

УДК 616.5:378.6(477+44+450)

DOI <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2026-2-10>

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ДЕРМАТОЛОГІВ: ДОСВІД УКРАЇНИ, ФРАНЦІЇ ТА ІТАЛІЇ

Коляденко Катерина Володимирівна

кандидат медичних наук,

доцент кафедри дерматології та венерології з курсом косметології,

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

ORCID: 0000-0001-5708-0193

Федоренко Олександр Євгенович

доктор медичних наук,

професор кафедри дерматології та венерології з курсом косметології,

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

ORCID: 0000-0003-2022-7336

Підготовка лікарів-дерматологів у сучасному освітньому просторі демонструє суттєві міжнародні відмінності, що формуються під впливом моделей організації систем охорони здоров'я, історичних традицій та освітніх підходів. У країнах Європейського Союзу дерматологія та венерологія здебільшого розглядаються як інтегрована спеціальність, тоді як в окремих національних системах простежується інституційне розмежування напрямів, відмінності у тривалості післядипломної підготовки, механізмів відбору та підходах до оцінювання. Одночасно швидке впровадження цифрових інструментів і рішень на основі штучного інтелекту (ШІ) у клінічну практику актуалізує потребу у посиленні доказової складової підготовки, розвитку навичок роботи з даними, критичного аналізу алгоритмів та безпечного використання цифрових сервісів.

Мета. Здійснити порівняльний аналіз структури додипломної та післядипломної підготовки дерматологів в Україні, Франції та Італії з урахуванням організаційних особливостей спеціалізації, інтеграції дерматології з венерологією, залучення здобувачів до клінічної практики, а також потенційних напрямів модернізації системи підготовки лікарів дерматологів в Україні.

Матеріали і методи. У дослідженні використано комплекс взаємодоповнювальних загальнонаукових і спеціальних методів, саме: бібліосемантичний – для вивчення нормативно-правових актів, освітніх програм і регламентуючих документів, що визначають підготовку лікарів-дерматологів у різних країнах; порівняльного аналізу – для зіставлення загальної структури систем підготовки лікарів-дерматологів, тривалості та змісту клінічної практики, підходів до оцінювання результатів навчання, особливостей освітніх моделей, механізмів професійної спеціалізації та вимог до допуску до самостійної клінічної практики; теоретичного узагальнення – для систематизації отриманих результатів, виокремлення спільних і відмінних рис досліджуваних моделей підготовки, а також формулювання висновків щодо перспективних напрямів удосконалення професійної підготовки лікарів-дерматологів в Україні.

Результати. Нами проаналізовано документи, які регламентують інтернатуру та безперервний професійний розвиток в Україні, нормативні вимоги доступу до медичних спеціальностей у Франції, а також механізми забезпечення якості університетської медичної освіти в Італії.

Українська система зберігає державнорегульовану переважно теоретично орієнтовану модель з пізнішим клінічним залученням та коротшою спеціалізацією (близько двох років) у форматі інтернатури. Франція застосовує жорстко стандартизований шлях із національним рейтинговим відбором і чотирирічною резидентурою (DES), що передбачає структуровані ротації та науковий компонент. В Італії після державної кваліфікації випускники проходять конкурсний відбір до шкіл спеціалізації тривалістю 4–5 років, із вираженою практичною спрямованістю, процедурною підготовкою та міждисциплінарною інтеграцією.

Висновки. Встановлено визначальні відмінності між системами, які полягають у тривалості та організації спеціалізації, ступені «входу в клініку» і механізмах кадрового відбору. Гармонізація стандартів із збереженням національних традицій, а також цілеспрямоване адаптація кращих світових практик можуть сприяти підвищенню якості підготовки дерматологів в Україні та посиленню професійної мобільності фахівців.

Ключові слова: медична освіта, дерматовенерологія, інтернатура, резидентура, професійна підготовка, цифровізація.

