

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 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ  
НАЛЕЖНИХ УМОВ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ СПІВРОБІТНИКІВ  
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

А.Г. Шарашидзе

Керівник,

PhD

М.Є. Черняк

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАБЕЗПЕСЕННЯМ НАЛЕЖНИХ УМОВ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	
5	
1.1 Сутність публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я .....	5
1.2 Механізми публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я .....	16
<b>РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ УМОВ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	
20	
2.1 Оцінка організаційно-управлінських аспектів забезпечення умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я в Україні .....	20
2.2 Проблеми та фактори, що впливають на умови праці, відпочинку та ефективність трудової діяльності співробітників сфери охорони здоров'я	28
2.3 Стан формування системи оцінки умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я в Україні .....	35
<b>РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ НАЛЕЖНИХ УМОВ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	
42	
3.1 Інноваційні підходи у забезпеченні належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я .....	42
3.2 Удосконалення механізмів публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я	47
3.3 Формування уніфікованої системи моніторингу та оцінки умов праці й відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я .....	53
ВИСНОВКИ .....	61
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	63

## ВСТУП

*Актуальність проблеми.* Українська система охорони здоров'я зазнає значних трансформацій, особливо в контексті реформування та викликів останніх років. Співробітники сфери охорони здоров'я, як основна рушійна сила галузі, стикаються з проблемами перевантаження, професійного вигорання та неадекватних умов трудової діяльності. Забезпечення гідних умов праці та можливостей для якісного відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я є критично важливим не лише з точки зору соціальної справедливості, а й для підтримання високих стандартів медичного обслуговування населення. Наявна інфраструктура більшості закладів охорони здоров'я не відповідає сучасним вимогам щодо організації робочого простору та зон відновлення для співробітників сфери охорони здоров'я. Відсутність належно облаштованих приміщень для відпочинку, чергових кімнат європейського рівня, спортивних і рекреаційних зон негативно позначається на продуктивності праці, психоемоційному стані лікарів і медичних сестер, що, врешті-решт, впливає на якість надання медичних послуг. Ефективність вирішення зазначених проблем залежить від скоординованих дій органів публічного управління різних рівнів – від керівництва закладів охорони здоров'я до центральних органів виконавчої влади. Однак існуючий розподіл повноважень та механізми взаємодії між цими рівнями потребують суттєвого вдосконалення.

*Мета та завдання дослідження:* на основі комплексного теоретичного й практичного аналізу системи публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я обґрунтувати та запропонувати напрями вдосконалення відповідних управлінських механізмів і системи їх моніторингу.

Для досягнення мети у роботі передбачено виконання таких завдань:

– розкрити теоретичні засади публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я, узагальнити основні теоретичні підходи до їх забезпечення;

– проаналізувати сучасний стан умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я в Україні;

– визначити ключові проблеми та управлінські чинники, що впливають на умови праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я;

– оцінити роль різних рівнів публічного управління (державного, регіонального, місцевого) у формуванні й реалізації політики щодо забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я;

– обґрунтувати й запропонувати напрями вдосконалення механізмів публічного управління, у тому числі формування уніфікованої системи моніторингу та оцінки умов праці й відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я.

*Об'єкт дослідження:* публічне управління у сфері охорони здоров'я.

*Предмет дослідження:* публічне управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я.

*Методи дослідження:* теоретико-логічний – для теоретичних узагальнень і формулювання висновків; аналітико-синтетичний метод – для оцінки особливостей організації праці й відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я; статистично-порівняльний аналіз – для дослідження ефективності публічного управління забезпеченням умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я.

*Практична цінність отриманих результатів* полягає у можливості використання запропонованих рекомендацій у практиці органів публічного управління та закладів охорони здоров'я для вдосконалення умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ НАЛЕЖНИХ УМОВ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1 Сутність публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я

Публічне управління у сфері охорони здоров'я, зокрема в частині забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я, є важливою складовою державної політики у соціальній сфері. Його сутність полягає в цілеспрямованому, системному впливі органів державної влади, органів місцевого самоврядування та керівництва закладів охорони здоров'я на формування, підтримання та розвиток такого трудового середовища, яке гарантує безпечні, гідні та здоров'язберігаючі умови для співробітників сфери охорони здоров'я [1]. Забезпечення належних умов праці й відпочинку розглядається як один із ключових чинників стійкого функціонування системи охорони здоров'я та підвищення якості медичних послуг.

Умови праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я охоплюють комплекс організаційних, санітарно-гігієнічних, психосоціальних, правових та економічних характеристик. До них належать: раціональний режим робочого часу і відпочинку, безпечна організація робочих місць, наявність належно облаштованих приміщень для відпочинку під час чергувань, можливості для відновлення працездатності, психологічна підтримка, запобігання професійному вигоранню тощо. Публічне управління у цій сфері має забезпечувати узгодженість між високими вимогами до професійної діяльності співробітників сфери охорони здоров'я та необхідністю збереження їхнього фізичного й психоемоційного стану [2].

Сутність публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я проявляється через поєднання регуляторної, координуючої та стимулюючої ролі держави і місцевих органів влади. На регуляторному рівні йдеться про встановлення чітких нормативних вимог до організації праці, тривалості робочого часу, охорони праці, облаштування зон відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. На координуючому рівні забезпечується узгодженість дій різних суб'єктів управління, розподіл повноважень між центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та керівництвом закладів охорони здоров'я [2]. Стимулююча складова пов'язана із запровадженням механізмів, які заохочують до впровадження практик, орієнтованих на збереження здоров'я та добробут співробітників сфери охорони здоров'я.

Людиноцентричний характер є однією з визначальних рис публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Співробітники сфери охорони здоров'я розглядаються не лише як виконавці професійних функцій, а як носії гарантованих трудових, соціальних і професійних прав. Звідси випливає, що публічне управління має бути спрямоване на реалізацію конституційних гарантій права на працю в безпечних умовах, права на відпочинок, захист від надмірного навантаження та перевтоми. Ігнорування цих аспектів призводить до зниження мотивації співробітників сфери охорони здоров'я, зростання ризику професійного вигорання, погіршення психологічного клімату в колективах і, як наслідок, до зниження якості медичних послуг [3].

Публічне управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я має багаторівневу структуру. На загальнодержавному рівні формуються стратегічні пріоритети, законодавча база, стандарти та загальні вимоги до умов праці і відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. На регіональному рівні здійснюється адаптація загальнодержавних рішень до специфіки окремих територій, планування і

фінансування відповідних програм. На рівні конкретного закладу охорони здоров'я реалізується безпосередня організація робочого процесу, розподіл навантаження, облаштування приміщень для відпочинку, розробка локальних актів, що регламентують умови праці та режим відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я.

Важливою складовою сутності публічного управління у цій сфері є інтеграція підходів до забезпечення належних умов праці та відпочинку у систему управління якістю медичних послуг [4]. Хронічна втома, робота в умовах постійного стресу, відсутність повноцінного відпочинку у співробітників сфери охорони здоров'я спричиняють збільшення кількості професійних помилок, зниження уважності та якості комунікації з пацієнтами. Тому створення умов для своєчасного відновлення сил, психологічного розвантаження та підтримки співробітників сфери охорони здоров'я є необхідною передумовою безпечного надання медичної допомоги.

Сутність публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я розкривається також через систему принципів, на яких базується управлінська діяльність у цій сфері [57].

До ключових принципів належать:

1) Принцип законності, який передбачає неухильне дотримання норм трудового, санітарного та соціального законодавства під час організації праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я;

2) Принцип пріоритету збереження здоров'я співробітників сфери охорони здоров'я, згідно з яким умови праці не повинні завдавати шкоди їхньому фізичному та психічному стану;

3) Принцип участі та партнерства, який передбачає залучення співробітників сфери охорони здоров'я, їхніх представницьких органів і професійних об'єднань до обговорення та ухвалення рішень щодо організації умов праці та відпочинку;

4) Принцип прозорості та підзвітності, що вимагає відкритості інформації про організацію робочого часу, розподіл навантаження, використання ресурсів,

спрямованих на покращення умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я;

5) Принцип соціальної справедливості, що означає рівний доступ усіх співробітників сфери охорони здоров'я до безпечних умов праці, справедливої оплати, часу для відпочинку та відновлення;

6) Принцип безперервного удосконалення, орієнтований на систематичне вивчення стану умов праці та відпочинку, виявлення проблем і запровадження змін з урахуванням зворотного зв'язку від співробітників сфери охорони здоров'я.

Практичний зміст публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я виявляється через виконання низки функцій. До основних із них належать:

1) Нормативно-правова функція, що полягає у розробленні й реалізації нормативних актів, які регламентують умови праці, тривалість робочого часу, перерв, чергувань та відпусток, а також вимоги до облаштування приміщень для відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я.

2) Організаційна функція, спрямована на формування ефективної структури робочих змін, оптимальний розподіл навантаження між співробітниками сфери охорони здоров'я, забезпечення можливості своєчасного відпочинку під час робочої зміни та після неї.

3) Планово-прогностична функція, що передбачає прогнозування потреб у співробітниках сфери охорони здоров'я, оцінку ризиків перевантаження, планування фінансових і матеріальних ресурсів, необхідних для покращення умов праці та відпочинку.

4) Контрольно-аналітична функція, яка реалізується через моніторинг дотримання норм охорони праці, санітарних вимог, тривалості робочого часу, а також через оцінку рівня задоволеності співробітників сфери охорони здоров'я умовами праці та можливостями відпочинку.

5) Мотиваційна функція, пов'язана із застосуванням матеріальних і нематеріальних стимулів, що заохочують керівництво закладів охорони

здоров'я до системної роботи над покращенням умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я.

б) Комунікативна функція, яка забезпечує налагодження діалогу між органами влади, керівництвом закладів охорони здоров'я та співробітниками сфери охорони здоров'я щодо виявлення проблем і пошуку оптимальних рішень у сфері організації праці та відпочинку.

Реалізація зазначених принципів і функцій формує цілісну систему публічного управління, у якій забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я виступає пріоритетним напрямом. З урахуванням сучасних викликів, пов'язаних зі зростанням професійного навантаження, стресогенним характером роботи та підвищеними ризиками для здоров'я співробітників сфери охорони здоров'я, значення ефективного публічного управління у цій сфері постійно зростає [13].

Отже, сутність публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я полягає у створенні та підтриманні такого нормативного, організаційного й інституційного середовища, яке дає змогу співробітникам сфери охорони здоров'я виконувати професійні обов'язки ефективно й безпечно, із можливістю повноцінного відновлення. Це є необхідною умовою стабільного функціонування та розвитку системи охорони здоров'я, а також підвищення якості медичної допомоги населенню.

Забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я є одним із ключових напрямів державної соціальної політики та важливою складовою ефективного публічного управління у сфері охорони здоров'я. Від умов праці залежить не лише фізичне та психічне здоров'я співробітників сфери охорони здоров'я, а й якість, безпечність та результативність медичної допомоги, що безпосередньо впливає на рівень довіри населення до системи охорони здоров'я. У цьому контексті теоретичне осмислення проблеми має особливе значення, оскільки дозволяє сформулювати

системне бачення факторів, принципів і механізмів, які визначають ефективність управління трудовими ресурсами в галузі медицини [42].

Теоретичні підходи до забезпечення належних умов праці формувалися протягом тривалого часу та охоплюють різні аспекти – соціально-економічні, психологічні, правові та організаційні. Одним із базових є системний підхід, який розглядає умови праці як комплекс взаємопов'язаних елементів – матеріально-технічних, санітарно-гігієнічних, соціально-психологічних і правових, що формують загальне трудове середовище співробітників сфери охорони здоров'я. У межах цього підходу забезпечення належних умов праці передбачає створення безпечного робочого простору, оптимізацію робочого навантаження, дотримання гігієнічних норм і вимог охорони праці, а також надання можливостей для професійного розвитку і відпочинку [59].

Іншим важливим є гуманістичний підхід, який базується на розумінні співробітника сфери охорони здоров'я як центральної ланки системи охорони здоров'я, що потребує не лише технічного, а й морального захисту. У межах цього підходу ключовим завданням є формування таких умов праці, які сприяють задоволенню базових потреб людини – у безпеці, визнанні, самореалізації та соціальній підтримці. Саме гуманістичний підхід лежить в основі сучасних моделей управління персоналом у сфері охорони здоров'я, орієнтованих на підвищення мотивації, запобігання професійному вигоранню та розвиток культури психологічного добробуту в колективах.

Соціально-психологічний підхід до забезпечення належних умов праці підкреслює роль міжособистісних відносин, стилю керівництва, рівня комунікації та корпоративної культури. Відомі науковці, такі як Е. Мейо та Д. Макгрегор, довели, що морально-психологічний клімат, відчуття підтримки з боку керівництва та колег, можливість брати участь у прийнятті рішень мають не менше значення, ніж матеріальне стимулювання. Для співробітників сфери охорони здоров'я, діяльність яких пов'язана з високим емоційним навантаженням, ці фактори є визначальними у збереженні професійного здоров'я та мотивації [30].

Не менш значущим є правовий підхід, який визначає нормативно-правові засади забезпечення належних умов праці та відпочинку. Відповідно до Конституції України, Кодексу законів про працю, Закону України «Про охорону праці» та Закону «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» держава гарантує кожному співробітнику сфери охорони здоров'я безпечні та здорові умови праці, раціональний режим робочого часу та відпочинку, компенсації за роботу у шкідливих умовах. Для співробітників сфери охорони здоров'я ці норми мають бути конкретизовані через галузеві стандарти, колективні договори та внутрішні регламенти закладів охорони здоров'я.

У межах економічного підходу забезпечення належних умов праці розглядається як інвестиція у людський капітал. Поліпшення умов праці підвищує продуктивність, знижує рівень плинності кадрів, скорочує витрати, пов'язані з лікарняними та помилками у роботі. В умовах дефіциту співробітників сфери охорони здоров'я та трудової міграції цей підхід набуває особливого значення, адже забезпечення конкурентних умов праці та відпочинку стає важливим чинником утримання фахівців у системі охорони здоров'я [34].

З позиції організаційно-управлінського підходу належні умови праці та відпочинку забезпечуються через впровадження ефективних моделей менеджменту співробітників сфери охорони здоров'я, які включають планування робочого навантаження, чергувань, відпусток, професійного навчання, а також створення системи психологічної підтримки. Важливою складовою цього підходу є розвиток лідерських компетенцій керівників закладів охорони здоров'я, які мають формувати у колективах атмосферу довіри, відкритості та партнерства [36].

Сучасні міжнародні підходи, зокрема рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної організації праці, визначають, що належні умови праці у медичній сфері повинні забезпечувати безпеку на робочому місці, доступ до засобів індивідуального захисту, гнучкі графіки

роботи, можливості для професійного росту та підтримку психічного здоров'я. Після пандемії COVID-19 світова практика показала, що психоемоційна підтримка та своєчасний відпочинок є не менш важливими, ніж заробітна плата чи матеріальне забезпечення.

