

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та
національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

РОГАЛЬСЬКА НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351.77:614
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**КОНВЕРСІЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЯК КЛЮЧОВИЙ
ІНСТРУМЕНТ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ РЕФОРМОЮ
УКРАЇНИ**
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

Н. М. РОГАЛЬСЬКА
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:

ЯКОБЧУК Валентина Павлівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2023

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **РОГАЛЬСЬКОЇ Наталії Миколаївни**
допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» березня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я, прізвище)

«_____» березня 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **РОГАЛЬСЬКА Наталія Миколаївна** захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ - _____
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я, прізвище)

АНОТАЦІЯ

РОГАЛЬСЬКА Н. М. Конверсія кадрового потенціалу як ключовий інструмент управління медичною реформою України. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2023.

Розглянуто теоретичні й методологічні засади системи охорони здоров'я з глобальної точки зору та важливість управління людськими ресурсами для покращення загальних результатів здоров'я населення та постачання медичних послуг. Це дало змогу визначити позитивні та негативні аспекти цієї тематики та визначити в умовах сучасної реформації медичної індустрії пропозиції для можливого впровадження кращого досвіду в Україні.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичні заклади, управління людськими ресурсами, менеджмент персоналу, лідерство, ліцензування.

SUMMARY

ROGALSKA N. Conversion of personnel potential as a key tool for managing the medical reform of Ukraine. – Qualification work on the rights of the manuscript. Qualifying work for an educational level «Master» specialty 281 «Public Management and Administration». – Polissky National University, Zhytomyr, 2023.

The theoretical and methodological foundations of the health care system from a global point of view and the importance of human resources management to improve the overall health results and supply of medical services are considered. This made it possible to identify the positive and negative aspects of this topic and to determine in the conditions of the modern reformation of the medical industry, proposals for possible implementation of better experience in Ukraine.

Keywords: health care, medical institutions, human resources management, staff management, leadership, licensing.

ЗМІСТ

ВСТУП		5
РОЗДІЛ 1.	ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	9 17
РОЗДІЛ 2.	ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІСТОВОЇ СУТНОСТІ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА СТАН ЙОГО РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ Й У СВІТІ ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	18 28
РОЗДІЛ 3.	ШЛЯХИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ КОНВЕРСІЇ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТУ В СУЧАСНУ ПАРАДИГМУ УПРАВЛІННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТУ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	29 40
ВИСНОВКИ		41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		44
ДОДАТКИ		49

ВСТУП

Актуальність теми. В сьогоденних соціально-економічних та політичних реаліях розвитку України сфера охорони здоров'я є одним з найнеобхідніших шляхів реформування державного управління. Перемінюються світогляд реалізації меддопомоги, господарсько-фінансові процеси у медичній галузі та й власне взагалі сама її модель.

Одночасно із такими трансформаціями повинні бути впроваджені новітні інструменти та більш вдосконалені сучасні механізми системи менеджменту закладів та установ охорони здоров'я, що природньо призводить до переміни парадигми публічного управління колективами цих установ. Результативною системою політики людських ресурсів у галузі охорони здоров'я усякого шабля організації, виходячи із вищезазначеного, можна вважати діяльну, відверту, утилітарну, конструктивну, спрямовану, комплексну, демократичну та опрацьовану на сучасній концепції державного управління медичним персоналом політичну поведінку керування людськими ресурсами.

У США правила для ліцензування лікарів диктують ради державного рівня. Потенційні лікарі повинні пройти затверджену програму медичної підготовки та скласти стандартизований тест. Закони про сферу діяльності забороняють іншим медичним працівникам пропонувати подібне послуги. Враховуючи ресурси, залучені для ліцензування лікарів, платники податків можуть здивуватися, дізнавшись, що між ліцензуванням і якістю послуг існує зв'язок незначний у кращому випадку. Фактично, економісти, які досліджували ринок для Лікарські служби зазвичай розглядають медичне ліцензування як обмеження ефективного поєднання вкладів і гальмування інновацій у галузі охорони здоров'я та медичної освіти.

Незважаючи на широке поширення медичного ліцензування в охороні здоров'я виробництва через його вплив на природу та вартість догляду, це було все але ігнорується в дебатах щодо реформи охорони здоров'я. Як наведене вище обговорення вказує на те, що багато економістів розглядають

ліцензування як значну перешкоду для ефективного, економічно ефективного охорона здоров'я. Є механізми державного ліцензування обмежені інновації в освіті лікарів і практичних моделях охорони здоров'я професіонали.

