

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.Г. Нестеренко

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КАДРОВОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-24

Т.С. Непом'яща

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
1.1 Розвиток кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я як предмет публічного управління	5
1.2 Елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я	12
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	23
2.1 Особливості кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я (на прикладі комунального некомерційного підприємства Миколаївської міської ради «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6»)	23
2.2 Проблеми зі забезпеченням розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я	30
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	42
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я	42
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я	54
ВИСНОВКИ	62
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	65

ВСТУП

Актуальність проблеми. Подальший розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я (далі – СОЗ) спрямований на покращання доступу широких верств населення до якісних медичних послуг. За для цього необхідно, щоб заклади охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) мали достатню кількість (узгоджену за видами, асортиментом та якістю) необхідних ресурсів, серед яких одне з провідних місць займають кваліфіковані й вмотивовані трудові ресурси. Нині ЗОЗ безпосередньо долучені до руху персоналу (зокрема, лікарів, медперсоналу, менеджерів СОЗ) в частині залучення, використання, застосування системи стимулювання, сприяння реалізації траєкторії професійного розвитку, звільнення тощо. Водночас, ЗОЗ здебільшого абстрагуються від підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу, вирішення конфліктів з пацієнтами, партнерами та контролюючими органами влади, що, зрештою, вимагає зваженого зовнішнього впливу з боку уповноважених органів публічного управління. Відтак, питання вдосконалення механізмів публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Гуцуляк О. [9], Звірич В. [12], Казюк Я. [18], Колісніченко Н. [20], Малігон Ю. [24], Мельниченко О. [29; 35; 93], Мороз В. [18], Старусева В. [18] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати значення розвитку кадрового забезпечення СОЗ як предмету публічного управління;
- дослідити елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ;

- оцінити результати публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ;
- виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку кадрового забезпечення СОЗ;
- запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку кадрового забезпечення СОЗ.

Об'єктом дослідження є розвиток кадрового забезпечення СОЗ.

Предметом дослідження є публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ.

Методи дослідження: аналізу і синтезу – для оцінки параметрів розвитку кадрового забезпечення СОЗ; статистичних порівнянь – дослідження результативності публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ; абстрактно-логічний – теоретичних узагальнень і формування висновків.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження оприлюднені на науково-практичній конференції: Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення (м. Харків, 30 жовтня 2025 р.), а також висвітлено в науковій праці: Непом'яца Т.С., Мельниченко О.А., Макарова В.І. Елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали VIII наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 30 жовтня 2025 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2025. С. 189–191.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Розвиток кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я як предмет публічного управління

СОЗ – комплекс заходів, спрямованих на збереження, стабілізацію та покращання здоров'я (стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад [38]), а також на лікування або полегшення розладів шляхом профілактики та діагностики [6]. Відповідно, охорона здоров'я (далі – ОЗ) – це система заходів, що забезпечують збереження й розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності й соціальної активності людини протягом максимально можливої індивідуальної тривалості життя [40]. Поняття «ОЗ» має полісемантичний характер, охоплюючи як безпосередньо медицину, так і низку інших сфер державної відповідальності, що мають стосунок до забезпечення фізичного та психічного добробуту населення [59].

Основною метою функціонування СОЗ є покращання здоров'я та якості життя населення через надання своєчасної, ефективної та якісної медичної допомоги [6]. На рівні країни СОЗ є однією зі значущих сфер національної економіки, яка забезпечує результативну діяльність, її обороноздатність, а також підтримання та відтворення людського потенціалу [59]. Держава визнає право кожного громадянина України на ОЗ і забезпечує його захист, що відображає пріоритетність цієї сфери національної економіки [38]. СОЗ функціонує на засадах універсального доступу до основних якісних медичних послуг (незалежно від соціально-економічного статусу, раси, етнічного чи географічного розташування), високоякісного догляду (заснованого на доказах, безпечного, ефективного) та економічної ефективності й стійкості [6].

Подальший розвиток СОЗ – послідовне збалансоване поліпшення кількісних та якісних параметрів основних підсистем і структурних елементів цієї сфери національної економіки, що передбачає створення сприятливих умов для підтримання на прийнятному рівні здоров'я населення [9] – убачається неможливим (щонайменше, проблематичним) без належного ресурсного (зокрема, кадрового) забезпечення [35].

Якщо належна ОЗ є пріоритетом діяльності держави, то належне публічне управління кадровим її забезпеченням стає критичним елементом національної безпеки. Ба більше, наявність кадрів, їхня кваліфікація, розподіл, мотивація, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу – усі ці фактори обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню. При цьому кадрове забезпечення СОЗ не є статичним елементом і невід'ємною складовою забезпечення ефективного впровадження системних змін, перетворює людські ресурси з пасивного «об'єкта впливу» на активного «суб'єкта змін». Саме тому уповноважені органи публічного управління повинні не лише забезпечувати наявність кваліфікованих кадрів, а й розвивати їхню здатність до інновацій та адаптації до медичної та інших (зокрема, структурних) реформ, що є критично важливим для динамічного подальшого розвитку СОЗ [52].

Персонал СОЗ є неоднорідним і охоплює різні категорії, що відображає складну ієрархічну та функціональну структуру цієї сфери, а саме:

– менеджери (керівники) – генеральні директори (директори, головні лікарі), заступники керівників ЗОЗ (зокрема, медичні директори), медичні офіс-менеджери, завідувачі відділеннями та іншими структурними підрозділами [6] – поєднання медичних знань з управлінськими, фінансовими, юридичними та операційними компетенціями; стратегічне планування, фінансовий менеджмент (включаючи бюджетування і управління циклом надходжень), нагляд за ЗОЗ, адміністративний нагляд, управління персоналом, дотримання правових і регуляторних норм (HIPAA, JCAHO, OSHA), забезпечення якості медичних послуг, розвиток ЗОЗ як економічної структури і центру знань [27; 52],

формування пацієнторієнтовано середовища, емпатія, вирішення проблем, готовність до надзвичайних ситуацій, відносини з постачальниками і клієнтами, підтримання доброзичливого ставлення, культурна компетентність [27];

– професіонали – лікарі різних спеціалізацій (лікувальної та/або медико-профілактичної справи, стоматології, медичні психологи, фармацевти), а також інші професіонали [6] – своєчасне надання кваліфікованої медичної допомоги, пропагування здорового способу життя, сприяння охороні і зміцненню здоров'я людей, постійне підвищення рівня професійних знань і майстерності, запобігання й лікування захворювань, поширення серед населення наукових і медичних знань, збереження лікарської таємниці, надання консультативної допомоги колегам [46]; діагностика, лікування, профілактика захворювань, імунопрофілактика, постійне підвищення кваліфікації, консультування щодо здорового способу життя, координація з іншими ланками медичної допомоги [46; 70], дотримання професійної етики та деонтології [70];

– фахівці – медичні сестри (сімейні, патронажні, реанімаційні, в педіатрії, акушерки, анестезистки), парамедики, фельдшери, ерготерапевти, екстрені медичні техніки – надання медичної допомоги, забезпечення безперервного догляду за пацієнтами, асистування лікарям під час процедур та операцій, проведення профілактичних заходів, моніторинг стану здоров'я, підтримка гігієни й комфорту, психологічна підтримка, наведення документації, реагування на зміни в стані пацієнта, надання першої медичної допомоги [28];

– технічні службовці – техніки-ортопеди, лаборанти, рентгенлаборанти, статистики медичні – виконання технічних і допоміжних функцій, пов'язаних з діагностикою, обробкою даних, обслуговуванням медичного обладнання [6]; відповідальність за організацію побуту у відділенні, включаючи замовлення білизни, нагляд за збереженням інвентарю та контроль наявності витратних матеріалів; видача, фасування та доставка їжі пацієнтам, дотримання дієтичних норм, контроль чистоти харчоблоку, забезпечення дотримання санітарних вимог у зоні зберігання продуктів, ведення облік посуду; перевезення пацієнтів

на каталках або інвалідних візках, а також медикаментів та обладнання між поверхами [45];

– робітники – молодша медична сестра з догляду за хворими, санітар(ка) (прибиральниця, буфетниця), фасувальник медичних виробів, дезінфектор, сестра-господиня, буфетниця, ліфтер, охоронець [6] – забезпечення дотримання санітарно-гігієнічних вимог (відповідальність за чистоту приміщень, обробку поверхонь, знезараження предметів догляду), дезінфекція, стерилізація, догляд за пацієнтами (пересування, годування, гігієна), збирання і утилізація медичних відходів, транспортування, доставка їжі, надання допомоги іншим медичним працівникам у догляді за хворими, організація побуту у відділеннях, охорона об'єктів і безпека персоналу/пацієнтів [42; 45]; фізична охорона об'єктів, контроль доступу, моніторинг систем безпеки, цілодобовий нагляд і реагування на інциденти [44], запобігання несанкціонованим проникненням, надання домедичної допомоги у разі нещасних випадків [13].

Сучасні зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (далі – ДКХПП) включають нові/оновлені професії: генеральний директор, парамедик, ерготерапевт, фельдшер з медицини невідкладних станів, інструктор з надання догоспітальної допомоги, екстрений медичний технік, сімейна медсестра, патронажна медсестра [31]. Кожна категорія персоналу СОЗ виконує унікальні, але взаємопов'язані функції, що є критично важливими для забезпечення цілісності й ефективності цієї системи.

Кожен ЗОЗ функціонує у певному зовнішньому середовищі, що вимагає постійної взаємодії та обміну ресурсами. Аналіз цього макросередовища часто використовує такі рамки, як PEST-аналіз (Політико-правове, Економічне, Соціокультурне, Технологічне середовище). Розуміння цих факторів є вирішальним для реалістичного формування та реалізації політики.

1) Політико-правові чинники визначають регуляторний та управлінський ландшафт.

– Конституційні гарантії: Стаття 49 Конституції України проголошує право кожного громадянина України на ОЗ, медичну допомогу і медичне

страхування та передбачає державне фінансування відповідних програм [2]. Це створює фундаментальну правову основу для всіх дій у СОЗ.

– Урядові політики та стратегічні документи: такі як Концепція розвитку ОЗ населення України, що встановлюють національні пріоритети та напрями розвитку.

– Нормативно-правові акти: регуляції, що керують медичною та фармацевтичною діяльністю [49], формуючи правове поле для управління персоналом.

– Законодавча модернізація: постійна потреба в оновленні законодавчої бази для підтримки довгострокових програм розвитку медичного сектору [68].

– Державне втручання: необхідність державного втручання в усі аспекти підготовки кадрів для СОЗ для досягнення бажаних результатів [24].

2) Економічні чинники, що пов'язані з фінансовою і ресурсною доступністю.

– Фінансове забезпечення СОЗ: загальні механізми та рівні фінансування сектору [55].

– Макроекономічні показники: включаючи чисельність працездатного населення, рівень освіти, пропозицію робочої сили на ринку медичних послуг, загальний рівень зайнятості та наявний кадровий резерв [4].

– Вплив на винагороду: економічні умови безпосередньо впливають на здатність забезпечити стабільну заробітну плату та соціальні гарантії для медичних працівників [22].

3) Соціокультурні чинники охоплюють демографічні тенденції, суспільні цінності та характеристики населення.

– Демографічні зміни: такі як старіння населення, що змінює потреби в СОЗ та вимоги до робочої сили [15].

– Запобігання безробіттю: роль розвитку людських ресурсів у запобіганні масовому безробіттю, особливо в окремих професійних сегментах.

– Соціальна та професійна мобільність: зростаюча мобільність та міграція персоналу, що створює виклики для утримання та розподілу кадрів [55].

– Суспільні очікування: зростаючі вимоги й очікування щодо якості медичних послуг і задоволеності пацієнтів [20].

4) Технологічні чинники стосуються досягнень та їхнього впливу на надання медичних послуг і навички робочої сили.

– Вплив нових методів: постійна поява нових методів діагностики та лікування, що вимагає безперервного професійного розвитку і адаптації навичок [15].

– Інформаційні технології: використання інформаційних веб-технологій для безперервної медичної освіти, що трансформує навчання та професійний розвиток [67].

– Галузева трансформація: ширша потреба у структурній та технологічній перебудові в СОЗ, що вимагає кваліфікованої та адаптивної робочої сили [55].

5) Інші специфічні чинники, що пов'язані з кадровим забезпеченням:

– Динаміка ринку людських ресурсів: включаючи негативну динаміку зайнятості у СОЗ, нераціональне співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів, а також диспропорції структури лікарів за спеціалізацією [20].

– Умови робочого середовища: незадовільні умови в ЗОЗ.

– Трудова міграція: значна проблема міграції медичних кадрів, часто через незадовільні умови праці.

– Дисбаланс навичок: розбіжності у практичних навичках серед медичних працівників, часто пов'язані з інтенсивністю навантаження лікарською практикою [15].

Зовнішні фактори є як обмеженнями, так і каталізаторами для публічного управління. Хоча багато з них є значними викликами («вадами») для кадрового забезпечення СОЗ (наприклад, демографічні зміни, трудова міграція, дисбаланс навичок [20], технологічні досягнення [15] та сприятливі законодавчі рамки [2]), можуть бути стратегічно використані як можливості для вдосконалення й інновацій. Це підкреслює, що публічне управління не є лише реактивною силою, що відповідає на зовнішні тиски, але повинно проактивно займатися

скануванням середовища для виявлення та використання нових можливостей. Наприклад, нові цифрові технології можуть пом'якшити дефіцит персоналу у віддалених районах, а добре розроблене законодавство може стимулювати професійний розвиток та утримання кадрів для СОЗ.

Крім того, зовнішні чинники рідко діють ізольовано; вони взаємодіють і часто посилюють вплив один одного. Наприклад, старіння населення (демографічний фактор) може безпосередньо посилити дефіцит медичних кадрів (динаміка ринку праці) і збільшити навантаження на існуючий персонал, потенційно призводячи до «дисбалансу навичок» [15]. Аналогічно, ширші економічні чинники [4] можуть впливати на здатність пропонувати стабільну заробітну плату [22], що, своєю чергою, впливає на трудову міграцію [15]. Ця взаємопов'язаність вимагає системної та інтегрованої політичної відповіді від публічного управління. Розрізнений підхід, що розглядає окремі фактори ізольовано, ймовірно, буде неефективним. Натомість, публічне управління має враховувати складну мережу причинно-наслідкових зв'язків, прагнучи до комплексних рішень, які усувають першопричини та передбачають наслідки в різних вимірах зовнішнього середовища.

Варто відзначити, що нині СОЗ безпосередньо долучені до руху персоналу (зокрема, лікарів, медперсоналу, менеджерів СОЗ) в частині залучення, використання, застосування системи стимулювання, сприяння реалізації траєкторії професійного розвитку, звільнення тощо. Водночас, СОЗ здебільшого абстрагуються від підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу, вирішення конфліктів з пацієнтами, партнерами та контролюючими органами влади, що, зрештою, вимагає зваженого зовнішнього впливу з боку уповноважених органів публічного управління на розвиток СОЗ – відкритий (у межах власних і делегованих повноважень) вплив на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління – СОЗ та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод [93].

Ефективне публічне управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ виходить за рамки лише встановлення формальних правил і структур, й вимагає глибокого розуміння організаційної культури, індивідуальних мотивацій, професійної етики та міжособистісних динамік у медичній спільноті. Політики та інтервенції повинні враховувати, як вони впливатимуть на поведінку медичних працівників, адміністраторів і пацієнтів, щоб забезпечити відповідність ширшій місії та цілям.

Зрештою слід зазначити, що подальший розвиток кадрового забезпечення СОЗ є предметом публічного управління, який складається з відповідних його елементів.

1.2 Елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я

Елементи публічного управління формують певну систему, що складається з місії, мети, цілей, завдань, а також має певні принципи та функції. Ця система характеризується ієрархічністю та логічною послідовністю, де кожен елемент впливає з попереднього і обумовлює наступний. Публічне управління, як складна система, функціонує на основі взаємопов'язаних елементів, що визначають його спрямованість, принципи дії та практичні механізми – сукупність доступних способів, методів і засобів управління, використовуючи які органи публічного управління створюють сприятливі умови для збалансованого розвитку ЗОЗ та їхнього персоналу як запоруки доступу населення до якісних медичних послуг і збереження здоров'я нації [29]. Розуміння сутності та взаємозв'язку цих елементів є критично важливим для ефективного формування та реалізації державної політики, зокрема у такій чутливій та життєво важливій сфері як СОЗ.

Місія визначає основні орієнтири функціонування організації/системи, виражаючи сенс її існування та її кінцевий внесок у суспільство [66]. Щодо

публічного управління загалом, місія слугує всеосяжним дороговказом держави й передбачає побудова суверенної, незалежної, демократичної, соціальної, правової держави, утвердження і забезпечення прав і свобод людини [39]. Вона є філософським підґрунтям, що надає сенс усім подальшим управлінським діям, а саме: забезпечення сталого розвитку і оптимального використання висококваліфікованих людських ресурсів для СОЗ, гарантуючи тим самим загальний доступ до ефективних медичних послуг, сприяючи здоров'ю та добробуту населення, а також зміцнюючи загальну стійкість національної СОЗ.

