4
1992	228	43,8	602	115,8
1993	230	44,4	606	115,7
1994	227	44,1	588	114,2
1995	230	45,1	595	116,5
1996	229	45,2	583	115,0
1997	227	45,1	566	112,7
1998	227	45,5	557	111,7
1999	228	46,0	553	111,9
2000	226	46,2	541	110,3
2001	226	46,8	530	110,1
2002	224	46,9	526	110,0
2003	223	47,1	523	110,3
2004	223	47,4	522	110,9
2005	224	47,9	496	106,2
2006	225	48,4	493	106,1
2007	223	48,3	488	105,5
2008	222	48,3	465	101,1
2009	225	49,1	467	102,0
2010	225	49,3	467	102,4
2011	224	49,3	459	101,0
2012	217	47,9	441	97,2
2013	217	48,0	441	97,4
2014¹	186	43,5	379	88,6

¹Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Джерело: Держстат України, 1998-2015.

**Рекомендована Програма навчання (набір дисциплін)
для медичних сестер загального профілю
згідно Директиви 2005/36/ЕС**

Теоретичний курс навчання		
Клінічні дисципліни	Базові медичні науки	Соціальні науки
Професійна етика	Анатомія і фізіологія	Психологія
Загальні принципи здоров'я і догляд за хворими	Бактеріологія, вірусологія і паразитологія	Соціальний захист і підтримка здоров'я
Педіатрія та догляд за дитиною (патронаж)	Біофізика, біохімія і радіологія	Правові (законодавчі) аспекти догляду за хворими
Загальна хірургія	Дієтологія	Основи адміністрування
Загальна терапія	Гігієна	
Охорона материнства	Профілактична медицина	
Психічне здоров'я (психіатрія)	Організація системи охорони здоров'я	
Догляд за старими пацієнтами (геріатрія)	Фармакологія	

Директива 93/16/ЕЕС
(«Докторська директива»)

Перелік медичних спеціальностей:

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. Анестезіологія | 27. Гастроентерологія |
| 2. Загальна хірургія | 28. Ревматологія |
| 3. Нейрохірургія | 29. Загальна гематологія |
| 4. Акушерство і гінекологія | 30. Ендокринологія |
| 5. Внутрішні хвороби (терапія) | 31. Фізіотерапія |
| 6. Офтальмологія | 32. Стоматологія |
| 7. Оториноларингологія | 33. Нейропсихіатрія |
| 8. Педіатрія | 34. Дерматовенерологія |
| 9. Пульмонологія | 35. Дерматологія |
| 10. Урологія | 36. Венерологія |
| 11. Ортопедія | 37. Радіологія |
| 12. Патологічна анатомія | 38. Тропічна медицина |
| 13. Неврологія | 39. Дитяча психіатрія |
| 14. Психіатрія | 40. Геріатрія |
| 15. Рентгенодіагностика | 41. Захворювань нирок |
| 16. Променева терапія | 42. Інфекційні хвороби |
| 17. Клінічна біологія | 43. Біохімія |
| 18. Біологічна гематологія | 44. Фармакологія |
| 19. Мікробіологія-бактеріологія | 45. Професійна гігієна |
| 20. Загальна медико-санітарна допомога | 46. Алергологія |
| 21. Імунологія | 47. Гастроентерологічна хірургія |
| 22. Пластична хірургія | 48. Медична радіологія |
| 23. Торакальна хірургія | 49. Медицина катастроф |
| 24. Дитяча хірургія | 50. Клінічна нейрофізіологія |
| 25. Судинна хірургія | 51. Щелепно-лицева хірургія |
| 26. Хірургічна стоматологія
щелепно-лицевої хірургії | 52. Кардіологія |