

Міністерство освіти і науки України

**Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій**

Школа охорони здоров'я

Магістерська робота
освітньо-кваліфікаційний рівень – магістр

на тему: **«РЕФОРМИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ
У 1921-2021 РОКАХ: ІСТОРИЧНИЙ АНАЛІЗ ТРЕНДІВ ТА
КОНЦЕПЦІЙ»**

До захисту
(Підпис завідувача кафедри)

Виконав:
Студент 2 року навчання
Дубенко Дмитро Євгенійович
факультету соціальних наук і соціальних
технологій спеціальності 073 «Менеджмент»
освітньо-наукової програми
«Менеджмент в охороні здоров'я»

Наукова керівниця
Юрочко Тетяна Петрівна
кандидатка наук з державного управління,
доцент

Рецензент_Шевченко М.В., д.м.н., с.н.с.

Магістерська робота захищена з оцінкою
«_____»

Секретар ЕК _____

«_____» _____ 2022 р.

Київ 2022

Зміст

АНОТАЦІЯ	3
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1	11
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	11
1.1 Сучасні тенденції в реформуванні вищої медичної освіти в Україні	11
1.2. Аналіз історичного контексту становлення та розвитку вищої медичної освіти в Україні	16
РОЗДІЛ 2	27
2.1. Основні методологічні засади дослідження	27
РОЗДІЛ 3	31
3.1. Реформи у системі вищої медичної освіти України у 1921-2021 роках, що призвели до зниження якості освітнього процесу	31
3.2. Патологічна «циклічність» тотожних ініціатив у системі вищої медичної освіти України у 1921-2021 роках	32
3.3. Порівняння реформених ініціатив 1920-х років з сучасною стратегією розвитку медичної освіти в Україні	34
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	47

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

Факультет соціальних наук і соціальних технологій

Школа охорони здоров'я

Другий (магістерський) рівень вищої освіти

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітньо-наукова програма «Менеджмент в охороні здоров'я»

АНОТАЦІЯ

Дубенко Дмитро Євгенійович

**«Реформи вищої медичної освіти в Україні у 1921-2021 роках:
історичний аналіз трендів та концепцій»**

Система вищої медичної освіти (ВМО) є одним з основних елементів системи охорони здоров'я будь-якої країни світу. Вища медична освіта стосується не тільки навчального процесу майбутніх лікарів, а є частиною складного безперервного та інтегрованого процесу – підготовки медичних кадрів для професійної діяльності, удосконалення їх навичок та вмінь і створення конкурентного наукового простору.

На сьогодні, система ВМО в Україні потребує змін, які б відповідали викликам та проблемам 21-го століття.

Проте, попри надважливу роль медицини для суспільства та держави, стратегія реформування ВМО залишається невирішеною проблемою.

Окрім своїх безпосередніх цілей, сьогодні, медицина слугує важливою складовою державного механізму реагування на воєнну агресію російської федерації. Система ВМО як частина української системи охорони здоров'я безпосередньо відповідає за своєчасну та належну підготовку людського потенціалу для забезпечення надання медичної допомоги населенню загалом

та специфічним професійним групам людей, що беруть безпосередню участь у бойових діях або перебувають у регіонах, що знаходяться у зоні воєнного конфлікту.

У роботі представлені результати історичного аналізу реформ та реформених ініціатив, здійснених у період з 1921 по 2022 роки. Серед них виокремлені такі, впровадження яких призводило до зниження якості освітнього процесу, або не мало належного очікуваного ефекту. Окрема увага приділена реформам, що пов'язані із війною, воєнними діями та військово-медичною підготовкою студентів та лікарів-інтернів.

В роботі висвітлено хронологічну послідовність втілення окремих реформ та ініціатив, кратність та повторюваність їх впровадження, прослідковано та ідентифіковано наявність певної «циклічності» у змінах, що запроваджувались у період 1921-2022 років.

З урахуванням прослідкованих історичних трендів та концепцій розроблені практичні рекомендації, метою яких є уникнення дублювання та повторення невдалих реформ та ініціатив у системі вищої медичної освіти України.

Ключові слова: *система вищої медичної освіти, медичний університет, реформа медичної освіти, історичний аналіз.*

Dmytro Dubenko

"Reforms of high medical school in Ukraine in 1921-2021: a historical analysis of trends and concepts"

The system of high medical school education (HMSE) is one of the main elements of the health care system of any country in the world. High medical school refers not only to the educational process of future doctors but is also part of a complex continuous and integrated process - training medical personnel for professional activities, improving their skills and abilities and creating a competitive scientific space.

Today, the HMSE system in Ukraine needs changes that would meet the challenges and problems of the 21st century.

Nevertheless, despite the important role of medicine for society and the state, the HMSE reform strategy remains an unresolved problem.

In addition to its immediate goals, today medicine serves as an important component of the state mechanism for responding to the military aggression of the Russian Federation. The HMSE system, as part of the Ukrainian healthcare system, is directly responsible for the timely and proper training of human potential to ensure the provision of medical care to the population in general and specific professional groups of people directly involved in hostilities or located in regions in the zone of military conflict.

The research presents the results of a historical analysis of the reforms carried out in the period from 1921 to 2022. Among them, those which implementation led to a decrease in the quality of the educational process or did not have the expected effect were founded. Special attention is paid to reforms related to the war, military operations and military medical training of students and residents.

The work reflects the chronological sequence of the implementation of individual reforms and initiatives, the frequency of their implementation, traced and

identified the presence of a "cyclicity" in the changes introduced in the period 1921-2022.

Considering the traced historical trends and concepts, practical recommendations have been developed, the purpose of which is to avoid duplication and repetition of unsuccessful reforms and initiatives in the system of higher medical education in Ukraine.

Key words: *system of high medical school education, medical university, reform of medical education, historical analysis.*

ВСТУП

Вища медична освіта (ВМО) є одним з основних елементів системи охорони здоров'я будь-якої країни світу. Система вищої медичної освіти стосується не тільки навчального процесу майбутніх лікарів, а є частиною складного безперервного та інтегрованого процесу – підготовки медичних кадрів для професійної діяльності, удосконалення їх навичок та вмінь і створення конкурентного наукового простору.

На сьогодні, система ВМО в Україні потребує змін, які б відповідали викликам та проблемам 21-го століття.

Проте, попри надважливу роль медицини для суспільства та держави, стратегія реформування ВМО залишається невирішеною проблемою.

Згідно з опитуванням, використаним для розробки пілотного проекту трансформації системи ВМО, виконаним соціологічною групою «Рейтинг» на замовлення Міністерства охорони здоров'я України у 2019 році, на запитання «як Ви оцінюєте рівень компетентності та професіоналізму лікарів в Україні?», 5% респондентів відповіли «дуже високий», 33% - «скоріше високий», 40% - «скоріше низький», 14% - «дуже низький» і 8% не змогли надати відповіді. Отже, серед отримувачів медичних послуг в Україні, 54% вважають рівень підготовки українських лікарів незадовільним, що є непрямим індикатором рівня довіри респондентів і системи ВМО, якість якої і є передумовою належної фаховості та компетентності лікарів.

Варто зазначити, що в Україні неодноразово піднімалися питання реформування ВМО, розроблялись стратегії, були спроби втілення змін але, на жаль, вони так і не досягли очікуваних результатів. Сьогодні реформування ВМО також є одним з пріоритетних в програмі трансформації системи охорони здоров'я. З цією метою активно вивчається зарубіжний досвід. Разом з тим, майже не приділяється увага ретроспективному аналізу вітчизняного досвіду. А нам є що аналізувати, критично оцінювати та брати до уваги власні напрацювання. Саме цим обумовлена тема та мета нашого дослідження.

Для виконання роботи, опрацювання джерел літератури, створення відповідної бази історичних документів були опрацьовані профільні дисертаційні дослідження, що відповідають тематиці роботи, документи, що знаходяться в архівних установах та не мають оцифрованих форм зберігання, інтернет джерела, що не мають наукового характеру (чати, пабліки, історичні сайти), проте, є джерелом цінної хронологічної інформації, записані інтерв'ю з працівниками системи охорони здоров'я та їх управлінських структур (працювали у радянський період).

Для опрацювання даних, що стосуються сучасного періоду існування системи ВМО України (1991-2022 роки) були використані документи та настанови Міністерства охорони здоров'я України, повідомлення в українській пресі, опрацьовані та досліджені дискусії в соціальних мережах (Фейсбук та Твітер), що проводились між представниками медичної та навколomedичної спільноти України, без урахування їх політичних вподобань та політичної приналежності до певних партій, структур або органів влади.