Мета – бажаний майбутній стан/результат, якого організація прагне досягти у певний момент часу, і який безпосередньо впливає з її місії [66] – є основою функціонування/розвитку будь-якої суспільної системи, визначаючи її функції та структуру [39], й задає загальний напрям руху та є критерієм успішності й, зрештою, породжує стратегічні цілі такого впливу. Так, зокрема, метою публічного управління в СОЗ полягає у створенні та підтримці міцної, компетентної та рівномірно розподіленої робочої сили в СОЗ, здатної задовольняти поточні та майбутні потреби населення у медичних послугах.

Цілі є більш конкретними, вимірними та обмеженими в часі завданнями, що сприяють досягненню ширших цілей. Цілі можуть класифікуватися за такими критеріями: період встановлення (стратегічні, тактичні, оперативні), зміст (економічні, організаційні, соціальні, кадрові), середовище (внутрішні, зовнішні), пріоритетність, вимірність (кількісні, якісні), повторюваність та ієрархічний рівень [66]. Стратегічні цілі впливають з ширших національних імперативів: досягнення гідного рівня життя громадян шляхом забезпечення високоякісної та доступної СОЗ; забезпечення стабільного функціонування та довгострокової стійкості СОЗ шляхом оптимізації кадрового забезпечення та усунення критичних дефіцитів; зміцнення здоров'я трудового потенціалу країни через всебічне медичне забезпечення [29]; покращання умов праці, забезпечення справедливої винагороди та впровадження ефективних стратегій утримання кадрів для зменшення трудової міграції медичних працівників; подолання дефіциту і усунення нерівномірного географічного розподілу

медичного персоналу за регіонами та спеціалізаціями [20]; виправлення нераціонального співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та лікарів, а також диспропорцій у структурі лікарів за спеціалізацією; збільшення обсягів і оновлення номенклатури надання послуг у СОЗ шляхом забезпечення адекватного та кваліфікованого кадрового складу; підвищення професійної та соціальної мобільності медичних працівників через безперервну освіту й можливості кар'єрного зростання; сприяння структурним і технологічним трансформаціям у СОЗ шляхом формування кваліфікованої і адаптивної робочої сили [55]. Декомпозиція цілей, часто представлена як «дерево цілей» і забезпечує структурований підхід до планування та реалізації управлінських дій. Будь-яка невідповідність/непослідовність у цій ієрархії (наприклад, кадрові цілі не відповідають стратегічним завданням або якщо функції не узгоджуються з цілями), неминуче призведе до неефективності, нецільового використання ресурсів і, зрештою, до неможливості досягнення бажаних результатів у розвитку людських ресурсів в СОЗ.

Публічне управління кадровим забезпеченням СОЗ ґрунтується на низці ключових принципів – фундаментальні правила, норми та цінності, що спрямовують формування та реалізацію політик і дій уповноважених органів публічного управління. Вони є основою етичної поведінки, ефективності та легітимності таких рішень, й забезпечують його ефективність і відповідність суспільним потребам, а саме:

- безперервного розвитку: система підготовки та підвищення кваліфікації управлінських кадрів має постійно відстежувати їхні потреби та впроваджувати нові методики;

- відповідальності: керівники та державні службовці несуть персональну відповідальність за розвиток системи та прийняття управлінських рішень;

- ефективності: підвищення ефективності роботи СОЗ в цілому, що вимагає об'єктивності, конкретності та науковості у прийнятті рішень;

- законності: відповідність чинному законодавству України, що регулює СОЗ і державну службу;

- інноваційності: використання оптимальних моделей впровадження інноваційних соціальних технологій у кадровій роботі
 - моральних якостей: формування моральних якостей державних службовців є важливим аспектом кадрової політики;
 - орієнтації на суспільні потреби: врахування потреб суспільства та громадян у якісних медичних послугах, зокрема через розробку національної політики на основі національної доктрини здоров'я;
 - прозорості: процеси відбору, призначення та просування кадрів повинні бути прозорими та зрозумілими;
 - професіоналізму: необхідно забезпечувати високий рівень професійної підготовки і перепідготовки кадрів, а також їхню відповідність кваліфікаційним вимогам [50];
 - гнучкості та адаптивності: ЗОЗ та управління персоналом повинні бути готові до непередбачених обставин, забезпечуючи гнучкість у розподілі ресурсів і враховуючи зміни в навантаженні [22].
- Функції – це конкретні види діяльності, процеси та ролі, які виконуються уповноваженими органами публічного управління для досягнення їхніх цілей та реалізації місії, а саме:
- інформаційне і аналітичне забезпечення: збір й аналіз даних про кадрові тенденції, проведення досліджень та використання інформаційних технологій для ефективного публічного управління [67];
 - кадрове забезпечення та розвиток: нагляд за процесами найму, професійної підготовки, безперервної медичної освіти і програмами кар'єрного зростання [55];
 - контроль та нагляд: моніторинг якості медичних послуг, дотримання стандартів, етичної поведінки та загальної ефективності медичного персоналу та ЗОЗ;
 - нормативно-правове регулювання: розробка, прийняття та забезпечення виконання законів і нормативних актів, що регулюють медичну практику, професійні стандарти та трудові відносини в СОЗ [49];

- мотивація та стимулювання: впровадження економічних стимулів (стабільна заробітна плата, соціальні гарантії) та неекономічних мотиваторів для залучення та утримання персоналу [22];

- організація та координація: структурування процесів управління персоналом на різних рівнях публічного управління, забезпечення міжвідомчої співпраці та менеджменту в СОЗ [69];

- планування та прогнозування: оцінка поточних та майбутніх кадрових потреб, розробка стратегічних планів розвитку робочої сили [4];

Система публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ поділяється на три рівні: національний, регіональний та локальний [12]. Ця багаторівнева структура свідчить про необхідність координації та узгодженості політик на всіх рівнях, від національного стратегічного планування до місцевої оперативної реалізації [56].

Публічне управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ результатом взаємодії численних «акторів» та впливу на різні елементи цієї системи. Ба більше, уповноважені органи публічного управління відіграють провідну роль у формуванні, регулюванні й розвитку кадрового забезпечення СОЗ, а їхня діяльність охоплює широкий спектр функцій, від стратегічного планування до оперативного контролю. Основними суб'єктами публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ є наступні:

- Верховна Рада України – відіграє ключову роль через свої законотворчі та установчі функції, визначаючи стандарти, регулятори та фінансування [69].

- Кабінет Міністрів України – центральний орган виконавчої влади (далі – ЦОВВ), який забезпечує формування державної політики у СОЗ [57].

- Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) є головним органом, відповідальним за формування та реалізацію державної політики у СОЗ, що включає управління кадровим потенціалом. МОЗ рекомендується розробити та законодавчо закріпити систему публічного управління кадровим потенціалом СОЗ, враховуючи структуру регіональної потреби в медичних кадрах, досягнення їх оптимального розміщення і ефективного використання.

Важливим аспектом є співпраця МОЗ з Міністерством освіти і науки України (далі – МОН). Спільно вони мають розробити державну програму підготовки медичних кадрів за спеціальностями, що за прогнозами будуть найбільш актуальними у найближчі 10 років [7]. Управління медичних кадрів, освіти і науки МОЗ безпосередньо відповідає за організацію та реалізацію публічної політики у сфері вищої медичної освіти [109].

– Інші ЦОВВ (наприклад, МЗС, МВС, СБУ, Міністерство оборони України, Державна прикордонна служба України, Міністерство транспорту України), Держлікінспекція), яким підпорядковані ЗОЗ.

– Місцеві державні адміністрації (обласні та районні державні/військові адміністрації (департаменти (управління, відділи) ОЗ), Рада міністрів Автономної Республіки Крим, міська державна адміністрація Києва), та органи місцевого самоврядування (обласні, районні, сільські, селищні, міські ради (управління (відділи) ОЗ виконавчих комітетів міських рад)).

– Професійні, наукові й громадські організації (Рада громадського контролю, професійні самоврядні організації, орган контролю якості надання медичної допомоги, орган медичного самоврядування [69], наукові установи, а також інші юридичні особи та громадські формування [57]).

Уповноважені органи влади впливають на медичну освіту та кадрове забезпечення через низку механізмів публічного управління. До об'єктів такого впливу у сфері вищої медичної освіти належать: ступеневість медичної освіти, кваліфікації випускників, ліцензійні й акредитаційні вимоги до вищих навчальних закладів (далі – ВНЗ), кадрове забезпечення, форми і зміст атестації фахівців, а також процес взаємодії між ВНЗ, органами державної влади та ЗОЗ. Для публічного управління професійною підготовкою керівних кадрів у ВНЗ медичного профілю застосовується комплексний механізм, що включає нормативно-правовий, організаційний, економічний і мотиваційний компоненти [109]. Державне замовлення є ключовим економічним механізмом впливу на кількість та спеціалізацію підготовлених фахівців [10].

Об'єкти публічного управління – це суб'єкти, результати, процеси та/або явища, на які впливає структурна політика. У контексті кадрового забезпечення СОЗ, до них належать: ЗОЗ; медичний персонал; лікарські засоби і основні засоби; фінансові ресурси; фізичні особи-підприємці, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, що здійснюють їх управління; пацієнти та медичні працівники; здоров'я населення та його стан; службові зв'язки між суб'єктами цих відносин; відносини між пацієнтом і медичним працівником; професійний рівень медичного персоналу [69]; обіг наркотичних засобів, обіг лікарських засобів, медична діяльність (як об'єкти контролю та нагляду) [49].

Уряд схвалив Програму розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я до 2030 року, яка має на меті забезпечити нормативно-правову базу, створити динамічну та стійку систему освіти й професійного розвитку, а також розвивати лідерство і управлінську спроможність у СОЗ [58]. Реалізація програми передбачає щорічну оцінку потреб у кадрових ресурсах і професійних компетентностях, а також розробку рекомендацій щодо кадрової політики найму та зменшення плинності кадрів [47]. Уряд України ухвалив рішення про надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам інтернатури, які у 2025 році завершують підготовку за спеціальностями лікарів й обирають роботу в ЗОЗ державної/комунальної форми власності в сільській місцевості, на деокупованих або прифронтових територіях. Йдеться про виплату в розмірі € 200 тис., яку зможуть отримати лікарі за умови укладення трирічного договору з відповідним ЗОЗ. Посада повинна бути опублікована на Єдиному веб-порталі вакансій, а укомплектованість лікарських посад у ЗОЗ не повинна перевищувати 75 %. Дієва підтримка молодих спеціалістів і засіб подолання кадрового дефіциту медиків на місцях. Рішення діятиме на період воєнного стану. Крім одноразової виплати, уряд запроваджує низку інших стимулів, таких як забезпечення житлом і підвищені коефіцієнти виплат для ЗОЗ, що працюють на сільських і прифронтових територіях. Ці заходи спрямовані на те, щоб

медична допомога була доступною всюди, а молоді лікарі мали умови для професійного розвитку [62].

Уряд України реагує на ризики, пов'язані з військовим станом шляхом запровадження спеціальних надбавок і забезпечення мінімального рівня оплати праці. Наприклад, медичні працівники, які працюють на територіях активних бойових дій, мають право на надбавку в розмірі 200 % посадового окладу [32]. Ця фінансова мотивація є свідомою політикою для заохочення і утримання кадрів у найнебезпечніших регіонах. Крім того, встановлено мінімальний розмір заробітної плати для лікарів € 20,0 тис., а для медсестер і медбрatів – € 13,5 тис. за повністю відпрацьовану норму робочого часу [37]. Крім фінансових стимулів, існує система соціальних і правових гарантій, які створюють додатковий рівень безпеки для медпрацівників. Законодавство України гарантує медикам право на повагу до честі та гідності, захист від безпідставних обвинувачень, а також на кваліфіковану допомогу у разі отримання професійних захворювань чи травм [38]. Для учасників бойових дій, серед яких є і медпрацівники, передбачено низку пільг, як-от: виплата допомоги по тимчасовій непрацездатності у розмірі 100 % середньої заробітної плати, право на щорічну відпустку у зручний час, пільги на оплату житлово-комунальних послуг, безоплатне зубопротезування [54]. Ці заходи сприяють зміцненню соціальної стійкості медперсоналу і є важливим мотиваційним чинником для продовження роботи в умовах підвищеного ризику. У разі порушення прав, медпрацівники можуть звернутися за допомогою до профспілок, юридичних компаній або державних інспекцій з питань праці [38].

Отож, публічне управління у СОЗ здійснюється з використанням різних інструментів, що включають методи, методики, операції, алгоритми дій, процедури, техніки, управлінські технології та комунікаційні стратегії [19]. Ці інструменти можна класифікувати за їхньою природою та механізмом впливу.

Зокрема, виділяють наступні методи публічного управління СОЗ:

- 1) Адміністративні методи ґрунтуються на прямій владі, регулюванні та контролі, забезпечуючи дотримання встановлених норм і правил.

2) Нормативно-правові методи – ухвалення нормативно-правових актів, що регламентують медичну та фармацевтичну діяльність [49]. Ця законодавча база визначає допустимі норми та рамки для всіх учасників СОЗ [2].

3) Організаційні методи – хоча й не завжди виділяються окремо, але концепція «управління ЗОЗ» і необхідність «системи механізмів» передбачають використання організаційного дизайну, структурування процесів управління персоналом і визначення ролей [19].

Важливо зазначити, що жодна окрема категорія методів публічного управління розвитком СОЗ (економічних, адміністративних чи інших) не є достатньою для ефективного/результативного кадрового забезпечення СОЗ. Економічні методи є життєво важливими для мотивації, адміністративні методи – забезпечують необхідну структуру та контроль, тоді як інші методи – стосуються розвитку, технологій та зовнішньої співпраці. Справді ефективна стратегія публічного управління кадровим забезпеченням СОЗ повинна застосовувати цілісний та інтегрований підхід, стратегічно поєднуючи ці різноманітні методи. Надмірне покладання на один тип методу, наприклад, суто адміністративний примус, без належного врахування інших, таких як економічна мотивація або можливості професійного розвитку, може призвести до небажаних негативних наслідків, таких як збільшення трудової міграції або зниження морального духу, що підриває загальні цілі політики.

Означені методи публічного управління розвитком СОЗ здійснюються на такими напрямками:

– Етичний контроль та дисциплінарні заходи передбачають проведення аудиту дотримання морально-етичних вимог, розгляд скарг від пацієнтів та їхніх родичів, а також впровадження системи дисциплінарних стягнень за порушення цих стандартів [22].

– Внутрішні регуляції та структури – розробка детально опрацьованого статуту ЗОЗ, чітких і зрозумілих правил внутрішнього розпорядку, а також докладних і прозорих посадових інструкцій для кожної штатної позиції. Це забезпечує організаційну дисципліну та порядок.

– Розробка довгострокових програм розвитку СОЗ є важливим адміністративним інструментом, що потребує прийняття актуальних нормативно-правових актів [68].

– Контроль і нагляд охоплює державний контроль та нагляд у СОЗ, який є багатогранним. Він включає внутрішній (здійснюваний фахівцями ЗОЗ або органами управління ОЗ) та зовнішній контроль [49].

– Державне втручання в усі сфери підготовки кадрів для СОЗ визнається необхідним для досягнення реальних змін у кількості хворих, зменшення показника смертності населення й підвищення якості надання медичних послуг.

– Створення спеціальних органів для боротьби та контролю за кадровою політикою (зокрема щодо корупційних проявів), також є адміністративним заходом.

– Професійний розвиток та освіта охоплюють професійну підготовку кадрів у ВНЗ і безперервну медичну освіту.

– Міжнародне співробітництво у сфері кадрової політики ОЗ визнається засобом для вирішення викликів і покращання практик [24].

– Інформаційні й технологічні засоби включають використання інформаційних веб-технологій для безперервної медичної освіти, що є прикладом застосування технологій для підвищення ефективності розвитку людських ресурсів.

– Дослідження та аналіз із застосуванням різних методів (статистичного, бібліосемантичного, епідеміологічного, моделювання, експертних оцінок, системного підходу) є критично важливими для ефективного управління персоналом і формування політики [67].

Сучасне публічне управління кадровим забезпеченням СОЗ все більше характеризується мережевим врядуванням, що використовує «м'яку силу», спільні знання та цифрові інструменти для досягнення своїх цілей. Це означає, що політики і адміністратори повинні бути адаптивними й інноваційними, впроваджуючи нові форми взаємодії та технології для створення більш чутливої та ефективної системи розвитку людських ресурсів.