Деякі штати перейшли до реформування своїх практичних законів, запропонували напрямок для інших реформаторських дій держави. Це включає в себе розширену сферу практики для парапрофесіоналів, що дозволяє їм взяти на себе деякі завдання, які раніше виконувалися лише лікарями. Споживачі виграють від регуляторного середовища, в якому організації, що надають медичні послуги, і лікарні можуть вільно наймати медичних працівників робочої сили гнучкими способами, а медична підготовка пропонується різноманітними формами. Жорстка чотирирічна навчальна програма не обов'язково є єдиним хорошим способом навчати лікарів для виконання різноманітних завдань. Медсестри та інші медичні працівники, чії навички розвиваються, послідовно переходять до дедалі складніших практик та ситуацій без необхідності проходити тривалі навчальні програми, які нібито «запевняють», що їхні знання відповідають практичним моделям [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемі управління персоналом у сфері охорони здоров'я присвятили свої праці ряд вчених, зокрема: . О. Амоша, С. Антонов, В. Борщ, М. Білинська, Ю. Вороненко., Д. Гасюк, Т. Грузєва, В. Грабовський, Г. Громовик, О. Дмитрук, Б. Кузьмін, В. Кучеренко, Є. Латишев, В. Москаленко, Т. Носуліч, П. Клименко, Т. Попченко, Я. Радиш, О. Свінцицька, О. Худошина, Л. Шамілева, Н. Эккерт, Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Kirby MJL Dosanjh U Hannah KJ Manojlovich M, Ketefian S Malat J Anson BR Jones DA Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Orvill A Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dussault G, Franceschini M. та ряд інших.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне та методологічне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо конверсії державного управління людськими ресурсами галузі охорони здоров'я, менеджменту персоналу медичних закладів у період докорінної трансформації медичної сфери.

Завдання, які було декретовано на виконання згідно встановленої мети:

- *визначити* сутність дефініцій як наукової дисципліни: управління людськими ресурсами, менеджмент персоналу, керування кадрами та їх функціональний зміст в установах і закладах охорони здоров'я;
- *встановити* головну відмінність між керівництвом кадрами і керуванням людськими ресурсами;
- *дослідити* елементи, основні види, функції керівництва людськими ресурсами;
- *схарактеризувати* кадровий потенціал та структуру лікарських спеціальностей сучасної України;
- *вивчити* управління людськими ресурсами в окремих системах охорони здоров'я зарубіжних держав;
- *встановити* характерологічні ознаки портрету менеджера з персоналу у закладі охорони здоров'я та особливості взаємин між босом і неофіційним лідером;
- *пізнати* механізм верифікації права на здійснення лікарської діяльності в Україні та західних країнах;
- *обґрунтувати* необхідність структурної підготовки керівника персоналом у медичному закладі на засадах кращих практик світу.

Предметом даного дослідження є сукупність теоретико-методичних, законодавчих питань менеджменту персоналу галузі охорони здоров'я України.

Об'єктом здійсненого дослідження є процес становлення та явища розвитку менеджменту персоналу у системах охорони здоров'я зарубіжних країн та України.

Методологічний та теоретичний фундамент опрацювань є вивчення теоретичної і практичної побудови механізму управління персоналом і загально-наукові методи, зокрема: наукової абстракції, діалектичний, аналізу і синтезу, бібліографічний, індукції і дедукції та ін., а також специфічні – порівняльного аналізу, структурно-логічний тощо.

Щоб отримати більш глобальний контекст, ми дослідили системи охорони здоров'я Канади, США, ФРН та різних країн, що розвиваються. Збір даних здійснювався за допомогою вторинних джерел, таких як Канадська коаліція охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро ВОЗ. Нам вдалося розглянути основні кадрові проблеми, а також проаналізувати вплив кадрового потенціалу на охорону здоров'я, а також визначити тренди реформування галузі охорони здоров'я. Ці тенденції включають цілі ефективності, справедливості та якості.

Особистий внесок автора. Кваліфікаційна робота є завершеним дослідженням. Викладені результати наукового пошуку отримано особисто автором, про що свідчать опубліковані наукові статті і доповіді.

Практичне значення отриманих результатів. Висновки і пропозиції, які одержано внаслідок проведеного дослідження та його результати спрямовано на удосконалення публічного управління людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я з метою ефективного її функціонування для збереження, укріплення й відновлення здоров'я української нації.

Кваліфікаційна робота будується на вступі, де розкрито актуальність визначеного пошуку; теоретичному розділі 1, в якому визначено теоретико-методологічні підґрунтя управління людськими ресурсами системи охорони громадського здоров'я; аналітичному розділі 2, в якому здійснено аналіз стану кадрового складу України, позитивних практик менеджменту персоналу; розділі 3, в якому визначено пропозиції щодо успішного менеджменту персоналу на підставі удосконалення психології та інших аспектів управління кадрами системи охорони здоров'я України; загальних висновків; списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає сторінки 49 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ

Існує три основні ресурси системи охорони здоров'я: людські ресурси, фізичний капітал і витратні матеріали. Зважаючи на те, що за наявності достатніх ресурсів будь-яка країна може отримати той самий фізичний капітал і споживчі матеріали, зрозуміло, що основним диференційним вкладом є людські ресурси. Це внесок, який найважче розвивати, керувати, мотивувати, підтримувати та утримувати, і саме тому роль спеціаліста з людських ресурсів є настільки важливою.

Тематичні дослідження показали, як ініціативи з управління персоналом, спрямовані на покращення організаційної культури, мали значний і позитивний вплив на ефективність і результативність досліджуваних лікарень. Зрештою, усю медичну допомогу надають люди, тому управління охороною здоров'я дійсно можна вважати управлінням людьми; саме тут фахівці з кадрів повинні зробити позитивний внесок.

Фахівці з людських ресурсів розуміють важливість розвитку культури, яка дозволить організації справлятися з поставленими перед нею викликами. Вони розуміють, як спільні практики можуть формуватися навколо спільних цілей та інтересів, а також важливість їх узгодження з цілями та інтересами організації.