Об'єкт дослідження: Система вищої медичної освіти в Україні.

Предмет дослідження: Реформування вищої медичної освіти в Україні в період 1921-2021 рр.

Метою дослідження є обґрунтування напрямів майбутніх змін у системі вищої медичної освіти в Україні на основі історичного аналізу реформ, здійснених у 1921-2021 роках.

На основі визначеної мети, розроблені наступні **завдання дослідження:**

- узагальнити основні тенденції реформування системи вищої медичної освіти в Україні в період з 1921 по 2021 роки;
- виявити приклади невдалих реформ у системі вищої медичної освіти України у 1921-2021 роках, впровадження яких призводило до зниження якості освітнього процесу, або не мало належного очікуваного ефекту;

- на основі історичного аналізу описати циклічність тотожних реформаторських ініціатив у системі вищої медичної освіти України у 1921-2021 роках;
- порівняти ініціативи реформування 1920-х років зі Стратегією розвитку медичної освіти в Україні 2017 року, виявлення спільних та протилежних характеристичних ознак;
- на основі виконаного аналізу запропонувати перелік практичних пропозицій щодо ініціатив реформування системи вищої медичної освіти України.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених у цьому дослідженні мети та завдань була використана низка взаємодоповнювальних загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. Першочергово був застосований метод хронологічного бібліографічного пошуку задля ретельного вивчення історичної та наукової літератури, що містить інформацію про становлення та розвиток медичної освіти в Україні.

Практична цінність роботи. Результати ретроспективного аналізу тенденцій та напрямів реформування вищої медичної освіти в Україні створює підґрунтя для подальших більш конкретних і предметних досліджень. Результати в майбутньому можна застосувати в прийнятті рішень стосовно визначення пріоритетів і напрямків сучасних змін в системі підготовки та безперервного професійного розвитку медичних кадрів в Україні.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Сучасні тенденції в реформуванні вищої медичної освіти в Україні

Згідно з офіційними даними Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України за 2018 рік, у його підпорядкуванні, як державного замовника, перебувають 17 державних вищих навчальних закладів, у яких здобувають освіту понад 65,7 тис. студентів, з них: 24,3 тис. – за державним замовленням, 41,4 тис. – за кошти фізичних та юридичних осіб. У вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах навчаються на умовах контракту 23,3 тис. іноземних громадян зі 134 країн світу. Цими закладами щороку в середньому випускається близько 10 тис. спеціалістів. Крім того, підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я здійснюється за трьома спеціальностями на медичних факультетах чотирьох національних університетів: Сумського, Харківського, Ужгородського та Чорноморського, які підпорядковані Міністерству освіти і науки України. Обсяги державного замовлення у 2016 році становили: по спеціальності 221 Стоматологія – 21 місце; по спеціальності 222 Медицина – 305; по спеціальності 226 Фармація – 25 місць. У 100 медичних (фармацевтичних) навчальних закладах комунальної форми власності здійснюється підготовка молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою, бакалаврів з медсестринства, фармації, лабораторної діагностики та магістрів з медсестринства (з них: 23 медичних училища, 72 медичних (фармацевтичних) коледжі, 2 філії, 3 інститути медсестринства). У них навчається понад 70,4 тис. студентів. Щорічно заклади випускають до 20 тис. спеціалістів [1].

У 2017 році експертними міжвідомчими робочими групами, які працюють над стратегічним завданням приведення якості національної вищої

медичної та фармацевтичної освіти до кращих міжнародних стандартів, визначені основні напрями для досягнення цієї мети у короткостроковій та довгостроковій перспективах:

1. Проведення порівняльного оцінювання відповідності змісту вітчизняної вищої медичної освіти міжнародним стандартам, зокрема американським, – оцінка її стану.

2. Зменшення контингенту суб'єктів навчання, які навчаються за державним замовленням або за кошти фізичних та юридичних осіб; збільшення загальних обсягів фінансування вищих навчальних закладів.

3. Забезпечення якісного конкурсного відбору кращих абітурієнтів при вступі до вищих медичних навчальних закладів.

4. Створення мотивації для навчання студентів, сприяння їх працевлаштуванню.

5. Запровадження єдиних вимог до рівня професійних компетентностей викладачів, визначення шляхів їх мотивації до роботи.

6. Запровадження єдиних вимог для об'єктивної оцінки рівня теоретичної та практичної підготовки студентів, інтернів, слухачів під час їх атестації для визначення набутих компетентностей.

7. Запровадження нових стандартів вищої освіти, приведення навчально-методичного забезпечення навчального процесу у відповідність до змісту сучасних стандартів вищої освіти, сучасних протоколів лікування та стандартів діагностики. [1].

Тому згідно із сучасною стратегією «Розвиток медичної освіти» перезапуск системи медичної освіти є обов'язковим елементом змін в охороні здоров'я. Завданням цієї стратегії є побудова якісної системи вищої медичної освіти в Україні задля забезпечення практичної охорони здоров'я медичними фахівцями із високим рівнем підготовки відповідно до сучасних викликів і реалій [2].

27 лютого 2019 р. розпорядженням Кабінету Міністрів України було схвалено Стратегію розвитку медичної освіти в Україні, метою якої є забезпечення надання громадянам якісної медичної допомоги завдяки високому рівню підготовки медичних працівників. Життя та здоров'я пацієнта повинні бути основними людськими та професійними цінностями медичних працівників. Якісна медична допомога неможлива без зміни культурної парадигми та створення нового професійного середовища - самовідтворюваного та незалежного [2,3].

Проте, зміни щодо медичної освіти на державному рівні стосувались не тільки додипломного рівня, а й післядипломного, що підтверджує концепцію нерозривності та важливості безперервності медичної освіти та її компонентів. 28 березня 2018 року Кабінет Міністрів України прийняв Постанову “Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку (БПР) фахівців у сфері охорони здоров'я”, яка регулює процес БПР принаймні у сфері охорони здоров'я. Таким чином, у системі БПР фахівців у сфері охорони здоров'я створені всі передумови до введення ринку освітніх послуг із різноманітним провайдерів державного і недержавного забезпечення. Але цей крок до міжнародних традицій несе із собою питання забезпечення якості результатів підготовки. Фахівці ВООЗ зазначають, що сьогодні в Європі не існує загальноприйнятого підходу до БПР. Проте наголошують, що велике значення має забезпечення (і підвищення) якості та вимог до академічного рівня постачальників освітніх послуг і програм навчання, на основі яких лікарі координують власні плани освітньої діяльності, тобто “...є важливим розробити єдину систему акредитації як на право проведення БПР для постачальників освітніх по-слуг, так і для програм навчання” Таким чином, у Європі наголошують про вкрай важливе значення контролю якості як самих провайдерів освітніх послуг, так і освітніх програм [4,5].

Згідно зі стратегією розвитку медичної освіти 2019 року, визначаються наступні вимоги до сучасного українського вищого медичного навчального

закладу: це має бути університет, в якому студенти навчаються за сучасними програмами, що базовані на сучасних дослідженнях, в добре обладнаних університетах та з мотивованими та фаховими викладачами; в якому проводяться наукові дослідження, що визнаються на міжнародному рівні; це має бути університет, котрий служить майданчиком для поширення наукового знання, пропонує фахові пояснення та розширює простір раціональної публічної дискусії. Університетові потрібний автономний простір для розвитку, але також розуміння відповідальності та підзвітності перед суспільством [6].

З метою оцінки відповідності змісту української медичної додипломної і післядипломної освіти міжнародним стандартам підготовки лікарів при оцінюванні студентів та інтернів під час проведення традиційних ліцензійних інтегрованих іспитів “КРОК” будуть додатково використані тестові питання USMLE (United States Medical Licensing Examination – “Екзамен з отримання медичної ліцензії Сполучених Штатів Америки”) та IFOM (International Foundations of Medicine – “Міжнародні основи медицини”), розроблені Національною радою медичних екзаменаторів Сполучених Штатів Америки (NBME – National Board of Medical Examiners) [1].