Проведені узагальнення публікацій провідних науковців [9; 24; 36; 49] і результати власних досліджень дозволили виокремити наступні елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ, які конкретизуються у такому:

– бачення (візія) – забезпечення сталого розвитку і оптимального використання висококваліфікованих людських ресурсів для СОЗ, тим самим гарантуючи загальний доступ пацієнтів до якісних медичних послуг, сприяючи здоров'ю (добробуту) населення, а також зміцнюючи загальну стійкість національної СОЗ;

– мета – збалансований розвиток кадрового забезпечення СОЗ;

– цілі – адаптація системи вищої медичної освіти до викликів сучасної СОЗ; вдосконалення системи адаптації молодих лікарів і медпрацівників до роботи в СОЗ; покращання умов праці, забезпечення справедливої винагороди та впровадження дієвих стратегій утримання кадрів для зменшення трудової міграції лікарів і медичних працівників; оптимізації кадрового забезпечення та усунення критичних дефіцитів; подолання дефіциту і усунення нерівномірного географічного розподілу медичного персоналу за регіонами та спеціалізаціями; вдосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів для СОЗ; підвищення професійної і соціальної мобільності медичних працівників через безперервну освіту; забезпечення кадрового резерву й сприяння реалізації траєкторій індивідуальних траєкторій кар'єрного розвитку у СОЗ; шанування ветеранів праці СОЗ;

– рівні – масштаб впливу публічного управління (глобальний, національний, регіональний, місцевий, локальний);

– суб'єкти – уповноважені органи державного управління (передусім, МОЗ, НСЗУ, департаменти ОЗ обласних державних/військових адміністрацій) й органи місцевого самоврядування (у межах власних і делегованих компетенцій); професійні, наукові та громадські організації й інші представники громадянського суспільства (зокрема, населення);

– об’єкти – ВНЗ медичного профілю; ЗОЗ; медпрацівники, лікарі, менеджмент ЗОЗ;

– функції – інформаційне і аналітичне забезпечення, контроль та нагляд, мотивація та стимулювання, нормативно-правове регулювання, організація та координація, планування та прогнозування;

– принципи – загальні (відповідальності, ефективності/результативності, законності, комплексності, науковості, професіоналізму, раціональності, рівності, системності, справедливості...) й конкретні (пацієнтоцентричності, етики, публічного інтересу...) керівні правила, яких мають дотримуватися учасники цього процесу;

– методи – способи (адміністративні, економічні, організаційні, правові, соціальні...) досягнення заздалегідь поставленої мети;

– засоби – внутрішні регуляції і структури, державне втручання, етичний контроль і дисциплінарні заходи, контроль та нагляд, нормативно-правове регулювання, розробка та реалізація довгострокових програм, створення спеціальних органів публічної влади тощо), які застосовуються для досягнення затверджених цілей [35].

Зрештою наявні елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ створюють належне методологічну основу для прийняття зважених публічно-управлінських рішень, спрямованих на подальше покращання кількісних і якісних параметрів СОЗ.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Особливості кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я (на прикладі комунального некомерційного підприємства Миколаївської міської ради «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6»)

Сучасна СОЗ України функціонує в умовах безпрецедентних викликів, зумовлених глобальною пандемією COVID-19 й повномасштабною військовою агресією РФ. Ці події створили унікальний і надзвичайно складний контекст, який вимагає переосмислення традиційних підходів до кадрового забезпечення СОЗ. Міста, які опинилися на «передовій» (зокрема, Миколаїв), демонструють складності функціонування СОЗ. Вивчення цих аспектів є критично важливим для розуміння адаптаційних можливостей СОЗ загалом і розробки ефективних стратегій для її подальшої відбудови/розбудови.

При цьому слід зосередитися на особливостях функціонування СОЗ, одним з яких є комунальне некомерційне підприємство Миколаївської міської ради «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6» (далі – КНП ММР «ЦПМСД № 6»), яке було засноване 17.06.2002 р. й фактично розташоване за юридичною адресою: м. Миколаїв, вул. Фрунзе (з 24.02.2017 р. – Шосейна), 58. Статутний капітал КНП ММР «ЦПМСД № 6» становить € 8647 тис., що свідчить про значну фінансову та матеріальну базу. Основний вид діяльності компанії за КВЕД 86.10 «Діяльність лікарняних СОЗ», що, попри цю назву, відповідає широкому спектру медичних послуг, які надаються на первинному рівні [21]. СОЗ має офіційний веб-сайт і сторінку в соціальній мережі Facebook, що забезпечує відкритість та комунікацію населенням [65].

КНП ММР «ЦПМСД № 6» є великим, розгалужбеним підприємством, що включає вісім сімейних амбулаторій, розташованих у різних частинах міста

Миколаєва, а також у мікрорайонах Мала та Велика Корениха [21]. Така структура забезпечує доступність первинної медичної допомоги для значної кількості жителів міста. Загальна кількість лікарів становить 50 осіб.

До складу керівництва КНП ММР «ЦПМСД № 6» входять: Ганусовська Тетяна Михайлівна – директор, терапевт вищої категорії; Челенгірова Лариса Анатоліївна – медичний директор, лікар загальної практики вищої категорії; Цимбал Тетяна Володимирівна – заступник медичного директора з охорони дитинства, педіатр вищої категорії; Підручна Світлана Вікторівна – завідувач амбулаторії (вул. Шосейна), терапевт вищої категорії; Бабаченко Олена Миколаївна – завідувач амбулаторії (вул. Дачна), лікар загальної практики вищої категорії; Мовсесян Арсен Тігранович – завідувач амбулаторії (вул. Нікольська), терапевт; Зінкін Сергій Павлович – завідувач амбулаторії (вул. Київська), лікар загальної практики вищої категорії. В КНП ММР «ЦПМСД № 6» застосовується децентралізована модель менеджменту [23].

Наразі КНП ММР «ЦПМСД № 6» має відповідну структура медперсоналу (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Структура медперсоналу КНП ММР «ЦПМСД № 6» за амбулаторіями та спеціалізацією [23]

Амбулаторія (адреса)	Загальна кількість лікарів	Кількість педіатрів	Кількість терапевтів / сімейних лікарів
Сімейна амбулаторія № 1, 2 (вул. Шосейна, 58)	18	1	17
Сімейна амбулаторія № 3 (вул. Дачна, 5)	8	1	7
Сімейна амбулаторія № 4 (вул. Нікольська, 4б)	7	1	6
Сімейна амбулаторія № 5 (Мала Корениха, вул. Ольшанців, 18б /1)	2	1	1
Сімейна амбулаторія № 6 (Велика Корениха, вул. Гарнізонна 1в)	1	0	1
Сімейна амбулаторія № 7 (вул. Київська, 3)	5	3	2
Сімейна амбулаторія № 8 (вул. Київська, 3)	9	0	9
ЗАГАЛОМ	50	7	43

Медперсонал КНП ММР «ЦПМСД № 6» має свою специфіку використання залежно від впливу як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Так, зокрема, досвід роботи в умовах пандемії COVID-19 (особливо під час хвилі «Омікрон») став своєрідним «стрес-тестом» для лікарів і медпрацівників. Цей період підготував їх до роботи в умовах екстремального навантаження, але водночас виснажив кадровий потенціал, зробивши вразливими до подальших, ще більш руйнівних викликів, пов'язаних з повномасштабним військовим вторгненням РФ. Лікар Арсен Мовсесян з КНП ММР «ЦПМСД № 6» у лютому 2022 р., напередодні повномасштабного вторгнення, зазначав, що кількість пацієнтів із симптомами COVID-19 зросла втричі – з 15–20 до 70–80 осіб на день. Це змусило медперсонал працювати у дві зміни, що свідчить про значне інтенсивне навантаження [72]. Загалом по місту Миколаїв ситуація була загрозливою, з переповненими лікарнями, де пацієнти з COVID-19 лежали в коридорах і допоміжних приміщеннях [30]. Цей екстремальний рівень навантаження є однією з головних причин професійного вигорання [48], але, все ж, персонал ЗОЗ вже психологічно та фізично виснаженими «увійшов» в реалії правового режиму воєнного стану, який значною мірою погіршив умови роботи медиків і створила безліч нових викликів. Обстріли та руйнування критичної інфраструктури, що призвели до перебоїв у постачанні води та електроенергії, стали щоденною реальністю [76]. КНП ММР «ЦПМСД № 6» є показовим прикладом того, як інституція в умовах постійної небезпеки та руйнувань продовжує виконувати свої функції. Загалом по Україні було обстріляно 275 ЗОЗ, а в Миколаївській області пошкоджено 10 % приміщень ЗОЗ. Ці фактори не тільки ускладнили надання медичних послуг, але й створили пряму загрозу життю та здоров'ю як пацієнтів, так і медиків. В умовах, де медперсонал зіштовхується з травмами та пораненнями, яких ніколи не бачив «у своєму житті», робота стає надзвичайно складною [34].

Управління охорони здоров'я Миколаївської міської ради, очолюване Іриною Шамрай було змушене інформувати населення про правила надання допомоги під час обстрілів [14]. Подібний публічно-управлінський вплив за

таких умов виходить за рамки класичних адміністративних функцій та набуває стратегічного значення. Воно перетворюється на збалансоване поєднання людського фактора, технологічних інновацій і гуманістичного підходу [22]. Замість фокусування виключно на ефективності, як у звичайних умовах, акцент зміщується на стійкість, адаптивність та збереження фізичного і ментального здоров'я персоналу. Такий підхід є реакцією на подвійний стрес, що його переживають медпрацівники: від інтенсивності роботи та від зовнішніх загроз.

Дефіцит медперсоналу є загальною проблемою, а у Миколаївській області (понад 13 тис. вакансій в СОЗ при 5,2 тис. шукачів) він став ключовою причиною зниження доступності якісних медичних послуг в умовах правового режиму військового стану. При цьому відтік медперсоналу був зумовлений не лише їхньою мобілізацією, а й масовим виїздом лікарів і медсестер через постійні безпекові загрози. Це призвело до значного посилення навантаження на тих, хто залишився працювати [76]. Плинність кадрів є важливим індикатором стану кадрового забезпечення. Загальновизнаною нормою плинності в компанії вважається показник у межах 5 % [63]. Попри відсутність прямих статистичних даних про плинність у КНП ММР «ЦПМСД № 6», загальний контекст дозволяє зробити певні припущення. Системний дефіцит кадрів в українській СОЗ [33], масовий виїзд медперсоналу з небезпечних регіонів [76] і високий рівень професійного вигорання свідчать про те, що реальний показник плинності в СОЗ, що працює в Миколаєві, ймовірно, значно перевищує норму. Це створює додаткові навантаження на фінансову систему підприємства й знижує ефективність/результативність його діяльності [63]. Для мінімізації негативних наслідків, керівництву необхідно більш активно впроваджувати заходи щодо утримання медперсоналу, зокрема шляхом створення підтримуючого робочого середовища та гнучких умов праці [60].

Додатковою проблемою став приплив внутрішньо переміщених осіб (далі – ВПО), що збільшило кількість пацієнтів і, відповідно, навантаження на медперсонал. Програма медичних гарантій, яка фінансується з державного бюджету, забезпечила фінансову стабільність «ЦПМСД № 6» й дозволила

надавати безоплатні послуги пацієнтам, включно з ВПО, без додаткового навантаження на місцевий бюджет [76]. Це знизило фінансові бар'єри для пацієнтів і дозволило ЗОЗ зберегти свою операційну спроможність. Ці приклади підтверджують, що зовнішня допомога та системна державна підтримка є фундаментом, на якому тримається СОЗ в кризових умовах.

Психологічний стан медперсоналу в цих умовах є критичним. Професійне вигорання, яке після пандемії і до повномасштабної військової агресії вже було значною проблемою (рівень вигорання сягав 62,8 % після COVID-19), стало хронічним явищем. Основними причинами вигорання є висока інтенсивність роботи, постійний стрес і відповідальність за життя людей [48]. За таких умов, потреба в психологічній підтримці серед медиків стала не просто бажанням, а гострою необхідністю для збереження їх працездатності [25]. Отож, публічне управління має забезпечити доступ до програм підтримки ментального здоров'я, консультацій психологів і створити відкрите робоче середовище, де працівники можуть відверто обговорювати свої проблеми [64]. Ця комплексна система управління не лише підтримує високий стандарт медичної допомоги, але й забезпечує благополуччя самого медперсоналу, який відіграє вирішальну роль у збереженні життя. При цьому питання збереження ментального здоров'я завдяки наданню своєчасної та якісної психологічної допомоги є однією з найважливіших запорок підтримки персоналу ЗОЗ [14]. З огляду на це, HR-стратегії, які включають wellbeing-програми, консультації психологів і створення підтримуючого робочого середовища, є не додатковою опцією, а критичним елементом менеджменту персоналу в умовах воєнного стану. Для стабілізації кадрової ситуації в умовах кризи, керівництво ЗОЗ вимушене впроваджувати інноваційні й гнучкі стратегії менеджменту персоналу. Одним з таких інструментів є використання гнучких графіків роботи, що, як свідчить аналіз, може знизити плинність кадрів на 50 % [60]. В умовах хаотичних обстрілів і масової міграції, така практика дозволяє забезпечити безперебійну роботу, поєднуючи сталий та гнучкий графіки. Ключовим елементом також є

підтримка ментального здоров'я персоналу через впровадження wellbeing-програм, психологічних консультацій та тренінгів з управління стресом [74].

Такі заходи допомагають протидіяти професійному вигоранню, яке посилилося в умовах пандемії та військового стану [48], що також вимагає від керівників ЗОЗ нових управлінських компетенцій. Сучасні менеджери ЗОЗ повинні володіти навичками управління командами, фандрейзингу та співпраці з міжнародними організаціями. Ці навички є ключовими для забезпечення стійкості ЗОЗ (зокрема, щодо залучення гуманітарної допомоги), що є життєво необхідним в умовах руйнувань і дефіциту витратних матеріалів. Оновлення освітніх програм для управлінців ЗОЗ є важливим кроком для підготовки медкадрів до викликів подальшої відбудови вітчизняної ЗОЗ [64], а також відновлення інфраструктури ЗОЗ, пошкодженої обстрілами [76].

Гуманітарна допомога та державні програми є не просто тимчасовою допомогою, а стратегічним інструментом стабілізації кадрової та матеріальної бази ЗОЗ, що дозволяє їм вистояти в умовах значних руйнувань. Завдяки співпраці з міжнародними партнерами й благодійними фондами, ЗОЗ Миколаєва отримали гуманітарної і допомоги на суму € 479,3 млн, включаючи високовартісне обладнання і автомобілі швидкої медичної допомоги [11].

Отож, для КНП ММР «ЦПМСД № 6» основними кадровими викликами, що спричинені надзвичайними ситуаціями епідеміологічного і воєнного характеру стали: дефіцит медперсоналу через внутрішню/зовнішню міграцію та мобілізацію, критичне зростання робочого навантаження, постійні безпекові загрози, а також погіршення психологічного стану медпрацівників. Критично важливими факторами стабілізації роботи ЗОЗ були: фінансова підтримка через Програму медичних гарантій, значна гуманітарна і благодійна допомога від партнерів та ефективна адаптація до нових умов, включаючи пошук рішень для роботи в умовах відсутності базових медичних послуг.

2.2 Проблеми зі забезпеченням розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я

СОЗ з 2016 р. перебуває у процесі значних реформ, спрямованих на модернізацію та покращення якості й доступності медичних послуг. Ці зміни включають перехід до моделі солідарного медичного страхування та створення НСЗУ для стратегічних закупівель медичних послуг [84]. Але СОЗ стикається з хронічним недоінвестуванням в освіту й підготовку медпрацівників, що призводить до невідповідності між стратегіями освіти та зайнятості щодо потреб СОЗ і населення. Загальносвітові прогнози вказують на дефіцит 11 млн медпрацівників до 2030 р., причому країни на всіх рівнях соціально-економічного розвитку стикаються з труднощами в освіті, працевлаштуванні, розподілі, утриманні та продуктивності робочої сили. Україна не є винятком із цієї глобальної тенденції. Крім того, зберігаються труднощі з розподілом медпрацівників у сільські, віддалені та малозабезпечені райони. Зростаюча міжнародна міграція медпрацівників, хоча потенційно пропонує негайні рішення для країн-реципієнтів, посилює дефіцит у країнах походження, що є значним занепокоєнням для України [58].

Упродовж останніх трьох десятиліть Україна зіткнулася з різким скороченням медичного персоналу: кількість лікарів і молодшого медперсоналу зменшилася у 2 та 4 рази, відповідно. Ця тривожна тенденція особливо загострилася під час коронакризи у 2020–2021 рр., коли понад 34 тис. медпрацівників звільнилися через незадовільні умови праці (зокрема, відсутність засобів індивідуального захисту, різке зростання робочого навантаження та застарілу матеріально-технічну базу).

Ба більше, дані за період 2020–2023 рр. вказують на подальше значне скорочення: загальна кількість лікарів в Україні (включаючи фахівців з приватних і відомчих ЗОЗ) зменшилася на 19,4 тис. осіб (10,8 %), досягнувши 160,2 тис. Кількість молодшого медперсоналу скоротилася ще більше – на 51,2 тис. осіб (16,6 %), і наразі становить 257,5 тис. Станом на 31 грудня 2023 р.

в 303 СОЗ працювало 133237 лікарів і 229368 молодших спеціалістів з медичною освітою. Забезпеченість практикуючими лікарями на 10 тис. населення знизилася з 24,2 (2020 р.) до 23,4 (2023 р.), а молодшими спеціалістами – з 66,04 (2020 р.) до 55,9 (2023 р.). Наявні параметри цих показників є значно нижчими за середньоєвропейський рівень, що свідчить про глибокий дефіцит кваліфікованих кадрів [7].