Особливої уваги заслуговує питання відпочинку як складової належних умов праці. Відпочинок – це не лише фізичне відновлення, а й соціально-психологічний процес, що сприяє зниженню рівня стресу, підвищенню працездатності та якості життя. Раціональне чергування праці та відпочинку, дотримання трудового режиму, планування відпусток і можливість тимчасової ротації співробітників сфери охорони здоров'я мають бути елементами стратегічного управління персоналом у закладах охорони здоров'я.

Таким чином, теоретичні підходи до забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я охоплюють комплекс правових, економічних, соціальних і психологічних аспектів. Їх ефективне поєднання дозволяє створити у закладах охорони здоров'я таке середовище, де співробітники сфери охорони здоров'я не лише виконують свої професійні обов'язки, але й відчувають підтримку, захист і повагу до своєї праці. Впровадження системного підходу до забезпечення належних умов праці є необхідною умовою сталого розвитку системи охорони здоров'я та підвищення її людського потенціалу [27].

У науковій літературі існує кілька теоретичних підходів до розуміння сутності та забезпечення належних умов праці, серед яких найчастіше виділяють соціально-економічний, організаційно-управлінський, правовий, психологічний і гуманістичний. Кожен із них має свій предметний фокус, проте всі вони взаємодоповнюють один одного у процесі формування сучасної системи публічного управління медичною сферою [18].

Соціально-економічний підхід розглядає умови праці як сукупність соціальних та матеріальних факторів, що визначають рівень задоволення потреб співробітників і впливають на їхню продуктивність. Згідно з цим підходом, належні умови праці – це не лише забезпечення безпечного робочого

середовища, а й справедлива оплата, соціальні гарантії, мотиваційні стимули, можливості професійного зростання та відпочинку. Медична сфера є особливо чутливою до економічних факторів, адже недофінансування галузі, низькі зарплати, відсутність соціального пакету та перевантаження співробітників сфери охорони здоров'я знижують мотивацію і призводять до трудової міграції фахівців [22]. Тому соціально-економічний підхід акцентує увагу на необхідності створення стійкої системи фінансування, що забезпечує конкурентний рівень оплати праці та умови для розвитку кадрового потенціалу.

Організаційно-управлінський підхід визначає належні умови праці як результат ефективного управління трудовими процесами, раціонального розподілу робочого навантаження, оптимізації графіків роботи, створення комфортного мікроклімату в колективі та запровадження сучасних методів менеджменту співробітників сфери охорони здоров'я. У контексті закладів охорони здоров'я це означає чітке дотримання норм робочого часу, чергувань, відпусток, забезпечення необхідного технічного й інформаційного забезпечення, а також організацію безпечного робочого середовища відповідно до санітарно-епідемічних вимог. Згідно з даним підходом, ефективне управління співробітниками сфери охорони здоров'я має базуватися на принципах гнучкості, командної роботи, чіткої комунікації між рівнями управління та підтримки балансу між професійною діяльністю й відпочинком [35].

Психологічний підхід зосереджується на вивченні внутрішніх аспектів трудової діяльності співробітників сфери охорони здоров'я, включаючи рівень стресу, емоційного вигорання, мотивації, задоволеності роботою та соціально-психологічного клімату в колективі. Умови праці у сфері охорони здоров'я часто супроводжуються високою емоційною напругою, відповідальністю за життя пацієнтів і нерідко – нестачею ресурсів. Це створює ризик хронічної втоми, професійного вигорання та зниження продуктивності. Згідно з психологічним підходом, забезпечення належних умов праці повинно включати заходи психологічної підтримки співробітників, проведення тренінгів з

емоційної стабільності, формування культури турботи про ментальне здоров'я співробітників сфери охорони здоров'я і створення умов для своєчасного відпочинку. У цьому контексті актуальним є впровадження програм психологічної реабілітації та корпоративного добробуту в закладів охорони здоров'я.

Правовий підхід ґрунтується на положеннях трудового, адміністративного та соціального законодавства, яке регулює відносини між співробітником сфери охорони здоров'я і роботодавцем, визначає права, обов'язки та гарантії обох сторін. Законодавчі норми України, такі як Кодекс законів про працю, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а також міжнародні документи (зокрема конвенції МОП), встановлюють мінімальні стандарти безпеки праці, тривалості робочого часу, надання відпусток, охорони праці та соціального забезпечення. Водночас ефективність правового регулювання залежить від практичної реалізації цих норм, наявності дієвих механізмів контролю та відповідальності керівників закладів. У цьому контексті правовий підхід підкреслює важливість дотримання трудових прав співробітників сфери охорони здоров'я і створення реальних гарантій їхнього захисту на всіх рівнях управління [54].

Гуманістичний підхід розглядає забезпечення належних умов праці як прояв поваги до людини праці, її гідності, професійної місії та потреби в самореалізації. Співробітник сфери охорони здоров'я – це не лише виконавець професійних обов'язків, а й соціальний агент, який реалізує моральну та етичну функцію допомоги суспільству. Тому завдання публічного управління полягає не лише в організації робочого процесу, а й у створенні умов для підвищення престижу медичної професії, забезпечення моральної підтримки та розвитку культури вдячності до співробітників сфери охорони здоров'я. Гуманістичний підхід вимагає формування середовища, у якому лікар чи медсестра почувуються соціально захищеними, цінними й мотивованими на довгострокову працю в системі.

Важливо відзначити, що теоретичні підходи до забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я взаємопов'язані та формують інтеграційну модель управління, у якій економічні, правові, психологічні й соціальні фактори взаємодіють у єдиній системі.

Серед сучасних теоретичних підходів особливу увагу заслуговує концепція “work-life balance” (балансу між роботою і життям), що передбачає гармонійне поєднання професійних і особистих потреб співробітника сфери охорони здоров'я. У медицині, де часто спостерігається понаднормова робота та психологічне виснаження, цей підхід набуває особливої актуальності. Його практична реалізація включає гнучкі графіки роботи, оптимізацію навантаження, можливість віддаленої документаційної діяльності, розвиток програм корпоративного відпочинку та рекреаційних заходів для співробітників сфери охорони здоров'я. У контексті публічного управління цей підхід дозволяє не лише підвищити якість праці, а й зменшити кадрові втрати та підвищити стійкість системи охорони здоров'я [7].

Отже, теоретичні підходи до забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я демонструють багатовимірний характер проблеми, яка охоплює економічні, соціальні, психологічні, правові та гуманістичні аспекти. Ефективне публічне управління у цій сфері повинно поєднувати різні підходи, спираючись на принципи соціального партнерства, прозорості, справедливості та турботи про співробітника сфери охорони здоров'я. Тільки інтегрований підхід дозволить створити умови, у яких співробітників сфери охорони здоров'я зможуть реалізувати свій професійний потенціал, зберігаючи при цьому фізичне й емоційне здоров'я, що є запорукою успішного функціонування всієї системи охорони здоров'я.

## **1.2 Механізми публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я**

Забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я у системі публічного управління реалізується через сукупність механізмів та інструментів, які відображають практичний вимір державної політики у цій сфері. Механізми публічного управління виступають посередником між цілями та завданнями держави і реальним станом трудового середовища в закладах охорони здоров'я, забезпечуючи перехід від формальних нормативних приписів до конкретних управлінських рішень, процедур та дій [15].

У широкому розумінні механізми публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я можна визначити як систему взаємопов'язаних правових, організаційних, економічних, соціально-психологічних та інформаційно-аналітичних засобів впливу, за допомогою яких органи державної влади, органи місцевого самоврядування та керівництво закладів охорони здоров'я формують, підтримують і розвивають трудове середовище, орієнтоване на збереження здоров'я та добробут співробітників сфери охорони здоров'я.

Одним із базових є нормативно-правовий механізм, який забезпечує формування правових засад організації праці та відпочинку [24]. Він включає систему законів, підзаконних актів, галузевих стандартів, колективних договорів, локальних нормативних актів закладів охорони здоров'я, що регулюють тривалість робочого часу, режим чергувань, порядок надання відпусток, перерв для відпочинку, а також вимоги до безпеки та охорони праці. Через нормативно-правовий механізм закріплюються мінімальні гарантії для співробітників сфери охорони здоров'я, визначаються відповідальність роботодавців за порушення встановлених норм, механізми захисту трудових прав та процедури контролю за їх дотриманням.

Важливу роль відіграє організаційний механізм, який спрямований на практичне впровадження встановлених вимог у діяльності закладів охорони здоров'я. До його змісту належать: розробка та затвердження внутрішніх регламентів роботи; формування графіків змін і чергувань з урахуванням навантаження та специфіки окремих підрозділів; закріплення відповідальних осіб за організацію умов праці та відпочинку; створення та підтримка в належному стані приміщень для відпочинку під час чергувань; упровадження процедур оперативного реагування на порушення режиму праці та відпочинку. Організаційний механізм визначає, наскільки реальні умови відповідають формальним нормам і чи мають співробітники сфери охорони здоров'я реальну можливість для відновлення працездатності [11].

Не менш значущим є економічний механізм, який базується на використанні фінансових та матеріальних ресурсів для підтримки належних умов праці та відпочинку. Він передбачає планування та виділення коштів на модернізацію інфраструктури (ремонт приміщень, створення кімнат відпочинку, душових, рекреаційних зон), запровадження систем доплат і надбавок за роботу в особливо складних умовах, матеріальне стимулювання дотримання стандартів охорони праці, фінансування програм соціальної підтримки співробітників сфери охорони здоров'я [16]. Економічний механізм включає й інструменти бюджетного та програмно-цільового фінансування, за допомогою яких впроваджуються державні та місцеві програми, спрямовані на покращення умов праці.

Соціально-психологічний механізм покликаний забезпечити сприятливий морально-психологічний клімат у колективах закладів охорони здоров'я, підтримати емоційну стійкість і мотивацію співробітників сфери охорони здоров'я. Його елементами є: розвиток корпоративної культури поваги та підтримки; впровадження програм психологічної допомоги та супроводу; проведення тренінгів з управління стресом та профілактики професійного вигорання; організація заходів з неформальної комунікації колективу; системне залучення співробітників сфери охорони здоров'я до обговорення питань, що

стосуються організації їх праці та відпочинку. Соціально-психологічний механізм сприяє підвищенню рівня довіри до керівництва, зміцненню командної взаємодії та формуванню відчуття причетності до спільної справи.

Важливу структурну складову механізмів публічного управління у цій сфері становить інформаційно-аналітичний механізм. Він забезпечує збір, обробку й аналіз даних про умови праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я, рівень їхнього навантаження, частоту понаднормової роботи, випадки професійного вигорання, кадрову плинність, захворюваність, задоволеність трудовими умовами. До інструментів цього механізму належать: внутрішні та зовнішні моніторингові системи, соціологічні опитування співробітників сфери охорони здоров'я, аудити умов праці, регулярна звітність керівників структурних підрозділів, використання цифрових інформаційних систем для фіксації робочого часу і чергувань [12]. На основі отриманої інформації приймаються управлінські рішення щодо корекції політики в сфері організації праці та відпочинку.

Зміст механізмів публічного управління конкретизується через систему інструментів, які застосовуються на різних рівнях управління. До ключових інструментів можна віднести:

- державні та регіональні цільові програми, спрямовані на покращення умов праці та соціальний захист співробітників сфери охорони здоров'я;
- галузеві стандарти та клінічні протоколи, які опосередковано впливають на організацію праці, обсяг навантаження та тривалість робочих змін;
- локальні нормативні акти закладів охорони здоров'я (правила внутрішнього трудового розпорядку, положення про організацію чергувань, графіки змін, інструкції з охорони праці);
- системи матеріального стимулювання (премії, доплати, соціальні пакети, одноразові виплати, компенсації за роботу в нічний час і у вихідні дні);
- інструменти нематеріального стимулювання (визнання професійних досягнень, відзнаки, участь у професійних заходах, можливості підвищення кваліфікації);

- механізми участі співробітників сфери охорони здоров'я в управлінні (робочі групи, професійні ради, участь у розробці локальних нормативних актів, анонімні опитування та скриньки довіри);

- інструменти контролю та нагляду (перевірки дотримання трудового законодавства, інспекції з охорони праці, внутрішні аудити, звіти про виконання програм із покращення умов праці);

- комунікаційні платформи, які забезпечують постійний діалог між керівництвом та співробітниками сфери охорони здоров'я щодо проблем організації праці та відпочинку.

Особливу роль у сучасних умовах відіграють цифрові інструменти управління, що дозволяють автоматизувати облік робочого часу, формування графіків чергувань, планування відпусток, фіксацію понаднормової роботи [48]. Використання електронних систем дає змогу підвищити прозорість управлінських процесів, зменшити ризик суб'єктивізму при розподілі навантаження, забезпечити доступ співробітників сфери охорони здоров'я до інформації про їхній графік роботи та права на відпочинок.

Ефективність механізмів і інструментів публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я значною мірою залежить від їх узгодженості та комплексного застосування. Ізольоване використання окремих інструментів (наприклад, лише нормативного регулювання без належного фінансового забезпечення або тільки економічних стимулів без організаційних змін) не дає стійкого результату. Тому важливим завданням публічного управління є формування цілісної системи, у межах якої правові, організаційні, економічні та соціально-психологічні механізми взаємодіють і доповнюють один одного [17].

Отже, механізми та інструменти публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я відображають практичну сторону реалізації державної політики в цій сфері. Їхнє ефективне застосування створює передумови для формування безпечного, справедливого та людино-орієнтованого трудового середовища, яке сприяє

збереженню здоров'я, підвищенню мотивації та професійної стійкості співробітників сфери охорони здоров'я, а відтак – і підвищенню якості функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ УМОВ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1 Оцінка організаційно-управлінських аспектів забезпечення умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я в Україні**

Організаційно-управлінські аспекти діяльності співробітників сфери охорони здоров'я відіграють ключову роль у забезпеченні ефективності системи охорони здоров'я, оскільки саме від якості управлінських процесів залежить рівень мотивації, професійної реалізації, продуктивності та задоволеності співробітників сфери охорони здоров'я. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), співробітники сфери охорони здоров'я – це сукупність осіб, які безпосередньо здійснюють медичну діяльність, а також тих, хто забезпечує її організаційне, адміністративне, технічне та інше обслуговування [55]. Аналогічний підхід відображено й у позиції Національної академії медичних наук України, де співробітники сфери охорони здоров'я розглядаються як сукупність працівників, що забезпечують реалізацію завдань і функцій охорони здоров'я на всіх рівнях її організації [5].