Kolyadenko Kateryna, Fedorenko Oleksandr. FEATURES OF PROFESSIONAL TRAINING OF DERMATOLOGISTS: THE EXPERIENCE OF UKRAINE, FRANCE AND ITALY

The professional training of dermatologists varies substantially across countries as a result of differences in health-care systems, historical trajectories of the specialty, and national approaches to medical education and professional regulation.



In many EU settings, dermatology and venereology are organized as an integrated specialty; however, the duration of postgraduate training, admission mechanisms, and assessment models remain heterogeneous. At the same time, rapid digitalization of clinical workflows and the growing availability of artificial intelligence tools in dermatology (decision support, image-based assessment, triage, documentation and educational simulators) increase the need to strengthen competency-based training, data literacy, and critical appraisal skills. Preparing future specialists therefore requires not only solid clinical reasoning and morphological thinking, but also the ability to safely apply digital instruments, understand limitations and risks of algorithms, and maintain ethical and legal standards.

Aim. To compare the structure of undergraduate and postgraduate training of dermatologists in Ukraine, France and Italy, with particular attention to the organization of specialization, the integration of dermatology with venereology, the timing and intensity of clinical exposure, and potential pathways for modernizing training in the context of digital transformation and AI adoption.

Methods. A qualitative comparative analysis of open-access regulatory documents, national standards and university-level training frameworks was conducted. The analysis covered Ukrainian regulations governing internship and continuous professional development, French rules governing access to medical training and specialty allocation, and Italian mechanisms of quality assurance and organization of university specialization schools. The following parameters were assessed: overall curriculum structure, clinical workload, assessment methods, specialization pathways, competency profiles and requirements for independent practice.

Results. Ukraine follows a state-regulated model with a strong theoretical focus, later clinical immersion and a shorter dermatovenereology internship (approximately two years). France relies on a highly standardized pathway with competitive national ranking for specialty choice and a four-year dermatology-venereology residency (DES) including structured rotations and a research component. Italy provides entry to specialization schools through a national competition after state qualification; training lasts 4–5 years and is characterized by intensive clinical practice, procedural dermatology and interdisciplinary integration.

Conclusions. Key differences between systems relate to the duration and organization of postgraduate specialization, early clinical exposure and national selection mechanisms. Harmonization of standards while preserving national traditions, together with targeted integration of digital competencies and safe AI use principles, may enhance the quality of dermatology training and support professional mobility.

Key words: medical education, dermatology and venereology, internship, residency, professional training, digitalization, artificial intelligence.

Актуальність дослідження. Підготовка лікарів-дерматологів у різних країнах характеризується значною варіативністю, що зумовлена комплексом чинників – від структури національних систем охорони здоров'я та історичних традицій становлення спеціальності до особливостей освітньої політики й нормативно-правового регулювання медичної освіти [1–4]. Особливої уваги набуває організація педагогічно виваженого викладання дерматовенерології як навчальної дисципліни у системі додипломної та післядипломної медичної освіти, оскільки саме в межах багаторічного поетапного навчання відбувається формування професійної компетентності майбутніх лікарів-клініцистів. Цей процес визначається не лише чинними державними стандартами підготовки фахівців з вищою медичною освітою, але й ширшим колом соціокультурних, наукових, інституційних і професійних чинників, які впливають на пріоритети навчання, зміст освітніх програм та підходи до клінічної підготовки.

Важливість спеціальності дерматології в сучасній медицині зумовлена високою поширеністю захворювань шкіри, їх суттєвим впливом на якість життя пацієнтів, а також частою асоціацією шкірних проявів із системними, інфекційними, імунологічними та онкологічними проце-

сами. Саме тому якісна професійна підготовка лікарів-дерматологів має важливе значення для своєчасної діагностики, раннього виявлення тяжких патологічних станів і забезпечення міждисциплінарної взаємодії в клінічній практиці.

У низці держав ЄС дерматологія та венерологія функціонують як інтегрована спеціальність, що пояснюється їх історичною взаємопов'язаністю та спільністю клінічних завдань у сфері діагностики й лікування інфекційних та неінфекційних захворювань шкіри [4–7]. В інших країнах ці клінічні напрями розвивалися диференційовано, що зумовило інституційне розмежування відповідних спеціалізацій і формування окремих освітніх та професійних траєкторій.