Враховуючи значні зміни, які може запровадити глобалізація охорони здоров'я, важливо, щоб спеціалісти з людських ресурсів були залучені на найвищому рівні стратегічного планування, а не просто на більш функціональних, управлінських рівнях. Беручи активну участь на стратегічних рівнях, вони можуть забезпечити порушення, розгляд і належне вирішення кадрових питань.

Управління персоналом означає роль менеджера у навчанні, розвитку та мотивації співробітників працювати якнайкраще. Ця роль відрізняється від

інших управлінських ролей, таких як адміністрування та прийняття рішень. Управління людьми є найскладнішою та найважливішою роллю менеджера.

Наймання та навчання нових співробітників зазвичай є відправною точкою для управління людьми. З часом керівники регулярно оцінюють роботу кожного співробітника, надають відгуки та пропонують навчання. Ефективне інформування про позитивні якості працівника та сфери, які потрібно вдосконалити, є основними обов'язками керівництва персоналом. Керівники також делегують завдання своїм співробітникам і забезпечують напрямок для досягнення конкретних цілей [2].

Три елементи керівництва колективом відвічають за підтримку задоволеного та відмінно впорядкованого місця роботи.

Управління персоналом – це планування та організація людських ресурсів для їх внеску в організацію чи суспільство. Простіше кажучи, це створення та використання задоволеної робочої сили для виконання певної функції. Це також передбачає організацію хороших стосунків між усіма людьми, які працюють в одному місці. Для безперервної роботи будь-якого підприємства вона повинна мати належну кількість добре навченого колективу. Отож, управління персоналом піклується і про цей аспект. Його функція включає підвищення ефективності роботи персоналу на робочому місці; тому він створює політику для покращення робочого довкілля в організації. Визначають три основоположні частини керівництва колективом.

Управління персоналом – це адміністрація, яка займається наймом і винагородою працівників будь-якої організації на основі талантів і досвіду співробітників:

організація: відіграє важливу роль у безперервному досягненні бажаної мети. Метою організації є об'єднання людей для роботи над спільною платформою для досягнення певної мети. Це основа, де відбуваються всі види діяльності, які повинні приносити прибуток. Створення будь-якої організації залежить від мети, яку вона має досягти;

робота: для ефективного досягнення бажаної мети необхідно призначити конкретні обов'язки або роботу для членів організації. Як відомо, без ефективного функціонального відділу в організації неможливо досягти бажаної мети. Роботи в організації відрізняються залежно від її розміру та мотивів. Деякі з категорій робочих місць - це творчі роботи, фізичні роботи, технічні роботи, консультаційні роботи, інтелектуальні роботи та професійні роботи. Керівник призначатиме співробітників на різні категорії робіт, виходячи з їх кваліфікації та досвіду;

люди: (з різними або однаковими навичками залежно від роботи) є найважливішим елементом управління персоналом. Наявність як механічної, так і інтелектуальної робочої сили необхідна для безперебійної роботи організації. Хороша команда добре підготовлених людей стане запорукою успіху. Бути творчим – вимога часу.

Основними функціями управління персоналом є:

Планування людських ресурсів: Планування людських ресурсів передбачає відбір відповідних кандидатів, які трудяться у відповідний період часу для реалізації конкретного завдання компанії. Це важливий крок для встановлення та подальшого успіху завдань. Для планування людських ресурсів необхідно спочатку оцінити поточну інвентаризацію робочої сили, а також зробити прогноз трудових ресурсів на майбутнє.

Рекрутинг: процес вибору відповідного кандидата в потрібний час для заміщення доступних посад в організації відомий як вербування.

Відбір співробітників: процес відбору полягає в призначенні правильного кандидата на доступну роботу. Відбір повинен ґрунтуватися на навичках і досвіді, необхідних для роботи. Відбір співробітників – важливий крок, оскільки ці співробітники надалі працюватимуть на компанію для досягнення поставлених цілей. Наймання персоналу відрізняється від відбору працівників; наймання передбачає лише збір даних про відповідних кандидатів, тоді як під час відбору невідповідні кандидати не схвалюють роботу.

Навчання: навчання співробітників є важливим кроком у підготовці їх до бажаної роботи. Це не тільки покращить їхні навички, але й допоможе їм ознайомитися з організацією та її роботою. Навчання допомагає працівникам використовувати нові методи та інструменти відповідно до вимог роботи. Після навчання людина також матиме право на вищі посади.

Існує три основних види управління персоналом:

Стратегічне управління персоналом

Тактичне управління персоналом

Оперативне управління персоналом

Менеджер з персоналу - це керівник цього відділу (управління персоналом), який займається управлінням і оперативним функціонуванням організації або відділу.

Менеджери з персоналу допомагають вищому керівництву формувати ефективну робочу політику організації. Вони консультують топ-менеджерів при розробці обходження з кадрами. Менеджер з персоналу також буде консультувати лінійного керівника як фахівця з персоналу з усіх питань, пов'язаних з персоналом. Вони також відповідають за керівництво та консультування працівників і допомогу їм у вирішенні їхніх проблем. Менеджер з персоналу повинен буде виступати представником команди для всіх програм і зустрічей [3].

Головна відмінність між керівництвом кадрами і керуванням людськими ресурсами полягає в їхньому масштабі та спрямованості. У той час як сфера управління колективом розглядається як інструмент. Тут можна маніпулювати поведінкою працівника адекватно до першорядних повноважень спілки та підмінюючи їх, коли вони ослаблюються. Тобто, управління людськими ресурсами утримує в собі більш широкий обсяг і оцінює працівників з точки зору ресурсу товариства.