Оцінка організаційно-управлінських аспектів забезпечення умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я в Україні є важливим напрямом аналізу ефективності функціонування системи охорони здоров'я. Саме управлінські механізми визначають характер трудового середовища, наявність або відсутність перевантаження, можливості для відпочинку, рівень професійної мотивації та якість надання медичних послуг населенню. В умовах реформування галузі, децентралізації управління та переходу до моделі фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» роль управлінських рішень у забезпеченні стабільної роботи закладів охорони здоров'я істотно зростає [12]. Ефективне управління співробітниками сфери охорони здоров'я

передбачає не лише раціональний розподіл ресурсів і функцій, а й формування системи, орієнтованої на розвиток людського потенціалу, підвищення кваліфікації, адаптацію до змін і підтримку корпоративної культури.

Важливо підкреслити, що організаційно-управлінські аспекти забезпечення умов праці та відпочинку мають багаторівневий характер. На національному рівні формуються нормативні рамки, стандарти, вимоги до безпеки праці, принципи оплати та загальні підходи до кадрової політики. На регіональному/місцевому рівні ключову роль відіграють засновники закладів (органи місцевого самоврядування), які визначають пріоритети розвитку мережі, інфраструктурні рішення, бюджетні можливості та кадрові програми підтримки [56]. На рівні конкретного закладу охорони здоров'я реалізуються управлінські рішення щодо графіків змін, навантаження, внутрішніх регламентів, організації простору для відпочинку, механізмів підтримки персоналу та комунікацій. Така багаторівневість обумовлює потребу оцінювати не лише «стан умов», а й узгодженість рішень між рівнями, чіткість відповідальності та наявність дієвих управлінських процедур.

Організаційно-управлінські аспекти діяльності співробітників сфери охорони здоров'я охоплюють кілька ключових складових: планування кадрових потреб, підбір і розстановку кадрів, управління навантаженням, професійний розвиток, мотиваційну політику, контроль якості праці, розвиток внутрішніх комунікацій і створення сприятливого психологічного клімату. Від ефективності цих складових залежить рівень задоволеності співробітників сфери охорони здоров'я роботою, їхня лояльність до закладу, прагнення до підвищення професійного рівня та готовність залишатися в системі охорони здоров'я України [28].

Для цілей оцінки доцільно розглядати організаційно-управлінські аспекти як систему критеріїв і показників, що відображають якість управління умовами праці та відпочинку. До таких критеріїв можуть належати:

- 1) Кадрова забезпеченість і стабільність персоналу (плинність кадрів, наявність вакансій, баланс вікових груп);

- 2) Раціональність режимів праці та відпочинку (частота нічних змін, тривалість чергувань, факти понаднормової роботи, дотримання перерв);
- 3) Організація безпечного робочого середовища (наявність процедур охорони праці, інструктажів, забезпечення засобами захисту);
- 4) Доступність умов для відновлення (кімнати відпочинку, можливості психологічного розвантаження, елементи корпоративного добробуту);
- 5) Розвиток компетенцій і навчання (план підвищення кваліфікації, наставництво, внутрішні навчальні модулі);
- 6) Управлінська прозорість і комунікація (зворотний зв'язок, участь працівників в обговоренні графіків/змін, наявність механізмів запобігання конфліктам). Включення таких критеріїв робить аналіз більш прикладним і дозволяє переходити від опису проблем до управлінських рішень.

Однією з найбільш гострих проблем є управління кадровим потенціалом. За даними Міністерства охорони здоров'я України, у країні зберігається значний дефіцит співробітників сфери охорони здоров'я, що зумовлено старінням кадрів, трудовою міграцією, низьким рівнем оплати праці та високим професійним навантаженням. Зокрема, середній рівень забезпеченості лікарями в Україні становить близько 25 осіб на 10 тис. населення, тоді як у країнах ЄС цей показник перевищує 40 осіб (рис. 2.1).



Рис. 2.1 – Порівняльна діаграма забезпеченості лікарями в Україні та країнах ЄС.

Це свідчить про недостатню ефективність кадрової політики, відсутність системного прогнозування потреби в кадрах і слабку взаємодію між освітньою системою та практичними потребами цієї сфери. Сучасна організаційно-управлінська стратегія має бути орієнтована на довгострокове планування кадрового складу, стимулювання молодих фахівців до працевлаштування в закладах охорони здоров'я України та підвищення престижності професій у сфері охорони здоров'я.

З управлінської точки зору кадровий дефіцит трансформується у проблему навантаження і ризиків якості, оскільки нестача персоналу майже автоматично означає збільшення кількості чергувань, зміщення балансів між робочим часом і відпочинком, накопичення втоми та підвищення імовірності професійних помилок. Тому кадрове планування має включати не лише «закриття ставок», а й оцінку фактичного навантаження за підрозділами (інтенсивність потоків пацієнтів, сезонність, специфіка відділень), резервування кадрових ресурсів на випадок пікових навантажень, а також застосування гнучких моделей організації змін (ротація, взаємозаміна, міжвіддільна підтримка). Такі підходи дозволяють розглядати відпочинок персоналу як частину системи безпеки пацієнта і управління ризиками в закладі.

Важливим чинником, що впливає на ефективність діяльності співробітників сфери охорони здоров'я, є система мотивації. В Україні вона тривалий час залишалася формальною і мало пов'язаною з результатами праці. Заробітна плата здебільшого визначається тарифними сітками, які недостатньо враховують якість, інтенсивність та складність виконуваної роботи. Запровадження нових механізмів фінансування через договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) створило передумови для більш гнучкої системи матеріального стимулювання. Однак для її ефективної реалізації необхідні чіткі критерії оцінки результатів праці, прозорі показники ефективності та поєднання матеріальних і нематеріальних стимулів – можливостей професійного розвитку, участі в конференціях, програм психологічної підтримки, визнання досягнень.

Доцільно також враховувати, що мотивація в медичній сфері має змішану природу: окрім фінансової складової, значну роль відіграють організаційна справедливість, передбачуваність графіків, повага з боку керівництва, можливість впливати на рішення щодо режимів роботи, доступність відпусток і ротацій. Саме тому ефективна мотиваційна політика має спиратися на принципи прозорості (зрозумілі правила преміювання/доплат), участі (обговорення змін у графіках і навантаженні) та підтримки (профілактика вигорання, супервізія, наставництво для молодих спеціалістів) [21]. У практичному вимірі це може включати регулярні опитування задоволеності персоналу, інтерв'ю при звільненні, аналіз причин плинності кадрів та введення управлінських рішень, які зменшують «організаційні подразники» (хаотичні зміни, нерівномірні чергування тощо).

Організаційні моделі управління закладами охорони здоров'я також потребують оновлення. Значна частина закладів досі функціонує за ієрархічними, командно-адміністративними схемами, що обмежують ініціативність співробітників сфери охорони здоров'я та ускладнюють впровадження інновацій. Сучасні підходи орієнтуються на стратегічний менеджмент, у межах якого керівники мають не лише координувати поточну діяльність, а й формувати бачення розвитку закладу, ефективно розподіляти ресурси, підтримувати інноваційні проекти та впроваджувати принципи корпоративного управління [46].

Оцінюючи управлінські моделі, важливо аналізувати управлінську спроможність керівництва закладів: наявність внутрішніх політик і процедур, розподіл відповідальності за охорону праці та організацію відпочинку, функціонування комісій/робочих груп, здатність планувати бюджетні потреби під покращення інфраструктури (ремонти, створення кімнат відпочинку, забезпечення базових умов для чергових змін). Слабкість управлінських процедур часто проявляється у «реактивному управлінні», коли рішення приймаються ситуативно, без аналізу даних і довгострокового плану, що в підсумку погіршує і умови праці, і морально-психологічний клімат.

Важливе місце серед організаційно-управлінських аспектів посідає управління внутрішніми комунікаціями. Високе емоційне навантаження, складні взаємовідносини з пацієнтами, дефіцит часу та ресурсів часто призводять до конфліктів і зниження рівня взаєморозуміння в колективах. Системний розвиток комунікаційної політики, запровадження зрозумілих каналів зворотного зв'язку, дотримання норм професійної етики та підтримка відкритого діалогу між керівництвом і співробітниками сфери охорони здоров'я є необхідними умовами для формування сприятливого мікроклімату.

У цьому контексті важливо розглядати комунікації як інструмент управління ризиками перевантаження та вигорання. Якщо в закладі відсутні дієві канали повідомлення про надмірне навантаження, дефіцит персоналу або неможливість відпочинку під час чергувань, проблеми накопичуються приховано і проявляються вже у формі звільнень, конфліктів, падіння якості роботи чи зростання помилок [52]. Ефективною управлінською практикою може бути регулярний «зворотний зв'язок по змінах» (короткі звіти/обговорення після чергувань), внутрішні опитування, а також визначення відповідальних осіб за реагування на проблеми режимів праці та відпочинку.

Окремої уваги потребує питання безперервного професійного розвитку співробітників сфери охорони здоров'я. Умови швидких змін, впровадження цифрових технологій, телемедицини та доказової медицини вимагають постійного оновлення знань. Наявна система підвищення кваліфікації потребує модернізації та кращого фінансового забезпечення, щоб забезпечити реальні можливості для навчання та впровадження нових підходів у практику. Позитивний досвід окремих закладів, які активно інвестують у розвиток співробітників сфери охорони здоров'я, підтверджує значення управлінських рішень у цій сфері [44].

Професійний розвиток також пов'язаний з організацією праці й відпочинку через потребу виділення часу на навчання без посилення перевантаження. За відсутності планування навчання часто стає «додатковим навантаженням» поза робочим часом, що погіршує баланс праці та відновлення.

Відповідно, сучасний підхід передбачає включення навчальних активностей у робочі графіки, запровадження внутрішніх коротких тренінгів, наставництва, а також розвиток управлінських компетенцій у середньої ланки (старші медсестри, завідувачі відділень), які безпосередньо впливають на мікроорганізацію режимів праці та відпочинку.

Суттєвою організаційно-управлінською проблемою залишається надмірне навантаження й недостатня увага до відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. У багатьох закладах тривалий робочий час, часті чергування, нічні зміни та робота у вихідні поєднуються з відсутністю належно облаштованих приміщень для короткочасного відпочинку, психологічного розвантаження чи відновлення сил. Це підсилює ризики хронічної втоми, професійного вигорання та помилок у роботі. Окремі сучасні медичні заклади впроваджують елементи корпоративного добробуту – кімнати відпочинку, гнучкі графіки, рекреаційні заходи, що свідчить про ефективність людиноорієнтованого управління [23].

Оцінка аспектів відпочинку має включати не лише наявність приміщень, а й фактичну можливість персоналу ними користуватися. У практиці часто трапляється ситуація, коли кімната відпочинку існує формально, але через дефіцит кадрів або інтенсивність роботи працівники не мають реального часу для відновлення. Тому в межах аналізу доцільно оцінювати: регламентацію перерв; дотримання обмежень щодо тривалості змін; рівномірність розподілу нічних чергувань; наявність механізмів заміни у разі перевтоми; процедури реагування на ознаки вигорання. Такі елементи перетворюють «відпочинок» із декларації на керований процес, який піддається плануванню та контролю.

У контексті європейської інтеграції актуальними є процеси децентралізації, підвищення автономії закладів, цифровізації управління та впровадження систем моніторингу ефективності. Електронні системи управління персоналом, автоматизація графіків чергувань, електронний документообіг та цифрові інструменти зворотного зв'язку підвищують прозорість управлінських рішень і дозволяють більш гнучко враховувати інтереси співробітників сфери охорони здоров'я.

Однак цифровізація має оцінюватися й з позиції впливу на трудове навантаження. Перехід до електронних систем, звітності та цифрових інструментів може одночасно підвищувати ефективність і створювати додаткове «адміністративне навантаження» на лікарів і медсестер, особливо за умови недостатньої технічної підтримки або низького рівня цифрових компетенцій [22]. Тому управлінською задачею стає оптимізація процесів: розподіл адміністративних функцій, навчання персоналу, створення інструкцій і підтримки, а також мінімізація дублювання паперових і електронних процедур. В іншому випадку цифровізація може посилювати перевтому і знижувати задоволеність роботою.

Окремим блоком, який впливає на організаційно-управлінські аспекти в Україні, є фактор воєнного стану та кризових умов функціонування закладів. Робота під ризиками обстрілів, перебої в енергопостачанні, переміщення пацієнтів і персоналу, дефіцит ресурсів змінюють вимоги до управління працею та відпочинком, роблячи актуальними підходи кризового менеджменту. У таких умовах особливого значення набуває наявність планів безперервності роботи, гнучке планування змін, психологічна підтримка та організація базових умов відновлення персоналу, що прямо пов'язано зі стійкістю системи охорони здоров'я.

Таким чином, організаційно-управлінські аспекти забезпечення умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я в Україні характеризуються поєднанням позитивних змін, пов'язаних із реформуванням системи фінансування та розширенням автономії закладів, і численних проблем, що стримують розвиток кадрового потенціалу. Серед основних викликів - кадровий дефіцит, неефективна система мотивації, перевантаження, недостатня цифровізація управління, а також низький рівень уваги до організації відпочинку та психоемоційного стану співробітників сфери охорони здоров'я. Подолання цих викликів потребує комплексного підходу, який поєднує державну політику, професійний менеджмент та соціальне партнерство на всіх рівнях управління.

## **2.2 Проблеми та фактори, що впливають на умови праці, відпочинку та ефективність трудової діяльності співробітників сфери охорони здоров'я**

Ефективність трудової діяльності у медичній галузі є визначальним чинником стабільного функціонування системи охорони здоров'я, якості надання медичних послуг і рівня задоволення потреб населення у лікуванні та профілактиці захворювань. Від роботи співробітників сфери охорони здоров'я залежить результативність закладів охорони здоров'я та соціально-економічний розвиток держави, адже здоров'я нації є базовим ресурсом людського капіталу. Водночас у сучасних умовах трудова діяльність співробітників сфери охорони здоров'я в Україні стикається з численними проблемами та викликами, що безпосередньо впливають на умови праці, можливості відпочинку та загальну ефективність роботи. Інтегральним показником ефективності використання трудового потенціалу виступає продуктивність праці, на рівень і динаміку якої впливають як умови, в яких здійснюється трудова діяльність, так і об'єктивні та суб'єктивні фактори [6]. У медичній сфері продуктивність має специфічний зміст: вона визначається не лише кількістю прийнятих пацієнтів чи виконаних процедур, а й дотриманням клінічних стандартів, точністю рішень, безпекою пацієнта та якістю комунікації. Саме тому умови праці та відпочинку є критичними: перевтома, дефіцит відновлення і хронічний стрес безпосередньо знижують когнітивні ресурси, увагу та здатність діяти у складних клінічних ситуаціях.