Метою цього дослідження є комплексне порівняння моделей професійної підготовки лікарів-дерматологів в Україні, Франції та Італії з урахуванням ключових параметрів: структури освітніх програм, тривалості та характеру клінічної практики, систем оцінювання результатів навчання, міждисциплінарної інтеграції та сформованих професійних компетентностей фахівців.

Матеріали та методи. Проведено якісний та кількісний порівняльний аналіз нормативних актів, освітніх програм університетів і професійних стандартів підготовки лікарів-дерматологів в Італії, Франції та Україні [1–7], а саме:

– законодавчих та нормативних документів щодо медичної освіти [1–4];

– стандартів професійної підготовки та сертифікації [1–4];

– навчальних планів провідних університетів;

– матеріалів акредитаційних органів [6, 7].

Аналіз здійснювався мовами оригіналу (українською, французькою, італійською, англійською).

Досліджувались:

– структура додипломної та післядипломної освіти;

– тривалість навчання;

– клінічне навантаження;

– методи оцінювання;

– модель спеціалізації;

– спектр професійних компетентностей;

– вимоги до незалежної практики.

Дослідження базувалося виключно на відкритих джерелах і не потребувало етичного схвалення.

Виклад основного матеріалу. Світова практика підготовки лікарів передбачає різні освітні моделі. Найпоширенішою є європейська модель прямого вступу до медичного університету після школи з тривалістю навчання близько шести років. Після отримання диплома випускник проходить обов'язкову інтернатуру або відповідну клінічну підготовку перед початком самостійної практики [1–4].

Післядипломна освіта за останні десятиліття трансформувалася: інтернатура дедалі більше виконує роль базової клінічної підготовки з ротаціями у різних відділеннях.

Україна дотримується класичної європейської моделі. Медична освіта триває шість років і завершується отриманням державного диплома лікаря. Право на самостійну практику надається лише після завершення інтернатури [1].

На рівні університету структура навчання зазвичай включає:

– 1–3 роки: фундаментальні дисципліни (анатомія, гістологія, біохімія, патфізіологія тощо) з переважанням аудиторної підготовки та модульного контролю.

– 4–6 роки: клінічні дисципліни з поступовим збільшенням практичних занять (пропедевтика, внутрішні хвороби, хірургія, педіатрія, акушерство-гінекологія, інфекційні хвороби, дерматовенерологія).

– Клінічні практики проводяться циклово; реальна «відповідальність за пацієнта» у студентів, як правило, обмежена й залежить від кафедри/бази.

Спеціалізація з дерматології та венерології залишається формально об'єднаною, але з чітким адміністративним розмежуванням напрямів. Її тривалість зазвичай становить близько двох років [2, 3]. Освітня модель характеризується:

– акцентом на теоретичну підготовку;

– значною увагою до морфологічної діагностики;

– пізнішим клінічним залученням студентів до роботи з пацієнтами.

У практичній частині дерматовенерології в Україні традиційно сильні блоки:

– морфологія висипів (первинні/вторинні елементи, “синдроми висипу”);

– дерматопатологічне мислення (клініко-морфологічні паралелі), хоча доступ до біопсії/гістології як рутини може суттєво різнитись між базами;

– інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) з акцентом на епіднагляд, диспансеризацію, маршрутизацію;

– диференційна діагностика між інфекційними, алергічними, аутоімунними та пухлинними ураженнями.

Спеціалізація у формі інтернатурі з чіткими навчальними планами, журналами практичних навичок та підсумковою атестацією (формат залежить від чинних нормативів і бази) займає близько 2-х років [1–3].

Дерматовенерологічна служба організована за трирівневою системою медичної допомоги – первинною, вторинною та третинною. Значну роль відіграє державне регулювання та інтеграція спеціальності у систему громадського здоров'я, особливо щодо інфекцій, що мають соціальне значення [4].