Керівництво кадрами — це елемент менеджменту, який винаймає людей, опікується розвитком і платежем робочої сили та їх взаємовідносинами з підприємством. Операційні функції: діяльність, пов'язана із закупівлями,

розробкою, винагородою, оцінкою роботи, добробутом працівників, використанням, обслуговуванням і колективними переговорами. Адміністративна діяльність: основні дії, які здійснюються – планування, організація, керівництво, мотивація, контроль і координація.

Починаючи з останніх двох десятиліть, у міру розвитку технологій і на зміну людям прийшли автоматизовані механізми. Управління людськими ресурсами має бути побудована таким чином, щоб вони віддавали підприємству найкраще.

Оперативна робота: практика, пов'язана із закупівлями, розробкою, винагородою, оцінкою роботи, добробутом працівників, використанням, обслуговуванням і колективними переговорами [4].

Конфлікти в теорії. Менеджери використовують багато різних організаційних прийомів для досягнення співпраці та продуктивності. Дослідники можуть отримати велику заслугу в наявності безлічі концепцій та інструментів. Однак вони також повинні визнати відповідальність за те, що їхні різні дисципліни часто конфліктують і мають протилежні цілі.

Наприклад, у більшості компаній керівники використовують чотири різні дисципліни для покращення продуктивності та стосунків із працівниками: людські відносини, трудові відносини, управління персоналом та промислове будівництво. Оскільки самі людські стосунки включають принаймні три основні школи, в одній організації одночасно можуть діяти шість досить різних наборів ідей і концепцій.

Людські стосунки в теорії групової поведінки розглядають соціальну взаємодію та міжособистісні стосунки за допомогою таких інструментів, як теорії X і Y (теорії Дугласа Макгрегора щодо мотивування людей і поведінки в управлінні) і навчання чутливості. Шкільна заповідь полягає в тому, що оскільки групова поведінка має вирішальне значення для співпраці та успіху, групи повинні надавати повноваження та контроль нагору.

Школа індивідуальної поведінки людських відносин фокусується на індивідуальній психології, лідерстві, владі, авторитеті, відповідальності та

підсвідомості. Його головне занепокоєння – почуття та бажання людини та те, як вони впливають на робоче місце.

Організаційний розвиток йде далі і зосереджується на необхідності людей обговорювати спільні труднощі. Його головне переконання полягає в тому, що працівники часто можуть керувати собою краще, ніж менеджери.

Роль людських ресурсів в охороні здоров'я надзвичайно складна і вимагає додаткових пояснень. Наприклад, витрати на охорону здоров'я стрімко зростають. Ці витрати впливають на здатність наймати та утримувати хороших практиків у державних (урядових) системах.

Таким чином, кадрові стратегії необхідно застосовувати таким чином, щоб як державні, так і приватні лікарні могли знайти правильний баланс між пропозицією робочої сили та здатністю практикуючих лікарів ефективно працювати.

Шокуючі передбачення Бюро статистики праці США.

Загалом прогнозовано, що у 2022 р. буде 1,2 млн. вакансій на посади медсестер. Кількість робочих місць у сфері охорони здоров'я в США зростає на 12% між 2018 і 2028 рр., що приблизно вдвічі перевищує прогнозований показник для всіх професій.

Оскільки кількість записів про пацієнтів, клінічних записок та адміністративних даних зростає, будуть потрібні нові методи зберігання та управління. Щоб працювати зі зростаючим обсягом даних, галузі охорони здоров'я також потрібно більше програмного забезпечення, інтегрованого зі штучним інтелектом. Покращена база даних є надзвичайно корисною для пацієнтів і обліковців, а також може допомогти вирішити багато інших кадрових проблем у галузі охорони здоров'я. Технологія робить інформацію легко доступною та доступною, що полегшує пацієнтам планування зустрічей та відстеження відвідувань та історії лікування.

Боротьба з виснаженням співробітників. Стрес є універсальним елементом роботи медичного працівника. Незважаючи на те, що стрес є нормальним явищем і іноді навіть корисним, діє закон зменшення віддачі: будь-

які переваги, які може запропонувати стрес, йдуть нанівець, якщо вони тривають надто довго. Професійний стрес, з яким щодня стикаються медичні працівники, може легко призвести до професійного вигорання, якщо його не лікувати.

Вигорання серед медсестер. Середня тривалість робочого дня для більшості людей становить вісім годин, як правило, з чудовою обідньою перервою. Досить рідко медсестри виконують 12-годинні зміни за замовчуванням, з перервами на основі потреб пацієнтів, що може призвести до виснаження співробітників. Медсестра — це також цілодобова професія, багато людей працюють у незвичайні години та в нічні зміни.

Пацієнти рідше рекомендуватимуть лікарню, де медсестри працюють більше 13 годин на регулярній основі, і це не дивно. Це свідчить про те, що пацієнти усвідомлюють, що їм надали неякісну допомогу, навіть якщо вони не знають про основну причину.

Забезпечення адекватного навчання та розвитку робочої сили є іншим ключовим питанням серед кадрових проблем у галузі охорони здоров'я. Будь-яка успішна система охорони здоров'я потребує добре підготовленої робочої сили. Наприклад, багато медсестер хочуть просунути свою кар'єру, ставши практикуючими медсестрами, лікарями або менеджерами медсестер, і вони все частіше очікують, що їхні роботодавці допоможуть їм на цьому шляху.