Однією з ключових проблем є кадровий дефіцит у сфері охорони здоров'я, який протягом останніх років набув системного характеру. В Україні спостерігається тенденція скорочення кількості співробітників сфери охорони здоров'я через демографічні зміни, трудову міграцію, низький рівень матеріального забезпечення та професійне вигорання. За даними Міністерства охорони здоров'я, значна частка лікарів досягла або перевищила пенсійний вік, тоді як молодих фахівців у галузь приходить недостатньо. Багато співробітників сфери охорони здоров'я, особливо молодого віку, виїжджають

до країн Європейського Союзу, де умови праці, оплата та соціальні гарантії є суттєво кращими. У низці регіонів України забезпеченість лікарями на 10 тис. населення є відчутно нижчою, ніж рекомендовано Всесвітньою організацією охорони здоров'я, що призводить до перевантаження тих співробітників сфери охорони здоров'я, які залишаються працювати, зниження якості медичних послуг та підвищення ризиків професійних помилок [39]. Наслідком кадрового дефіциту стає замкнене коло: перевантаження посилює вигорання, вигорання стимулює звільнення, а звільнення збільшує навантаження на тих, хто залишився. Для управління цією проблемою важливими є не тільки заходи залучення кадрів, а й механізми утримання персоналу, зокрема прогнозування кадрових потреб, планування змін з урахуванням пікових навантажень, розвиток командної роботи та перерозподіл завдань між категоріями персоналу в межах компетенцій.

Тісно пов'язаною з кадровим дефіцитом є проблема низького рівня оплати праці та соціальної захищеності співробітників сфери охорони здоров'я. Попри певне зростання заробітних плат унаслідок реформи фінансування через НСЗУ, їхній рівень усе ще суттєво відстає від середньоєвропейських показників і часто не відповідає реальній складності та відповідальності професії. Особливо гостро це проявляється в комунальних закладах, де розмір оплати праці співробітників сфери охорони здоров'я є недостатнім для забезпечення гідного рівня життя. Обмежені можливості соціального страхування, відсутність стабільного соціального пакету, проблеми з доступом до житла знижують престиж професії та демотивують співробітників сфери охорони здоров'я [18]. У результаті формується “витік мотивації”: працівники або залишають систему, або поєднують кілька місць роботи, що погіршує баланс між працею і відпочинком, підвищує частоту понаднормових годин та посилює ризики хронічної втоми. З позицій публічного управління важливим є не лише рівень оплати, а і прозорість механізмів преміювання, справедливість розподілу доплат, наявність стимулів для роботи у складних умовах (сільська місцевість, прифронтові території), а також гарантії соціального захисту й безпеки.

Вагомим блоком проблем є недосконалість організаційно-управлінських процесів у закладах охорони здоров'я. Система управління часто залишається бюрократизованою, орієнтованою на звітність, а не на результат. Неефективний розподіл обов'язків, відсутність сучасних методів управління персоналом, низький рівень комунікації між керівництвом і співробітниками сфери охорони здоров'я формують атмосферу напруги та незацікавленості у спільному досягненні цілей. Недостатньо розвинені системи оцінки ефективності праці та зворотного зв'язку позбавляють співробітників можливості бачити результати своєї діяльності та отримувати належне визнання [37]. Управлінська слабкість також проявляється у відсутності процедур планування навантаження (оцінка реального потоку пацієнтів, розподіл задач між змінами, алгоритми взаємозаміни), а також у нестачі інструментів управління змінами при впровадженні нових технологій. За таких умов навіть обмежені ресурси використовуються менш ефективно, а організаційні “втрати часу” збільшують перевантаження персоналу.

Умови праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я у багатьох закладах залишаються далекими від належних. Застаріла матеріально-технічна база, недостатнє забезпечення обладнанням, медикаментами та засобами захисту, недотримання сучасних санітарно-гігієнічних стандартів створюють ризики як для пацієнтів, так і для співробітників сфери охорони здоров'я. У більшості закладів охорони здоров'я, особливо комунальних, відсутні повноцінно облаштовані приміщення для відпочинку під час чергувань, кімнати психологічного розвантаження або рекреаційні зони. Графіки роботи та чергувань нерідко формуються без достатнього урахування фізіологічних можливостей співробітників, що порушує біоритми, знижує концентрацію уваги та підвищує ризик професійних помилок [17]. Важливо, що якість умов відпочинку визначається не лише наявністю приміщення, а й фактичною можливістю ним скористатися: при дефіциті персоналу перерви можуть існувати “на папері”, але бути недоступними в реальному режимі роботи. Окремим аспектом є безпека праці: ризики інфекційних уражень,

контакт із біологічними матеріалами, фізичні навантаження, а також інциденти агресії з боку пацієнтів чи відвідувачів потребують управлінських протоколів захисту та підтримки персоналу.

Суттєвим викликом є високий рівень професійного та емоційного навантаження. Співробітники сфери охорони здоров'я постійно стикаються з критичними станами пацієнтів, людським болем, смертю, потребою приймати відповідальні рішення в умовах обмеженого часу. У поєднанні з нестачею відпочинку, тривалими змінами, нічними чергуваннями та відсутністю системної психологічної підтримки це призводить до хронічного стресу та професійного вигорання [60]. Під час пандемії COVID-19 ці проблеми проявилися особливо гостро: значна частина співробітників сфери охорони здоров'я працювала понаднормово, без належних засобів індивідуального захисту та можливостей для повноцінного відновлення сил. В умовах воєнного стану до цих чинників додалися нові ризики – робота в умовах обстрілів, евакуація пацієнтів, дефіцит ресурсів, що ще більше посилює психоемоційне навантаження [53]. У таких обставинах зростає значення управління втому: обмеження надмірної тривалості змін, ротації у високонавантажених підрозділах, організація короткострокового відновлення під час чергувань, протоколи підтримки після критичних інцидентів. Без таких механізмів професійне вигорання набуває системного характеру і впливає на відтворення кадрового потенціалу.

Технологічні зміни та цифровізація медицини також мають подвійний ефект. З одного боку, електронна система охорони здоров'я, цифрові медичні записи, телемедицина та аналітичні платформи підвищують ефективність роботи, скорочують рутинні операції та покращують доступ до інформації. З іншого боку, вони вимагають від співробітників сфери охорони здоров'я нових цифрових компетенцій, адаптації до роботи з інформаційними системами, що створює додаткове навантаження, особливо для старших фахівців. Недостатній рівень цифрової грамотності, брак навчання та технічної підтримки можуть породжувати опір до інновацій і знижувати ефективність їх використання.

Управлінський ризик полягає в тому, що цифровізація без оптимізації процесів може збільшити адміністративну роботу, якщо зберігається паралельне ведення паперової документації або дублювання звітності. Тому цифрові рішення мають супроводжуватися навчанням, стандартизацією шаблонів, техпідтримкою і перерозподілом нефахових задач, щоб технології реально розвантажували персонал.

Важливим чинником є можливості професійного розвитку. Безперервна освіта, підвищення кваліфікації та доступ до сучасних знань є основою підтримання високого рівня професійної компетентності. Однак система післядипломної освіти в Україні часто зорієнтована на формальне проходження курсів, а не на реальне оновлення навичок [9]. Обмежене фінансування навчальних програм, відсутність чітких мотиваційних механізмів з боку роботодавців і низька залученість до міжнародних освітніх ініціатив стримують розвиток співробітників сфери охорони здоров'я. Також важливо, щоб навчання не перетворювалося на додаткове навантаження поза робочим часом: управлінські рішення мають передбачати інтеграцію навчальних активностей у графіки, можливість коротких модульних форматів, наставництво та підтримку молодих фахівців у період адаптації. Професійний розвиток управлінської ланки (керівники відділень, старші медсестри) є окремою умовою підвищення ефективності праці, оскільки саме вони впливають на мікроорганізацію режиму праці та відпочинку.

До соціально-психологічних факторів належать рівень мотивації, морально-психологічний клімат у колективі, ставлення керівництва, відчуття справедливості та визнання. Для співробітників сфери охорони здоров'я важливо не лише отримувати гідну оплату праці, а й відчувати повагу з боку суспільства. На жаль, у сучасних умовах мають місце випадки агресії або недовіри з боку пацієнтів, що посилює емоційний тиск і погіршує моральний стан колективів. Підвищення престижу медичної професії, формування культури вдячності та позитивного іміджу закладів охорони здоров'я є важливими передумовами підвищення ефективності праці співробітників сфери

охорони здоров'я. Разом із тим на рівні закладу потрібні конкретні механізми підтримки: регулярний зворотний зв'язок, протоколи вирішення конфліктів, внутрішні практики визнання, запобігання психологічному насильству на робочому місці та забезпечення безпечних каналів повідомлення про проблеми.

Зовнішні виклики, пов'язані з економічною нестабільністю, воєнними діями, інфляцією та руйнуванням медичної інфраструктури, додатково ускладнюють умови праці. Багато закладів охорони здоров'я вимушені скорочувати штат, обмежувати витрати на матеріально-технічне забезпечення та соціальні програми для співробітників сфери охорони здоров'я. Особливо складна ситуація у прифронтових і деокупованих територіях, де співробітники сфери охорони здоров'я працюють у зоні підвищеного ризику, але нерідко без належного соціального та правового захисту [20]. У таких умовах підвищується значення кризового менеджменту: плани безперервності роботи, резервні графіки, організація умов відновлення під час тривалих змін, логістика евакуації та взаємодія з іншими службами. Відсутність системних рішень призводить до різкого зростання навантаження та втрати керованості робочих процесів.

Сукупність зазначених проблем дозволяє виокремити низку ключових груп факторів (рис. 2.2), які визначають умови праці, відпочинку та ефективність трудової діяльності співробітників сфери охорони здоров'я:

- Матеріально-фінансові фактори – рівень заробітної плати, соціальні гарантії, фінансування закладів, доступ до сучасного обладнання.
- Організаційні фактори – система управління персоналом, графік роботи та чергувань, кадрова політика, можливості кар'єрного зростання, наявність приміщень для відпочинку.
- Психологічні фактори – рівень задоволення роботою, морально-психологічний клімат, наявність емоційної підтримки, ставлення суспільства.
- Правові фактори – дотримання трудових прав, наявність реальних механізмів захисту, виконання законодавчих гарантій і стандартів безпеки праці.

- Соціальні фактори – престиж професії, умови життя, ставлення громади до співробітників сфери охорони здоров'я.
- Технологічні фактори – рівень цифровізації процесів, автоматизація рутинних завдань, доступ до медичних інформаційних систем.

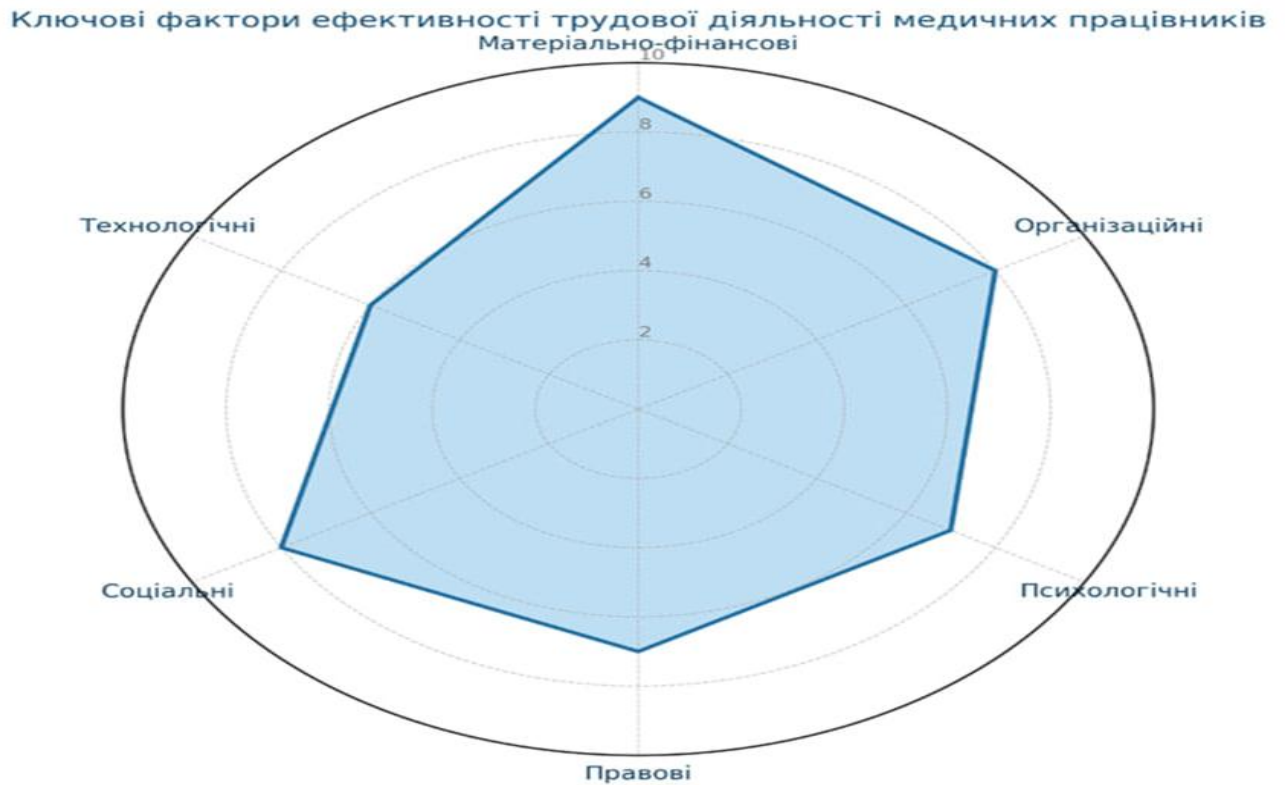


Рис. 2.2 – Діаграма ключових факторів ефективності трудової діяльності співробітників сфери охорони здоров'я

Взаємодія цих факторів формує загальний рівень ефективності трудової діяльності в медичній галузі. Ігнорування хоча б одного з них призводить до дисбалансу всієї системи: зниження мотивації, зростання кадрових втрат і погіршення якості медичних послуг [49]. Разом із тим ефективна політика має враховувати, що різні фактори потребують різних інструментів управління: фінансові – бюджетних і стимулюючих механізмів; організаційні – управління процесами й навантаженням; психологічні – програм підтримки та культури безпеки; правові – дієвих процедур захисту; соціальні – комунікаційних стратегій і зміцнення престижу; технологічні – цифрових рішень, які реально

зменшують рутинну роботу. Отже, підвищення ефективності праці співробітників сфери охорони здоров'я можливе лише за умов комплексного підходу, який поєднує підвищення рівня оплати праці, покращення організації умов праці та відпочинку, розвиток професійного потенціалу, посилення психологічної підтримки, забезпечення безпеки персоналу та відновлення суспільного престижу медичної професії, а також створення системи моніторингу показників, що дозволяє оцінювати результати управлінських дій у динаміці.