Далі, згідно зі стратегією визначено наступні проблеми вищої медичної освіти: у зв’язку з відсутністю дієвої методології оцінки потреб у підготовці медичних працівників заклади вищої освіти, користуючись високим кон’юнктурним попитом, прагнуть максимально збільшити кількість студентів-контрактників без урахування рівня підготовки вступників та потреб держави. Неефективним є також розподіл державного фінансування. Медичні заклади вищої освіти та факультети медичного спрямування не отримують у достатньому обсязі ресурсів для провадження ефективної освітньої та наукової діяльності (зокрема капітальних видатків), у зв’язку з чим неможливо оновити науково-лабораторну базу, проводити на належному рівні практичну підготовку студентів з використанням сучасного і

перспективного медичного обладнання. Спостерігається зниження рівня престижності професії лікаря і, як наслідок, - недостатня мотивація випускників закладів вищої освіти (факультетів) до роботи за фахом, загрозливі масштаби зовнішньої (пошук роботи за кордоном) і внутрішньої (робота не за фахом) міграції лікарів та інших кваліфікованих медичних працівників. Брак довіри до закладів вищої освіти (факультетів) спричинений тим, що заклади вищої освіти (факультети) не виконують просвітницьку функцію з питань функціонування сфери охорони здоров'я в Україні. Набули поширення звинувачення працівників закладів вищої освіти (факультетів) у корупційних та пов'язаних з корупцією правопорушеннях, академічній недоброчесності. Зміст медичної освіти потребує систематичного оновлення. Компетентності, що здобувають студенти, не завжди є релевантними та сучасними. Як наслідок, прогностична функція вищої освіти не є ефективною. Медична наука відокремлена від вищої освіти, практичної діяльності, обсяг фінансування наукових досліджень є недостатнім. Потребують розв'язання проблеми відсутності або неефективного функціонування університетських клінік, недостатньої кількості баз для практичної підготовки студентів, нерегульованості повною мірою відносин між закладами вищої освіти та закладами охорони здоров'я, зокрема з питань допуску до лікувально-консультативної роботи науково-педагогічних працівників. Мають місце істотні проблеми міжвідомчого характеру для закладів вищої освіти (факультетів), у яких здійснюється підготовка медичних працівників. Рівень комунікації між закладами вищої освіти (факультетами), закладами охорони здоров'я та органами виконавчої влади є низьким. Заклади вищої освіти (факультети) не беруть участі в процесі прийняття управлінських рішень стосовно розвитку медичної освіти. Безкарні прояви академічної недоброчесності, зокрема поширення практики недоброчесного оцінювання студентів, плагіату та корупції, формують викривлену професійну спільноту медичних працівників, заподіюють значну шкоду морально-етичним основам

у медицині. Через низький рівень академічної мобільності, брак міжнародного досвіду серед викладачів українська медична освіта та наука здебільшого ізольовані від світових тенденцій [6].

Головна ідея реалізації Національної стратегії нової системи охорони здоров'я полягає у впровадженні реформ у вищі навчальні заклади України. Реформування медичної освіти України - це можливість для майбутнього лікаря стати конкурентоспроможним фахівцем та обирати місце праці у будь-якій країні Європи. Зважаючи на європейський вектор розвитку, майбутня система охорони здоров'я в Україні має бути узгоджена з європейськими принципами, що передбачає контрольоване заміщення пострадянської моделі Семашко сучасними світовими схемами, практиками та досвідом. Головним напрямком щодо розвитку вищої медичної освіти України є постійне підвищення якості освіти, оновлення її змісту та форм організації навчально-виховного процесу, розвиток освіти, як державно-суспільної системи; піднесення вищої освіти України до рівня вищої освіти розвинутих країн світу та інтеграції її у міжнародне науково-освітнє співтовариство [11].

1.2. Аналіз історичного контексту становлення та розвитку вищої медичної освіти в Україні

Для глибшого розуміння наявних проблем та викликів, що потребують реформування (або знаходяться в стадії реформування) протягом усього періоду української незалежності, важливий аналіз історичного контексту щодо створення та розвитку вищих медичних навчальних закладів на території історичних українських земель.

Становлення та розвиток вищої медичної освіти в Україні пов'язані зі створенням закладів для підготовки лікарів без участі урядових структур: у 16 столітті засновано Острозьку школу (1578–1624), наприкінці 18 ст. у зв'язку з

потребами в лікарях російської армії під час війни з Туреччиною – Єлисаветградську медико-хірургічну школу (нині Кропивницький, 1787–1797). У 1773 році за наказом австрійського уряду відкрито Львівський «Колегіум медикум», який у 1784 році об'єднано з медичним факультетом Львівського університету. На початку 19 століття в Україні не було жодного вищого навчального медичного закладу: єдину в Наддніпрянській Україні медико-хірургічну школу в Єлисаветграді після 10 років існування було ліквідовано, а Львівський університет у 1805 році приєднано до Краківського. Відкриття університетів в Україні на початку (Харківський та Київський, 1805 та 1834 роки) і в кінці (Одеський, 1865; Львівський, 1894) 19 ст. стало можливим завдяки наполегливим вимогам прогресивної української громадськості та частково сприятливої політичної ситуації. Даючи згоду на відкриття ун-ту в Києві, Микола I не передбачав у ньому наявності мед. факультету, в зв'язку з чим останній створений лише 1841 року. Вся внутрішня безпосередня діяльність університетів у російській імперії підпорядковувалася Статутам, які затверджувало міністерство народної освіти. Менш ніж за століття їх перезатверджували і наповнювали новим змістом кілька разів (1804, 1835, 1863 і 1884). Університетські статuti мали значний вплив на покращення якості навчання і підготовки лікарів. Так, якщо Статут 1804 року передбачав наявність на медичних факультетах усього 6 кафедр, то Статут 1835 року – вже 10, що дало можливість створити в Харківському університеті перші в Україні самостійні кафедри нормальної анатомії та фізіології. Особливий Статут 1842 року для медичного факультету Університету у св. Володимира встановлював теж 10 кафедр, до складу яких входили різні курси. У період його дії в Києві вперше засновано кафедру оперативної хірургії з топографічною анатомією і введено самостійну кафедру державного лікарськовідання. Враховуючи, що до кінця 1-ї пол. 19 ст. вже намітилася певна диференціація медичної науки, Статут 1863 року передбачав більш чіткий розподіл кафедр, особливо клінічних. У цей період у Києві

вперше в російській імперії введено викладання військово-польової хірургії, створено одну з перших кафедр гігієни, розпочато навчання студентів в умовах поліклініки. Статут 1884 року призвів до появи нових кафедр, зокрема клінічного профілю, довівши загальну їхню чисельність на медичному факультеті до 24. На західноукраїнських землях діяли медичний факультет і фармацевтичний відділ Львівського університету, але через обмеження прийому українців багато з них здобували медичну освіту за кордоном.

Свої особливості в Україні мала й вища жіноча медична освіта (до 1921 року системи освіти були розділені за гендерною ознакою). Вищі жіночі медичні курси існувало у Львові, Одесі, Катеринославі (нині Дніпро), Харкові і Києві. Введення дільничого принципу надання медичної допомоги в умовах земської медицини викликало значну потребу у середньому медичному персоналі, однак у той час діяли лише 2 фельдшерські школи: Київська (1842 рік) і Харківська (1845 рік). Це спонукало земства заснувати новий тип середніх медичних навчальних закладів – земську медичну (фельдшерську або акушерську) школу, які створювали при губернській земській лікарні за рішеннями земського зібрання з підпорядкуванням центральним органам управління. У 1868–1917 в Україні організовано 9 таких навчальних закладів.

У 1917 році розпочався наступний етап розвитку вищої медичної освіти України, що було пов'язано з політичними подіями на тогочасних українських землях. Реалізація курсу Української Центральної Ради на українізацію освіти позначилася перш за все на заснуванні у 1917 році в Києві Українського народного університету з медичним факультетом (декан – О. Корчак-Чепурківський) та українською мовою викладання. Україномовний медичний факультет зберігався і за Гетьманату Павла Скоропадського й існував паралельно з медичним факультетом Університету св. Володимира. У 1918 році був створений новий для країни тип вищого навчального закладу медичного спрямування – Клінічний інститут удосконалення лікарів, який

став у витоків зародження системи післядипломної підготовки лікарів в Україні.