Тому, щоб підвищити залученість працівників і отримати задоволення від роботи, експерти з кадрів у сфері охорони здоров'я повинні співпрацювати з практиками. Забезпечення можливостей для кар'єрного зростання, яких бажають працівники, може бути дорогим, але витрати на наймання та навчання нових співробітників/замін набагато вищі.

Таким чином, інвестиції в систему управління навчанням і розвитком окупаються в довгостроковій перспективі, як з точки зору утримання співробітників, так і з точки зору збільшення можливостей.

Зростання плинності кадрів у сфері охорони здоров'я, зниження рівня утримання серед перерахованих кадрових проблем у сфері охорони здоров'я

залишаються високими порівняно з іншими галузями. Тут винен зростаючий дефіцит медичних працівників. Питання кадрової роботи в охороні здоров'я з точки зору відтоку – це створити робоче місце, зручне для працівників.

Співробітники здебільшого звільняються з організації не тому, що їм не подобається організація, а тому, що вони не люблять своїх керівників. Таким чином, відділ кадрів зобов'язаний розробити правила, які обмежать плинність кадрів і допоможуть підтримувати ефективну продуктивність.

Майбутні кадрові проблеми вплинуть на галузь охорони здоров'я. У сфері охорони здоров'я кадровики вже стикаються з гострими проблемами. Але постають додаткові виклики, які матимуть довгостроковий вплив на сектор. Одним із таких визначають безпековий фактор. Хоча вплив інфекційних захворювань може здатися єдиною загрозою безпеці для медичних працівників, відділ кадрів охорони здоров'я знає краще. CDC (Центр з контролю за захворюваннями) підкреслює низку інших ризиків, з якими стикаються ці працівники: хімічні та фізичні небезпеки, стрес на робочому місці та ін.

Для багатьох фізична безпека знаходиться під загрозою щодня. Управління з охорони праці Міністерства праці США (Occupational Safety and Health Administration – OSHA) відмічає в чотири рази вищий ризик нападів на робочому місці для постачальників медичних послуг, включно з фахівцями домашнього медичного та соціального обслуговування, ніж у приватному секторі. Згідно з їхніми даними, хоча менше 20% травм на виробництві відбувається в галузі охорони здоров'я, 50% нападів скоюються проти медичних працівників. За два роки з 2011 по 2013 рік понад 70% із 25 000 атак на робочих місцях, про які повідомляється, сталися в закладах охорони здоров'я та соціальних службах. На ці працівники припадає понад 10% травм на виробництві, які призводять до втрати працездатності [5].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Управління персоналом – це процес планування, найму та відбору працівників для будь-якої організації. Ми знаємо, що для безперебійної роботи будь-якої організації вона повинна мати достатню кількість досвідченої робочої сили. Відділ управління персоналом піклується про всі ці аспекти організації. Є три основні елементи управління персоналом, а саме: організація, робочі місця та люди. Організація – це місце, де всі обрані люди для призначеної роботи працюватимуть разом.

Ми виявили, що зв'язок між управлінням людськими ресурсами та охороною здоров'я надзвичайно складний, особливо якщо розглядати його з глобальної точки зору. Наші дослідження та аналіз показали, що необхідно розглянути декілька ключових питань і що управління людськими ресурсами може і має відігравати важливу роль у реформі сектору охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2.

ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІСТОВНОЇ СУТНОСТІ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА СТАН ЙОГО РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ Й У СВІТІ

Людські ресурси, що стосуються охорони здоров'я, можна визначити як різні види клінічного та неклінічного персоналу, відповідального за втручання в громадське та індивідуальне здоров'я. Як, мабуть, найважливіший із входів системи охорони здоров'я, продуктивність і переваги, які система може надати, значною мірою залежать від знань, навичок і мотивації осіб, відповідальних за надання медичних послуг [6].

Окрім балансу між людськими та фізичними ресурсами, також важливо підтримувати відповідне поєднання між різними типами промоторів здоров'я та осіб, які здійснюють догляд, щоб забезпечити успіх системи. Через їх очевидні та важливі відмінності вкрай важливо, щоб людський капітал оброблявся та управлявся зовсім інакше, ніж фізичний капітал. Взаємозв'язок між людськими ресурсами та охороною здоров'я дуже складний і заслуговує подальшого вивчення та вивчення.

Як кількість, так і вартість медичних витратних матеріалів (ліків, протезів та одноразового обладнання) зростає астрономічними темпами, що, у свою чергу, може різко збільшити витрати на медичне обслуговування. У системах, що фінансуються з державного бюджету, витрати в цій сфері можуть вплинути на здатність наймати та утримувати ефективних практиків. І в системах, що фінансуються державою, і в системах, які оплачує роботодавець, необхідно розробити практики управління персоналом, щоб знайти відповідний баланс пропозиції робочої сили та здатності цих практиків ефективно та результативно працювати. Практик без відповідних інструментів так само неефективний, як мати інструменти без практикуючого.