Французька система медичної освіти є більш централізованою та стандартизованою. Після базового циклу навчання студенти складають національний рейтинг-іспит, який визначає можливість вибору конкретної спеціальності [5].

Схема підготовки лікаря у Франції зазвичай передбачає три послідовні етапи:

1. **Перший етап (PASS/LAS)**. Відбірковий етап після першого року університетського навчання, що визначає право студента продовжувати освіту на медичному факультеті. Конкурс є надзвичайно високим, і кандидати, які не проходять відбір, не допускаються до подальшого навчання за медичним напрямом.

2. **Другий етап (клінічний цикл)**. Період системного формування клінічних компетентностей, під час якого студенти поступово набувають практичних навичок і працюють у лікарнях у ста-

tusi externes (клінічні стажери). Освітній акцент на цьому етапі зосереджений переважно на клінічній підготовці, безпосередній роботі з пацієнтами та застосуванні набутих знань у практичних ситуаціях, що відрізняє цю модель від систем, орієнтованих передусім на теоретичну складову.

3. Рейтинговий іспит після завершення базового етапу навчання визначає доступні для кандидата спеціальності і місце проходження підготовки. Відтак обрання дерматології не є процедурою вільного вибору за власним бажанням, а безпосередньо залежить від позиції студента у національному рейтингу результатів попереднього навчання.

Спеціалізація з дерматології та венерології триває чотири роки й проходить у формі резидентури. Її основні характеристики:

- структуровані клінічні ротації, що включають стажування не лише у дерматологічних відділеннях, а й у суміжних клінічних підрозділах, пов'язаних із дерматологічною патологією (зокрема ревматології, інфекційних хвороб, онкології);
- активна інтеграція науково-дослідної діяльності в освітній процес;
- обов'язковий захист наукової роботи як завершальний етап підготовки;
- раннє залучення до клінічної практики та безпосередньої роботи з пацієнтами.

Французька модель відзначається високою конкуренцією та чіткими національними стандартами оцінювання [5].

У дерматологічній резидентурі (DES) типова логіка підготовки така:

- Початкові ротації: базова дерматологічна амбулаторія та дерматологічний стаціонар із охопленням основних напрямів спеціальності – запальні та хронічні дерматози (атопічний дерматит, екзема, псоріаз), інфекційні ураження шкіри, ургентні дерматологічні стани, а також онкодерматологічний блок у межах дерматологічного відділення (клінічний онкоскринінг, дерматоскопія, ведення хворих з пухлинами шкіри, участь у біопсіях/висіченнях, а також самостійне проведення біопсій).
- Ротації в суміжних спеціальностях (залежно від навчального центру):
 - інфекційні хвороби (зокрема ППСШ, стани на тлі імунодефіцитів);
 - ревматологія / внутрішні хвороби (псоріатичний артрит, васкуліти, системні хвороби сполучної тканини);
 - патологія / дерматопатологія (за наявності доступу у конкретному центрі, для поглиблення клініко-морфологічної кореляції).

Високий рівень внутрішньої конкуренції у Франції полягає в тому, що доступ до дерматології зазвичай отримують кандидати з найвищими рейтинговими показниками, що безпосередньо зумовлює залежність вибору конкретної спеціальності від результатів підсумкового іспиту, а не від співбесід чи локальних відборів [5]. На практиці знання з дерматології у Франції перевіряються через:

- клінічні кейси з диференційною діагностикою (екзантеми, пухирцеві дерматози, васкуліти, ургентні реакції на ліки);
- дерматоскопічні задачі (в центрах, де це інтегровано в навчання);
- оцінювання під час ротацій (наставник/відділення) + академічні модулі;
- науковий компонент (робота/публікація/захист) як частина завершення DES.