Упродовж 2001–2024 рр. мали місце наступні тенденції: 63,4 % лікарів мають певну категорію (з них 62,8 % – вищої, і 17,6 % – першої), що свідчить про доволі високу їх кваліфікацію як важливу передумову забезпечення надання населенню медичних послуг належної якості; порівняно найбільша чисельність лікарів припадає на наступні спеціальності – терапевти (9,3 %), сімейні лікарі (7,9 %), акушери-гінекологи (6,4 %), анестезіологи (5,8 %), соціальні гігієністи та організатори СОЗ, педіатри (5,1 %), стоматологи (5,0 %), хірурги (4,9 %), невропатологи (4,3 %), ортопеди-травматологи (3,3 %); чисельність лікарів загалом скоротилася на 60,7 %, тоді як по місті – 76,4%, а по районах області – 73,8 %, що свідчить як про зниження потреби у лікарях, так і про втрату кадрового потенціалу 303; скорочення рівня забезпеченості лікарями на 42,0 % підвищує вимоги до них як за рівнем кваліфікації, так і мірою завантаженості; основні зусилля менеджменту 303 й уповноважених органів публічної влади мають бути зосереджені на створенні дієвої системи стимулювання лікарів як до їх перепідготовки й підвищення кваліфікації, так і до залучення дефіцитних кваліфікованих фахівців до штату 303 у межах госпітальних округів (особливо в сільській місцевості); кількість ліжок скоротилась у півтора рази, зокрема в сільській місцевості – удвічі; на 8,7 % та 10,1 %, відповідно, скоротилась штатна чисельність лікарів і молодих спеціалістів з медичною освітою, відповідно, що обумовлено об'єднанням декількох споріднених 303 в один, скорочення/ліквідація неспроможних відділень; коефіцієнт сумісництва серед лікарів не перевищує 11,1 %; дефіцит кадрів лікарів і молодих спеціалістів з медичною освітою зріс з 16,3 до 22,4 % та з 12,4 % до 25,3 %, відповідно; порівняно краща ситуація має місце серед

ЗОЗ міста, а найгірша – серед ЗОЗ, які підпорядковані МОЗ і тих, які розташовані в територіальних громадах, що є прифронтовими до традиційних причин недостатньої укомплектованості ЗОЗ лікарями, додалися «помітні» масштаби їх внутрішньої/зовнішньої міграції [18].

Прифронтові регіони України стикаються з особливо гострим дефіцитом медперсоналу. Наприклад, у ЗОЗ Харківської області незакритими залишаються 3220 вакансій, причому найбільша потреба спостерігається серед ортопедів, анестезіологів і працівників лабораторної діагностики [51]. Загалом значні кадрові «втрати» серед медпрацівників зафіксовані у Донецькій, Запорізькій, Луганській, Одеській, Харківській та Херсонській областях, які найбільшою мірою постраждали від військових дій [16]. Крім дефіциту, медпрацівники в цих регіонах працюють з надмірним навантаженням, що призводить до емоційного виснаження і вигорання [51], що створює «подвійне» навантаження на медиків, оскільки вони є частиною постраждалих громад, які вони підтримують [1]. Приблизно 4 тис. медиків через військові дії були змушені змінити місце роботи, але продовжують надавати медичну допомогу українцям. МОЗ створило механізми працевлаштування медпрацівників у ЗОЗ під час воєнного стану, дозволяючи працевлаштування як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом [3]. Дефіцит лікарів в Миколаївській області становить майже 1200 осіб, що дорівнює 32 % від необхідного медперсоналу. Гострою проблемою є старіння медкадрів: майже тисяча лікарів (або 31 % від загальної кількості) старші за 60 років [43].

Попри це, МОЗ заявив, що «критичного» загального дефіциту медкадрів, який би перешкоджав наданню медичної допомоги, не існує, припускаючи, що СОЗ балансує шляхом зміни маршрутів пацієнтів [61]. Але таке твердження, що суперечить масовим статистичним даним про скорочення медперсоналу, вказує на «складну реальність». Це може бути стратегічним комунікаційним зусиллям для підтримки суспільного духу або для демонстрації стійкості міжнародним партнерам. З іншого боку, це може свідчити про те, що система фактично «балансиє» («виживає») за рахунок надмірної перевантаженості існуючого

персоналу, інтенсивної внутрішньої сумісності та високоцентралізованого управління потоками пацієнтів. Хоча це запобігає негайному колапсу, такий підхід є принципово нестійким. Тобто наразі СОЗ загалом демонструє стійкість в умовах тиску, а не функціонує з позиції адекватної спроможності забезпечувати прийнятні параметри громадського здоров'я. Такий розрив між офіційною риторикою та даними «з місць» може потенційно перешкоджати розробці та впровадженню справді ефективних, довгострокових політичних рішень, якщо глибина кризи не буде повністю усвідомлена представниками уповноважених органів публічного управління як національного, так і регіонального й місцевого рівня.

Існує стійка та значна диспропорція в кадровому забезпеченні СОЗ між міськими та сільськими районами. Лише 5,3 % лікарів та 11,5 % середнього та молодшого медичного персоналу працюють у сільській місцевості, незважаючи на те, що там проживає близько 30 % населення України. Станом на липень 2021 р. найбільший дефіцит медичних вакансій (майже 13 тис. посад) має місце у західних (Львівська, Рівненська) і центральних (Вінницька, Житомирська, Черкаська, Полтавська) областях. Натомість лише місто Київ могло запропонувати достатню кількість вакансій [7]. Нерівномірний географічний розподіл медпрацівників є давньою проблемою, з особливо низькою щільністю як лікарів, так і медсестер у Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях [61].

Глибоко вкорінена диспропорція між містом і селом й регіональні дисбаланси в медперсоналі не є просто статистичними аномаліями; вони є прямими показниками системних недоліків у стимулюванні та підтримці сільської медичної практики. Це призводить до створення значних «медичних пустель», де населення має обмежений/відсутній доступ до основних медичних послуг, тим самим посилюючи існуючу нерівність у СОЗ і потенційно призводячи до гірших показників здоров'я для сільських громад. При цьому наявна проблема виходить за рамки «простих цифр», охоплюючи якість інфраструктури та підтримки, доступної медпрацівникам у цих недостатньо

забезпечених районах. Вирішення цієї сталої нерівності вимагає багато-секторального підходу, який виходить за межі лише політики СОЗ, вимагаючи значних інвестицій у розвиток сільської інфраструктури, реформ у місцевому самоврядуванні для забезпечення адекватного фінансування ЗОЗ і впровадження цільових фінансових/нефінансових стимулів (зокрема, сучасне обладнання, гарантоване житло, надійний інтернет), щоб зробити сільську медичну практику як життєздатною, так і привабливою як довгостроковий вибір професійної кар'єри.

Український СОЗ стикається зі значним викликом, пов'язаним зі старінням робочої сили. Значна частина медичного персоналу продовжує працювати після досягнення традиційного пенсійного віку. Чверть усіх лікарів і понад 10 % середнього медичного персоналу були працюючими пенсіонерами. Цю проблему посилює те, що кадровий резерв зі студентів спеціальностей «Медицина» та «Медсестринство» є недостатнім для заміни медперсоналу, що виходить на пенсію. На кожного вступника до медичних університетів та академій припадає приблизно три лікарі пенсійного віку, а для медсестер – чотири працюючі пенсіонери серед середнього медперсоналу [17].

Поєднання швидко старіючої робочої сили та недостатнього притоку нових фахівців створює демографічну «бомбу уповільненої дії» в СОЗ. Нинішня залежність від досвідчених фахівців старшого віку, хоча й є безцінною в короткостроковій перспективі, є принципово нестійкою. Ця ситуація «маскує» глибинний, зростаючий дефіцит людського капіталу, який неминуче стане критичним, коли ця велика когорта старших медпрацівників зрештою вийде на пенсію, що призведе до серйозної та швидкої втрати як кількості, так і інституційних знань. Проблема старіння робочої сили – це не просто виклик для набору медкадрів; це фундаментальне питання, що стосується привабливості, стійкості й престижу медичної професії для молодих поколінь. Вирішення цього вимагає багатогранного підходу: значного покращання компенсації, щоб зробити довгий освітній шлях фінансово життєздатним, уточнення та, можливо, стратегічних коригувань щодо статусу

медпрацівників стосовно військової служби, а також переоцінки освітньої системи, щоб забезпечити її суворість і привабливість. Без надійного й безперервного притоку нових, добре підготовлених фахівців українська СОЗ зіткнеться з неминучим і серйозним зниженням сукупної спроможності надавати якісні медичні послуги.

Низькі заробітні плати визначені як основний фактор, що сприяє загальному дефіциту медперсоналу. Середній місячний дохід лікаря в Україні становить € 23 тис., що вважається недостатнім для залучення нових фахівців до професії. Хоча заробітні плати в Києві можуть сягати € 66 тис., ця цифра не є репрезентативною для більшості регіонів країни [26].

Незадовільні умови праці, різке зростання робочого навантаження та застарілу матеріально-технічну базу, значно сприяли звільненню понад 34 тис. медпрацівників лише у 2020 р. [17]. Сімейні лікарі, що є наріжним каменем первинної медичної допомоги, стикаються з особливими труднощами, такими як неоплачувана робота з пацієнтами з COVID-19, необхідність придбання базового обладнання (наприклад, тонометрів або кисневих концентраторів) за особисті кошти або через пожертви, а також повсюдні проблеми здебільшого погано розвиненої сільської інфраструктури [5]. Загалом поєднання низьких заробітних плат і незадовільних умов праці створює згубне порочне коло в СОЗ. Це середовище не тільки підживлює внутрішні звільнення та відлякує нових абітурієнтів, але і є фактором зовнішньої міграції кваліфікованих медпрацівників, що ще більше виснажує національну робочу силу.

Кількість абітурієнтів на спеціальність «Медицина» у 2024 році (13953) була значно нижчою порівняно з іншими спеціальностями (зокрема, «Психологія»). Ця тенденція пояснюється притаманною складністю і тривалим освітнім шляхом медичних професій [26]. Можливості для відновлення кадрових ресурсів додатково обмежуються зменшенням кількості лікарів-інтернів (-2475 за останні чотири роки) й скороченням обсягу державного замовлення на прийом до ВНЗ медичного профілю (до 3000 осіб на рік) [16].

Для вирішення цієї проблеми Управління ОЗ ДОЗ ініціювало реформу інтернатури. У 2024 р. було подано замовлення на 300 інтернів за різними спеціальностями. Фактично, до регіону прибуло 58 інтернів, і наразі працює 107 інтернів, включаючи тих, хто перебуває на першому, другому та третьому роках навчання за відповідними спеціальностями [43]. Це свідчить про спроби залучити молодих фахівців, але їхня кількість все ще значно менша за потребу.

Існують значні прогалини у підготовці медсестер, включаючи відсутність чіткої політики відбору (наприклад, «порогових балів» для вступу), коротку тривалість практичної підготовки, обмежені можливості для безпосередньої практики навичок під час інтернатури та надмірну зосередженість на управлінських функціях замість розширення клінічних ролей для медсестер з освітнім ступенем «бакалавр» й «магістр» [17]. Студенти-медики й інтерни під час навчання отримують дуже обмежений досвід роботи в сільській сімейній медицині, часто лише короткі екскурсії або факультативні практики [5].

Зниження інтересу до медичної освіти та виявлені недоліки в навчальних програмах спільно створюють критичне «вузьке місце» в ланцюгу постачання нових медпрацівників. Це означає, що навіть якщо поточні проблеми з утриманням кадрів були б повністю вирішені, все одно не вистачало б нових випускників для заповнення зростаючих прогалин, особливо в недостатньо забезпечених географічних районах і спеціалізованих сегментах СОЗ. Проблема полягає не лише в кількості, а й у відповідності та практичній підготовленості випускників ВНЗ медичного профілю. Проблема є багатогранною: йдеться не лише про кількість випускників, а й про їхню якість і відповідність конкретним потребам СОЗ. Відсутність практичного досвіду роботи в сільській місцевості означає, що нові лікарі часто не готові до унікальних викликів сільської практики, що посилює диспропорції між містом і селом. Акцент на управлінських, а не клінічних навичках для медсестер обмежує їхні можливості безпосереднього догляду за пацієнтами. Зменшення державного замовлення на прийом до ЗОЗ сигналізує про системне недоінвестування в майбутню медичну робочу силу, що матиме довгострокові негативні наслідки.

Відтак лише фінансових стимулів (хоча вони й необхідні) недостатньо без вирішення фундаментальних якісних аспектів робочого середовища. Щоб подолати кризу кадрів потрібно більше, ніж просто ізольовані фінансові втручання; набуває актуальності цілісного підходу, що включає не лише істотне підвищення заробітної плати, а й суттєві інвестиції в сучасне обладнання та інфраструктуру, а також проактивні заходи для покращання психосоціального добробуту персоналу ЗОЗ. Ба більше, без справді привабливих і підтримуючих умов праці, ймовірно, будь-які нові кадри зіткнуться з тими ж системними проблемами, що призведе до подальшого їх відтоку й зробить довгострокове утримання робочої сили непереборним викликом.

Повномасштабна військова агресія РФ спричинила системні обстріли медичної інфраструктури України. Станом на початок червня 2025 р. підтверджено пошкодження/руйнування 2354 об'єктів у складі 769 ЗОЗ. Хоча 653 об'єкти повністю відновлено, а ще 315 – частково, значна частина ЗОЗ продовжує працювати в умовах пошкоджень. Понад 1400 ЗОЗ функціонують повноцінно або частково, а деякі були евакуйовані до інших приміщень [8]. Пошкодження інфраструктури безпосередньо впливає на умови праці медиків, створюючи додаткові труднощі та ризики. Окрім фізичних руйнувань, військові дії призвели до значного психоемоційного виснаження та вигорання серед медпрацівників. Відтак означена проблема виходить за рамки лише фізичного дефіциту медичних кадрів; вона охоплює також забезпечення безпечних і підтримуючих умов для тих, хто залишається працювати в ЗОЗ. ВООЗ відзначає значне вигорання серед медпрацівників, які мужньо виконують свої обов'язки з початку повномасштабного вторгнення [1]. Повномасштабна військова агресія РФ також завдала серйозного психологічного удару по українському медперсоналу. Кожен п'ятий опитаний з них відчуває негативні наслідки тривалого стресу, пов'язаного з військовими діями, включаючи тривогу, невизначеність та зниження задоволеності життям. Значна частина, особливо молоді медсестри та лікарі, не мають ефективних стратегій подолання стресу або вважають, що їхні лікарні не надають адекватної психологічної

підтримки. Це ускладнюється існуючими обмеженнями української системи психіатричної допомоги, такими як обмежене фінансування, дефіцит кадрів і стійка стигма. Фізичні й інфраструктурні збитки є ще одним значним викликом: з лютого 2022 р. понад 100 медпрацівників загинули, 1877 ЗОЗ і 876 аптек були зруйновані або пошкоджені, а 20 % машин швидкої допомоги зазнали пошкоджень [91]. Війна спричинила значні переміщення населення та перебої в електропостачанні, що створює серйозні операційні виклики [114]. Крім того, спостерігається зниження профілактичної медичної допомоги, імунізації та вакцинації дітей [108]. Підвищений рівень стресу призвів до зростання серцево-судинних захворювань та інсультів, навіть серед молодих людей [114]. Медпрацівники стикаються з «моральною травмою» через складні рішення щодо розподілу ресурсів за умов обмеженої підготовки чи підтримки.

Попри ці виклики, українські медпрацівники продемонстрували надзвичайну стійкість і винахідливість. Попри прямі атаки й спроби блокувати гуманітарну допомогу, медперсонал мобілізував раніше невикористані можливості, такі як портативні екстрені медичні документи, щоб забезпечити безперервність догляду за пацієнтами, які тікають [77]. Адаптація надання послуг була швидкою: ЗОЗ первинної медичної допомоги (далі – ПМД) залишалися відкритими, адаптуючи робочий час і використовуючи цифрові рішення, особливо на деокупованих територіях. Понад третина закладів ПМД надавали безкоштовні послуги незареєстрованим пацієнтам. Перепрофілювання й навчання медперсоналу також були ключовими: половина ЗОЗ ПМД зіткнулися з відсутністю медперсоналу, але значна їх кількість залишилася. Навички перепрофілювалися на психічне здоров'я або реабілітацію, а медперсонал отримав інше призначення в різні підрозділи. Три чверті ЗОЗ проводили додаткове навчання медперсоналу, зосереджуючись на хімічному, біологічному, радіологічному і ядерному впливі й психічному здоров'ї. Фінансова стабільність для працівників була забезпечена завдяки збереженню більшістю ЗОЗ ПМД регулярних зарплат та оплати понаднормової роботи, що сприяло стабільності медпрацівників під час війни [95]. Програма медичних

гарантій була розширена, щоб включити доплату до зарплати медпрацівникам за COVID-19, яка продовжувалася протягом військових дій, забезпечуючи фінансовий стимул [77].

Аналіз поточного стану і накопиченого досвіду України дозволяє виявити кілька важливих закономірностей. По-перше, спостерігається подвійний тягар реформ і конфлікту. Початкові медичні реформи (2016 р.) були спрямовані на модернізацію, але ненавмисно призвели до дерегуляції медсестринської справи і збільшення робочого навантаження. Повномасштабна військова агресія РФ потім наклала гостру кризу (фізичні руйнування, психологічний тиск, дефіцит ресурсів) на вже напружену та частково дерегульовану систему. Це вказує на кумулятивний ефект, де існуючі структурні слабкості (як-от дерегуляція медсестринської справи) зробили систему більш вразливою до шоків війни, а не більш стійкою. Скорочення кількості медсестер на 30 % є не лише наслідком війни, а й тенденцією, що існувала до неї та була посилена реформою. Тобто майбутні реформи мають бути розроблені з глибоким розумінням їх потенційного довгострокового впливу на кадрове забезпечення, особливо в умовах нестабільного геополітичного контексту. «Дерегуляція медсестринської справи» [84] є критичною політичною помилкою, яка підірвала життєво важливу частину робочої сили ще до початку військових дій.