При дослідженні систем охорони здоров'я в глобальному контексті виникає багато загальних кадрових проблем і питань. Деякі з найбільш

актуальних питань, які будуть обговорюватися більш детально, включають розмір, склад і розподіл медичних працівників, питання підготовки робочої сили, міграцію медичних працівників, рівень економічного розвитку в конкретній країні та соціально-демографічні, географічні і культурні фактори. Велике занепокоєння викликають відмінності в розмірі, розподілі та складі кадрів охорони здоров'я в окрузі. Наприклад, кількість медичних працівників, наявних у країні, є ключовим показником спроможності цієї країни надавати допомогу та втручання [7].

Фактори, які слід враховувати при визначенні попиту на медичні послуги в конкретній країні, включають культурні особливості, соціально-демографічні характеристики та економічні фактори.

Підготовка робочої сили – ще одне важливе питання. Важливо, щоб кадрові кадри розглядали склад кадрів охорони здоров'я як з точки зору категорій кваліфікації, так і рівня підготовки. Потрібні нові варіанти навчання та підвищення кваліфікації працівників охорони здоров'я, щоб гарантувати, що робоча сила знає та готується задовольнити поточні та майбутні потреби конкретної країни. Належним чином навчена та компетентна робоча сила є важливою для будь-якої успішної системи охорони здоров'я.

Міграція медичних працівників є проблемою, яка виникає при дослідженні глобальних систем охорони здоров'я. Дослідження свідчать про те, що переміщення медичних працівників тісно пов'язане зі схемою міграції всіх професіоналів, оскільки внутрішнє переміщення робочої сили в міста є загальним для всіх країн. Мобільність робочої сили може створити додаткові дисбаланси, які вимагають кращого планування робочої сили, уваги до питань оплати праці та інших винагород і покращення загального управління робочою силою. На додаток до заохочень щодо заробітної плати, країни, що розвиваються, використовують інші стратегії, такі як житло, інфраструктура та можливості для ротації робочих місць, щоб найняти та утримувати медичних працівників, оскільки багато медичних працівників у країнах, що розвиваються, отримують низьку зарплату, погано мотивовані та дуже незадоволені. Міграція

медичних працівників є важливою проблемою людських ресурсів, яку необхідно ретельно вимірювати та контролювати.

Іншим питанням, яке виникає при дослідженні глобальних систем охорони здоров'я, є рівень економічного розвитку країни. Є докази значної позитивної кореляції між рівнем економічного розвитку країни та кількістю її кадрових ресурсів для охорони здоров'я. Країни з вищим ВВП витрачають більше на охорону здоров'я, і як правило, мають більше працівників охорони здоров'я. Це важливий фактор, який слід враховувати при спробах впровадження рішень проблем в охороні здоров'я в країнах, що розвиваються.

Соціально-демографічні елементи, такі як віковий розподіл населення, також відіграють ключову роль у системі охорони здоров'я країни. Старіння населення призводить до зростання попиту на медичні послуги та медичний персонал. Старіння населення в самій системі охорони здоров'я також має важливі наслідки: для заміщення посад великої кількості працівників охорони здоров'я буде потрібно додаткове навчання молодих працівників.

Важливо враховувати культурні та географічні чинники при дослідженні глобальних систем охорони здоров'я. Географічні фактори, такі як клімат або рельєф, впливають на можливість надання медичних послуг; культурні та політичні цінності певної нації також можуть впливати на попит і пропозицію людських ресурсів для охорони здоров'я. Вищенаведені лише деякі з багатьох проблем, які необхідно розглянути під час вивчення глобальної охорони здоров'я та людських ресурсів, які заслуговують на подальший розгляд і вивчення.

Вплив людських ресурсів на реформування галузі охорони здоров'я.

Досліджуючи глобальні системи охорони здоров'я, корисно та важливо досліджувати вплив людських ресурсів на реформу галузі охорони здоров'я. Незважаючи на те, що конкретний процес реформування системи охорони здоров'я різниться залежно від країни, можна визначити деякі тенденції. Три основні тенденції включають цілі ефективності, справедливості та якості.

Щоб підвищити ефективність, були застосовані різні кадрові ініціативи. Аутсорсинг послуг використовувався для перетворення постійних витрат на оплату праці у змінні як засіб підвищення ефективності. Виконавчі контракти, контракти на виконання та внутрішні контракти також є прикладами застосовуваних заходів.

Багато кадрових ініціатив щодо реформування сектору охорони здоров'я також включають спроби підвищити рівність чи справедливість. Стратегії, спрямовані на сприяння справедливості по відношенню до потреб, вимагають більш систематичного планування медичних послуг [3]. Деякі з цих стратегій включають запровадження механізмів фінансового захисту, орієнтацію на конкретні потреби та групи, а також послуги з перерозподілу [1]. Однією з цілей фахівців з людських ресурсів має бути використання цих та інших заходів для збільшення справедливості у своїх країнах.

Краще використання спектра постачальників медичних послуг і краща координація послуг пацієнтам через міждисциплінарну командну роботу були рекомендовані як частина реформи сектору охорони здоров'я [8]. Оскільки всю медичну допомогу в кінцевому підсумку надають люди, ефективне управління людськими ресурсами відіграватиме життєво важливу роль в успіху реформи галузі охорони здоров'я.

Таблиця 2.1.