В Італії базова медична освіта теж триває шість років і завершується здобуттям ступеня лікаря. Характерною рисою є те, що дерматологію як окрему клінічну дисципліну зазвичай опановують лише на п'ятому курсі, тоді як в Україні та Франції її викладання здебільшого припадає на четвертий курс. Після складання державного кваліфікаційного іспиту випускники вступають до університетських шкіл спеціалізації з дерматології та венерології тривалістю 4–5 років [6, 7]. Показовим прикладом міждисциплінарної інтеграції є структура навчання в Sapienza University of Rome, де дерматологія та пластична хірургія викладаються в межах єдиного кафедрального підрозділу, що сприяє формуванню комплексного клінічного мислення, розвитку навичок реконструктивних і естетичних втручань і тісної співпраці між суміжними спеціальностями.

Особливості італійської моделі:

- університетсько-клінічна інтеграція освітнього процесу;
- значний обсяг практичної підготовки;
- акцент на дерматопатології та процедурній дерматології;
- підсумкова атестація у формі комплексних іспитів та захисту наукової роботи.

У багатьох університетах дерматологія інтегрована з пластичною хірургією в межах спільних клінічних підрозділів, що забезпечує мультидисциплінарний характер підготовки.

Тобто повна підготовка дерматологів в Італії від початку навчання виглядає так:

1. 6 років навчання в університеті.
2. Державна кваліфікація/ліцензування після завершення навчання (процедура може включати формальні етапи, що підтверджують готовність до практики).

3. На старших курсах дерматологія в Італії часто включає усний іспит як домінуючу форму контролю знань.

4. Національний конкурс до шкіл спеціалізації (Scuola di Specializzazione).

5. 4–5 років резидентури з активною клінічною роботою, ротаціями та підсумковою атестацією.

Схарактеризуємо структуру спеціалізації дерматологія в системі медичної освіти Італії. Підготовка під час дерматологічної резидентури в Італії має практико орієнтований характер і зазвичай включає такі основні складові:

- значний обсяг переважно амбулаторної роботи з пацієнтами дерматологічного профілю (різноманітна патологія шкіри, волосся та нігтів, хронічні дерматози);

- опанування основ процедурної дерматології – виконання біопсій, кріотерапії та, за наявності технічної бази, лазерних і апаратних методик;

- клінічну онкодерматологію, що охоплює попередній відбір пацієнтів для хірургічного лікування або біопсії, післяопераційний нагляд і особливості міждисциплінарної співпраці з хірургами;

- вивчення дерматопатології як ключового інструменту клінічного мислення, який забезпечує кореляцію між морфологічними змінами та клінічною картиною;

- виконання наукової роботи, що є завершальним етапом підготовки та підлягає підсумковому оцінюванню або фаховому захисту кінцевого результату.

Обговорення. Попри національні відмінності в архітектурі медичної освіти, усі розглянуті моделі професійної підготовки мають спільну стратегічну мету – сформувати лікаря-дерматолога, здатного до безпечної, ефективної та доказово обґрунтованої клінічної практики, безперервного професійного розвитку, самонавчання впродовж усього професійного шляху, а також до саморефлексії, критичного мислення й наукового аналізу клінічних даних. У контексті сучасного компетентнісного підходу це передбачає здатність майбутнього фахівця критично оцінювати симптомокомплекси, результати лабораторних та інструментальних досліджень, інтерпретувати дані дерматоскопії, гістологічних досліджень, сучасних міжнародних клінічних рекомендацій та результатів власної професійної діяльності. Саме ці компетентності забезпечують готовність лікаря до прийняття клінічних рішень в умовах невизначеності, впровадження інноваційних технологій лікування та дотримання принципів доказової медицини.

Суттєвим об'єднувальним елементом усіх моделей є орієнтація на поєднання фундаментальної медичної підготовки з поступовим нарощуванням клінічної автономії. Водночас підходи до досягнення цієї мети істотно відрізняються. Ключові розбіжності між системами лежать не лише у тривалості спеціалізації, але й у моменті входження майбутнього лікаря в активну клінічну практику, механізмах конкурсного відбору, співвідношенні теоретичного та практичного компонентів, ролі наставництва, а також у ступені інтеграції науково-дослідницької роботи в освітній процес.