Перші заходи радянської влади з реформування медичної освіти на українських землях датовано початком 1919 року. Управління вищою освітою здійснював Народний комісаріат освіти УСРР і створений при ньому Головний комітет з професійно-технічної і соціальної освіти (Укрголовпрофосвіти). Тоді ж Український народний університет об'єднано з Університетом св. Володимира в Київський університет, на медичному факультеті якого відкрито 2 відділи (український і російський) зі своїми «автономними» науковими радами. Загальне керівництво університетом, крім ректора, здійснював також спеціально призначений політичний комісар. У 1920 році Народним комісаріатом освіти УСРР встановлено 2 типи вищих навчальних закладів: академії та інститути теоретичних знань. При цьому всі заклади вищої медичної освіти об'єднано у медичні академії, а медичні факультети Університету св. Володимира, Українського народного університету та Жіночого медичний інститут реорганізовано в Інститут охорони здоров'я (з російською та українськими лектурами). Скасовано зуболікарські школи і створені самостійні одонтологічні факультети. У галузі фармацевтичної освіти єдиним типом вищого навчального закладу в Україні визнано Хімічно-фармацевтичні інститути (у 1920 році відкриті в Харкові й Одесі). Того ж року Київський інститут охорони здоров'я реорганізовано у медичну академію з медичним і одонтологічним факультетами (з російською і українськими лектурами). Аналогічні заклади створені в Харкові, Одесі (з першою в світі самостійною кафедрою епідеміології) та Катеринославі (сьогодні – Дніпро). В грудні 1921 року медичні академії, які проіснували лише рік, реорганізовано в медичні інститути. Тоді ж засновано робітничі факультети (робітфаки). 1923 році такі заклади створені при Харківському і Дніпропетровському (сьогодні – Дніпро), а в 1924 році – в Одеському і Київському медичних інститутах. У 1930–32 роках їхня кількість досягла 20

(денні і вечірні). Не враховуючи якісний склад майбутніх лікарів, Укрголовпрофосвіти проявив надмірне захоплення і поспішність щодо організації ранньої їхньої спеціалізації. На першому етапі це призвело до введення «стажу» – спеціальної річної практичної підготовки студентів за однією з основних груп спеціальностей: лікувальна медицина, охорона материнства і дитинства, санітарія і гігієна та бактеріологія. Державні іспити замінено захистом дипломних робіт. Введена в Україні 1923/24 навчального року систему нахилів (розподіл лікувально-профілактичного нахилу на терапевтичну, хірургічну секції та секцію охорони материнства і дитинства, санітарно-профілактичну – на секцію санітарних лікарів і лікарів-бактеріологів) згодом піддано різкій критиці і в 1927 році скасовано. Єдине нововведення цього періоду, яке витримало випробування часом – запровадження в медичних інститутах предмета соціальної гігієни, що стало якісно новим етапом розвитку соціальної медицини в Україні. У 1923 році створено 2 типи фармацевтичних вищих навчальних закладів: технікум з вищою освітою (Київ, Харків, Одеса, Вінниця) і хімічно-фармацевтичний інститут (Одеса, Харків) з 4-річним терміном навчання і двома нахилами на останньому курсі: фармако-аналітичному і фармако-виробничому з наступним річним стажуванням, а також другий в Україні інститут удосконалення лікарів (Харків). У 1930 році вищу медичну освіту передано у підпорядкування Народному комісаріату охорони здоров'я УСРР. Одним з перших його управлінських заходів стало створення того ж року нового медичного інституту в Сталіно (нині Донецьк), а також відкриття у Київському, Харківському, Одеському і Дніпропетровському медичних інститутах санітарно-гігієнічних факультетів і факультетів охорони материнства, немовлят і дитинства при збереженні самостійного одонтологічного факультету. Для збільшення кількості лікарів введено нову форму їхньої підготовки – вечірнє навчання і навчання без відриву від виробництва шляхом організації вищих навчальних закладів на базах лікувально-профілактичних

закладів – виробничих інститутів або «лікарень-вузів». Перші такі заклади створено у травні 1931 року у Харкові та Києві, а протягом року – в Одесі, Дніпропетровську, Вінниці, Полтаві, Кіровограді (нині Кропивницький), Херсоні, Миколаєві, Харкові, Кременчузі, Запоріжжі, Мелітополі та Житомирі. У 1932 році відкрито ще 8 «лікарень-вузів», а в Харкові, Києві і Луганську самостійні санітарно-гігієнічні інститути. На початку 1933 року в Україні діяли 18 вищих медичних навчальних закладів, в яких здобували освіту майже 7 тисяч студентів. До цієї мережі варто також додати і відкритий 1931 у Харкові Всеукраїнський інститут заочної медичної освіти, до його складу входили заочні медичні, стоматологічні і фармацевтичні інститути. У 1934 році більшість «лікарень-вузів», крім Харкова, Києва, Одеси і Полтави, закрито, замість них створений Вінницький заочний медичний інститут, а частину реорганізовано у вечірні факультети стаціонарних інститутів (Дніпропетровськ) або об'єднано у більш потужні (Одеса). Того ж року припинили існування Одеський медико-аналітичний і Харківський медико-педагогічний інститути, закрито санітарно-гігієнічні інститути, а студентів переведено на відповідні факультети медичних вищих навчальних закладів. У 1934 році Народний комісаріат охорони здоров'я УСРР першим у СРСР припинив підготовку лікарів за системою заочного навчання. У довоєнний період фактично єдиним регулюючим документом щодо підготовки лікарів стала партійно-урядова постанова «Про підготовку лікарів» (1934), якою встановлено 5-річний термін навчання у медичних вищих навчальних закладах, жорсткий план прийомів до них, передбачено створення у Харківському, Київському і Одеському медичних інститутах педіатричних та санітарно-гігієнічних факультетів, введено первинну спеціалізацію на 5-му курсі лікувально-профілактичного і санітарно-гігієнічного факультетів, запроваджено державні екзамени замість захисту дипломної роботи, а також обов'язкове, раз на 3 роки, направлення сільських лікарів на курси удосконалення. Зростання обсягів завдань медичної школи потребувало

наявності органу безпосереднього управління нею. Тому у 1934 році у структурі Народного комісаріату охорони здоров'я УСРР створено Головне управління медичними учбовими закладами із залученням до роботи в ньому спеціалістів медичних вищих навчальних закладів. Перші його управлінські заходи спрямовано на упорядкування мережі медичних вищих навчальних закладів, унаслідок чого їхня кількість скоротилася вдвічі: до 14 проти 28 у 1933 році. Відбувалося відкриття нових (Сталінського, Вінницького, 2-го Харківського і 2-го Київського) та розширення існуючих інститутів. У 1934 році відновлено наукові ступені, скасовані на початку 1920-х років, у 1937 році запроваджено у вищих навчальних закладах вчені звання асистента, доцента і професора. Право на присвоєння наукового ступеня кандидата медичних (фармацевтичних) наук отримали, зокрема, Дніпропетровський, 2-й Харківський медичний і Харківський фармацевтичний інститути. У 1939 році скасовано робітфаки. Організаційно-управлінським завершенням формування вищої медичної школи в довоєнний період стало введення у 1939 році єдиної номенклатури медичних вищих навчальних закладів, до яких належали медичні, стоматологічні і фармацевтичні інститути, а також інститути удосконалення лікарів. Останнім, створеним у довоєнний період медичним вищим навчальним закладом України став Львівський медичний інститут, заснований у 1939 році на базі медичного факультету Львівського університету, відкритого у 1784 році. У 1940 році мережа вищих медичних навчальних закладів України складалася з 14-ти установ, зокрема 9-ти медичних (2-й Харківський підпорядковувався Народному комісаріату охорони здоров'я СРСР) і трьох фармацевтичних.

Нагальні потреби армії в медичних кадрах під час Другої світової війни, зокрема лікарів, вирішено шляхом організації їх екстрених випусків. Переведені на режим військового часу з різким скороченням програми для старших курсів, медичні вищі навчальні закладів України 1941 випустили близько 8 тисяч лікарів, тобто в кількісному відношенні фактично здійснили 3

випуски. При цьому студентів 10-го і 9-го семестрів випущено лікарями, а 8-го семестру – зауряд-лікарями. З метою організації подальшої підготовки лікарських кадрів, перш за все для потреб армії, медичні інститути України евакуйовано до Челябінська – 1-й і 2-й Київський; Чкалова (нині Оренбург, обидва – РФ) – 1-й Харківський; Фрунзе (нині Бішкек) – Харківський, Київський і Харківський стоматологічні; послідовно до Ворошиловська (нині Ставрополь, РФ) і Фергани (Узбекистан) – Дніпропетровський; П'ятигорська (РФ) і Семипалатинська (нині Семей, Казахстан) – Дніпропетровський і Харківський фармацевтичні інститути.