Характеристика кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я України

Роки	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Всього лікарів усіх спеціальностей, (тис)	230	226	224	222	225	224
На 10 тис. населення	45,1	46,2	47,9	48,3	49,3	49,6
Всього лікарів, (тис.)	206,2	200,1	194,7	196,2	197,1	196,1
Забезпеченість (на 10 тис. населення)	40,4	40,8	41,6	42,7	43,2	43,1
Штатні лікарські посади (без зубних лікарів), (тис.)	292,6	238,8	241,03	244,19	244,0	243,2
Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами, (%)	70,5	83,8	80,8	80,3	80,8	80,6
Особи пенсійного віку (%)	17,5	18,2	21,0	22,9	24,5	25,2
Всього середнього медичного персоналу, (тис.)	540	486	438,8	430	428,7	421
Укомплектованість штатних посад фізичними особами, (%)	86,3	101,0	97,6	95,2	95,2	94,5
Особи пенсійного віку (%)	12,1	10,4	13,5	14,8	15,8	16,1

Джерело [9].

В Україні характеристику кадрового потенціалу медичної галузі за останніми даними представлено у табл. 2.1. яка наочно демонструє погіршення таких показників: загальна абсолютна кількість лікарського складу, при тому, що відносний його прообраз на 10 тис. населення зростає (що можна пояснити механічним рухом населення, його загальною смертністю та військовими діями внаслідок прихованої російської окупації і відкритою широкомасштабною війною).

Системи охорони здоров'я зарубіжних держав.

Канада

Канадська система охорони здоров'я фінансується державою і складається з п'яти загальних груп: уряди провінцій і територій, федеральний уряд, лікарі, медсестри та суміжні медичні працівники. Ролі цих груп відрізняються в багатьох аспектах. Огляд основних зацікавлених сторін у системі охорони здоров'я Канади на рис. 2.2.

Таблиця 2.2.

Структура лікарів за спеціалізацією в Україні у 2019 р.

Спеціалізації	Кількість лікарів, осіб	Кількість лікарів на 10000 населення, осіб	Частка у структурі лікарів, %
Терапевти	44058	9,7	20,28
Хірурги	32402	7,2	14,91
Акушери-гінекологи	13667	3,0	6,29
Педіатри	13858	3,1	6,38
Офтальмологи	4807	1,1	2,21
Отоларингологи	4036	0,9	1,86
Невропатологи	7891	2,1	3,63
Психіатри	6069	1,7	2,79
Стоматологи	30827	1,3	14,19
Сімейні лікарі	12273	0,6	5,65
Лікарі інших спеціальностей	47399	7,2	21,81

Джерело [9].

Провінційні та територіальні органи влади відповідають за управління та надання медичних послуг, (планування, фінансування, профілактика захворювань та оцінка лікарняної допомоги).

Так, Британська Колумбія, збільшила фінансування на 6,7 млн. канадських доларів на навчання медсестер у провінції [11].

Кілька провінцій і територій також збільшили кількість місць у медичних школах для студентів, які бажають стати сімейними лікарями [12].

Федеральний уряд має встановлювати національні стандарти охорони здоров'я та забезпечення їх виконання законами, такими як Закон про охорону здоров'я Канади (Canada North Act - CHA).

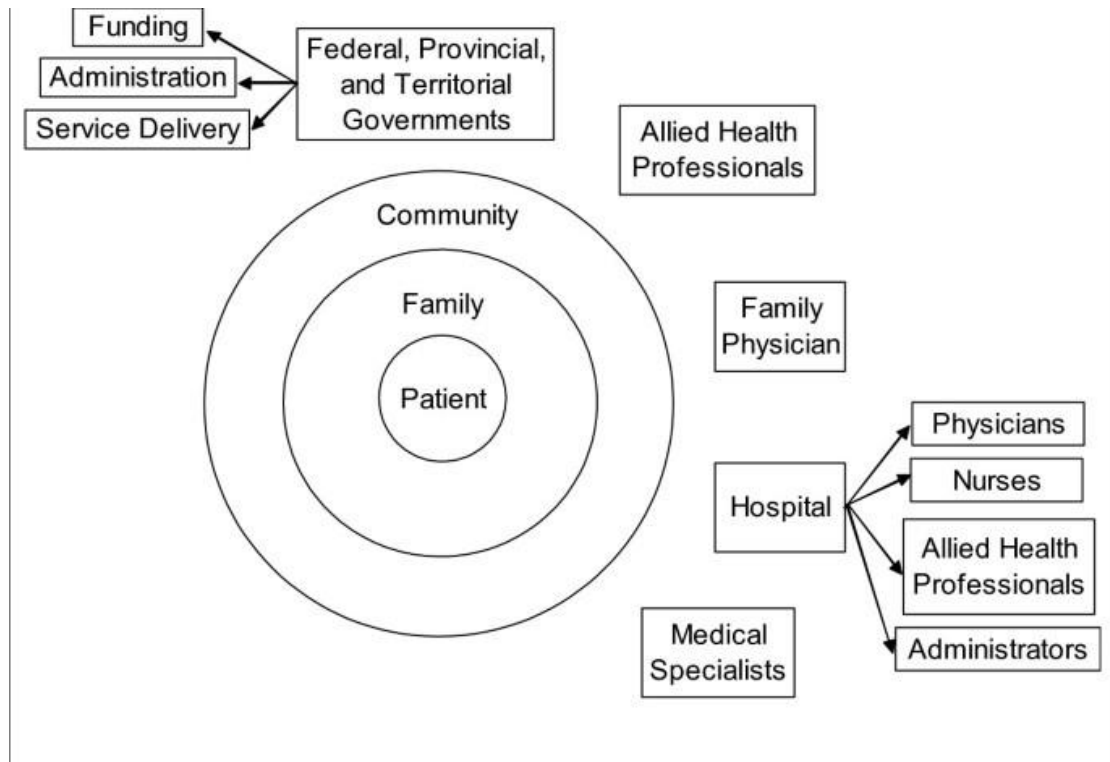


Рисунок 1.2. Огляд зацікавлених сторін у системі охорони здоров'я Канади

Джерело [10].