Україні спостерігається відносно швидший вихід у професію, що зумовлено коротшим терміном післядипломної спеціалізації у форматі інтернатури, яка триває близько двох років [1–4]. Сильною стороною цієї моделі є ґрунтовна теоретична база, сформована завдяки значному обсягу фундаментальних та клінічних дисциплін на додипломному етапі. Значна кількість навчальних годин, присвячених анатомії, патофізіології, патологічній анатомії, фармакології, внутрішній медицині, інфекційним хворобам, імунології та суміжним клінічним дисциплінам, забезпечує системне розуміння патологічних процесів і сприяє розвитку клінічного мислення. Саме тому українські випускники часто демонструють високий рівень теоретичного аналізу складних клінічних випадків.

Разом із тим коротший термін інтернатури обмежує можливості для накопичення достатнього обсягу самостійного клінічного досвіду. Це особливо відчутно у сфері сучасної дерматології, де вагомого значення набувають процедурні навички: дерматоскопія, біопсія шкіри, кріодеструкція, лазерні технології, фототерапія, малі дерматохірургічні втручання. Недостатня тривалість клінічних ротацій може знижувати рівень готовності молодого спеціаліста до автономної практики, особливо в умовах мультидисциплінарних клінік та високотехнологічних центрів.

Французька модель, навпаки, побудована на принципах жорсткої стандартизації та раннього професійного відбору. Результати національного рейтингового іспиту визначають право випускника обрати спеціальність дерматології, що забезпечує прозорий і уніфікований механізм доступу [5]. Такий підхід сприяє високій мотивації здобувачів та підтримує єдині національні стандарти якості підготовки. Водночас надзвичайно високий рівень конкуренції може створювати суттєвий психологічний тиск і посилювати академічну селекцію вже на ранніх етапах.

Особливістю французької системи є раннє занурення у клінічну практику під час чотирирічної резидентури (DES), у межах якої резидент поступово переходить від спостереження до самостійного ведення пацієнтів під супервізією наставника. Структуровані ротації між університетськими клініками, стаціонарами, амбулаторними відділеннями, онкодерматологічними та інфекційними підрозділами дозволяють сформувати ширший спектр практичних компетентностей. Важливим компонентом є інтеграція наукової роботи, що включає участь у клінічних дослідженнях, аналізі доказової бази, підготовці наукових публікацій та опрацюванні міжнародних протоколів. Саме це створює підґрунтя для формування лікаря, здатного не лише застосовувати готові алгоритми, а й критично переосмислювати їх.

Італійська модель також базується на конкурсному вступі після державної кваліфікації, проте вирізняється більш вираженою практичною та процедурною спрямованістю [6, 7]. Навчання у школах спеціалізації триває 4–5 років, що створює сприятливі умови для формування стійкої клінічної автономії. Важливою особливістю є тісна інтеграція університетських кафедр з клінічними базами, де резиденти одночасно залучені до освітнього процесу, наукової роботи та безпосереднього ведення пацієнтів.

Саме в італійській моделі найбільш вираженим є процедурний компонент: значна увага приділяється дерматоскопії, лазерній медицині, дерматохірургії, естетичній дерматології, менеджменту хронічних дерматозів, онкодерматології та міждисциплінарній співпраці з ревматологами, алергологами, онкологами й інфекціоністами. Такий формат підготовки дозволяє випускникові одразу після завершення спеціалізації бути готовим до широкого спектра клінічних і процедурних завдань.

Порівняльний аналіз показує, що відмінності між системами відображають не лише освітню політику окремих держав, а й глибші історичні моделі професіоналізації лікаря. Українська система традиційно зберігає сильний фундаментальний академічний компонент, що є вагомою перевагою в умовах складної коморбідної патології. Французька модель демонструє переваги стандартизованого відбору, керованої клінічної автономії та потужного дослідницького блоку. Італійська система є прикладом ефективної інтеграції університетської науки з високою практичною насиченістю.