У 2-й половині 1943 року відновили діяльність окремі медичні вищі навчальні заклади: у жовтні – Харківський (об'єднані 1-й і 2-й) і Сталінський медичний та Харківський фармацевтичний інститути, в листопаді – 1-й Київський і Дніпропетровський медичний інститути, Київський інститут удосконалення лікарів; у 1944 році – Харківському стоматологічному, Одеському медичному, Дніпропетровському фармацевтичному (усі – квітень), Одеському фармацевтичному (травень), Вінницькому (липень) і Львівському (серпень) медичні інститути, Київський інститут удосконалення провізорів (вересень). Відновлення мережі медичних вищих навчальних закладів в Україні дозволило вже до кінця 1943/44 навчального року організувати заняття в семи медичних (Київський, Харківський, Вінницький, Сталінський, Дніпропетровський, Одеський, Харківський стоматологічний) і трьох фармацевтичних (Дніпропетровський, Одеський, Харківський.) інститутах, а до початку 1944/45 навчального року – в 12-ти закладах. У 1944 році замість 2-го Київського створено Чернівецький медичний інститут, наступного року засновано Станіславський медичний інститут (нині Івано-Франківськ). У різні місяці 1944 року відбувся і перший випуск спеціалістів Київського, Харківського, Вінницького, Дніпропетровського, Одеського медичного і Дніпропетровського фармацевтичного інститутів, який разом налічував 314 осіб, серед яких лікарі-лікувальники склали 85,9 %. У 1945 році – Київський

і Харківський, у 1946 році – Одеський, у 1947 році – Дніпропетровський і Кримський (Сімферополь), у 1948 році – Вінницький медичні інститути переведено на 6-річний термін навчання. Друга половина 1960-х років для вищої медичної освіти колишнього СРСР позначена формуванням завершального етапу підготовки лікарів – введенням у 1967 році у Харківському медичному інституті, у вигляді експерименту, річної інтернатури з терапії, хірургії і акушерства з гінекологією для випускників лікувального факультетів. При цьому останній рік навчання відведено для первинної спеціалізації – субординатури з однієї з вказаних дисциплін. Таким чином, введено первинну 2-річну спеціалізацію – субординатуру-інтернатуру. Від 1969 року інтернатуру з основних клінічних спеціальностей встановлено для випускників усіх лікувальних і педіатричних факультетів медичних вищих навчальних закладах. При цьому передбачено до 1973 року завершити перехід всіх медичних вищих навчальних закладів на систему безперервної первинної дворічної спеціалізації з раніше визначених клінічних дисциплін, що мало логічно завершити реформу вищої медичної освіти, яку готували роками. До кінця 1973 року за системою субординатура-інтернатура працювали всі 14 вищих медичних навчальних закладів України, які мали лікувальні і педіатричні факультети. Базами інтернатури стали понад 560 потужних лікувально-профілактичних закладів, у яких щорічно проходили спеціалізацію понад 5,5 тисяч випускників. У серпні 1974 року інтернатуру введено для випускників стоматологічних факультетів, чим завершено реформу вищої стоматологічної освіти. До 1988 року Кримський і Харківський медичні інститути, Київський, Харківський і Запорізький інститути удосконалення лікарів підпорядковувалися МОЗ СРСР. Медичні інститути повернено до республіканського підпорядкування у 1988 році, а інститути удосконалення лікарів – у січні 1991 року [7,8,9,10].

Цей період історії (20 століття) можна вважати достатньо дослідженим, проте, спостерігається нерівномірність географічного розподілу регіонів,

описаних у подібних наукових роботах. Зокрема, основні напрями історії і філософії вищої освіти представлено у працях В. Андрущенка, І. Зязюна, В. Кременя, О. Сухомлинської, В. Шадрикова та ін.; методологічні засади навчально-виховного процесу у вищих навчальних закладах України сформульовано в працях А. Алексюка, І. Беха, В. Бондаря, О. Дубасенюк, М. Євтуха, Н. Ничкало, Л. Хомич та ін. Особливості методики впровадження нових педагогічних технологій у навчальний процес ВНЗ з'ясовано в дослідженнях В. Беспалька, І. Богданової, С. Бондаря, З. Курлянд, М. Кларіна, О. Пехоти, О. Пометун та ін. У дисертації І. Шапіро «Розвиток вищої медичної освіти і медичної науки в Західних областях України, на Буковині і в Закарпатті в XVI – XX ст. (1595- 1965pp.)» автор описує виникнення і становлення наукових медичних шкіл та вищих медичних закладів у західному регіоні за два з половиною століття. Дисертаційне дослідження Л. Клос «Розвиток медичної освіти на західноукраїнських землях (друга половина XVIII – 30-ті роки XX ст.)» теж присвячено проблемі становлення й розвитку медичної освіти та науки в Західній Україні, у якому автор зосереджує увагу на науково-навчальній діяльності медичних закладів та впливові громадянських і регіональних організацій на розвиток медичної освіти означеного регіону. Аналіз процесу становлення та розбудови медичної освіти на Волині у контексті загального розвитку медицини Російської імперії й Західної Європи робить І. Круковська у дисертації «Становлення і розвиток медичної освіти на Волині (XIX – 30-ті роки XX століття)». Проблема становлення і розвитку медичної освіти на територіях західних й східноукраїнських землях представлена в дослідженні М. Кушик «Дидактичні основи фахової підготовки студентів у медичних навчальних закладах України (друга половина XIX – початок XX століття)». До історії розвитку вищої медичної освіти в Україні зверталися Л. Клос, І. Круковська, М. Кушик, І. Шапіро, А. Яворська, С. Якушевський та ін. Різні аспекти проблеми було розглянуто і в дисертаційних дослідженнях. Дисертація С. Генік «Розвиток

охорони здоров'я в Галичині і Радянському Прикарпатті (1875-1962 рр.)» присвячена з'ясуванню історичних соціально-гігієнічних складників розвитку системи охорони здоров'я західного регіону України майже за сто років. Проблема періодизації розвитку системи охорони здоров'я в Чернівецькій області в першій половині ХХ ст. перебуває в центрі уваги кандидатського дослідження П. Довгого «Історія охорони здоров'я Чернівецької області в минулому і шляхи її розвитку за роки Радянської влади». Історія розвитку системи охорони здоров'я представлена в дисертаційній роботі І. Медчука «Охорона здоров'я і здоров'я населення Волинської області за сто років (1865-1965 рр.)». У ній автор розкриває особливості організації системи закладів охорони здоров'я на Волині. Проведений аналіз кандидатських дисертацій свідчить про те, що вчені-педагоги неоднаковою мірою висвітлили історичні періоди розвитку вищої медичної освіти в Україні в ХХ ст., характерною ознакою цих досліджень є посилена увага науковців до історії виникнення, становлення та розвитку вищої медичної освіти в західному та східному регіонах України. Поза увагою дослідників залишився й до цього часу не обстежений стан розвитку медичної освіти в північному, південному й центральному регіонах. А також відсутнє комплексне докторське дослідження, у якому розкрито проблему теоретично-методологічних засад та практики розвитку вищої медичної освіти України протягом ХХ – початок ХХІ століття, коли Україна перебувала у складі Радянського Союзу й вища медична освіта зазнавала значних змін відповідно до етапів соціально-економічного, освітньо-культурного розвитку суспільства [13,14].

Реформи у вищій медичній освіті, здійснені у період, що починається з 1991 року, тобто з моменту здобуття Україною незалежності, на нашу думку, доцільно розглядати в контексті сучасних змін.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Основні методологічні засади дослідження

На початку дослідницької роботи із зазначеного питання розроблено наступний методологічний дизайн дослідження:

- 1 етап – формулювання мети та завдань дослідження, аналіз джерел літератури;
- 2 етап – аналіз та узагальнення ініціатив, щодо змін у ВМО України, здійснених за період Незалежності;
- 3 етап – опрацювання архівних джерел щодо реформ ВМО проведених у період з 1921 по 1991 рік;
- 4 етап – проведення порівняльного аналізу даних, що належать до двох вищезазначених періодів;
- 5 етап – складення переліку змін і ініціатив щодо реформування ВМО в Україні на основі опрацьованих даних.