По-друге, стійкість виявляється фундаментальним, але вичерпним ресурсом. Українські медпрацівники продемонстрували надзвичайну винахідливість та стійкість, виходячи за межі своїх традиційних обов'язків, керовані патріотизмом і любов'ю до своєї професії. Ця внутрішня рішучість була ключовим фактором у підтримці системи серед серйозних викликів [77]. Але високі показники вигорання, посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) та відсутність стратегій подолання стресу [91] свідчать про те, що ця стійкість не є нескінченною. Концепція «добровольців-мучеників» [77] вказує на залежність від індивідуальних жертв, що є нестійким і етично проблематичним для національної СОЗ. Отже, попри похвальну самовідданість, опора на індивідуальну стійкість без системних механізмів підтримки

(адекватного кадрового забезпечення, послуг з психічного здоров'я, справедливих умов праці) є рецептом для довгострокового колапсу робочої сили. Політика має перейти від очікування мучеництва до активного сприяння сталому добробуту та професійному захисту.

По-третє, існує парадокс децентралізації та автономії в умовах кризи. Українські реформи надали постачальникам ПМД автономію в управлінні та прийнятті рішень – тобто автономію в управлінні та утриманні доходів, доплаті до зарплати свого персоналу для винагороди за продуктивність або найманні та звільненні персоналу. Ця автономія розглядалася як така, що забезпечує адаптивність і гнучкість під час пандемії та військових дій [97]. Проте та ж сама автономія, у поєднанні з бюджетними обмеженнями, призвела до скорочення медсестринського персоналу в ЗОЗ [84] і посилення робочого навантаження. Це вказує на напругу між місцевою гнучкістю та національними стандартами кадрового забезпечення. Таким чином, хоча децентралізація може підвищити адаптивність, вона вимагає надійного національного нагляду та чітких керівних принципів (наприклад, співвідношення персоналу, стандарти якості) для запобігання несприятливим наслідкам, особливо в умовах фінансових обмежень або під час криз. Автономія без відповідальності за добробут робочої сили може призвести до експлуатації та системного занепаду.

Проведені узагальнення дозволили виділити наступні проблеми ПМД:

– Психологічне навантаження: Сімейні лікарі також стикаються з проблемами ментального здоров'я, такими як тривожність та тривала втома, що посилюється військовими діями [53].

– Взаємодія з вторинною ланкою: Існують проблеми з комунікацією та співпрацею зі спеціалістами вторинної та третинної ланок, які іноді відправляють пацієнтів назад до сімейних лікарів для численних направлень.

– Недостатнє фінансування і матеріально-технічне забезпечення: Сільські амбулаторії часто мають застарілу матеріально-технічну базу, а лікарі змушені використовувати власні кошти або шукати допомогу для придбання базового обладнання.

– Відсутність компенсації за роботу з COVID-19: Сімейні лікарі, які лікують велику кількість пацієнтів з COVID-19, не отримують додаткової оплати за цю небезпечну та важку роботу.

– Проблеми з ЕСОЗ: Система часто «зависає» через перевантаження, що змушує лікарів завершувати документацію поза робочим часом. Крім того, лікарі не можуть видавати електронні направлення для невідкладних станів, що виникають вночі [5].

Зрештою слід зазначити, що вітчизняна СОЗ накопичила чимало проблем, які притаманні як СОЗ загалом, так і на рівні окремих ЗОЗ. При цьому до накопичених (допоки невирішених) проблем додаються ті, що актуалізуються в умовах надзвичайних ситуацій епідеміологічного та/чи воєнного характеру, а також прорахунками менеджменту певного ЗОЗ.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я

Задля подальшого розвитку кадрового забезпечення СОЗ уповноважені органи публічного управління у цій сфері та науковці, які опікуються цією проблематикою, окрім іншого, мають зосередитися на вивченні й виокремленні передового світового досвіду. Одним із джерел такої інформації є надбання галузевих міжнародних організацій.

Так, для початку розглянемо провідні глобальні моделі та підходи Глобальної стратегії ВООЗ щодо людських ресурсів для СОЗ. Ця всеосяжна стратегія керує глобальними зусиллями з вирішення проблем кадрового забезпечення СОЗ, підкреслюючи життєво важливу роль медпрацівників у досягненні загального охоплення послугами СОЗ і побудові їх стійкості. Глобальний кодекс практики ВООЗ щодо міжнародного найму медперсоналу сприяє етичному найму, щоб запобігти посиленню дефіциту кадрів. Програма «Працюємо для здоров'я» (ВООЗ, МОП, ОЕСР) є спільним партнерством, зосередженим на розширенні й трансформації медичної та соціальної робочої сили для стимулювання інклюзивного економічного зростання та досягнення Цілей сталого розвитку (далі – ЦСР). Ця програма підкреслює міжсекторальний характер розвитку кадрового забезпечення ОЗ [82].

Рекомендації ОЕСР вказують, що країни-члени ОЕСР стикаються зі зростаючим попитом на медичні послуги через старіння населення. Вони виступають за збільшення підготовки нових медпрацівників, модернізацію навчальних програм для розвитку командної роботи та цифрових навичок,

підвищення утримання персоналу шляхом покращання умов праці та сприяння інноваціям в організації роботи та використанні нових технологій. Також зазначається залежність від міжнародної міграції: 24 % лікарів і 16 % медсестер у країнах ОЕСР є іноземцями [82].

Швидкий огляд інструментів планування кадрового забезпечення ОЗ і догляду ВООЗ виявив майже сотню інструментів і підходів до планування, класифікованих за встановленими методами (на основі потреб, співвідношення робочої сили до населення, на основі використання) та новими категоріями (якісні, управління людськими ресурсами для СОЗ та адміністрування). Цей огляд є основою для розробки технічного інструментарію й практичних рекомендацій для національних планувальників щодо працевлаштування, навчання і утримання сталого кадрового забезпечення [81].

Ідентифікація універсальних стратегій для найму, навчання і утримання персоналу охоплює кілька ключових аспектів. Стратегічні рамкові основи планування кадрового забезпечення включають:

– Рамкову основу «7 прав»: Це цілісний погляд, що підкреслює сім вимірів управління талантами: правильні люди, навички, кількість, місце, час, ставлення та вартість. Ця рамкова основа підкреслює, що для досягнення мети необхідний широкий спектр заходів з управління талантами.

– Чотири-етапну методологію Mercer: Зосереджується на прийнятті рішень на основі даних, отриманні інформації та постійному моніторингу і адаптації на основі мінливих потреб [107].

– Шестикрокову методологію: Це систематичний підхід до планування кадрового забезпечення, що включає: 1) Визначення плану (відповідальність, мета, обсяг); 2) Картування змін послуг (перепроєктування у відповідь на вибір пацієнтів, досягнення або фінансові обмеження); 3) Визначення необхідної робочої сили (завдання, навички, рівні активності); 4) Розуміння наявності робочої сили (існуючі навички, віковий профіль, плинність кадрів); 5) Розробка плану дій (політики для залучення, розвитку, утримання медперсоналу); 6) Впровадження, моніторинг і оновлення плану (вимірювання успіху, постійне

коригування) [103]. Ця циклічна модель підкреслює прийняття рішень на основі даних і постійне вдосконалення.

Передові практики найму включають структуровані процеси найму, послідовні описи вакансій, підкреслення унікальних переваг (наприклад, гнучкий графік роботи, наставництво), оперативні співбесіди та всебічну адаптацію [86]. Використання технологій найму на основі штучного інтелекту може оптимізувати процес найму та підвищити ефективність.

Навчання та розвиток передбачають розробку індивідуальних навчальних програм, що охоплюють щоденні завдання, робочу культуру, «м'які навички», нове обладнання і управління стресом, пропонуючи кар'єрне зростання та професійний розвиток [73]. Інноваційні програми включають прискорення навичок за допомогою ШІ (виявлення прогалин, пропонування відповідної інформації), симуляційне клінічне навчання (VR для персоналу відділень невідкладної допомоги), мікронавчання для дотримання нормативних вимог і цілеспрямоване розвиток емпатії та комунікативних навичок за допомогою оповідання історій та рольових ігор. Програми розвитку лідерства, що зосереджуються на системному мисленні й управлінні змінами, також є критично важливими [111].

Стратегії утримання персоналу є вирішальними для запобігання погіршенню дефіциту. Це включає покращання умов праці, боротьбу з вигоранням і незадоволеністю роботою [82], впровадження гнучких графіків роботи, надання всебічної підтримки здоров'я і добробуту населення, залучення пенсіонерів і пропонування безперервного професійного розвитку (далі – БПР) [96]. Програми визнання, заходи з командоутворення та прозора комунікація також сприяють створенню позитивного робочого середовища та зменшенню плинності кадрів [86]. Програми внутрішньої мобільності є критично важливими для утримання талантів [73].

Цілісний погляд на глобальні рамкові основи і передові практики виявляє кілька важливих аспектів. По-перше, існує взаємозв'язок планування кадрового забезпечення та ширших соціально-економічних цілей. Програма «Працюємо

для здоров'я» прямо пов'язує розширення кадрового забезпечення ОЗ з інклюзивним економічним зростанням» і досягненням ЦСР. Це виходить за рамки простого забезпечення ЗОЗ персоналом; це розглядає медпрацівників як рушійні сили економіки і учасників соціального добробуту. Аналогічно СОЗ можуть функціонувати лише за наявності медпрацівників і що інвестиції в них створюють гідні можливості для працевлаштування, зокрема для жінок і молоді [82]. Це означає, що для України відновлення кадрового забезпечення ОЗ є не лише питанням СОЗ, а фундаментальним компонентом її післявоєнного економічного відновлення і соціальної згуртованості. Інвестиції в медперсонал слід розглядати як стратегічні національні інвестиції з широкою економічною та соціальною віддачею, а не лише як операційні витрати. Таке переосмислення може розблокувати ширшу політичну та фінансову підтримку.

По-друге, спостерігається еволюція визначення навичок та імператив постійної адаптації. ОЕСР підкреслює необхідність модернізації навчання для більшої командної роботи та володіння цифровими навичками [82]. Глобальні навчальні програми рухаються до прискорення навичок за допомогою ШІ, симуляційного клінічного навчання та навичок емпатії та комунікації [111]. Це свідчить про перехід від суто технічних медичних знань до поєднання клінічних, цифрових й основних людських навичок. Швидкий огляд інструментів планування робочої сили ВООЗ, що виявив «нові категорії» інструментів планування (якісні, управління людськими ресурсами для СОЗ) [81], додатково підтверджує це. Це вказує на те, що розвиток робочої сили в Україні має вийти за межі традиційної медичної освіти, щоб охопити динамічний підхід до навчання протягом усього життя. Це передбачає постійне оновлення навчальних програм, інвестиції в передові навчальні технології (VR, ШІ) та сильний акцент на між професійній співпраці та пацієнтоорієнтованій комунікації. Невідповідність навичок [113] є глобальною проблемою, яку Україна може проактивно вирішити, завдяки інтеграції цих сучасних методологій навчання.

По-третє, утримання персоналу розглядається як проактивна інвестиція, а не реактивне виправлення. Збільшення утримання персоналу є вирішальним для запобігання погіршенню дефіциту [77]. Довгостроковий план кадрового забезпечення NHS Великої Британії має на меті зменшити відтік персоналу на 130 тис. протягом 15 років за допомогою ініціатив у сфері культури, лідерства та добробуту населення [96]. Це контрастує з українським досвідом, де медсестри залишають роботу через зростаюче робоче навантаження, низькі зарплати, фізично і емоційно інтенсивну роботу, брак фінансування [84]. Глобальні передові практики розглядають утримання як превентивну стратегію, а не як відповідь на кризу. Це означає, що Україна повинна перейти від реактивного підходу до утримання персоналу (наприклад, доплати до зарплати під час кризи) до проактивних, системних інвестицій у покращання умов праці, формування підтримуючої культури та надання реальних шляхів кар'єрного розвитку. Це не лише зупинить відтік персоналу, а й створить більш стійку та мотивовану робочу силу, зменшуючи довгострокові витрати, пов'язані з доволі високою плинністю кадрів.

Національна СОЗ Великої Британії (далі – NHS) пропонує всебічну модель довгострокового планування кадрового забезпечення, наголошуючи на розбудові внутрішнього потенціалу та стратегіях утримання для зменшення залежності від міжнародного найму. Виклики кадрового забезпечення та стратегічне планування в NHS включали історичну надмірну залежність від міжнародного найму, причому 34 % нових працівників мали небританське громадянство [96]. Це призвело до занепокоєння щодо конкуренції за місця для післядипломної підготовки [94]. Як і інші країни ОЕСР, Великобританія стикається з вигоранням медперсоналу, незадоволеністю роботою та намірами звільнитися (особливо серед медсестер) [82]. У відповідь NHS опублікувала свій «Довгостроковий план кадрового забезпечення» у червні 2023 р. – всебічну 15-річну стратегію, зосереджену на трьох ключових напрямках: навчання, утримання та реформування. Адаптивні стратегії та рішення включають навчання – зростання внутрішнього кадрового потенціалу. План спрямований

на значне збільшення внутрішньої освіти та підготовки до рекордних рівнів, включаючи подвоєння кількості місць у медичних школах до 15 тис. до 2031/32 року та збільшення підготовки медсестер та акушерок на 92 %. Ключовою амбіцією є зменшення залежності від міжнародного найму до менш ніж 10 % до 2035 р. і надання пріоритету випускникам британських медичних закладів для навчання. Маршрути стажування для клінічного персоналу також значно розширюються. Щодо утримання – покращання утримання персоналу, план має на меті зменшити відтік персоналу до 130 тис. упродовж 15 років шляхом покращення культури, лідерства та добробуту. Стратегії включають сприяння гнучкому графіку роботи, надання підтримки здоров'ю та добробуту населення, залучення пенсіонерів (наприклад, програма NHS Emeritus Doctor Scheme) та забезпечення постійного фінансування БПП [96]. Для існуючого міжнародного персоналу NHS надає практичні рекомендації щодо створення міцних засад, що включають: попередні вітальні дзвінки, вітальні пакети (інформація про організацію, реєстрацію у лікаря загальної практики), зіставлення навичок та кваліфікацій для забезпечення належного працевлаштування і заробітної плати, вирішення проблем вартості життя та надання допомоги з житлом [90].

У сфері реформування СОЗ Великобританії – інша організація праці та навчання, це передбачає підвищення продуктивності за допомогою нових (розширених, просунутих, асоційованих) ролей, формування ширших команд з гнучкими навичками та використання цифрових і технологічних інновацій (зокрема, ШІ). Акцент робиться на переміщенні місць надання допомоги до сфери психічного здоров'я, первинної і громадської допомоги, а також на реформуванні навчання для розвитку більш загальних навичок. Також досліджуються скорочені шляхи навчання (чотирирічні медичні ступені).

Отож, досвід NHS Великої Британії дає два важливі уроки. По-перше, він демонструє стратегічний перехід від міжнародної залежності до внутрішньої самодостатності. Чітке прагнення NHS зменшити міжнародний найм з 34 % до менш ніж 10 % до 2035 р. означає фундаментальний зсув у стратегії кадрового забезпечення. Це зумовлено визнанням нестійкості надмірної залежності від

іноземного персоналу й необхідності довгострокового нарощування внутрішнього потенціалу. Це передбачає величезні інвестиції в навчання та нові шляхи [96]. Для України, яка наразі переживає значні внутрішні переміщення та потенційну післявоєнну еміграцію, цей урок є критично важливим. Хоча міжнародна допомога та тимчасовий найм можуть бути необхідними в короткостроковій перспективі, довгострокова стратегія повинна надавати пріоритет відновленню та значному розширенню власних внутрішніх можливостей навчання і утримання. Це забезпечує національну безпеку здоров'я та зменшує вразливість до глобальних коливань робочої сили та проблем етичного найму.

По-друге, розкривається цілісний характер утримання персоналу та важливість «людського» елементу. Зосередженість Довгострокового плану кадрового забезпечення NHS на культурі, лідерстві та добробуті для зменшення відтоку персоналу [96], поряд з практичними заходами, такими як гнучкий графік роботи та БПР, вказує на визнання того, що утримання виходить за рамки лише заробітної плати. Інструментарій для утримання міжнародного персоналу [90] додатково підкреслює особисту підтримку, визнання попереднього досвіду та вирішення практичних потреб, таких як житло та вартість життя для міжнародного персоналу. Це контрастує з кризою медсестринської справи в Україні, де низька оплата праці та відсутність впливу сприяють відтоку [84]. Для України це означає, що вона повинна прийняти цілісний підхід до утримання, який враховує не лише фінансові стимули, а й загальне робоче середовище, професійну повагу, кар'єрний розвиток та особистий добробут своїх медичних працівників. Створення підтримуючої та надихаючої культури, де персонал відчуває себе цінним і має право голосу, є таким же важливим, як і збільшення кількості навчальних місць для відновлення та підтримки робочої сили.

У контексті даного дослідження цінними убачаються й кращі практики інших країн, які забезпечують розвиток національних СОЗ.