### **2.3 Стан формування системи оцінки умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я в Україні**

Ефективне публічне управління у сфері охорони здоров'я передбачає не лише регулювання організації медичної допомоги, а й системний моніторинг умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я як фактора стійкості медичної системи. Саме на основі такої оцінки можуть прийматися обґрунтовані управлінські рішення щодо профілактики професійного вигорання, зниження плинності кадрів, удосконалення організації робочого часу та покращення якості медичних послуг. Водночас аналіз нормативно-правової бази та практики управління показує, що в Україні поки що не сформовано єдиної цілісної системи оцінки умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я, а наявні підходи мають фрагментарний і переважно формально-контрольний характер. Це означає, що оцінювання здебільшого фіксує відповідність мінімальним нормам, але не забезпечує управління ризиками перевтоми, емоційного виснаження, кадрових втрат і падіння якості роботи. За таких умов державна політика і управлінські рішення спираються на неповні дані, а проблеми стають видимими лише постфактум – через зростання звільнень, лікарняних або конфліктів у колективах

Додатковою особливістю є багаторівневність управління умовами праці та відпочинку. На державному рівні задаються загальні правила (трудове законодавство, охорона праці, політики у сфері охорони здоров'я), на регіональному та місцевому рівнях – формується ресурсна та організаційна база (мережа закладів, фінансування інфраструктурних рішень, кадрові програми), а на рівні конкретного закладу – приймаються щоденні управлінські рішення щодо графіків, чергувань, розподілу навантаження, організації перерв і доступності відновлення. Відсутність єдиної системи оцінки призводить до того, що кожен рівень управління бачить лише частину картини, а управлінські впливи не узгоджуються між собою.

Нормативно-правові акти, такі як Кодекс законів про працю України, Закон України «Про охорону праці», Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», встановлюють загальні вимоги до безпечних і нешкідливих умов праці, тривалості робочого часу та часу відпочинку, гарантій відпусток і компенсацій за роботу в шкідливих умовах. Проте ці норми мають загальний характер і не містять спеціалізованих стандартів оцінки умов праці та відпочинку саме співробітників сфери охорони здоров'я, діяльність яких пов'язана з високою емоційною та фізичною напругою [54]. У медичній сфері важливими є специфічні ризики: інтенсивні нічні чергування, робота в режимі дефіциту часу, контакт із біологічними небезпеками, морально-психологічне навантаження, висока відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів, а також ризики конфліктів та агресії. Тому оцінка умов праці має охоплювати не лише “безпечність” робочого місця, а й параметри організації роботи, що визначають здатність персоналу відновлюватися та зберігати професійну працездатність.

На практиці оцінка умов праці у закладах охорони здоров'я здійснюється переважно через:

- атестацію робочих місць за умовами праці;
- планові перевірки органів Держпраці;
- внутрішній контроль з боку служби охорони праці;
- медичні огляди співробітників сфери охорони здоров'я;

– частково – в межах акредитації закладів та внутрішнього аудиту якості медичної допомоги.

Ці інструменти дозволяють оцінити відповідність умов праці мінімальним нормативним вимогам (освітлення, вентиляція, наявність засобів індивідуального захисту, дотримання санітарно-гігієнічних норм тощо), але практично не охоплюють системну оцінку організації відпочинку, рівня професійного навантаження, психоемоційного стану співробітників сфери охорони здоров'я та їхньої задоволеності трудовим середовищем [19]. Вони здебільшого фіксують “наявність/відсутність порушення”, однак не відповідають на питання управління персоналом: чи є графіки фізіологічно раціональними; чи має працівник реальну можливість перерв; як розподілені нічні зміни; чи існують механізми заміни у разі перевтоми; чи доступні простори відновлення під час чергування. Через це керівництво закладів, органи місцевого самоврядування та державні інституції не мають порівнюваних даних для пріоритизації інвестицій та кадрових рішень.

Окремим напрямом є оцінка якості медичної допомоги, яку здійснюють Національна служба здоров'я України, органи місцевого самоврядування та керівництво закладів. Проте більшість показників (обсяги наданих послуг, летальність, повторні госпіталізації, задоволеність пацієнтів) спрямовані на оцінку результатів лікування, а не умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Таким чином, зв'язок між якістю лікування та станом трудового середовища залишається переважно імпліцитним і не відображається у формалізованих системах оцінювання [50]. Відсутність такого зв'язку у показниках означає, що навіть за погіршення стану персоналу система управління може не мати “сигналів тривоги” до моменту, коли виникають кадрові провали та зниження якості послуг. Для комплексного управління доцільним є розгляд умов праці як передумови безпеки пацієнта: перевтома і вигорання підвищують ризик помилок, ускладнюють комунікацію та зменшують стійкість команд. У частині збору зворотного зв'язку від співробітників сфери охорони здоров'я ситуація також є неоднорідною. У низці

закладів проводяться анонімні опитування щодо задоволеності умовами праці, графіками роботи, взаєминами в колективі, однак такі практики не є обов'язковими, не стандартизовані й часто мають епізодичний характер [8]. Результати опитувань не завжди інтегруються у систему стратегічного управління персоналом, а зауваження співробітників сфери охорони здоров'я нерідко залишаються без належної управлінської реакції. Це знижує довіру до процедур оцінювання та формує відчуття формальності участі співробітників у процесі прийняття рішень. Крім того, за відсутності гарантованої конфіденційності та зрозумілих каналів реагування персонал може уникати відвертих відповідей, що погіршує якість даних і знижує можливість точного виявлення проблемних зон у закладі.

Суттєвою проблемою є відсутність єдиних показників та індикаторів, які дозволяли б на загальнодержавному рівні моніторити умови праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Не запроваджено систематичний збір даних щодо:

- фактичної тривалості змін і кількості понаднормових годин;
- забезпеченості приміщеннями для відпочинку під час чергувань;
- рівня психоемоційного виснаження та поширеності професійного вигорання;
- суб'єктивної оцінки співробітниками сфери охорони здоров'я можливості повноцінного відновлення між змінами [38].

Водночас для формування системної оцінки необхідно використовувати індикатори, згруповані за блоками “ресурси – процеси – наслідки”. До ресурсних індикаторів доцільно віднести укомплектованість штатів, співвідношення “планова чисельність/фактична”, доступність приміщень для відпочинку та базових побутових умов, наявність програм підтримки персоналу. Процесні індикатори мають відображати організацію праці: кількість нічних змін на одного працівника, регулярність перерв, рівномірність розподілу навантаження між підрозділами, обсяг адміністративних задач, частоту позапланових викликів. Результативні індикатори включають

плинність кадрів і причини звільнень, рівень лікарняних, частоту травматизму, конфлікти в колективах, а також узагальнені показники емоційного виснаження та задоволеності умовами праці. Упровадження такої структури індикаторів дозволяє не лише констатувати проблему, а й пояснювати її причини та оцінювати ефект управлінських втручань.

Наявні статистичні дані зосереджені переважно на показниках чисельності кадрів, віковій структурі, рівні оплати праці, захворюваності та травматизму. Хоча ці показники опосередковано відображають проблеми умов праці, вони не дають можливості сформувати цілісну картину щодо балансу між роботою і відпочинком, організації побутових умов, доступу до психологічної підтримки тощо. Крім того, такі дані часто не деталізовані до рівня підрозділів, хоча ризики перевантаження можуть суттєво відрізнятися між приймальними відділеннями, відділеннями інтенсивної терапії, хірургічними службами або первинною ланкою. Відсутність деталізації обмежує можливість точкового управління і призводить до “усереднених” рішень, які не вирішують проблеми в найбільш навантажених ланках [25].

Важливим обмеженням є також низький рівень цифровізації процесів оцінювання. Більшість даних щодо умов праці фіксуються у паперовій формі, що ускладнює їх агрегування, аналіз у динаміці та використання для ухвалення управлінських рішень. Відсутність інтегрованих інформаційних систем, які б поєднували кадрову інформацію, дані про навантаження, захворюваність, результати опитувань та показники кадрової плинності, не дозволяє органам публічного управління своєчасно ідентифікувати ризики та моделювати наслідки управлінських рішень [34]. Уніфікація цифрового збору даних важлива також для забезпечення порівнюваності показників між закладами та регіонами. Без автоматизації складно забезпечити регулярність моніторингу, а управлінські рішення залишаються переважно інтуїтивними, а не доказовими.

Таким чином, можна констатувати, що в Україні відсутня стандартизована національна система оцінки умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Наявні механізми – атестація робочих

місць, контроль з боку Держпраці, внутрішні перевірки, поодинокі опитування – виконують переважно контрольну функцію і орієнтовані на дотримання мінімально необхідних нормативів, а не на комплексну оцінку трудового середовища з позицій збереження здоров'я, профілактики вигорання та підтримки балансу між працею і відпочинком. Унаслідок цього система оцінювання не працює як інструмент профілактики: вона не забезпечує ранніх сигналів про наростання перевантаження і не формує підстави для ресурсних та кадрових рішень. У цьому контексті завдання публічного управління полягає у переході від фрагментарних, переважно формальних процедур оцінювання до цілісної, показниково орієнтованої системи моніторингу, яка б:

- включала стандартизовані індикатори умов праці та відпочинку;
- ґрунтувалася на регулярному зборі як об'єктивних, так і суб'єктивних даних;
- була інтегрована в цифрові інформаційні системи;
- безпосередньо впливала на формування державної політики та управлінських рішень на рівні закладів охорони здоров'я.

Для забезпечення практичної дієвості такої системи доцільно передбачити управлінський цикл “дані – аналіз – дія – контроль результату”: встановлення порогових значень (наприклад, допустимий рівень понаднормових годин або частоти нічних змін), формування планів коригувальних заходів для закладів і регіонів, а також повторну оцінку після впровадження змін. Важливо визначити відповідальних суб'єктів на кожному рівні управління і забезпечити механізм реагування: коли показник свідчить про ризик, має запускатися не лише “звіт”, а управлінське рішення (корекція графіків, посилення команди, перерозподіл процесів, інвестиції в інфраструктуру відпочинку або програми підтримки персоналу).

Саме від створення такої системи оцінки залежить можливість впровадження дієвих заходів щодо покращення умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я, що в подальшому стане основою для підвищення стійкості та ефективності всієї системи охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ НАЛЕЖНИХ УМОВ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ СПІВРОБІТНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1 Інноваційні підходи у забезпеченні належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я**

Сучасні трансформації в системі охорони здоров'я України, зумовлені реформами, цифровізацією, пандемією COVID-19 та умовами воєнного стану, актуалізують необхідність пошуку інноваційних підходів до забезпечення належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Традиційні моделі організації роботи, орієнтовані на жорсткий графік, високі навантаження та мінімальну увагу до психоемоційного стану персоналу, продемонстрували обмеженість і низьку адаптивність у ситуаціях швидких змін і криз [28]. У цьому контексті інноваційні управлінські, організаційні та технологічні рішення мають розглядатися не як «додаткові опції», а як інструменти підвищення стійкості закладів, збереження кадрового потенціалу, попередження перевтоми та зниження ризиків для якості й безпеки медичної допомоги.

Одним із пріоритетних напрямів є впровадження гнучких моделей організації робочого часу співробітників сфери охорони здоров'я. Йдеться не лише про формальну зміну графіків, а про управління навантаженням на основі даних: прогнозування піків звернень, планування змін за принципом «потреба–ресурс», балансування нічних чергувань, введення ротації між підрозділами з високою інтенсивністю роботи та підрозділами з більш стабільним темпом. Практично це може включати: змінні графіки з «вікнами відновлення», скорочені зміни для працівників у групах підвищеного ризику виснаження, чергування з обов'язковими перервами, можливість обміну змінами через

регламентовану процедуру, а також поєднання стаціонарної роботи з дистанційною діяльністю (ведення документації, участь у консилиумах, онлайн-наради, дистанційні консультації) [35]. Для України адаптація таких моделей потребує перегляду внутрішніх положень закладів, посилення ролі середньої управлінської ланки (завідувачі відділень, старші медсестри) у плануванні змін, а також застосування електронних систем складання графіків, які враховують кваліфікацію, нормативні обмеження, відпустки та фактичне навантаження.

Ефективним інноваційним підходом є впровадження систем управління втомою (*fatigue management*) як елементу ризик-менеджменту закладу. Такі системи можуть передбачати правила максимального безперервного робочого часу, обмеження кількості нічних змін поспіль, алгоритм заміни працівника при критичних ознаках перевтоми, стандартизовані протоколи передачі зміни (*handover*) для зниження помилок, а також використання коротких «мікропауз» у високонавантажених підрозділах. Управлінський сенс полягає в тому, що відпочинок і відновлення розглядаються як частина безпеки пацієнта і як умова стабільної продуктивності персоналу, а не як приватне питання працівника.

Важливим нововведенням є перехід від індивідуалістичної до командної моделі організації праці. Формування мультидисциплінарних команд (лікарі різних спеціальностей, медсестринський персонал, психологи, соціальні працівники, адміністратори, фахівці з реабілітації) дозволяє рівномірніше розподіляти навантаження, скорочувати «вузькі місця» у процесах, підвищувати якість комунікації та зменшувати стрес, пов'язаний із прийняттям складних рішень [32]. Практична реалізація командного підходу включає: чіткий розподіл ролей і протоколів взаємодії, регулярні короткі командні брифінги, механізми взаємозаміни в межах компетенцій, делегування частини нефахових завдань адміністративним працівникам, а також впровадження маршрутів пацієнта та стандартизованих клінічних шляхів, що зменшує хаотичність роботи. Командна модель також створює умови для планованого відпочинку: наявність взаємозаміни та прозорого розподілу функцій знижує залежність процесів від одного «перевантаженого» працівника.

Окремим напрямом є оптимізація розподілу завдань (task shifting) у межах законодавчо дозволених компетенцій, що дає змогу зменшити перевантаження лікарів і підвищити ефективність використання персоналу. Це може включати розширення ролі медсестринського персоналу у веденні стандартних процедур, залучення координаторів пацієнтів, медичних реєстраторів, операторів кол-центрів, а також спеціалістів із ведення документації. У поєднанні з командною моделлю це знижує адміністративне навантаження і вивільняє час для клінічної роботи та відновлення.

Суттєвий потенціал для покращення умов праці й відпочинку має цифровізація управлінських та клінічних процесів. Важливо акцентувати, що цінність цифровізації для персоналу вимірюється не кількістю систем, а скороченням часу на рутинні операції та зменшенням дублювання дій. До дієвих рішень належать: електронні медичні записи з уніфікованими шаблонами, електронний документообіг, автоматизація типових форм, електронні направлення, інтегровані системи управління закладом, а також автоматизоване формування графіків чергувань з урахуванням обмежень і потреб [45]. Окремої уваги потребує телемедицина та дистанційні формати взаємодії: асинхронні консультації, дистанційні консиліуми, електронні платформи для взаємодії між рівнями допомоги, що дозволяє оптимізувати логістику і зменшити потребу в фізичній присутності персоналу у закладі там, де це допустимо клінічно. Разом з тим цифрові рішення мають супроводжуватися навчанням персоналу, технічною підтримкою та усуненням паралельної «паперової» звітності, інакше цифровізація може трансформуватися у додаткове навантаження замість розвантаження.