Для виконання цілей дослідження, зосереджених на 2 його етапі, виконано пошук інформації у наступних джерелах та репозиторіях: офіційні інтернет-сторінки Верховної Ради України, Міністерства охорони здоров'я України та його дочірніх структур (Центр оцінювання якості вищої освіти, медичні університети), публічні інтернет-сторінки (акаунти у соціальних мережах) представників Міністерства охорони здоров'я України (чинних та таких, що полишили посаду), інтернет-сторінки засобів масової інформації, пабліки та діалоги в соціальних мережах (Фейсбук, Твітер), на яких проходила соціальна дискусія, що стосувалась питань дослідження, акаунти у соціальних мережах осіб, дотичних до системи вищої медичної освіти

(блогери, колишні високопосадовці, лікарі, волонтери, представники непрофільних вищих навчальних закладів, студенти-медики та ін.).

Для виконання цілей дослідження, зосереджених на 3 зазначеному вище етапі опрацьовані дані, отримані протягом 3-річної роботи в 6 архівних установах м. Києва (національного та місцевого значення), що складає близько 1700 одиниць архівного зберігання. Певна складність роботи на цьому етапі обумовлена відсутністю цифрових копій одиниць архівного зберігання, необхідністю їх оцифрування, каталогізації та систематизації. Серед архівних установ, документи з яких були залучені до виконання дослідницької роботи варто виділити наступні:

- Державний архів міста Києва (в цій архівній установі зберігається основний масив історіографічних даних Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця протягом періоду його існування (з 1841 року), накази щодо його поточної діяльності, накази вищих профільних органів влади щодо роботи інституту, внутрішні накази керівництва університету).

- Державний архів київської області (ДАКО) – в цій архівній установі зберігаються документи, щодо функціонування медичної системи та системи вищої медичної освіти в місті Києві у період окупації – 1941-1943 років, документи щодо створення в окупаційний період медичного інституту в Києві на зразок вищих медичних навчальних закладів тогочасної Німеччини.

- Державний галузевий архів Служби безпеки України – в цій архівній установі наявні документи, що стосуються репресованих осіб, дотичних до системи вищої медичної освіти України, здебільшого у 30-ті роки минулого століття.

- Державний архів вищих органів влади України – в цій архівній установі наявні документи, резолюції та накази Міністерства охорони здоров'я УРСР та обласних і місцевих департаментів охорони здоров'я.

- Державний архів громадських об'єднань України – в цій архівній установі міститься особова справа (кримінальна) першого ректора Київського медичного інституту Євгена Черняхівського, в якій висвітлена його професійна управлінська діяльність та особисте ставлення до тогочасних реформ вищої медичної освіти України.

- Спеціалізований архів Олександрівської клінічної лікарні міста Києва – в цій архівній установі містяться накази та розпорядження міського департаменту охорони здоров'я та відповідні внутрішні розпорядження у період – 1921 по 1980-ті роки ХХ століття.

Також на цьому етапі були опрацьовані дані, отримані на базі інтернет-репозитарію преси та друкованих видань «Libraria», проведених 2 інтерв'ю із особами, дотичними до розробки політик ОЗ у пізній радянський період.

На основі вищеописаних даних, отриманих в процесі пошуку та накопичення інформації, створено мультимедійну базу документів, що відповідають темі дослідження. Мультимедійна база являє каталогізовану базу даних, що складається із фотографій високої якості, оброблених за допомогою фоторедакторів вільного доступу. База систематизована за часом, напрямком проблеми та географічною прив'язкою.

У зв'язку із повномасштабною воєнною агресією російської федерації, на етапі написання дослідження до окремих етапів внесені наступні зміни:

- здійснена загальна корекція акцентів пошуку інформації на користь реформених ініціатив пов'язаних із війною або воєнними загрозами у період ранніх 1920-х років, другої половини 1930-х років, періоду 2-ої світової війни, періоду загострення «холодної війни» - початок 1960-х років, кінець 1970-х років.

- приділена увага підготовці студентів-медиків з воєнно-польових медичних дисциплін.
- приділена увага ролі кафедр гігієни та цивільного захисту закладів вищої медичної освіти.
- здійснено розгляд історичного контексту створення системи цивільної оборони в структурі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Реформи у системі вищої медичної освіти України у 1921-2021 роках, що призвели до зниження якості освітнього процесу

Для даної частини дослідницької роботи були відібрані приклади реформ або освітніх ініціатив, імплементація яких була або визнана невдалою і була в подальшому скасованою, або не призвела до запропонованого ефекту і продовжила існування внаслідок не досконалого управління системою ВМО:

1. Скорочення термінів післядипломного навчання, створення системи «субординатура-інтернатура».
2. Скасування обов'язкового засвоєння програми військових кафедр студентами-медиками, створення окремих військових факультетів.
3. Скасування наявності педіатричних факультетів.
4. Створення окремих стоматологічних та фармацевтичних інститутів.
5. Створення медичних факультетів в регіональних університетських центрах.
6. Збільшення кількості годин з «політичних» та соціо-гуманітарних дисциплін у закладах системи ВМО.
7. Створення фельдшерських шкіл та підготовка кадрів за даним напрямком.
8. Збільшення кількості вищих медичних навчальних закладів виключно заради збільшення кількості випускників зі спеціальністю «лікар».
9. Боротьба із космополітизмом в медичній науці та освіті.
10. Відмова від утримання університетських клінік на користь розгалуженої системи баз клінічних кафедр у міських лікарнях.

3.2. Патологічна «циклічність» тотожних ініціатив у системі вищої медичної освіти України у 1921-2021 роках

Серед реформ та реформених ініціатив, що були запропоновані за вищезазначений період можна виділити певні, спрямування яких є однаковим, і кількість намагань їх реалізації була неодноразовою, проте, дані зміни не були успішними через проблемне розуміння механізмів їх втілення або забезпечення хибних шляхів реалізації. Основними прикладами можна вважати наступні:

- Підвищення та зниження вимог до абітурієнтів медичних навчальних закладів. В ранні 1920-ті роки окупаційна радянська влада різко збільшила кількість місць в медичних інститутах. Для такого явища були запропоновані два декларативні пояснення: намагання збільшити кількість лікарів в країні та забезпечити доступ до медичної освіти для дітей з усіх прошарків суспільства (першочергово – для дітей робочого класу). Це призвело до того, що на початку 1920-тих років до медичного інституту могла вступити людина, яка не мала повної середньої освіти і мала проблеми з грамотним письмом, проте, мала батьків-пролетарів. Парадоксально, але до катастрофічного зниження якості медицини через 10 років (середній період від початку навчання студент-медика до становлення його як самостійного спеціаліста) це не призвело. Найбільш неспроможні до навчання студенти відсіювались протягом періоду навчання. Така практика «відкритих дверей» для всіх, натомість із великою кількістю відрахованих протягом навчання є основою багатьох західних систем ВМО, зокрема, французької, ще відомою як «сорбонська» система. Подібний дискурс є актуальним і сьогодні, останній і найбільш запеклий епізод якого датується травнем-червнем 2022 року. Ініціатива Міністерства охорони здоров'я України щодо зменшення прохідного балу з профільних дисциплін є об'єктом нищівної суспільної критики. Проблема і сьогодні полягає в глибинному не розумінні процесу

підготовки лікаря, який формується не під час шкільного курсу біології, а протягом безпосереднього навчання в університеті. Якість знань випускника є малозалежною від отриманих ним чи нею шкільних знань, а натомість залежить від спроможності опанування університетських дисциплін, які є рівновіддаленими від профільних предметів ЗНО. Тому основна ціль реформи має бути спрямовані не на ускладнення критеріїв відбору, а не удосконалення механізму своєчасного відсіву студентів;

- Постійна декларація «збільшення-росту-покращення-удосконалення» матеріальної бази закладів системи ВМО без паралельного та кратного збільшення їх фінансування. Сучасна медична наука є надзвичайно дороговартісною, через що будь-яке намагання її покращити без адекватного збільшення фінансування має виключно профанаційний характер.

- Намагання підвищення престижності лікарської спеціальності. Цей пункт фігурує в постановах та підзаконних актах протягом усього часу існування системи ВМО. Проте, єдиним шляхом вирішення цієї проблеми є забезпечення лікаря високою заробітною платою, особливо на етапах його професійного становлення (саме відсутність нормальної заробітної платні є першопричиною відмови випускника медичного ВИШу працювати за спеціальністю).