Так, зокрема, Польща пропонує цінні відомості щодо управління кадровим забезпеченням СОЗ, особливо в контексті фінансових обмежень та напливу біженців. Кадрові виклики та системні проблеми в Польщі включають низькі державні витрати на СОЗ і неоптимальний розподіл коштів. Це призвело до постійного дефіциту кадрів, зокрема серед лікарів, медсестер та акушерок. СОЗ також бореться з неефективним розподілом обов'язків старомодним і визначенням ролей окремих фахівців, що вказує на необхідність модернізації організації праці. Наплив понад 1,5 млн біженців з України, які шукали тимчасового захисту, «оголив» значні недоліки в наявності спроможності та ресурсів СОЗ, що змусило до тимчасових організаційних й економічних змін. Польське законодавство було визнано дещо несприятливим щодо доступу мігрантів до медичної допомоги, виявивши прогалини в справедливому доступі до них. Низький рівень планової вакцинації серед українських дітей у Польщі також створив виклик для громадського здоров'я. Адаптивні стратегії та рекомендації Польщі включають зосередження на підвищенні стійкості й адаптації СОЗ до різних криз у відповідь на українську кризу біженців. Це передбачало підготовку ЗОЗ, розробку систем комунікації, впровадження цифрових рішень й організацію діагностичних і медичних послуг для біженців [102]. Щодо розвитку кадрового забезпечення, ОЕСР рекомендує Польщі продовжувати збільшувати кількість навчальних місць для медсестер і розробити комплексну стратегію кадрового забезпечення. Покращання умов праці є вирішальною стратегією для Польщі, щоб допомогти утримати медперсонал у СОЗ. Ширші рекомендації включають консолідацію мережі ЗОС, посилення профілактики й координації догляду, а також подальші інвестиції в інфраструктуру і обладнання [101].

Зрештою, досвід Польщі підкреслює кілька важливих аспектів. По-перше, виявляється нагальна потреба в проактивному кризовому плануванні в управлінні кадровим забезпеченням СОЗ. Досвід Польщі з раптовим напливом українських біженців виявив її недоліки щодо наявності спроможності й ресурсів. Це змусило до тимчасових організаційних та економічних змін і

підкреслило необхідність враховувати їх при формулюванні стратегічного системного підходу. Це свідчить про те, що реактивний підхід до кризи, хоча й необхідний у моменті, виявляє відсутність превентивного, інтегрованого планування кадрового забезпечення для великомасштабних надзвичайних ситуацій. Для України, яка зараз перебуває в активній кризі, польський досвід підкреслює абсолютну необхідність інтеграції готовності до кризи та потреб у медичній допомозі біженців/ВПО у всі довгострокові стратегії кадрового забезпечення. Це означає не лише реагування на негайні потреби, а й побудову системи, структурно здатної поглинати і керувати великомасштабними змінами населення й їхніми різноманітними потребами у здоров'ї, включаючи специфічні проблеми СОЗ, такі як прогалини у вакцинації [102]. По-друге, спостерігається взаємозв'язок фінансування, структури й результатів кадрового забезпечення. Низькі витрати Польщі й сильно регульована державна система з жорсткими бюджетними обмеженнями [89] безпосередньо пов'язані з дефіцитом кадрів і старомодним визначенням ролей [102]. Це означає, що кадрові виклики не є ізольованими, а є симптомами глибших системних і фінансових проблем. Рекомендація ОЕСР зміцнити державні фінанси та підвищити ефективність у СОЗ [101] передують рекомендаціям щодо кадрового забезпечення, що вказує на причинно-наслідковий зв'язок. Це означає, що зусилля України щодо зміцнення своєї робочої сили не можуть бути відокремлені від ширших фінансових реформ і системної реструктуризації. Вирішення першопричин недофінансування і неефективного розподілу ресурсів [99] є передумовою для створення середовища, де стратегії розвитку та утримання робочої сили можуть бути справді ефективними та стійкими.

Досвід Чеської Республіки містить два важливі уроки. По-перше, виявляється критична важливість лінгвістичної та культурної компетентності для інтеграції та якості медичної допомоги. Чеський досвід чітко демонструє, що мовні бар'єри є значною перешкодою, що призводить до набагато гіршої допомоги. Крім мови, культурні відмінності й різні очікування від СОЗ також створюють непорозуміння і труднощі. Рішення щодо міжкультурних медіаторів

[110] і навчання культурній компетентності [106] безпосередньо вирішують ці проблеми, вказуючи на те, що одних лише технічних медичних навичок недостатньо для ефективної допомоги різноманітним групам населення. Тобто оскільки Україна очікує повернення свого ВПО та потенційно шукатиме міжнародну медичну допомогу або інтегруватиме іноземних фахівців, вона повинна проактивно інвестувати у всебічне мовне навчання для своїх медпрацівників і впроваджувати надійні програми культурної компетентності. Це не просто логістичний виклик, а фундаментальний аспект забезпечення справедливого доступу та високоякісної, пацієнтоорієнтованої допомоги.

По-друге, мікрокваліфікації виступають як міст для визнання навичок та гнучкості робочої сили. Зосередженість Чеської Республіки на гармонізованій екосистемі мікрокваліфікацій [113] безпосередньо вирішує проблеми дефіциту робочої сили та невідповідності навичок у високозатребуваних секторах. Цей підхід дозволяє гнучке, цільове навчання та визнання конкретних навичок, що може прискорити інтеграцію фахівців у робочу силу, навіть якщо їхні повні кваліфікації не визнаються негайно. Це узгоджується з глобальною тенденцією найму та підтвердження кваліфікації на основі навичок [111]. Для України, де визнання кваліфікацій для повернення або іноземних медпрацівників може стати «вузким місцем», впровадження рамкової основи мікрокваліфікацій може бути трансформаційним. Це дозволить швидше перекваліфіковувати, підвищувати кваліфікацію та інтегрувати персонал у критично важливі сфери, забезпечуючи ефективне використання цінних навичок без очікування тривалих процесів повного визнання кваліфікацій. Це підвищує гнучкість робочої сили та її здатність реагувати на мінливі потреби.

Німеччина, з її консервативною СОЗ і значним досвідом управління великими потоками біженців, пропонує критичні уроки щодо взаємодії ролі соціального діалогу, приватизації та дефіциту робочої сили. Кадрові виклики й системні проблеми в Німеччині включають дефіцит лікарів і медсестер, що призводить до тривалого часу очікування консультацій та обстежень. Цей дефіцит посилюється приватизацією і комерціалізацією ЗОЗ, що змушує навіть

державні СОЗ надавати пріоритет медичним послугам, що приносять більший дохід, що призводить до скорочення середнього терміну перебування в СОЗ і значних втрат робочих місць (33 тис. робочих місць упродовж 2002–2006 рр., дефіцит 100 тис. у 2021 р.). Молодший медперсонал часто стикається з нестабільними умовами праці, порівняно з найбільш вразливими професіями. Роль соціального діалогу є вирішальною: попри структурні проблеми, німецька система працює більш цілісно та інтегрує балансуєчі інструменти, про що свідчать масові багатотижневі страйки, які призвели до угод, що значно покращили становище медпрацівників [105]. Це підкреслює силу сильних профспілок і колективних переговорів.

Використання штучного інтелекту (далі – ШІ) і технологій є пріоритетом: Німеччина надає пріоритет людино-орієнтованому ШІ для блага працівників і суспільства, залучаючи кваліфікованих фахівців з ШІ, розширюючи кадровий резерв ШІ, сприяючи навчанню протягом усього життя й стимулюючи компанії надавати навчання на робочому місці з ШІ. ШІ розглядається як інструмент для прискорення діагностики і відкриття ліків, звільняючи час для медпрацівників, щоб зосередитися на догляді за пацієнтами. Залучення медпрацівників до впровадження інструментів ШІ покращує умови праці й продуктивність [98].

Досвід Німеччини надає Україні два важливі уроки. По-перше, він демонструє небезпеку неконтрольованої ринкової трансформації та важливість соціальних гарантій. Досвід Німеччини показує, що навіть у розвиненій економіці приватизація та комерціалізація лікарень можуть призвести до скорочення потужностей СОЗ і дефіциту персоналу, оскільки прибутковість ставиться вище за всебічну допомогу. Це відображає власну траєкторію реформ в Україні, де закриття лікарень виправдовувалося ринковими ідеалами. Нестабільна зайнятість молодшого медперсоналу в Німеччині додатково ілюструє негативний вплив ринкових сил без достатнього регулювання чи захисту медпрацівників. Це означає, що Україна повинна бути надзвичайно обережною з подальшою ринковою трансформацією своєї СОЗ. Хоча фінансова ефективність важлива, пріоритет прибутку над громадським здоров'ям може

зруйнувати основні послуги та дестабілізувати робочу силу. Німецький досвід підкреслює необхідність надійних регуляторних рамок і соціальних гарантій (таких як сильні профспілки) для протидії ринковому тиску та забезпечення справедливого доступу та стабільних умов праці.

По-друге, підкреслюється стратегічна необхідність сильного соціального діалогу для стабільності робочої сили. Здатність німецької системи досягати стабільності, попри структурні проблеми, пояснюється її балансуєчими інструментами, зокрема силою страйків і колективних угод. Це різко контрастує з ситуацією в Україні, де медсестри намагаються захистити свої права через слабкі профспілки. Це свідчить про те, що сильна рамкова основа для соціального діалогу і колективних переговорів є не просто питанням трудових прав, а критичним механізмом для утримання робочої сили та стабільності системи. Для України формування сильних, незалежних професійних асоціацій і профспілок для медпрацівників є першочерговим завданням. Надання цим органам можливості брати участь у змістовному соціальному діалозі та колективних переговорах може забезпечити життєво важливий механізм для вирішення скарг, покращення умов праці та запобігання «відтоку мізків», який вразив цей сектор. Це є фундаментальним елементом для побудови стійкої та сталої робочої сили [105].

Зрештою слід зазначити, що загальні принципи адаптації передового світового досвіду вказують на те, що міжнародні заходи є «високо контекстно-специфічними» і часто не мають «надійної доказової бази» для прямого перенесення [104]. Це вимагає обережної адаптації, а не прямого копіювання. Радикальні зміни, особливо до фінансових систем, повинні впроваджуватися поступово, щоб забезпечити соціальний захист і належну перепідготовку медперсоналу [99]. Побудова надійної та справедливої СОЗ вимагає інтегрованого, орієнтованого на стійкість підходу, що охоплює політику, економічну стабільність і культурну компетентність [106]. Партисипативні ініціативи, що розширюють можливості місцевих, низових рішень, є вирішальними для утримання кваліфікованого персоналу і ОЗ населення [77].

Включення потреб медпрацівників до політичних пріоритетів є важливим для запобігання колапсу системи та забезпечення безперервного надання критично важливих медичних послуг.

3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я

Донині українська СОЗ, що перебуває на етапі реформ (зокрема, медичної), стикається з подібними, якщо не більш гострими, викликами, враховуючи її соціально-економічний контекст і поточну геополітичну ситуацію [71]. Створення стійкої кадрової системи є ключовим для досягнення досконалості лікарень у всьому світі [78], і цей принцип є безпосередньо застосовним до України. Хоча МОН вже вживає заходів, таких як регулювання мінімального рівня заробітних плат медпрацівників з 2022 р., що є важливим кроком до конкурентної компенсації [71], загальна система все ще має проблеми з якістю і ефективністю надання послуг [41].

Проблеми утримання кадрів і вигорання в СОЗ не є виключно кадровими питаннями; вони мають прямий та значний вплив на якість і безпеку медичної допомоги. Дослідження показують, що задоволені та добре підтримувані співробітники забезпечують кращий догляд за пацієнтами [111]. І навпаки, поганий добробут і професійне вигорання медпрацівників безпосередньо пов'язані з низькою якістю медичної допомоги та негативними наслідками для безпеки пацієнтів, такими як медичні помилки [75]. Цей причинно-наслідковий зв'язок підкреслює, що неадекватні HR-практики, такі як відсутність підтримки або надмірне навантаження, призводять до вигорання та незадоволеності працівників, що, своєю чергою, спричиняє високу плинність кадрів. Дефіцит персоналу збільшує навантаження на решту співробітників, погіршуючи їхній добробут і залученість, що зрештою призводить до зниження якості медичної допомоги та збільшення медичних помилок. Це означає, що інновації в

управлінні людськими ресурсами є не просто адміністративною ефективністю, а стратегічним імперативом для покращання клінічних результатів і забезпечення безпеки пацієнтів.

Поза безпосереднім впливом на догляд за пацієнтами, ефективне управління персоналом і талантами відіграє ключову роль у загальній організаційній ефективності. Високо залучені команди демонструють значне підвищення прибутковості бізнесу, за даними Gallup, на 21 % [85]. Експерти наголошують, що ефективне управління персоналом є життєво важливим для виживання та конкурентних переваг організацій, оскільки воно збільшує продуктивність, ефективність і якість послуг [78]. Цей перехід від реактивного найму до стратегічного залучення і утримання талантів [83] демонструє, що відділи кадрів більше не є просто допоміжною функцією, а стають стратегічними партнерами, які безпосередньо впливають на організаційну ефективність, фінансове здоров'я та довгострокову стійкість. Для України це означає, що реформи у сфері управління людськими ресурсами є не лише питанням соціального забезпечення, а й ключовим елементом побудови більш стійкої та ефективної/результативної СОЗ загалом.

Інноваційні HR-практики є вирішальними для підвищення ефективності команди, залученості та, зрештою, якості догляду за пацієнтами. Вони сприяють створенню більш сприятливого робочого середовища, зменшують адміністративне навантаження і оптимізують управління персоналом [111]. Цифрові HR-послуги, зокрема, дозволяють компаніям швидко адаптуватися до мінливих ділових умов і ринкових збоїв [116]. Стратегії управління талантами повинні бути адаптованими до галузевих змін, нових технологій та змін у робочій силі [92]. У контексті поточних реформ і зовнішніх тисків в Україні, здатність СОЗ бути гнучкою та стійкою є першочерговою. Інноваційні HR-практики, особливо ті, що використовують технології та сприяють безперервному навчанню, безпосередньо сприяють цій адаптивності, дозволяючи установам ефективно реагувати на кризи та мінливі вимоги, тим самим забезпечуючи системну стійкість та адаптивність.

Залучення і утримання кращих талантів є одним з найкритичніших викликів у СОЗ, що посилюється глобальним дефіцитом кадрів і високим рівнем вигорання. Стратегічний підхід, зосереджений на сильній ціннісній пропозиції роботодавця (далі – EVP), є важливим для подолання цих проблем. Створення EVP, яка всебічно підносить, надихає та підтримує співробітників, є вирішальним. Це означає вихід за межі простої мети, включаючи підтримку добробуту і можливості для процвітання як особистості. Брендинг роботодавця повинен оживляти історії, використовуючи кінематографічні кампанії та сюжети про повсякденне життя, щоб створити глибокий емоційний зв'язок з потенційними й існуючими співробітниками. Рекрутинговий маркетинг повинен перетворитися на стратегію побудови спільноти, використовуючи імерсивні медіа й заохочуючи адвокацію співробітників [83]. Внутрішній брендинг також відіграє важливу роль, допомагаючи узгодити переконання співробітників з місією організації [80]. Конкурентна компенсація та пільги залишаються фундаментальною стратегією. Пропозиція заробітної плати, яка відповідає або перевищує ринкові стандарти, включаючи бонуси, стимули та довгострокові плани заохочення, є ключовою для залучення і утримання талантів [79]. Прозорість у діапазонах заробітних плат і рішеннях щодо оплати праці також сприяє довірі й задоволеності [87]. Надання співробітникам можливостей участі в капіталі й власності може сприяти відчуттю приналежності та спільної долі, підвищуючи залученість і мотивацію, оскільки медпрацівники бачать прямий вплив своїх зусиль на успіх компанії. Кар'єрне зростання є життєво важливими для довгострокового утримання медкадрів. Надання персоналізованих кар'єрних шляхів, ротації робочих місць, можливостей крос-тренінгу та цифрового менторства/коучингу є ключовими елементами [79]. Інвестування в освіту гарантує, що персонал залишається в курсі останніх галузевих досягнень, від нових технологій до оновлених протоколів догляду за пацієнтами [111]. Системи ШІ можуть рекомендувати курси та сертифікації на основі ролі співробітника та майбутніх кар'єрних планів, а також включати нові галузеві тенденції в навчання [115].

Ці стратегії відображають перехід від транзакційного до досвідченого управління талантами. Традиційна залежність від оголошень про вакансії та суто фінансових стимулів більше не вирішує корінної проблеми дефіциту кадрів і вигорання. Натомість, необхідний глибший, більш стратегічний підхід, що ґрунтується на побудові емоційних зв'язків через сильну ціннісну пропозицію роботодавця. Це підкріплюється акцентом на меті, підтримці та процвітанні співробітників як особистостей [83], створенні циклу поваги та наданні унікальних пільг для балансу між роботою і особистим життям [79]. Таким чином, виходячи за межі суто фінансових стимулів і зосереджуючись на цілісному досвіді співробітників, емоційному зв'язку й меті, організації можуть значно підвищити гордість, лояльність та довгострокове утримання кадрів. Це означає, що HR в СОЗ повинен стати більш витонченим у розумінні та вирішенні внутрішніх мотивацій своєї робочої сили. Гнучкі умови праці також можуть значно покращити задоволеність і утримання співробітників. Політики гібридної роботи, системи основних годин і стиснені робочі тижні (наприклад, чотири 10-годинні дні замість п'яти 8-годинних) можуть значно зменшити вигорання. Навіть у ЗОЗ, де гнучкість може здаватися складною, попит на неї зростає, і організації, які її надають, більш успішні у залученні й утриманні кваліфікованих фахівців [111].