Інновації мають охоплювати і просторово-ергономічну організацію робочого середовища. Сучасний підхід передбачає аудит робочих процесів і переміщень (логістика між кабінетами, доступність обладнання, організація робочих зон), після чого здійснюється перепланування з метою зменшення зайвих кроків, шуму, черг і «конфліктів потоків». Окремим компонентом є створення інфраструктури відновлення: кімнати відпочинку, простори для

короткого сну під час нічних чергувань, зони для прийому їжі, душеві, тихі кімнати психологічного розвантаження, а також мінімальні умови для відновлення в кризових ситуаціях [23]. Ергономічні рішення включають регульовані робочі місця, якісне освітлення, зниження шумового навантаження, безпечні маршрути переміщення, доступність засобів індивідуального захисту та профілактику травматизму. Критично важливо, щоб ці рішення були прив'язані до реальних режимів роботи: кімната відпочинку має бути не «формальною», а доступною у графіку та забезпеченою механізмами заміни персоналу на час короткого відновлення.

Значну роль відіграють програми корпоративного добробуту (well-being programs), орієнтовані на підтримку фізичного та психоемоційного здоров'я співробітників сфери охорони здоров'я. Для уникнення формальності такі програми мають бути вбудовані в кадрову політику: регулярні психологічні консультації, супервізії та групи підтримки для підрозділів високого ризику, навчання менеджерів навичкам раннього виявлення вигорання, програми зменшення стресу, протоколи підтримки після критичних інцидентів, а також планування додаткових днів відновлення після інтенсивних періодів [40]. Інноваційність полягає в управлінському дизайні: визначення цільових груп, періодичності, критеріїв ефективності, конфіденційності та відповідальних осіб. Для українського контексту важливим є також розвиток психологічної допомоги в умовах тривалої небезпеки та хронічної напруги, включно з елементами «психологічної першої допомоги» в закладах.

Сучасні підходи до управління персоналом передбачають посилення участі співробітників сфери охорони здоров'я в ухваленні рішень щодо умов праці та відпочинку. Партисипативне управління доцільно реалізовувати через конкретні механізми: комітети з безпеки та благополуччя персоналу, регулярні зустрічі з керівництвом за структурою «проблема–пропозиція–рішення», залучення представників підрозділів до планування змін у графіках, тестування нових технологій та перепланування простору, а також процедури розгляду звернень із визначеними строками реагування [10]. Управлінський ефект

полягає у зниженні конфліктності, підвищенні довіри та формуванні реалістичних рішень, які враховують «польову» специфіку роботи.

Інноваційним напрямом є використання інструментів HR-аналітики та моніторингу благополуччя співробітників сфери охорони здоров'я. Практична цінність HR-аналітики полягає в ранньому виявленні «зон ризику» та можливості цілеспрямованих інтервенцій. До набору даних доцільно включати: понаднормові години, частоту нічних змін, лікарняні та їх динаміку, плинність кадрів і причини звільнень, участь у навчанні, результати анонімних опитувань щодо втоми/стресу, показники конфліктів і скарг, а також індикатори доступності відпочинку (фактичне користування відпочинковими зонами, можливість перерв) [29]. На базі цих даних можуть формуватися дашборди для керівництва та регіональних органів управління, з автоматичними сигналами при погіршенні показників. Важливо, щоб аналітика була пов'язана з планом дій: якщо показник «перевантаження» зростає, має запускатися алгоритм корекції графіків, кадрових ротацій або зміни процесів.

Особливе значення мають інновації в системі професійного розвитку, безпосередньо пов'язані з умовами праці та відпочинку. Дистанційне навчання, симуляційні тренінги, короткі модульні курси, внутрішні клінічні розбори та наставництво дозволяють інтегрувати розвиток у робочий процес без збільшення «позаробочого» навантаження [47]. Управлінська умова включення навчання в планування змін (навчальні години у графіку), надання навчальних відпусток або компенсаторних механізмів, а також розвиток управлінських компетенцій у керівників підрозділів (організація праці, комунікації, управління змінами, профілактика вигорання). Без управлінської підготовки середньої ланки складно забезпечити сталість інновацій, навіть якщо вони формально запроваджені.

Інноваційні підходи також пов'язані з розвитком культури підтримки та визнання праці співробітників сфери охорони здоров'я. Нематеріальне стимулювання має бути системним: програми наставництва, внутрішні механізми визнання досягнень, підтримка професійних ініціатив, прозорі

правила розподілу додаткових виплат і навантаження, а також управління конфліктами й профілактика психологічного насильства на робочому місці [31]. Окремо варто виокремити заходи з безпеки персоналу у взаємодії з пацієнтами та відвідувачами (протоколи деескалації, організаційні правила в приймальних відділеннях, підтримка після інцидентів), що прямо впливає на психоемоційний стан і відчуття захищеності.

В умовах воєнного стану інновації повинні включати й елементи кризового менеджменту праці та відпочинку: резервні графіки, організацію відновлення під час тривалих чергувань, мінімальні стандарти побутових умов в укриттях, безперервність критичних процесів при перебоях електропостачання, а також сценарне планування кадрових ризиків. Такі рішення мають бути закріплені в планах безперервності роботи закладу, що дозволяє знизити хаос у кризові періоди та зберегти ресурс персоналу.

Отже, інноваційні підходи у забезпеченні належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я охоплюють конкретний набір управлінських, організаційних, просторових і технологічних рішень: гнучке планування змін і управління втому; командні моделі та оптимізацію розподілу завдань; цифровізацію, що зменшує рутинне навантаження; ергономічну організацію середовища та інфраструктуру відновлення; системні програми благополуччя; партисипативне управління; HR-аналітику як інструмент раннього попередження ризиків; професійний розвиток, інтегрований у робочий час; культуру підтримки та безпеки персоналу. Їх спільною рисою є орієнтація на благополуччя працівника як фактор стійкості закладу та якості медичної допомоги. Запровадження таких підходів потребує не лише ініціативи керівництва окремих закладів, а й підтримки з боку органів публічного управління, удосконалення нормативно-правової бази, ресурсного забезпечення та прив'язки до уніфікованих механізмів моніторингу й оцінки результатів, що дозволить забезпечити масштабованість і сталість інноваційних змін.

### **3.2 Удосконалення механізмів публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я**

Ефективне публічне управління у сфері охорони здоров'я передбачає не лише регулювання організації медичної допомоги, а й системний моніторинг умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я як ключового ресурсу стійкості медичної системи. Саме на основі такої оцінки можуть прийматися обґрунтовані управлінські рішення щодо профілактики професійного вигорання, зниження плинності кадрів, удосконалення організації робочого часу та покращення якості медичних послуг [43]. Водночас аналіз нормативно-правової бази та практики управління показує, що в Україні поки що не сформовано єдиної цілісної системи оцінки умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я, а наявні підходи мають фрагментарний і переважно формально-контрольний характер. Наслідком цього є ситуація, коли окремі елементи безпеки праці можуть перевірятися, але комплексний взаємозв'язок між навантаженням, відновленням, психоемоційним станом персоналу та якістю медичної допомоги залишається недостатньо відображеним у управлінських інструментах.

Нормативно-правові акти, такі як Кодекс законів про працю України, Закон України «Про охорону праці», Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», встановлюють загальні вимоги до безпечних і нешкідливих умов праці, тривалості робочого часу та часу відпочинку, гарантій відпусток і компенсацій за роботу в шкідливих умовах. Проте ці норми мають загальний характер і не містять спеціалізованих стандартів оцінки умов праці та відпочинку саме співробітників сфери охорони здоров'я, діяльність яких пов'язана з високою емоційною та фізичною напругою [13]. У медичній сфері критично важливими є специфічні ризики (інтенсивні чергування, робота в нічний час, контакт із біологічними небезпеками, психологічні навантаження, ризики насильства з боку пацієнтів/відвідувачів, моральна травматизація), що потребує виокремлення спеціальних індикаторів і процедур оцінювання.

Відсутність таких стандартизованих підходів призводить до різноманітності практик між закладами, регіонами та типами медичних установ, а також ускладнює порівняння та стратегічне планування на національному рівні.

На практиці оцінка умов праці у закладах охорони здоров'я здійснюється переважно через:

- атестацію робочих місць за умовами праці;
- планові перевірки органів Держпраці;
- внутрішній контроль з боку служби охорони праці
- медичні огляди співробітників сфери охорони здоров'я;
- частково – в межах акредитації закладів та внутрішнього аудиту якості

медичної допомоги.

Ці інструменти дозволяють оцінити відповідність умов праці мінімальним нормативним вимогам (освітлення, вентиляція, наявність засобів індивідуального захисту, дотримання санітарно-гігієнічних норм тощо), але практично не охоплюють системну оцінку організації відпочинку, рівня професійного навантаження, психоемоційного стану співробітників сфери охорони здоров'я та їхньої задоволеності трудовим середовищем [19]. Внаслідок цього «оцінювання» часто фіксує наявність/відсутність порушень, але не дає відповіді на управлінські питання: чи є графіки роботи фізіологічно раціональними; чи має персонал реальний час на перерви; наскільки поширені симптоми виснаження; чи забезпечено відновлення між змінами; які підрозділи перебувають у зоні критичного кадрового ризику.

Окремим напрямом є оцінка якості медичної допомоги, яку здійснюють Національна служба здоров'я України, органи місцевого самоврядування та керівництво закладів. Проте більшість показників (обсяги наданих послуг, летальність, повторні госпіталізації, задоволеність пацієнтів) спрямовані на оцінку результатів лікування, а не умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Таким чином, зв'язок між якістю лікування та станом трудового середовища залишається переважно імпліцитним і не відображається у формалізованих системах оцінювання [16]. Водночас у сучасному публічному

управлінні дедалі більшої ваги набуває підхід, за яким якість і безпека медичної допомоги розглядаються у взаємозв'язку з благополуччям персоналу: перевтома, дефіцит відновлення та вигорання підвищують імовірність помилок, погіршують комунікацію та знижують стійкість організації.

У частині збору зворотного зв'язку від співробітників сфери охорони здоров'я ситуація також є неоднорідною. У низці закладів проводяться анонімні опитування щодо задоволеності умовами праці, графіками роботи, взаєминами в колективі, однак такі практики не є обов'язковими, не стандартизовані й часто мають епізодичний характер. Додатковою проблемою є обмежена якість інструментарію: у багатьох випадках анкети не дозволяють вимірювати динаміку ризиків, рівень емоційного виснаження чи відчуття справедливості розподілу навантаження, а результати опитувань не завжди інтегруються у систему стратегічного управління персоналом. Зауваження співробітників сфери охорони здоров'я нерідко залишаються без належної управлінської реакції, що знижує довіру до процедур оцінювання та формує відчуття формальності участі співробітників у процесі прийняття рішень. Важливим аспектом є також організаційна культура: за відсутності безпечних каналів комунікації персонал може уникати відвертих відповідей через страх санкцій або недовіру до конфіденційності.

Суттєвою проблемою є відсутність єдиних показників та індикаторів, які дозволяли б на загальнодержавному рівні моніторити умови праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я [15]. Не запроваджено систематичний збір даних щодо:

- фактичної тривалості змін і кількості понаднормових годин;
- забезпеченості приміщеннями для відпочинку під час чергувань;
- рівня психоемоційного виснаження та поширеності професійного вигорання;
- суб'єктивної оцінки співробітниками сфери охорони здоров'я можливості повноцінного відновлення між змінами [33].

Разом із тим, для формування повноцінної системи оцінки доцільним є розширення набору індикаторів за кількома блоками. По-перше, кадрові індикатори (плинність кадрів за категоріями персоналу, частка вакансій, середня тривалість закриття вакансій, співвідношення «штат/фактична зайнятість», рівень внутрішньої ротації). По-друге, індикатори робочого часу та навантаження (частота нічних змін, середня кількість чергувань на одного працівника, порушення режиму перерв, частота викликів у вихідні, рівень адміністративного навантаження). По-третє, індикатори безпеки та професійних ризиків (травматизм, інциденти, пов'язані з біологічними ризиками, забезпеченість ЗІЗ, наявність навчань з безпеки). По-четверте, психосоціальні індикатори (вигорання, стрес, моральна травматизація, випадки конфліктів/насильства, рівень підтримки з боку керівництва). По-п'яте, індикатори умов відновлення (наявність і доступність кімнат відпочинку, можливість короткострокового відпочинку під час чергувань, доступ до психологічної допомоги, програми підтримки персоналу). Саме такий багатовимірний підхід дозволяє перейти від формального контролю до управління ризиками та поліпшеннями.

Наявні статистичні дані зосереджені переважно на показниках чисельності кадрів, віковій структурі, рівні оплати праці, захворюваності та травматизму. Хоча ці показники опосередковано відображають проблеми умов праці, вони не дають можливості сформувати цілісну картину щодо балансу між роботою і відпочинком, організації побутових умов, доступу до психологічної підтримки тощо. Крім того, такі дані часто не деталізуються до рівня підрозділів, де ризики можуть суттєво відрізнятися (наприклад, відділення інтенсивної терапії, приймальне відділення, хірургічні служби).

Важливим обмеженням є також низький рівень цифровізації процесів оцінювання. Більшість даних щодо умов праці фіксуються у паперовій формі, що ускладнює їх агрегування, аналіз у динаміці та використання для ухвалення управлінських рішень [51]. Відсутність інтегрованих інформаційних систем, які б поєднували кадрову інформацію, дані про навантаження, захворюваність,

результати опитувань та показники кадрової плинності, не дозволяє органам публічного управління своєчасно ідентифікувати ризики та моделювати наслідки управлінських рішень [58]. У перспективі цифрова підтримка оцінювання може спиратися на інтеграцію кадрових модулів, електронних графіків чергувань, електронних медичних систем (у частині обсягів роботи), а також на стандартизовані електронні опитування персоналу з можливістю порівняння між періодами та підрозділами. Це підвищить доказовість управлінських рішень і забезпечить раннє виявлення «зон ризику» (підрозділів із надмірним навантаженням або високою плинністю).

Додатково слід враховувати, що для України актуальним є кризовий та воєнний контекст, який суттєво змінює умови праці медиків: робота в умовах загроз безпеці, перебої в енергопостачанні, кадрові втрати, переміщення населення та збільшення потреби в медичній допомозі. Це потребує включення в систему оцінювання показників готовності та стійкості закладів: наявність планів безперервності роботи, адаптивність графіків, резерви персоналу, організація базових умов відновлення під час тривалих змін, доступність психологічної підтримки в кризових ситуаціях.

Таким чином, можна констатувати, що в Україні відсутня стандартизована національна система оцінки умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Наявні механізми – атестація робочих місць, контроль з боку Держпраці, внутрішні перевірки, поодинокі опитування – виконують переважно контрольну функцію і орієнтовані на дотримання мінімально необхідних нормативів, а не на комплексну оцінку трудового середовища з позицій збереження здоров'я, профілактики вигорання та підтримки балансу між працею і відпочинком. У результаті управління в цій сфері здебільшого реагує на порушення постфактум, замість того щоб діяти на випередження шляхом аналізу показників і профілактичних заходів.