- Питання функціонування української мови як єдиної під час навчального процесу у системі закладів ВМО. Попри те, що цей пункт видається таким, що має виключно історичний контекст, на жаль, насправді він залишається актуальним і сьогодні. Вперше ця реформена ініціатива була проголошена у середині 1920-х років, під час запровадження курсу «українізації». Заклади ВМО мали забезпечити 100% викладання українською мовою, при тому, що більшість студентів та викладачів нею не володіли. Тоді

ж були оприлюднені вимоги щодо забезпечення студентів навчальними матеріалами виключно українською, яких не існувало фізично. Це призвело до появи низькоякісних перекладів та «штамбування» таких само низькоякісних україномовних посібників, метою яких було дотримання вимог міністерського наказу, а не забезпечення якості навчального процесу. Сьогодні, на жаль, в багатьох медичних ЗВО України зберігаються подібні тенденції. Державна мова хоч і є обов'язковою, проте, ця норма не дотримується навіть на окремих лекціях та практичних заняттях. Якість локального наукового контенту є надзвичайно низькою, що змушує студентів (які не володіють англійською мовою) шукати російськомовні джерела. Найчастіше, мета подібних освітніх ініціатив полягає у вимогах до постійного створення власних навчальних посібників українською мовою, замість намагання створення адекватного перекладу загальноновизнаної світової медичної наукової літератури.

3.3. Порівняння реформених ініціатив 1920-х років з сучасною стратегією розвитку медичної освіти в Україні

27 лютого 2019 року розпорядженням кабінету міністрів України схвалена Стратегія розвитку медичної освіти в Україні. Згідно з текстом постанови, необхідність розробки та подальшої імплементації стратегії пояснюється: «...восени 2017 року було прийнято ряд реформаторських законів, які кардинально змінюють модель фінансування сфери охорони здоров'я. Започатковано трансформацію сфери охорони здоров'я в Україні. Проте самої лише зміни моделі фінансування недостатньо. Зміни у сфері охорони здоров'я - це значно ширший процес.

На сьогодні існує потреба у синхронізації процесів, пов'язаних з проведенням багатьох реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, та у змінах в системі підготовки медичних працівників, що дасть змогу забезпечити поліпшення якості лікування та медичного догляду пацієнтів.

Завданням медичної освіти є забезпечення надання громадянам якісної медичної допомоги завдяки високому рівню підготовки медичних працівників. Життя та здоров'я пацієнта повинні бути основними людськими та професійними цінностями медичних працівників. Якісна медична допомога неможлива без зміни культурної парадигми та створення нового професійного середовища - самовідтворюваного та незалежного».

Серед основних проблем системи ВМО України, згідно з текстом постанови, зазначаються наступні: «У зв'язку з відсутністю дієвої методології оцінки потреб у підготовці медичних працівників заклади вищої освіти, користуючись високим кон'юнктурним попитом, прагнуть максимально збільшити кількість студентів-контрактників без урахування рівня підготовки вступників та потреб держави. Неефективним є також розподіл державного фінансування.

Медичні заклади вищої освіти та факультети медичного спрямування (далі - заклади вищої освіти (факультети) не отримують у достатньому обсязі ресурсів для провадження ефективної освітньої та наукової діяльності (зокрема капітальних видатків), у зв'язку з чим неможливо оновити науково-лабораторну базу, проводити на належному рівні практичну підготовку студентів з використанням сучасного і перспективного медичного обладнання.

Спостерігається зниження рівня престижності професії лікаря і, як наслідок, - недостатня мотивація випускників закладів вищої освіти (факультетів) до роботи за фахом, загрозливі масштаби зовнішньої (пошук роботи за кордоном) і внутрішньої (робота не за фахом) міграції лікарів та інших кваліфікованих медичних працівників.

Брак довіри до закладів вищої освіти (факультетів) спричинений тим, що заклади вищої освіти (факультети) не виконують просвітницьку функцію з питань функціонування сфери охорони здоров'я в Україні. Набули поширення звинувачення працівників закладів вищої освіти (факультетів) у корупційних та пов'язаних з корупцією правопорушеннях, академічній недоброчесності.

Медична наука відокремлена від вищої освіти, практичної діяльності, обсяг фінансування наукових досліджень є недостатнім.

Через низький рівень академічної мобільності, брак міжнародного досвіду серед викладачів українська медична освіта та наука здебільшого ізольовані від світових тенденцій».

На основі вищезазначеної інформації, нами складені порівняльні таблиці (табл. 3.1) реформених ініціатив, зазначених у Стратегії розвитку медичної освіти в Україні 2019 році та історичному аналізі реформених ініціатив, здійснених у період з 1921 року (табл. 3.2). Таблиці розроблені за принципом схожих та протилежних напрямків реформування системи ВМО України.

Таблиця 3.1.

Порівняльна характеристика спільних рис реформених ініціатив

Стратегія розвитку медичної освіти в Україні 2019	Попередні ініціативи	Пояснення
Зменшення кількості медичних спеціальностей в інтернатурі	Кінець 1920-х років – зменшення напрямків спеціалізації до 3; початок 1970-х років – заміна 6 курсу навчання на субординатуру за одним з чотирьох напрямків (терапія, хірургія, педіатрія, акушерство)	Протягом останнього століття щонайменше 2 рази реформені ініціативи стосувались зменшення кількості вузьких напрямків післядипломного навчання. Кожного разу, на попередніх етапах, експеримент визнавався невдалим.
Складання закладами вищої освіти (факультетами) нових освітніх програм та навчальних планів з урахуванням нових стандартів вищої освіти і міжнародного досвіду	Друга половина 1930-х років	Надання автономізації (створення опорних кафедр), які мали розробляти нові програми призвело до відсутності стандартизації лікарської підготовки та скасування цієї ініціативи.

Створення потужних регіональних університетів з медичними факультетами (інститутами) в їх структурі, а також консорціумів для запровадження підготовки молодших бакалаврів широкого профілю з можливістю подальшої спеціалізації в медицині	Кінець 1920-х – початок 1930-х років (створення медичних факультетів при великих регіональних університетах та створення лікарень-ВИШів).	Експеримент видався абсолютно невдалим через розпорошення фінансування на більшу кількість медичних факультетів, які не могли забезпечити належний матеріальний рівень для підготовки студентів.
Пілотування підготовки магістрів з медичних та фармацевтичних спеціальностей на основі ступеня молодшого бакалавра інтегрованого природничо-математичного спрямування (біологія, фізика, математика, хімія)	Початок 1920-х років – надання можливості зарахування студентам біологічних факультетів на медичний без втрати років навчання (з курсу на курс).	Від ініціативи відмовились внаслідок неможливості співставлення навчальних планів студентів.
Забезпечення закладів вищої освіти (факультетів) сучасними навчальними матеріалами	Завжди	Без належного фінансування (значного) даний пункт реформ є «декларуванням зростання та

		процвітання»
Створення платформи для висвітлення професійних досягнень, обміну кращими освітніми практиками та навчальними матеріалами	Середина 1930-х років. Обмін студентів між університетами, створення «щорічних окружних конференцій» на базу одного із інститутів	Без належного громадського контролю та забезпечення відповідного рівня прозорості дана ініціатива втрачає будь-який сенс.
Розроблення нормативно-правових актів для впровадження єдиного державного кваліфікаційного іспиту як форми оцінювання навчальних досягнень студентів відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 334 “Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань “22 Охорона здоров’я”	Початок 1920-х років – заміна усталеної форми державних іспитів на схожі, без зміни сутності.	Будь-яка реформа фінального іспиту не може бути успішною якщо передбачає лише зміну його назви, а не зміну якості наповнення іспиту, екзаменаторів та умов його складання.

<p>(Офіційний вісник України, 2018 р., № 40, ст. 1402), у тому числі з впровадженням міжнародного іспиту з основ медицини;</p>		
<p>Розроблення та впровадження об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту (OSCE)</p>	<p>Середина 1920-х років – складання іспиту біля ліжка хворого.</p>	<p>Додавання практичної частини іспиту може бути успішною виключно в разі створення відповідних умов для студентів та викладачів.</p>
<p>Запровадження громадського спостереження за проведенням оцінювань навчальних досягнень студентів</p>	<p>Кінець 1920-тих років - створення посади політ-комісарів у медичних ВИШах, провдення «комсомольських судів» для студентів з поганою академічною успішністю.</p>	<p>В разі адекватної та справедливої системи оцінювання студентів, громадський контроль не є необхідним. Створення додаткового органу «системи контролю» за поточною успішністю студентів є нонсенсом в еру електронних журналів.</p>
<p>Розроблення програми сертифікації педагогічних працівників закладів</p>	<p>Середина 1930-х років, друга половина 1950-х років – поділ викладачів на</p>	<p>До викладання викладач може бути допущеним або не допущеним, без</p>

медичної фахової передвищої освіти	категорії, розділення посад та оплати в залежності від категорії.	проміжних варіантів.
Врахування під час проведення конкурсу на заміщення вакантних посад науково-педагогічних працівників таких факторів, як знання англійської мови та наявність публікацій в журналах, що входять до “Scopus” та/або “Web of Science	Середина 1920-тих років – на конкурсах по заміщенню вакантних посад враховувались знання кандидатом іноземної мови та кількість друкованих праць у закордонних виданнях.	Ця ініціатива не є новою і є очевидною.
Визначення вимог до баз проходження інтернатури	1950-ті – 1970-ті роки	Розроблена чітка регламентація щодо вимог до подібних установ.
Розроблення механізмів запровадження академічної мобільності інтернів	Початок 1920-тих років – програма обміну аспірантами між Київським та Харківським медичними інститутами	Неможливість створення мобільності із закордонними установами внаслідок значної різниці в системі післядипломної підготовки лікарів.
Зміна моделі фінансування безперервного професійного розвитку (запровадження моделі, відповідно до	1930-ті роки, 1950-1960-ті роки – створення мережі інститутів удосконалення лікарів.	Система від початку свого створення була безкоштовною.