Програми навчання та розвитку повинні зосереджуватися на розвитку критичного мислення і адаптивності. Замість надмірного акценту на тактичних навичках, які швидко застарівають, ефективні програми повинні концентруватися на формуванні загальних когнітивних компетенцій, таких як критичне мислення, творче вирішення проблем і адаптивне прийняття рішень. Імерсивні, мультимедійні симуляції можуть забезпечити контекстуальне розуміння комплексних бізнес-операцій, дозволяючи співробітникам краще розуміти, як їхній внесок створює колективну цінність [100].

Розвиток лідерства є невід'ємною частиною управління ефективністю. Інвестування в програми розвитку лідерства сприяє кращій комунікації, емпатії та підтримці в командах [85]. Навчання менеджерів відкритим розмовам про

компенсацію також є важливою складовою прозорого та ефективного управління медперсоналом [87].

Сприяння різноманітності, рівності та інклюзії (далі – DEI) є не просто етичним імперативом, а й характеристикою прогресивних HR-відділів, що безпосередньо впливає на організаційну ефективність та інновації.

Ключові практики DEI включають:

– Інклюзивний рекрутинг: Впровадження програмного забезпечення для сліпого рекрутингу та скринінгу резюме на основі ШІ може значно зменшити упередженість у процесі найму [115]. Розробка стратегій рекрутингу, спрямованих на залучення талантів з широкого спектру походження, забезпечує різноманітне представництво на всіх рівнях організації.

– Навчання культурній компетентності: Пропозиція обов'язкового навчання з D&I сприяє розумінню та повазі до різних культурних особливостей, допомагаючи персоналу почуватися включеними та поважаними.

– Групи ресурсів для співробітників: Їого створення для недостатньо представлених спільнот або груп за інтересами забезпечує підтримку, сприяє інклюзивності та дозволяє співробітникам відчувати себе більш пов'язаними з організацією [85].

– Програми зворотного менторства: Молодші співробітники з різноманітним походженням можуть бути менторами для старших керівників, сприяючи взаємному розумінню, руйнуючи ієрархічні бар'єри та розширюючи перспективи лідерів.

– Системи оцінки DEI та аудити: Розробка систем оцінки DEI для відстеження ключових показників, таких як різноманітність у наймі та показники просування для недостатньо представлених груп, а також проведення регулярних аудитів рівності оплати праці, допомагає виявляти та усувати будь-які невідповідності.

– Опитування щодо інклюзії: Регулярні опитування для оцінки настроїв співробітників і виявлення сфер для покращення в галузі інклюзії дозволяють організаціям постійно адаптувати свої стратегії DEI [87].

DEI є потужною рушійною силою інновацій та вирішення проблем. Наявність команди з різноманітним походженням приносить різні точки зору, відкриваючи шлях до креативних рішень і покращаних результатів для пацієнтів [92]. Крім того, D&I безпосередньо пов'язана з кращими інноваціями та покращеним вирішенням проблем [85]. Це переводить DEI за межі простого дотримання вимог або соціальної відповідальності до стратегічної переваги, яка покращує організаційні можливості. Отже, різноманітна робоча сила, що володіє ширшими перспективами та досвідом, призводить до покращеної креативності та вирішення проблем, що, у свою чергу, веде до покращених інновацій та результатів для пацієнтів.

Рекомендації для менеджменту КНП ММР «ЦПМСД № 6»:

– Підвищення кваліфікації і розвиток управлінських навичок. Інвестувати в навчання менеджменту ЗОЗ, особливо щодо публічного управління людськими ресурсами під час кризи, фандрейзингу, міжнародної співпраці та управління змінами.

– Впровадження програм психологічної підтримки. Надати медперсоналу регулярний доступ до wellbeing-програм, консультацій психологів і тренінгів з управління стресом. Це допоможе зменшити рівень професійного вигорання та зберегти ментальне здоров'я працівників [22].

– Посилення внутрішньої комунікації. Зміцнювати корпоративну культуру й командний дух, проводити регулярні зустрічі для обговорення проблем, забезпечувати прозорість у прийнятті рішень та інформувати медичний персонал про їхні соціальні та правові гарантії [74].

– Оптимізація графіків роботи. Застосовувати гнучкі графіки роботи для зниження плинності медичних кадрів і забезпечення балансу між роботою та особистим життям. Доцільно поєднувати сталі й гнучкі графіки для забезпечення безперервності надання медичних послуг [60].

Рекомендації для органів місцевого самоврядування

– Пріоритетне відновлення інфраструктури. Забезпечити пріоритетне відновлення критичної інфраструктури ЗОЗ (водопостачання, електроенергія),

що є основою для стабільної роботи медичного персоналу та надання якісних медичних послуг [88].

– Розробка регіональних програм підтримки медпрацівників. Створити муніципальні програми підтримки медпрацівників, які працюють в умовах підвищеного ризику, що можуть включати додаткові виплати, допомогу з житлом та освітні програми для дітей персоналу ЗОЗ. Це сприятиме утриманню кваліфікованих кадрів у регіоні [32].

– Стимулювання міжнародної співпраці. Активно залучати міжнародні фонди і організації для отримання гуманітарної допомоги, фінансування програм відновлення ЗОЗ, забезпечення їх необхідним обладнанням. Цей підхід є ключовим для сталого розвитку СОЗ в післявоєнний період [64].

– Пріоритет цифровій трансформації HR: Необхідно активно впроваджувати HRIS та інструменти автоматизації, такі як чат-боти та цифрові портали самообслуговування. Це дозволить значно підвищити операційну ефективність, зменшити адміністративне навантаження на HR-персонал і покращити доступність інформації для співробітників. Використання існуючих українських HRM-систем, адаптованих до місцевого законодавства, може прискорити цей процес.

– Розробка й впровадження комплексних програм добробуту і психічного здоров'я: Враховуючи високий рівень стресу і вигорання серед медпрацівників, особливо в умовах поточних викликів, критично важливо забезпечити доступ до психологічної підтримки, програм управління стресом і гнучких умов праці. Ці програми повинні бути доступними 24/7, мобільними та анонімними, щоб максимально охопити медперсонал.

– Формування сильної ціннісної пропозиції роботодавця (далі – EVP) та ефективного брендингу: ЗОЗ повинні активно працювати над створенням привабливого іміджу роботодавця, що виходить за рамки лише конкурентної заробітної плати. EVP має підкреслювати мету, підтримку та можливості для професійного і особистісного зростання. Використання історій успіху і адвокації співробітників допоможе залучати й утримувати таланти.

– Інвестування у безперервний розвиток і коучинг: Забезпечення можливостей для постійного навчання, крос-тренінгу та розвитку критичного мислення є життєво важливим для адаптації до швидких змін у медичній сфері. Перехід від формальних оцінок до безперервного зворотного зв'язку і коучингу сприятиме персоналізованому розвитку та підвищенню продуктивності.

– Розвиток культури відкритої комунікації та визнання: Впровадження регулярних механізмів зворотного зв'язку (анонімні опитування, зустрічі «town hall») й програм визнання сприятиме формуванню довіри, підвищенню залученості та мотивації персоналу.

Зрештою слід зазначити, що реалізація пропонованого комплексу заходів за пріоритетними напрямками спроможне забезпечити подальший розвиток кадрового забезпечення СОЗ/ЗОЗ, а з тим – покращити доступність широких верств населення до якісних медичних послуг.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування значення розвитку кадрового забезпечення СОЗ – послідовного збалансованого поліпшення кількісних та якісних параметрів забезпечення СОЗ необхідними кадрами (менеджерами, професіоналами, фахівцями, технічними службовцями, робітниками), що передбачає створення сприятливих умов для підтримання на прийнятному рівні здоров'я населення. При цьому більшість ЗОС неспроможні самотужки впоратись з підготовкою, перепідготовкою та підвищенням кваліфікації, вирішення конфліктів з пацієнтами, партнерами та контролюючими органами влади, що, зрештою, вимагає зваженого зовнішнього впливу з боку уповноважених органів публічного управління – відкритого (у межах власних і делегованих повноважень) впливу на взаємодію у ланцюгу «уповноважені органи публічного управління – ЗОЗ та їхній персонал – ВНЗ медичного профілю – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод – що, зрештою, забезпечує необхідний захист інтересів ЗОЗ, їх персоналу та пацієнтів.

2. Дослідження діючих методів елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ – певної системи, що складається з місії, мети, цілей, завдань, а також має певні принципи та функції. Вони конкретизуються у такому: бачення (візія) – забезпечення сталого розвитку і оптимального використання висококваліфікованих людських ресурсів для СОЗ, тим самим гарантуючи загальний доступ пацієнтів до якісних медичних послуг, сприяючи здоров'ю (добробуту) населення, а також зміцнюючи загальну стійкість національної СОЗ; мета – збалансований розвиток кадрового забезпечення СОЗ; рівні – масштаб впливу публічного управління (глобальний, національний, регіональний, місцевий, локальний); суб'єкти – уповноважені органи державного управління й органи місцевого самоврядування (у межах власних і делегованих компетенцій); професійні, наукові та громадські

організації й інші представники громадянського суспільства (зокрема, населення); об'єкти – ВНЗ медичного профілю; ЗОЗ; медпрацівники, лікарі, менеджмент ЗОЗ; методи – способи (адміністративні, економічні, організаційні, правові, соціальні...) досягнення заздалегідь поставленої мети.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління розвитком кадрового забезпечення СОЗ виявлено таке: загальна кількість лікарів в Україні (включаючи фахівців з приватних і відомчих ЗОЗ) зменшилася на 19,4 тис. осіб (10,8 %), досягнувши 160,2 тис.; забезпеченість практикуючими лікарями на 10 тис. населення знизилася з 24,2 (2020 р.) до 23,4 (2023 р.), а молодшими спеціалістами – з 66,04 (2020 р.) до 55,9 (2023 р.); упродовж 2001–2024 рр. на 8,7 % та 10,1 %, відповідно, скоротилась штатна чисельність лікарів і молодих спеціалістів з медичною освітою, відповідно, що обумовлено об'єднанням декількох споріднених ЗОЗ в один, скорочення/ліквідація неспроможних відділень; коефіцієнт сумісництва серед лікарів не перевищує 11,1 %; дефіцит кадрів лікарів і молодих спеціалістів з медичною освітою зріс з 16,3 до 22,4 % та з 12,4 % до 25,3 %, відповідно; гострою проблемою є старіння медкадрів: майже тисяча лікарів (або 31 % від загальної кількості) старші за 60 років; рівень професійного вигорання медперсоналу сягає 62,8 %; лише 5,3 % лікарів та 11,5 % середнього та молодшого медичного персоналу працюють у сільській місцевості, незважаючи на те, що там проживає близько 30 % населення; Середній місячний дохід лікаря в Україні становить € 23 тис., що вважається недостатнім для залучення нових фахівців до професії.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України такий передовий світовий досвід щодо розвитку кадрового забезпечення СОЗ: стратегічні рамкові основи планування кадрового забезпечення включають: шестикрокову методологію; рамкову основу «7 прав»; чотири-етапну методологію Mercer (міжнародні організації); реалізація ініціатив у сфері культури, лідерства та добробуту населення; системні інвестиції у покращання умов праці, формування підтримуючої культури та надання реальних шляхів кар'єрного розвитку (Великобританія); збільшення кількості навчальних місць для

медсестер; впровадження проактивного кризового планування в управлінні кадровим забезпеченням СОЗ (Польща); покращання лінгвістичної і культурної компетентності для інтеграції та якості медичної допомоги (Чехія); надання пріоритету людино-орієнтованому ШІ для блага працівників і суспільства, залучаючи кваліфікованих фахівців з ШІ, розширюючи кадровий резерв ШІ, сприяючи навчанню протягом усього життя й стимулюючи компанії надавати навчання на робочому місці з ШІ (Німеччина).

5. Запропоновано для реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку кадрового забезпечення СОЗ України: зосередження на сильній ціннісній пропозиції роботодавця; рекрутинговий маркетинг; брендинг роботодавця; надання персоналізованих кар'єрних шляхів, ротації робочих місць, цифрового менторства/коучингу, можливостей крос-тренінгу; рекомендація курсів і сертифікації на основі ролі співробітника та майбутніх кар'єрних планів; включення нових галузевих тенденцій в навчання; запровадження політики гібридної роботи, системи основних годин і стиснені робочі тижні; розвиток лідерства; сприяння різноманітності, рівності й інклюзії.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Атаки РФ на медичну інфраструктуру України у 2024 році. URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/986904.html> (дата звернення: 30.08.2025)
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: ЦУЛ, 2008. 640 с.
3. Близько 4000 медиків через війну вимушено змінили місце праці. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/blizko-4000-medikiv-cherez-vijnu-vimusheno-zminili-misce-praci-> (дата звернення: 30.08.2025)
4. Борак А.А. Механізм управління персоналом закладу охорони здоров'я. Тернопіль, 2023. 68 с.
5. Від сімейних лікарів «відкупилися» підвищенням зарплат. URL: <https://www.vz.kiev.ua/vid-simejnyh-likariv-vidkupylysy-pidvyshhennyam-zarplat-dali-yih-problemy-nikogo-ne-turbuyut/> (дата звернення: 30.08.2025)
6. Вікіпедія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/> (дата звернення: 30.08.2025)
7. Власенко Р.В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf> (дата звернення: 30.08.2025)
8. Втрати медичної інфраструктури через війну: понад 2300 об'єктів мед закладів пошкоджені або зруйновані. URL: https://moz.gov.ua/uk/vtrati-medichnoyi-infrastrukturi-cherez-vijnu-ponad-2300-ob-yektiv-medzakladiv-poshkodzheni-abo-zrujnovani?__... (дата звернення: 30.08.2025)
9. Гуцуляк О.М. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України. *Вісник економічної науки України*. 2019. № 2. С. 110–114.
10. Держзамовлення на медиків, психологів і соцпрацівників зросло на 3,5 тис. URL: <https://skilky-skilky.info/derzhzamovlennia-na-medykiv-psykholohiv-i-sotspratsivnykiv-zroslo-na-3-5-tys/> (дата звернення: 30.08.2025)

11. Дякуємо за допомогу та підтримку медичних закладів м. Миколаєва
URL: <https://uoz.mkrada.gov.ua/medicine/blahodiina-dopomoha/700-dyakuemo-za-pidtrimku-medichnikh-zakladiv-m-mikolaeva> (дата звернення: 31.07.2025)

12. Звірич В.В. Система публічного управління персоналом у галузі охорони здоров'я: структура, класифікація і особливості. *Таврійський науковий вісник. (Серія: Публічне управління та адміністрування)*. 2022. № 7. С. 49–56.

13. Інструкція з охорони праці для охоронця. URL: <https://pro-op.com.ua/article/1155-nstruktsya-z-ohoroni-prats-dlya-ohoronnika> (дата звернення: 30.08.2025)

14. Ірина Шамрай інтерв'ю ТРК МАРТ 20.03.2024 – Управління охорони здоров'я Миколаївської міської ради. URL: <https://uoz.mkrada.gov.ua/56-systemna/katehorii-meniu/informs/1002-irina-shamraj-interv-yu-trk-mart-20-03-2024> (дата звернення: 31.07.2025)

15. Кадрова політика у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я: аналітична доповідь. Київ, 2012. 35 с.

16. Кадрові ресурси охорони здоров'я України у роки пандемії COVID-19 та війни. *Клінічна та профілактична медицина*. 2025. № 1. С. 117–131.

17. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні: ситуаційний аналіз. Київ, 2019. 133 с.

18. Казюк Я.М., Мороз В.В., Старусева В.В. Розвиток закладів охорони здоров'я як результат реалізації публічної політики щодо продовження медичної реформи. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 10. С. 517–525.

19. Козаченко Г.В., Сологуб О.В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення. *Бізнес-інформ*. 2024. № 2. С. 36–46.

20. Колісніченко Н. Сучасні зарубіжні практики управління розвитком кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я. *Науковий вісник: Державне управління*. 2023. № 1. С. 42–53.

21. Комунальне некомерційне підприємство Миколаївської міської ради «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6». URL: <https://opendatabot.ua/c/25375178> (дата звернення: 31.07.2025)

22. Кучма С.З. Управління персоналом закладу охорони здоров'я в умовах кризи. Тернопіль, 2023. 75 с.

23. Лікарі ЦПМСД № 6 (Миколаїв). URL: <https://www.cpmsd6.mk.ua/doctors/> (дата звернення: 31.07.2025)

24. Малігон Ю.М. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020. № 4. С. 160–164.

25. Медицина у Миколаєві під час війни. Ч. 2. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=P4FQZmptGIU> (дата звернення: 31.07.2025)

26. Медична реформа та дефіцит кадрів в Україні. URL: <https://www.ukr.net/news/details/health/109669334.html> (дата звернення: 30.08.2025)

27. Медичні офіс-менеджери. URL: <https://www.ict.edu/uk/> (дата звернення: 30.08.2025)

28. Медсестринство в Україні: актуальність сьогодення. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/medsestrynstvo-v-ukrayiniaktualnist-sogodennya/> (дата звернення: 30.08.2025)

29. Мельниченко О.А., Косілова О.Ю., Нестеренко В.Г. Полеміка щодо сутності поняття «механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я». *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали III наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 05 листопада 2020 р.* Харків: Вид-во ХНМУ, 2020. С. 88–89.