У цьому контексті завдання публічного управління полягає у переході від фрагментарних, переважно формальних процедур оцінювання до цілісної, показникові-орієнтованої системи моніторингу, яка б:

- включала стандартизовані індикатори умов праці та відпочинку;
- ґрунтувалася на регулярному зборі як об'єктивних, так і суб'єктивних даних;
- була інтегрована в цифрові інформаційні системи;
- безпосередньо впливала на формування державної політики та управлінських рішень на рівні закладів охорони здоров'я.

Доцільно також підкреслити, що ефективність такої системи визначатиметься механізмами її «вбудованості» у цикл управління: дані мають не лише збиратися, а й трансформуватися в управлінські рішення (корекція графіків, кадрові заходи, інвестиції в інфраструктуру відпочинку, програми підтримки персоналу, навчання керівників) [14]. Важливою умовою є визначення відповідальних суб'єктів на кожному рівні (державному, регіональному, рівні закладу), затвердження періодичності моніторингу та публічної звітності, а також забезпечення зворотного зв'язку для співробітників.

Саме від створення такої системи оцінки залежить можливість впровадження дієвих заходів щодо покращення умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я, що в подальшому стане основою для підвищення стійкості та ефективності всієї системи охорони здоров'я.

### **3.3 Формування уніфікованої системи моніторингу та оцінки умов праці й відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я**

Ефективне публічне управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я неможливе без системного, доказового підходу до збору, аналізу та інтерпретації інформації про реальний стан цих умов. На сьогодні моніторинг здійснюється фрагментарно: окремі показники фіксуються у звітності закладів охорони здоров'я, даних Держпраці, статистичних формах та внутрішніх документах, однак відсутня єдина,

уніфікована система, яка дозволяла б комплексно оцінювати умови праці й відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я на державному, регіональному та інституційному рівнях [10]. Це ускладнює прийняття обґрунтованих управлінських рішень, знижує ефективність реалізації державної політики у цій сфері та не дозволяє своєчасно ідентифікувати ризики перевантаження, вигорання, кадрових втрат і погіршення якості медичної допомоги. В умовах реформування системи охорони здоров'я, кадрового дефіциту та підвищених безпекових і психологічних викликів така ситуація створює додаткові загрози для стійкості медичної системи та її здатності підтримувати належний рівень послуг.

Уніфікована система моніторингу та оцінки умов праці й відпочинку має розглядатися як складова загальної системи публічного управління охороною здоров'я, що забезпечує зворотний зв'язок між управлінськими рішеннями та їх реальними наслідками. Її призначення полягає у регулярному зборі, стандартизованому аналізі та інтерпретації даних щодо організації праці, навантаження, режиму відпочинку, інфраструктурних умов, рівня безпеки та психоемоційного стану співробітників сфери охорони здоров'я. На основі цих даних мають формуватися управлінські висновки, рекомендації та коригувальні заходи на всіх рівнях управління [3]. Фактично мова йде про створення керованого циклу: виявлення проблем → планування втручання → реалізація заходів → повторна оцінка результату, що дозволяє перейти від реактивного підходу (усунення наслідків) до проактивного (профілактика ризиків).

Важливо, щоб така система ґрунтувалася на принципах: уніфікованості (однакові показники та правила їх розрахунку), порівнюваності (між закладами, регіонами і в динаміці), регулярності (визначена періодичність збору даних), доказовості (використання верифікованих джерел), людиноцентричності (фокус на здоров'ї та відновленні персоналу), прозорості та підзвітності (зрозумілий порядок звітування і реагування), а також етичності та конфіденційності (захист чутливих даних співробітників). Дотримання цих принципів дає змогу

сформувати довіру до системи моніторингу та забезпечити її практичну корисність для управління.

Концептуально уніфікована система має включати кілька взаємопов'язаних блоків:

- нормативно-методичний,
- інформаційно-аналітичний,
- організаційний,
- технологічний.

Нормативно-методичний блок передбачає розробку єдиних стандартів, показників та критеріїв оцінки умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Йдеться про визначення чітких індикаторів, що можуть бути виміряні та зіставлені у часі й між різними закладами. До таких індикаторів доцільно віднести:

- середню тривалість робочого часу та кількість понаднормових годин;
- кількість нічних чергувань і чергувань під час вихідних та святкових днів;
- забезпеченість співробітників сфери охорони здоров'я приміщеннями для відпочинку, душовими, побутовими кімнатами;
- частоту використання щорічних відпусток у повному обсязі;
- показники захворюваності, пов'язаної з умовами праці (професійні та стрес-асоційовані розлади);
- рівень задоволеності співробітників умовами праці й відпочинку, наявністю психологічної підтримки;
- дані щодо плинності співробітників сфери охорони здоров'я, причини звільнень, пов'язані з умовами праці [28].

Разом із тим, для підвищення аналітичної цінності доцільно розширити систему індикаторів за логікою “вхід–процес–результат”. Вхідні індикатори відображають ресурси (укомплектованість штату, матеріально-побутова інфраструктура, доступність психологічної підтримки). Процесні індикатори фіксують організацію праці (графіки, перерви, інтенсивність чергувань,

адміністративне навантаження, наявність ротацій). Результативні індикатори демонструють наслідки (плинність кадрів, лікарняні, травматизм, зростання конфліктності, самооцінка виснаження). Такий підхід дозволяє відстежувати причинно-наслідкові зв'язки й ефективність конкретних управлінських втручань, а не лише “констатувати стан”.

Окремої уваги потребує методика встановлення порогових значень (цільових орієнтирів) та “сигнальних рівнів”. Наприклад, можуть визначатися межі допустимої частоти нічних чергувань на одного працівника, максимальні значення понаднормових годин, мінімальні стандарти забезпечення кімнатами відпочинку, а також рівні задоволеності персоналу, нижче яких необхідні коригувальні дії. Наявність таких порогів перетворює моніторинг на інструмент управління ризиками: коли показник перетинає “червону лінію”, має запускатися стандартизований механізм реагування.

Інформаційно-аналітичний блок полягає в організації системного збору та обробки даних. Джерелами інформації мають виступати: офіційна статистична звітність закладів, внутрішні HR-системи, результати перевірок Держпраці, дані електронної системи охорони здоров'я, а також анонімні опитування співробітників сфери охорони здоров'я щодо задоволеності умовами праці, рівня стресу та вигорання. Важливо, щоб система передбачала можливість агрегованого аналізу даних як на рівні окремого закладу, так і на регіональному та національному рівнях, із формуванням регулярних аналітичних звітів для органів публічного управління [26].

Ключовою умовою є забезпечення якості даних: повноти, достовірності, актуальності та порівнюваності. Для цього доцільно передбачити єдині правила введення та валідації інформації, навчання відповідальних осіб у закладах, а також механізми внутрішнього й зовнішнього аудиту даних. Окремо слід визначити формат аналітичних продуктів системи: регулярні огляди для керівників, порівняльні рейтинги “зон ризику” за регіонами/закладами, тематичні звіти (наприклад, щодо нічних чергувань чи вигорання), а також оперативні сигнали при різкому погіршенні показників (сплеск лікарняних,

відтік кадрів тощо). Саме аналітичні висновки – а не “сірі цифри” – мають стати підставою для управлінських рішень.

Організаційний блок стосується розподілу повноважень та відповідальності між суб'єктами публічного управління. На державному рівні Міністерство охорони здоров'я України має затверджувати методологію моніторингу, перелік показників, форми звітності, а також узагальнювати результати для формування державної політики. На регіональному рівні департаменти охорони здоров'я мають координувати збір даних від закладів, аналізувати ситуацію в розрізі територіальних громад, виявляти проблемні зони та ініціювати коригувальні заходи. На рівні закладу охорони здоров'я керівництво має забезпечувати ведення достовірного обліку, організовувати внутрішні опитування співробітників сфери охорони здоров'я, готувати аналітичні висновки та впроваджувати заходи щодо покращення умов праці та відпочинку [31].

Для підвищення дієвості доцільно формалізувати “ланцюг реагування”: хто і в який строк готує план дій при погіршенні показників, які заходи є пріоритетними, які ресурси можуть залучатися (місцеві бюджети, програми підтримки персоналу, внутрішня оптимізація процесів). Також важливо визначити відповідальних осіб/підрозділи за функціонування системи на рівні закладу (HR-служба, служба охорони праці, заступник керівника з управління персоналом тощо) та забезпечити їхні повноваження і компетенції. Організаційна спроможність системи значною мірою залежить від того, чи буде моніторинг інтегрований у реальні управлінські процеси, а не існуватиме як окрема “звітна функція”.

Технологічний блок пов'язаний із використанням сучасних цифрових інструментів для автоматизації моніторингу. Важливим кроком є інтеграція даних про кадровий склад, графіки роботи, відпустки, лікарняні, навантаження і показники вигорання співробітників сфери охорони здоров'я в єдині HRM-системи, які можуть бути пов'язані з eHealth. Це дозволяє мінімізувати ручне введення даних, зменшити кількість помилок, забезпечити оперативний доступ

до актуальної інформації. Використання елементів HR-аналітики та візуалізації даних (дашборди, інтерактивні панелі) створює можливість для швидкого виявлення тенденцій: зростання перевантаження, підвищення частоти звільнень, збільшення кількості лікарняних листків тощо [37].

Доцільно також передбачити модульність цифрового рішення: базовий рівень (мінімальний набір даних і показників) для всіх закладів та розширений рівень для тих, хто має достатню цифрову зрілість (детальні HR-метрики, регулярні опитування, прогнозування ризиків). Такий підхід знижує бар'єр входу і дозволяє масштабувати систему поетапно. Водночас цифровізація повинна зменшувати, а не збільшувати адміністративне навантаження на персонал, тому важливо уникати дублювання паперових і електронних форм та забезпечити технічну підтримку.

Важливим компонентом уніфікованої системи моніторингу є зворотний зв'язок із співробітниками сфери охорони здоров'я. Мова йде не лише про формальне анкетування, а про створення постійно діючих каналів комунікації: електронні форми звернень, регулярні опитування, фокус-групи, внутрішні платформи для обговорення проблемних питань. Отримана таким чином інформація має аналізуватися та обов'язково враховуватися при плануванні змін. Прозоре інформування співробітників про результати моніторингу та заплановані заходи посилює довіру до системи, зменшує відчуття формальності та підвищує готовність брати участь у її підтримці [39].

Для підвищення довіри важливо закріпити практику “закриття циклу зворотного зв'язку”: після збору даних має бути повідомлення про результати та конкретні дії (що зміниться, у які строки, хто відповідальний). Якщо персонал не бачить наслідків моніторингу, мотивація до участі знижується, а дані стають менш достовірними. Також доцільно запровадити анонімні канали повідомлення про критичні випадки перевантаження або порушення режимів праці та відпочинку, які потребують оперативного реагування.

Окремого значення набуває питання індикаторів результативності (KPI), пов'язаних із умовами праці та відпочинку співробітників сфери охорони

здоров'я. Вони можуть бути включені як до системи оцінки діяльності закладів охорони здоров'я, так і до критеріїв ефективності роботи керівників. Наприклад, такими показниками можуть бути: зниження частки понаднормових годин, збільшення частки співробітників, які використали відпустку у повному обсязі, зменшення рівня плинності кадрів, покращення показників задоволеності умовами праці за результатами опитувань. Закріплення таких КРІ у внутрішніх положеннях закладів та/або у договорах з НСЗУ створює прямий стимул для керівництва інвестувати у покращення умов праці та відпочинку, а не розглядати ці питання як другорядні [20].

Водночас важливо забезпечити баланс КРІ, щоб уникнути “косметичного покращення” показників шляхом формальних дій. Для цього доцільно використовувати поєднання кількісних та якісних метрик (об'єктивні дані про робочий час і лікарняні + результати опитувань і внутрішніх аудитів), а також прив'язувати управлінські висновки до причин: наприклад, якщо зменшення понаднормових годин досягнуто шляхом скорочення доступності послуг або перекладання навантаження на інші підрозділи, це має відобразитися в аналізі. Отже, КРІ повинні підтримувати стійкість системи, а не стимулювати виключно “звітну успішність”.

Важливою умовою функціонування уніфікованої системи моніторингу є забезпечення конфіденційності та етичних стандартів. Дані, що стосуються стану здоров'я, рівня стресу, задоволеності роботою окремих співробітників сфери охорони здоров'я, мають оброблятися в узагальненому вигляді, без персоніфікації, із чітким регламентом доступу. Це дозволяє уникнути недовіри до системи, страху перед можливими санкціями та спотворенням даних. Доцільно передбачити окремі політики захисту даних, обмеження доступу за ролями, а також правила публікації результатів – наприклад, у розрізі підрозділів лише там, де це не створює ризику ідентифікації окремих осіб.

Формування уніфікованої системи моніторингу передбачає також етапність упровадження. На першому етапі доцільно провести пілотні проєкти в окремих регіонах чи закладах, протестувати показники, інструменти збору

даних, методи аналізу. На другому – розширити систему на національний рівень, затвердивши нормативні документи та методичні рекомендації. На третьому – інтегрувати результати моніторингу у процеси стратегічного планування в охороні здоров'я, формування бюджетних програм, кадрової політики та програм підтримки співробітників сфери охорони здоров'я.

Додатково доцільно передбачити компонент оцінки ефективності впровадження системи – тобто визначити, які зміни мають відбутися завдяки моніторингу (зменшення перевантаження, стабілізація кадрів, зростання задоволеності працею, покращення показників безпеки). Це дозволить довести практичну результативність системи та обґрунтувати її масштабування й фінансування. Важливим фактором успіху також є навчання управлінських команд закладів: без розвитку компетенцій у сфері HR-аналітики, організації праці та управління змінами навіть якісні дані можуть не перетворюватися на ефективні управлінські дії.

Таким чином, формування уніфікованої системи моніторингу та оцінки умов праці й відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я є ключовою передумовою переходу від декларативного визнання важливості цих умов до реально керованого процесу. Така система забезпечує прозорість, підзвітність, можливість порівняння та аналізу динаміки, створює основу для запровадження доказово обґрунтованих заходів як на рівні окремих закладів, так і на рівні державної політики. У поєднанні з інноваційними підходами до організації праці (розглянутими у підрозділі 3.1) та вдосконаленими механізмами публічного управління (проаналізованими у підрозділі 3.2) уніфікована система моніторингу здатна стати інструментом реального підвищення якості умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я, а відтак – і якості функціонування всієї системи охорони здоров'я України. Додатково вона може слугувати підґрунтям для більш справедливого розподілу ресурсів між регіонами і закладами, оскільки дозволяє аргументовано визначати “вузькі місця” та пріоритети інвестицій у персонал, інфраструктуру відпочинку й безпеку праці.