якої держава виділятиме кошти на підвищення кваліфікації кожного лікаря)		
Розроблення моделі та розрахунку повної вартості підготовки одного студента	Початок 1930-х років – фінансування медичних інститутів в залежності від кількості студентів	Розрахунок кількості навчання одного студента є базисом подібної системи
Започаткування програми фінансування найбільш перспективних наукових досліджень у медичній сфері, обраних на конкурсних засадах	Кінець 1930-х років. Створення конкурсу наукових робіт у Київському медичному інституті, які в наступному отримували фінансування.	Проблема реформи є не в якості робіт, а в непрозорості конкурсу.
Фінансування передплати закладами вищої освіти (факультетами) та науковими установами міжнародних рецензованих наукових видань та/або забезпечення пільгового доступу	Початок 1920-х років. Фінансування передплати закордонних медичних журналів із фондів інститутів.	Головною проблемою є обсяг фінансування і не розуміння механізмів отримання «гнучких академічних знижок» для закладів освіти.

Таблиця 3.2.

Порівняльна характеристика протилежних рис реформених ініціатив

Стратегія розвитку медичної освіти в Україні 2019	Пояснення
Поетапне підвищення вимог до вступників на спеціальності галузі знань “22 Охорона здоров’я”, зокрема тих, хто претендує на місця державного та регіонального замовлення	Вимоги до вступників регулювались кількістю осіб, що бажає вступити до медичного ВИШу, а не навпаки.
Вивчення міжнародного досвіду щодо якісного відбору студентів на медичні спеціальності, включаючи вимоги до рівня підготовки, оцінювання здатності та здібності до професійної діяльності у галузі охорони здоров’я	Міжнародний досвід не вивчався.
Проведення соціологічних опитувань студентів, які здобувають освіту за спеціальностями галузі знань “22 Охорона здоров’я”, щодо рівня задоволеності освітою, причин для вибору спеціальності, соціально-економічного стану родини, кар’єрних планів тощо	Подібні заходи не здійснювались.
Розроблення та запровадження комплексної програми підвищення рівня знання англійської мови	Вивчення англійської мови не заохочувалось.

викладачами, забезпечення достатніх ресурсів для вивчення англійської мови	
Запровадження програми навчання та стажування у закордонних університетах та медичних закладах, забезпечення участі у міжнародних конференціях для викладачів та аспірантів	Міжнародна співпраця (із західними країнами) або не заохочувалась, або була забороненою.

ВИСНОВКИ

1. Нами узагальнено основні тенденції реформування системи вищої медичної освіти в Україні в період з 1921 по 2021 роки. Показано, що сучасні реформи у вищій медичній освіті, мають враховувати досвід, отриманий при реалізації відповідних реформ, що здійснювались в Україні з 1991 року, тобто з моменту здобуття Україною незалежності.

2. В результаті ретроспективного аналізу реформ системи вищої медичної освіти в Україні в період з 1921 по 2021 роки, виявлено недоліки, впровадження яких призводило до зниження якості освітнього процесу, або не мало належного очікуваного ефекту. Ці приклади важливо враховувати при формуванні сучасної стратегії реформування системи медичної освіти в Україні.

3. На основі історичного аналізу описано циклічність тотожних реформаторських ініціатив у системі вищої медичної освіти України у 1921-2021 роках. Врахування даної інформації, на нашу думку, допоможе уникнути дублювання ініціатив в сучасній стратегії реформування.

4. Із урахуванням проведеного нами історичного аналізу, ми вважаємо доцільним формулювання наступних висновків наукової роботи, які можна вважати рекомендаціями при розробці політик у системі ВМО України та запровадженні майбутніх реформених освітніх ініціатив:

- При плануванні будь-якої реформи у системі ВМО України варто проводити детальний історичний аналіз із пошуком подібних ініціатив у минулому, оскільки більшість із них були ініційовані раніше, або мали аналоги, імплементація яких не мала практичного успіху та не призводила до очікуваного ефекту.

- Відмовитись від запровадження реформ у системі ВМО без створення належного фінансового підґрунтя для їх реалізації.

- Відмовитись від стратегії «все західне – позитивне, все радянське – негативне» на користь поміркованого аналізу втілених освітніх реформ та їх подальшого удосконалення
- Додати до курсу вищої медичної освіти програми з тактичної, воєнно-польової медицини та цивільного захисту на виключно безоплатній обов'язковій основі.
- Відмовитись від практики накопичення та створення псевдонаукового локального освітнього та наукового контенту, натомість, зосередити ресурси на перекладі загальновизнаних міжнародних медичних джерел та їх гармонізації щодо реалії українських систем ВМО та охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Linchevskiy, O., Chernenko, V., Piatnytskyi, Yu., Bulakh, Ye. The ways of higher medical education system reforming in Ukraine in the modern context. *Медична освіта*. 2017. № 3 DOI 10.11603/me.2414-5998.2017.3.7753
2. Тодоріко, О., Підвербецька, О., Підвербецький, І., Сем'янів, І., Єременчук, В. Перспектива вищої медичної освіти в Україні в епоху реформ. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ:інфекція* No 1 (44) 2021. DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2021-1-100>
3. Розпорядження Кабінету міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 95-р «Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80%20#n8>
4. Вороненко, Ю., Толстанов, К. Забезпечення якості у системі безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я *Медична освіта*. 2018. No 2 Матеріали XV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні” DOI 10.11603/me.2414-5998.2018.2.8966
5. Horsley, T. et al. How to create conditions for adapting physicians skills to new needs and lifelong learning. *Policy Brief*. – 2010; 14, WHO regional Office for Europe.
6. Стратегія розвитку медичної освіти 2018 року. <https://moz.gov.ua/article/presentation/strategija-rozvitku-medichnoi-osviti>
7. Вороненко, Ю., Бугро, В. . Медична освіта // *Енциклопедія Сучасної України: електронна версія [онлайн] / гол. редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та ін.; НАН України, НТШ. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2018.*
8. Голяченко, О., Ганіткевич, Я. *Історія медицини : [підруч.]*. – Тернопіль: Лілея, 2004. – 248 с. : 72 іл. – ISBN 978-966-673-281-4.
9. Ганіткевич, Я., Пундій, П. *Українські лікарі. Біобібліографічний довідник. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби і українського*

державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України. Наук. ред. Любомир Пиріг. Львів, 2008. – 228-245с.

10. Ганіткевич, Я. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи. Біографічні нариси та бібліографія, Львів, 2002. 544 с. 172 іл.11.

11. Мороз, В., Гумінський, Ю., Фоміна, Л., Полеся, Т. Проблеми та перспективи вищої медичної освіти у реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України. Тези доповідей навчально-методичної конференції 25 березня 2015 року проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 р.р.

12. Мельник, В., Широбоков, В. Історія створення та розвитку кафедр мікробіології, вірусології та імунології національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Вінниця. Нова книга. 2019 с 45-53

13. Кир'ян, Т. Розвиток і становлення вищої медичної освіти на початку ХХ століття в Україні Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, III(30), Issue: 59, 2015

14. Круковська, І. Становлення і розвиток медичної освіти на Волині (XIX–30-ті роки ХХ ст.) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Загальна педагогіка та історія педагогіки». – Житомир, 2007. – 20 с. URL: <http://www.nbu.gov.ua/ard/2007/07/kimvivs.zip>.