30. Мер Миколаєва показав переповнені лікарні та звернувся до COVID-скептиків. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-regions/3215762-mer-mikolaeva-pokazav-pererovneni-likarni-ta-zvernuvsa-do-covidskeptikiv.html> (дата звернення: 31.07.2025)

31.МОЗ затвердило зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/86944-moz-zatverdilo-zmini-do-dovidnika-kvalifikatsiynikh-kharakteristik-profesiy-pratsivnikov> (дата звернення: 30.08.2025)

32.Надбавки медпрацівникам в зоні бойових дій за Постановою № 928. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/16934-nadbavki-medpratsivnikom-v-zoni-bojovikh-diy-za-postanovoju-928-u-yakikh-zoz-i-yak-viplachuvati> (дата звернення: 31.07.2025)

33.Найбільший дефіцит кадрів: яких лікарів і педагогів бракує в Україні. URL: <https://www.rbc.ua/rus/news/naybilshiy-defitsit-kadriv-kih-likariv-ta-1708595907.html> (дата звернення: 31.07.2025)

34.Начальник управління охорони здоров'я Миколаївської ОВА Максим Безносенко виступив перед медичною асоціацією Португалії. URL: https://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=13132:nachalnik-upravlinnya-okhoroni-zdorov-ya-mikolajivskoji-ova-maksim-beznosenko-vistupiv-pered-medichnoyu-asotsiatsieyu-portugaliji&catid=303&Itemid=355 (дата звернення: 31.07.2025)

35.Непом'яца Т.С., Мельниченко О.А., Макарова В.І. Елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали VIII наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 30 жовтня 2025 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2025. С. 189–191.

36.Овчарова Ж.М. Необхідність переходу від публічного управління розвитком до публічного реагування на виклики в сфері охорони здоров'я. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали VI наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 26 жовтня 2023 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2023. С. 174–176.

37.Оплата праці медичним працівникам в умовах війни. URL: <https://smu.dsp.gov.ua/news/oplata-pratsi-medychnym-pratsivnykam-v-umovakh-viiny/> (дата звернення: 31.07.2025)

38. Основи законодавства про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801#12> (дата звернення: 30.08.2025)

39. Основи публічного управління: конспект лекцій / укл. С.О. Кравченко. Київ, 2018. 54 с.

40. Основні поняття та принципи сфери охорони здоров'я. URL: <https://buklib.net/books/35862/> (дата звернення: 30.08.2025)

41. Основні принципи реформи системи охорони здоров'я в Україні. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/P2-M1.pdf> (дата звернення: 30.08.2025)

42. Основні професійні обов'язки молодшого та середнього медичного персоналу. URL: <https://www.docsity.com/ru/docs/osnovni-profesiyni-obov-yazki-molodshogo-ta-serednogo-medichnogo-personalu/10356460/> (дата звернення: 30.08.2025)

43. Охорона здоров'я Миколаївщини: підсумки 2024 року та виклики в регіоні. URL: <https://trkmart.tv/okhorona-zdorov-ia-mykolaiivshchynu-pidsumky-2024-roku-ta-vyklyky-v-rehioni/> (дата звернення: 30.08.2025)

44. Охоронні компанії та їхня роль в захисті інфраструктури. URL: <https://kthguard.com.ua/vse-pro-okhoronu/okhoronni-kompanii-zahust-infrastrukturu/> (дата звернення: 30.08.2025)

45. Перелік посад, які відносяться до молодшого медперсоналу. URL: <https://medleader.top/molodshyj-medychnyj-personal-perelik-posad/> (дата звернення: 30.08.2025)

46. Права та обов'язки пацієнта і лікаря. URL: <https://borzna.crl.org.ua/prava-ta-obov%20%80%99yazki-pacienta-i-likarya-11-45-52-19-09-2018/> (дата звернення: 30.08.2025)

47. Програма розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/48965fab-8d77-4b14-83e5-126685d82af4...> (дата звернення: 30.08.2025)

48.Професійне вигорання лікарів: як запобігти та розпізнати. URL: <https://gmka.org/uk/articles/shho-take-vygorannya-i-yak-iz-nyum-uporatysya/> (дата звернення: 31.07.2025)

49.Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. URL: http://lib-net.com/content/10212_ROZDIL_PYBLICHNE_ADMINISTRUVANNYA_Y_SFERI_OHORONI_ZDOROVYA.html (дата звернення: 31.07.2025)

50.Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я: матеріали наук.-практ. конф., 20 жовтня 2022 р. Київ, 2022. 218 с.

51.Реорганізація, переїзд за кордон та недостатня кваліфікація. З чим пов'язаний брак медичного персоналу? URL: <https://svidomi.in.ua/page/reorhanizatsiia-pereizd-za-kordon-ta-nedostatnia-kvalifikatsiia-z-chym-poviazanyi-brak-medychnoho-personalu> (дата звернення: 30.08.2025)

52.Роль керівних кадрів у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України: методичні рекомендації. Ужгород, 2014. 23 с.

53.Сімейний лікар. URL: <https://www.ukrinform.ua/tag-simejniy-likar> (дата звернення: 30.08.2025)

54.Соціальні гарантії та пільги для ветеранів. URL: https://veteranfund.com.ua/legal_consultations/social-garnt-pilgi/ (дата звернення: 31.07.2025)

55.Струк Б.О. Управління кадровим потенціалом медичної установи (на прикладі КНП «Хмельницька обласна дитяча лікарня». Хмельницький, 2021. 74 с.

56.Стрюков В., Хромцева О. Державне регулювання медичною освітою: сьогодення, проблеми та шляхи вирішення. *Економічні горизонти*. 2022. № 4. С. 100–112.

57.Суб'єкти відносин у сфері громадського здоров'я. URL: https://protocol.ua/ua/pro_sistemu_gromadskogo_zdorov_ya_stattya_6/ (дата звернення: 31.07.2025)

58.Схвалена Програма розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uk/shvalena->

programa-rozvitku-kadrovih-resursiv-u-sistemi-gromadskogo-zdorov-ya-do-2030-roku (дата звернення: 30.08.2025)

59. Терзі О.О. Визначення поняття «охорона здоров'я». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. (Серія: Право)*. 2018. Вип. 51. Т. 2. С. 46–49.

60. Три драйвери утримання лінійного персоналу в роздрібних мережах. URL: <https://budni.robota.ua/expert-thoughts/tri-drayveri-utrimannya-liniynogo-personalu-v-rozdribnih-merezhah> (дата звернення: 31.07.2025)

61. Україні загрожує дефіцит лікарів, якщо не робити відповідні підготовчі заходи. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3880936-ukraini-pogrozue-deficit-likariv-akso-ne-robiti-vidpovidni-pidgotovci-zahodi-lasko.html> (дата звернення: 30.08.2025)

62. Уряд ухвалив рішення про підтримку молодих лікарів, які працюватимуть у селах, на де окупованих і прифронтових територіях. URL: <https://moz.gov.ua/uk/uryad-uhvaliv-rishennya-pro-pidtrimku-molodih-likariv-yaki-pracuyvatimut-u-selah-na-deokupovanih-i-prifrontovih-teritoriyah> (дата звернення: 30.08.2025)

63. Фурманець В. Підвищення ефективності мотивації праці на підприємстві. Київ, 2021. 97 с.

64. Хто буде управляти лікарнями після війни: 6 обов'язкових навичок для медичних менеджерів. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2023/07/01/255161/> (дата звернення: 31.07.2025)

65. Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6 – Управління охорони здоров'я Миколаївської міської ради. URL: <https://uoz.mkrada.gov.ua/lz/9-lz/23-srmsdb> (дата звернення: 31.07.2025)

66. Цілі організації. Теорія менеджменту: підручник URL: https://stud.com.ua/10313/menedzhment/tsili_organizatsiyi (дата звернення: 31.07.2025)

67. Шабардіна Г.В. Розвиток кадрового менеджменту в сфері охорони здоров'я. Миколаїв, 2020. 102 с.

68. Шапошник В.С. Удосконалення форм і методів управління персоналом підприємства. Черкаси, 2020. 78 с.

69. Шарашидзе К.З. Державна політика щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Харків, 2022. 70 с.

70. Що входить до обов'язків лікаря первинної ланки. URL: <https://moz.gov.ua/scho-vhodit-do-obovjazkiv-likarja-pervinnoi-lanki> (дата звернення: 30.08.2025)

71. Що передбачає Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року: інтерв'ю з міністром. URL: <https://moz.gov.ua/uk/sho-peredbachaye-strategiya-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku-interv-yu-z-ministrom> (дата звернення: 30.08.2025)

72. Як хворі переносять Омикрон – Суспільне Миколаїв. URL: <https://suspilne.media/mykolaiv/208296-pracujemo-u-dvi-zmini-simejnih-likar-z-mikolaeva-rozproviv-pro-perebig-novoi-hvili-koronavirusu/> (дата звернення: 31.07.2025)

73.6 Smart Ways to Manage HR in the Healthcare Industry. URL: <https://www.hrcloud.com/blog/6-smart-ways-to-manage-hr-in-the-healthcare-industry> (дата звернення: 30.08.2025)

74.9 стратегічних пріоритетів HR-спеціалістів в умовах війни. URL: <https://kadrovik.isu.net.ua/news/581314-9-stratehichnykh-priorytetiv-hr-spetsialistiv-v-umovakh-viynu> (дата звернення: 31.07.2025)

75. Boskma A. et al. Well-being initiatives for hospital employees provided by the Dutch University Medical Centers: an exploratory study. *BMJ Leader*. 2025.

76. Community views inform health system recovery in war-affected areas of Ukraine, URL: <https://www.who.int/europe/news/item/04-07-2025-community-views-inform-health-system-recovery-in-war-affected-areas-of-ukraine> (дата звернення: 31.07.2025)

77. Deac A.A. et al. Ukrainian healthcare providers under siege during the first year of war: challenges and adaptations. *BJPsych International*. 2024. Mai. № 21. P. 35–37.

78.Exploring human resource management in the top five global hospitals: a comparative study. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1307823/full> (дата звернення: 30.08.2025)

79.Frontline Healthcare Talent Management: 6 Proven Strategies for. URL: <https://compt.io/blog/frontline-talent-management-strategies/> (дата звернення: 30.08.2025)

80.Gomes S. Talent Management in Healthcare: The New Strategic Objective. URL: https://www.researchgate.net/publication/375863757_Talent_Management_in_Healthcare_the_new_strategic_objective (дата звернення: 30.08.2025)

81.Health and care workforce planning tools. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106277> (дата звернення: 30.08.2025)

82.Health workforce. URL: <https://www.oecd.org/en/topics/health-workforce.html> (дата звернення: 30.08.2025)

83.Healthcare Talent Trends 2025: Retain & Inspire Top. URL: <https://bluivygroup.com/blog/healthcare-talent-trends-2025/> (дата звернення: 30.08.2025)

84.How Nursing is Overlooked in Ukraine's Healthcare Crisis. URL: <https://www.zois-berlin.de/en/publications/zois-spotlight/how-nursing-is-overlooked-in-ukraines-healthcare-crisis> (дата звернення: 30.08.2025)

85.How to Improve & Enhance Employee Engagement in Healthcare. URL: <https://staffbase.com/blog/employee-engagement-healthcare/> (дата звернення: 30.08.2025)

86.How to Set Up Your Practice for HR Success in 2025. URL: <https://hrforhealth.com/blog/how-to-set-up-your-practice-for-hr-success-in-2025-hr-strategies> (дата звернення: 30.08.2025)

87.HR Best Practices for 2025: Boost Engagement & Productivity. URL: <https://wellhub.com/en-us/blog/organizational-development/hr-best-practice/> (дата звернення: 30.08.2025)

88. Impact report. URL: <https://novaukraine.org/wp-content/uploads/2025/03/Nova-Ukraine-Annual-Impact-Report-2024-0227.pdf> (дата звернення: 31.07.2025)

89. Improving the Health-Care System in Poland. URL: https://www.oecd.org/en/publications/improving-the-health-care-system-in-poland_5k9b7bn5qzvd-en.html (дата звернення: 30.08.2025)

90. International Retention Toolkit. URL: <https://www.nhsemployers.org/publications/international-retention-toolkit> (дата звернення: 30.08.2025)

91. IRC: At Ukrainian Frontlines, Medical Workers Struggle with Mental Health. URL: <https://www.rescue.org/press-release/irc-ukrainian-frontlines-medical-workers-struggle-mental-health> (дата звернення: 30.08.2025)

92. Key Role of Talent Management in Enhancing Healthcare. URL: <https://www.tmi.org/blogs/key-role-of-talent-management-in-enhancing-healthcare> (дата звернення: 30.08.2025)

93. Melnychenko O., Nesterenko R., Kosilova O., Kravchenko Zh. Discussion of the essence of the concept of «Public administration of healthcare development». *Priority Areas of Science Research: The 10 st International scientific and practical conference, October 26–27, 2020. Washington. 2020. P. 28–32.*

94. New NHS plan will slash foreign recruits from 34 % to less than 10 % of workforce. URL: <https://timesofindia.indiatimes.com/world/uk/new-nhs-plan-will-slash-foreign-recruits-from-34-to-less-than-10-of-workforce/articleshow/122257258.cms> (дата звернення: 30.08.2025)

95. New WHO assessment reveals resilience of Ukraine's primary health-care system amid the war. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/12-10-2023-new-who-assessment-reveals-resilience-of-ukraine-s-primary-health-care-system-amid-the-war> (дата звернення: 30.08.2025)

96. NHS England – NHS Long Term Workforce Plan. URL: <https://www.england.nhs.uk/long-read/nhs-long-term-workforce-plan-2/> (дата звернення: 30.08.2025)

97. Novak E., Dmytriiev D., Demeshko O., Hobicht Ja. Resilience of Primary Health Care in Ukraine: Challenges of the Pandemic and War. *Taylor & Francis*. 2024. Mart.

98.OECD Artificial Intelligence Review of Germany. URL: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-artificial-intelligence-review-of-germany_609808d6-en.html (дата звернення: 30.08.2025)

99.Oleksich Zh., Polcyn Ja., Shtogrin O. Adaptation of the best European practices in administering local health care institutions. *Health economics and management review*. 2021. № 2. P. 15–22.

100. Optimizing Performance Management for the Modern Workforce. URL: <https://www.shrm.org/labs/resources/optimizing-performance-management-for-the-modern-workforce> (дата звернення: 30.08.2025)

101. Poland should strengthen the public finances and continue improving healthcare says OECD. URL: <https://www.oecd.org/en/about/news/press-releases/2025/02/poland-should-strengthen-the-public-finances-and-continue-improving-healthcare-says-oecd.html> (дата звернення: 30.08.2025)

102. Prusaczyk A. et al. Health Care Organization in Poland in Light of the Refugee Crisis Related to the Military Conflict in Ukraine. *PubMed Central*. 2023. February. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10001563/> (дата звернення: 30.08.2025)

103. Qaboos S. Health Workforce Planning: An overview and suggested approach in Oman. *PMC*. 2015. Januar. P. 27–33.

104. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/2015_healthworkforce_recruitment_retention_annex1_en_0.pdf (дата звернення: 30.08.2025)

105. Refugee lessons. What Ukraine should adopt from European. URL: <https://commons.com.ua/en/sho-var-to-perejmati-u-yevropejskoyi-medicini/> (дата звернення: 30.08.2025)

106. Rulandari N. et al. The international of policy, economics and workforce resilience in global healthcare system: a narrative review. *MPPKI*. 2025. March. P. 315–325.

107. Strategic Workforce Planning Frameworks – COLMEIA.cloud. URL: <https://www.colmeia.cloud/blog/strategic-workforce-planning-frameworks> (дата звернення: 30.08.2025)

108. Strengthening Ukraine's Healthcare in the Midst of War. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/immersive-story/2023/10/30/strengthening-ukraine-healthcare-in-the-midst-of-war> (дата звернення: 30.08.2025)
109. Sychenko V., Rybkina S., Sokolova E. System of state regulation of professional training. *Система державного регулювання професійної підготовки керівних кадрів вищої медичної освіти в Україні*. 2024. № 23. С. 177–198.
110. Tesinova Jo.K. ed al. Professionals' and Intercultural Mediators' Perspectives on Communication With Ukrainian Refugees in the Czech Healthcare System. *PubMed Central*. 2024. August. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11328340/> (дата звернення: 30.08.2025)
111. Top 2025 HR Trends to Watch for in Healthcare. URL: <https://hrforhealth.com/blog/top-2025-hr-trends-to-watch-for-in-healthcare> (дата звернення: 30.08.2025)
112. Top Healthcare Training Programs for Workforce 2025. URL: <https://www.infoprolearning.com/blog/top-healthcare-training-programs-transforming-workforce-readiness-in-2025/> (дата звернення: 30.08.2025)
113. Towards a Harmonised Micro-Credential Ecosystem in Czechia. URL: <https://www.oecd.org/en/about/programmes/dg-reform/towards-a-harmonised-micro-credential-ecosystem-in-czechia.html> (дата звернення: 30.08.2025)
114. Ukraine Strengthens the Public Health System to Tackle New Challenges. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/07/07/ukraine-strengthens-the-public-health-system-to-tackle-new-challenges> (дата звернення: 30.08.2025)
115. Unique HR Initiatives for Employee Success and Growth in 2025. URL: <https://www.peoplestrong.com/blog/hr-initiatives/> (дата звернення: 30.08.2025)
116. What is Digital HR? URL: <https://www.ibm.com/think/topics/digital-hr> (дата звернення: 30.08.2025)