У контексті модернізації української медичної освіти найбільш перспективними виглядають кілька напрямів імплементації європейського досвіду: подовження тривалості спеціалізації, збільшення частки клінічних ротацій, структуроване наставництво, розширення процедурної підготовки, а також інтеграція доказової медицини, аналізу клінічних результатів та наукової рефлексії в повсякденний освітній процес. Це сприятиме формуванню лікаря-дерматолога нового покоління – фахівця з потужною фундаментальною базою, високим рівнем клінічної автономії, готовністю до інновацій і здатністю до професійного розвитку впродовж усього життя.

Висновки:

1. Підготовка дерматологів в Україні, Франції та Італії має доволі схожу спільну структурну основу, але істотно відрізняється організаційно та методологічно.

2. Французька та італійська системи характеризуються довшою та більш клінічно орієнтованою спеціалізацією [5–7].

3. Українська модель вирізняється фундаментальністю теоретичної підготовки [1–4].

4. Гармонізація освітніх стандартів із урахуванням національних традицій може сприяти підвищенню якості підготовки дерматологів та професійній мобільності фахівців.

5. Найсуттєвішим фактором, що визначає доступ до спеціальності дерматології у Франції та Італії, є саме централізований конкурсний рейтинговий відбір, результати якого безпосередньо надають випускникові право обирати відповідну спеціалізацію. Саме позиція в загальнонаціональному рейтингу визначає можливість вступу до дерматології, що робить доступ до спеціальності максимально стандартизованим і прозорим. В Україні конкурсний компонент також присутній, однак його механізм має іншу організаційну природу. Вирішальним є не єдиний національний рейтинг, який визначає право вибору саме спеціальності дерматології, а організація післядипломного етапу підготовки, розподіл місць в інтернатурі, кадрові потреби закладів охорони здоров'я та наявність відповідної клінічної бази, у межах якої відбувається формування практичних компетентностей. Отже, на відміну від Франції та Італії, в українській системі конкуренція пов'язана переважно з доступом до конкретної бази підготовки або посади лікаря-інтерна, тоді як у країнах Західної Європи саме рейтинговий бал визначає можливість вибору дерматології як професійної траєкторії. [1–7].

Список літератури:

1. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію : наказ МОЗ України від 22.06.2021 № 1254.
2. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження примірних програм підготовки в інтернатурі за спеціальностями: наказ МОЗ України від 28.06.2022 № 1114.
3. Міністерство охорони здоров'я України. Примірна програма підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Дерматовенерологія» : додаток до наказу МОЗ України від 28.06.2022 № 1114.
4. Кабінет Міністрів України. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я : постанова КМУ від 14.07.2021 № 725.
5. Arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. NOR: ESRS1930498A [Internet]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039309386/> (дата звернення: 20.06.2024).
6. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali [Internet]. 2020. URL: <https://ape.agenas.it> (дата звернення: 20.06.2024).
7. Agenzia Nazionale per la Valutazione dell'Università e della Ricerca (ANVUR). Italian National Agency for the Evaluation of Universities and Research [Internet]. 2021. URL: <https://www.anvur.it> (дата звернення: 20.06.2024).

References:

1. Ministry of Health of Ukraine. (2021, June 22). Order No. 1254 on internship and secondary medical (pharmaceutical) specialization.
2. Ministry of Health of Ukraine. (2022, June 28). Order No. 1114 on standard internship training programs by specialties.
3. Ministry of Health of Ukraine. (2022). Standard internship training program in Dermatovenereology (Annex to Order No. 1114).
4. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2021, July 14). Resolution No. 725 on the system of continuous professional development for health-care workers.
5. République Française. (2019, November 4). Arrêté relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique (NOR: ESRS1930498A). Retrieved June 20, 2024, from <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039309386/>
6. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). (2020). Agenas portal. Retrieved June 20, 2024, from <https://ape.agenas.it>
7. Agenzia Nazionale per la Valutazione dell'Università e della Ricerca (ANVUR). (2021). ANVUR official website. Retrieved June 20, 2024, from <https://www.anvur.it>

Дата першого надходження статті до видання: 10.03.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 13.04.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 28.05.2026