## ВИСНОВКИ

1. Розкрито теоретичні засади публічного управління забезпеченням належних умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Уточнено сутність публічного управління в цій сфері як цілеспрямованого впливу органів державної влади та місцевого самоврядування на трудове середовище й відновлення співробітників сфери охорони здоров'я. Систематизовано теоретичні підходи (системний, соціально-економічний, організаційно-управлінський, психологічний, правовий, гуманістичний, концепцію work-life balance), що стали основою людино-центричної моделі публічного управління.

2. Проаналізовано сучасний стан умов праці, відпочинку та інфраструктури у сфері охорони здоров'я України. Показано наявність кадрового дефіциту, перевантаження співробітників сфери охорони здоров'я, нерівномірної забезпеченості ресурсами, застарілої матеріально-технічної бази значної частини закладів, а також недостатнього розвитку приміщень і сервісів для відпочинку та психологічного відновлення. Встановлено, що ці чинники негативно впливають на якість медичних послуг та стійкість кадрового потенціалу.

3. Визначено та згруповано ключові проблеми й управлінські чинники, що впливають на умови праці, відпочинку та ефективність трудової діяльності співробітників сфери охорони здоров'я. Виділено матеріально-фінансові, організаційні, психологічні, правові, соціальні й технологічні фактори, дисбаланс яких спричиняє зниження мотивації, професійне вигорання, плінність кадрів і погіршення якості медичної допомоги. Показано, що відсутність системної уваги до відпочинку та відновлення співробітників сфери охорони здоров'я посилює негативний вплив цих факторів.

4. Оцінено роль різних рівнів публічного управління у формуванні умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. З'ясовано, що

центральні органи влади визначають нормативно-правові рамки та фінансові механізми, регіональні й місцеві органи – відповідають за організацію мережі закладів та ресурсне забезпечення, а керівництво закладів охорони здоров'я – за безпосередню організацію праці, відпочинку та внутрішню кадрову політику. Виявлено фрагментарність і недостатню узгодженість дій між цими рівнями, що знижує результативність публічного управління.

5. Сформовано комплекс практичних рекомендацій щодо вдосконалення управління умовами праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я. Обґрунтовано напрями інноваційного забезпечення належних умов праці (стратегічне HR-управління, цифровізація HR-процесів, гнучкі форми організації праці, програми корпоративного добробуту та психологічної підтримки). Запропоновано посилення механізмів публічного управління через оновлення нормативно-правових гарантій, розширення інструментів соціального захисту та формування уніфікованої системи моніторингу й оцінки умов праці та відпочинку співробітників сфери охорони здоров'я на державному, регіональному й закладському рівнях.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Августин Р.Р., Богач Ю.А., Васіна А.Ю. та ін. Організація діяльності закладу охорони здоров'я: навчальний посібник / за ред. М.М. Шкільняка. Тернопіль: КРОК, 2021. 517 с.
2. Волосовець О., Заболотько В., сВолосовець А. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Українські медичні вісти*. 2020. Т. 1, Вип. 1. С. 20–26.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. Офіційний сайт: <https://www.who.int>. (дата звернення 14.09.2025)
4. Граціотова Г.О. Управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. *Економіка: реалії часу*. 2020. № 6 (52). С. 25–34.
5. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 р. № 2. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 14.12.2025).
6. Державна служба статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 14.12.2025).
7. Дяків О.П., Коцур А.С., Островерхов В.М. та ін. Менеджмент персоналу: навч.-метод. посіб. / за заг. ред. М.М. Шкільняка. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. 334 с.
8. Звірич В.В. Науково-прикладні підходи у дослідженні механізму публічного управління персоналом у галузі охорони здоров'я. Держава та регіони. *Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2022. № 1 (75). С. 24–30.
9. Козаченко Г.В., Сологуб О.В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системоутворення. *Бізнес-Інформ*. 2024. № 2. С. 36–46.
10. Качмарська М., Боровець В., Любінець Л. Оцінка впливу соціальних стресів на стан психічного здоров'я медичних працівників, керівників закладів

охорони здоров'я та студентів вищих медичних навчальних закладів. *Українські медичні вісті*. 2023. № 3–4. С. 99.

11. Кравчук І.І., Присяжнюк О.Ф., Веселовський О.Б. Удосконалення управління персоналом закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 2. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7626> (дата звернення: 14.12.2025).

12. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник. *Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»*. Київ. 2021. 137 с.

13. Мотайло О.В. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 9. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1807> (дата звернення: 14.12.2025).

14. Немченко А.С., Бабенко М.М., Назаркіна В.М., Косяченко К. Л. Сучасні моделі публічного управління в системі охорони здоров'я та фармації. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: матеріали VIII міжнар. наук.-практ. дистанц. конф.*, м. Харків, 27 квітня 2023 р. Харків: НФаУ, 2023. С. 81–94.

15. Натрус, Л. (2023). Поступові кроки вирішення проблеми дефіциту медичних кадрів у галузі лабораторної діагностики України. *Українські медичні вісті*. 2023. Вип.1-2 (94-95), С. 37–41.

16. Пашнев В. Необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни. *Успіхи та досягнення у науці*. 2024. Т. 2, Вип. 3. С. 181-193.

17. Прокопець Л.В., Тодоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 42. С. 267–272.

18. Рурик Г.Л. Запобігання виникненню синдрому професійного вигорання – шлях до збереження психічного здоров'я: *Методичні рекомендації*. Миколаїв, 2020. 41 с.

19. Самодай В., Рибальченко С. Особливості управління персоналом медичного закладу. *Вісник Сумського державного університету*. Серія «Економіка». 2022. № 4. С. 136–142.

20. Сабецька Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2022. № 40. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1466> (дата звернення: 14.12.2025).

21. Сумець О., Перог Т. Проблеми управління середнім медичним персоналом вітчизняних закладів охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. № 3 (75). С. 102–107.

22. Сумець О. Оцінка результативності реалізації управлінського рішення в загальній системі менеджменту закладу охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. № 1 (73). С. 147–157.

23. Самофалов Д.О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип. 1 (44). С. 92–99.

24. Труніна І.М., Сербін Р.А., Андрієнко М.С. Особливості управління персоналом у медичній галузі. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки»*. 2021. № 43. С. 51–56.

25. Чмир Н., Дробінська Н., Федечко М., Новосад А., Базилевич А. Емоційне вигорання медичних працівників як проблема медичної психології: сучасний стан та шляхи подолання. *Українські медичні вісті*. 2024. № 3–4 (100–101). С. 38–46.

26. Шевчук Р.В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне урядування*. 2022. Вип. 4 (32). С. 80–86.

27. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О. та ін. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи. *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225–233.

28. Amoadu M., Agyare D.F., Doe P.F., Abraham S.A. Examining the impact of psychosocial safety climate on working conditions, well-being and safety of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2025. Jan, 16;25(1). P. 90.

29. Bahlman-van Ooijen W., Malfait S., Huisman-de Waal G., Hafsteinsdóttir T.B. Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. *J Adv Nurs*. 2023. Dec;79(12). P. 4455–4471.

30. Bilyk L., Korylchuk N., Maltsev D., Rudenko M., Kozeratska O. Transformation of ukrainian healthcare to the new conditions of development: risks, solutions, modernisation options. *Georgian Med News*. 2023. Nov;(344). P. 47–52.

31. Brommeyer M., Liang Z. A Systematic Approach in Developing Management Workforce Readiness for Digital Health Transformation in Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Oct 25;19(21). P. 13843.

32. Cohen C., Pignata S., Bezak E., Tie M., Childs J. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*. 2023. Jun 29;13(6):e071203.

33. Davies A.C., Davies A., Abdulhusein H., Hooley F., Eleftheriou I., Hassan L., Bromiley P.A., Couch P., Wasiuk C., Brass A. Educating the Healthcare Workforce to Support Digital Transformation. *Stud Health Technol Inform*. 2022. Jun, 6;290. P. 934–936.

de Ternay J., Nohales L., Fort E., Pelloux S., Coste C., Leblanc P., Wallon M., Fassier J.B., Rolland B.; BASIL study group. Impact of Working Conditions and Other Determinants on the Risk of Substance Misuse among Healthcare Residents: Results of a Cross-Sectional Study. *Eur Addict Res*. 2024;30(6). P. 390–401.

34. Djupedal I.L.R., Harris A., Svensen E., Lie S.A., Wang A.L.H., Pallesen S., Waage S., Nielsen M.B., Sunde E., Bjorvatn B., Holmelid Ø., Vedaa Ø. Shift Schedule With Fewer Short Daily Rest Periods and Sickness Absence Among Health Care Workers: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2025. Sep 2;8(9):e2531568.

35. Gadolin C., Larsman P., Skyvell Nilsson M., Pousette A., Törner M. How do healthcare unit managers promote nurses' perceived organizational support, and which working conditions enable them to do so? A mixed methods approach. *Scand J Psychol*. 2022. Dec; 63(6). P. 648–657.

36. Garnett A., Hui L., Oleynikov C., Boamah S. Compassion fatigue in healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023. Dec 1;23(1). P. 1336.
37. Glasgow N.J., Bonning M., Mitchell R. Perspectives on the working hours of Australian junior doctors. *BMC Med Educ.* 2014;14 Suppl 1(Suppl 1). P. S13.
38. Griffiths M.D. Work addiction and quality of care in healthcare: Working long hours should not be confused with addiction to work. *BMJ Qual Saf.* 2023. Dec, 14. P. 4–6.
39. Hyman S.A., Shotwell M.S., Michaels D.R., Han X., Card E.B., Morse J.L., Weinger M.B. A Survey Evaluating Burnout, Health Status, Depression, Reported Alcohol and Substance Use, and Social Support of Anesthesiologists. *Anesth Analg.* 2017. Dec;125(6). P. 2009–2018.
40. Ikeda H., Kubo T., Sasaki T., Liu X., Matsuo T., So R., Matsumoto S., Yamauchi T., Takahashi M. Cross-sectional Internet-based survey of Japanese permanent daytime workers' sleep and daily rest periods. *J Occup Health.* 2018. May 25;60(3). P. 229–235.
41. Jia L., Meng Q., Scott A., Yuan B., Zhang L. Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021. Jan 20;1(1): CD011865.
42. Karimian M., Dabbagh A., Sezari P., Fani K., Shahrabi M., Shakeri A. The Magnitude of Anesthesiology Residents Burnout at Shahid Beheshti University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study. *Anesth Pain Med.* 2025. Mar 8;15(2):e159987.
43. Kuhlmann E., Lotta G., Dussault G., Falkenbach M., Correia T. The workforce crisis in healthcare: Moving the debate to bridge evidence and policy. *Int J Health Plann Manage.* 2024. May, №39(3). P. 613.
44. Kurashvili M., Reinhold K., Jarvis M. Managing an ageing healthcare workforce: a systematic literature review. *J Health Organ Manag.* 2022. Oct 11. URL: <https://www.emerald.com/jhom/article-abstract/37/1/116/227674/Managing->

an-ageing-healthcare-workforce-a?redirectedFrom=fulltext (дата звернення: 14.12.2025).

45. Lichstein P.M., He J.K., Estok D., Prather J.C., Dyer G.S., Ponce B.A.; Collaborative Orthopaedic Educational Research Group. What Is the Prevalence of Burnout, Depression, and Substance Use Among Orthopaedic Surgery Residents and What Are the Risk Factors? A Collaborative Orthopaedic Educational Research Group Survey Study. *Clin Orthop Relat Res.* 2020 Aug;478(8). P. 1709–1718.

46. Maresca G., Corallo F., Catanese G., Formica C., Lo Buono V. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas).* 2022 Feb 21;58(2):327.

47. Mert L., Demirel M., Kendirci AŞ., Akgül T., Kılıçoğlu Öİ. Reasons for resident resignations from Orthopedic Residency Programs in Turkey: A cross-sectional survey from residents' perspectives. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2022 May;56(3). P. 222–227.

48. Mudge G.H., Vilenskyi A., Kumar U., Kohli M. The future of Ukrainian healthcare: the digital opportunity. *J Glob Health.* 2025 Oct 3;15:03039.

49. Nohales L., Fort E., Pelloux S., Coste C., Leblanc P., De Ternay J., Wallon M., Rolland B., Fassier J.B.; BASIL Study Group. Occupational, academic, and personal determinants of wellbeing and psychological distress in residents: results of a survey in Lyon, France. *Front Psychol.* 2024. May 6;15:1347513.

50. Park S., Lee J., Lee J.H. Synergistic interaction between long shifts and short rest periods on depression in shift workers: A cross-sectional study from Korea. *Am J Ind Med.* 2023. Nov;66(11). P. 977–983.

51. Petrie K., Crawford J., LaMontagne A.D., Milner A., Dean J., Veness B.G., Christensen H., Harvey S.B. Working hours, common mental disorder and suicidal ideation among junior doctors in Australia: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2020 Jan 21;10(1):e033525.

52. Podda M., Di Martino M., Pata F., Nigri G., Pisanu A., Di Saverio S., Pellino G., Ielpo B.; LIONESS study group. Global disparities in surgeons'

workloads, academic engagement and rest periods: the on-call shift for general Surgeons (LIONESS) study. *Updates Surg.* 2024. Sep;76(5). P. 1615–1633.

53. Rydlewska-Liszkowska I., Strzelecka A., Rybarczyk-Szwajkowska A. Future healthcare professionals on working conditions in Poland: perspective of medical university students. *Med Pr.* 2024. Sep 17;75(4). P. 321–332.

54. Ritenour C.W.M., Thoman E., Eyrich N.W. The Business Case for Addressing Healthcare Workforce Well-Being. *Urology.* 2025. Sep. 203. P. 109–114.

55. Sampson C.J. Healthcare's Workforce Crisis Demands Radical, Reasoned Responses. *Front Health Serv Manage.* 2022. Jul 1, P. 1–3.

56. Stanford F.C. The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *J Natl Med Assoc.* 2020 Jun;112(3). P. 247-249.

57. Surawattanasakul V., Siviroj P., Kiratipaisarl W. Resident physician burnout and association with working conditions, psychiatric determinants, and medical errors: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2024 Oct 30;19(10):e0312839.

58. Thapa D.K., Levett-Jones T., West S., Cleary M. Burnout, compassion fatigue, and resilience among healthcare professionals. *Nurs Health Sci.* 2021 Sep;23(3):565-569. URL <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12843> (дата звернення: 14.12.2025).

59. Whitley M.D., Faydenko J., Madigan D., Finnell J.S. Working Conditions in Complementary and Integrative Healthcare Professions. *J Occup Environ Med.* 2025. Jan 1;67(1):27 P. 35.

60. Wang K., Yang B., Wu C., Zheng L. The moderation of satisfaction with working conditions in the association between workload and mental health among healthcare workers collecting test samples in the post-COVID-19 era. *Front Public Health.* 2023. Jun 8. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37361146/> (дата звернення: 14.12.2025).

61. West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018. Jun;283(6). P. 516–529.