Відповідно до Конституції провінції надають медичну допомогу згідно із Законом про Британську Північну Америку (British North America - BNA); провінції та території повинні дотримуватися цих стандартів, якщо вони бажають отримати федеральне фінансування своїх програм охорони здоров'я [13]. Федеральний уряд також надає безпосередню допомогу певним групам, зокрема ветеранам і корінним народам, через Відділення охорони здоров'я перших громадян та інуїтів (First Nationals and Inuit Health Branch - FNIHB).

Третя група – приватні лікарі – як правило, не наймаються державою, а є само зайнятими, але фінансуються державою. Роль медичних сестер вимагає сильних лідерів, які надихають і підтримують професійну практику медсестер. Лідерство є важливим елементом для високоякісного середовища практики, в якому медсестри можуть надавати високоякісний професійний сестринський догляд [14]. Медичні сестри давно визнані посередниками між пацієнтом і медичною організацією [15].

Фактори на робочому місці, які найбільше цінують медсестри, включають автономію та контроль над робочим середовищем, здатність ініціювати та підтримувати терапевтичні стосунки з пацієнтами та відносини співпраці з лікарями на рівні відділення [16].

Крім лікарів і медсестер, в процес охорони здоров'я залучено фармацевтів, дієтологів, соціальних працівників та менеджерів із ведення справ тощо [17].

Канада відрізняється від інших країн, таких як Сполучені Штати Америки, з багатьох причин, однією з найважливіших є США. США встановлює національні стандарти охорони здоров'я в Канаді, яка гарантує, що всі громадяни Канади матимуть доступ до медпослуг без прямої плати в пункті обслуговування». Крім того, в Канаді спостерігався поштовх до більш спільного, міждисциплінарного командного підходу до надання медичної допомоги [18].

Одним із найбільш дискусійних питань є можливість запровадження дворівневої медичної системи. Один рівень повністю фінансуватиметься державою за рахунок податкових доларів і служитиме тій самій меті, що й поточна система, що фінансується державою. Другий рівень буде приватною системою, яка фінансуватиметься споживачами. Однак США та Канадська асоціація медсестер (CNA) критично ставляться до будь-яких реформ, які становлять загрозу державній системі охорони здоров'я. Слід зазначити, що хоча Канада нібито має однорівневу систему, близькість до приватного платного медичного обслуговування в Сполучених Штатах дійсно створює

другий рівень оплати за користування для заможних канадців. Крім того, багато медичних послуг, як-от більшість рецептів і стоматологічна робота, в основному фінансуються окремими особами та/або приватними чи роботодавцями страховими планами.

Сполучені Штати Америки

Система охорони здоров'я в Сполучених Штатах наразі страждає від трьох основних проблем. До них відносяться: швидке зростання витрат на охорону здоров'я, велика кількість американців без медичного страхування та епідемія неякісного лікування [19].

Щоб допомогти у вирішенні цих проблем, були запроваджені організації з підтримки здоров'я (НМО) [20]. Ще однією проблемою, яку необхідно вирішити щодо американської системи охорони здоров'я, є значна та зростаюча кількість американців без медичної допомоги. Medicare, пропонують платний план, який забезпечує доступ до будь-якого лікаря чи лікарні, які приймають Medicare [21].

Дослідження показують, що американці з низьким рівнем освіти та низьким рівнем доходу отримують нижчий рівень догляду [22].

Управління людськими ресурсами також відіграло важливу роль в інвестуванні розвитку співробітників. Це було досягнуто шляхом надання допомоги працівникам у підготовці та просуванні на внутрішні посади та, за бажанням, допомоги їм у пошуку можливостей працевлаштування за межами організації [23].

Організаційна ефективність. Бачення полягало в тому, щоб створити гнучку, інноваційну та оперативну організацію [24].

Розробка цих стратегій щодо людських ресурсів мала важливе значення для ефективності організації та демонстрації важливості людських ресурсів у галузі охорони здоров'я.

Німеччина

Приблизно 92 % населення Німеччини отримують медичне обслуговування через загальнодержавну програму медичного страхування Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). GKV розробив організаційну структуру

охорони здоров'я в Німеччині та визначив і сформулював ролі платників, постачальників і лікарень. Приватні комерційні компанії охоплюють трохи менше 8% населення. Ця група включатиме, наприклад, державних службовців і самозайнятих осіб. За оцінками, приблизно 0,2% населення не мають медичної страховки [25].

Хоча федеральний уряд відіграє важливу роль у встановленні стандартів національної політики охорони здоров'я, системою фактично керують національні та регіональні автономні організації. Замість того, щоб фінансуватися виключно за рахунок податків, система покривається здебільшого за рахунок премій на охорону здоров'я. Німеччина витрачає близько третини свого соціального бюджету на охорону здоров'я [26].

Приблизно 11,1% ВВП Німеччини йде на систему охорони здоров'я [27] проти Сполучених Штатів, з 15% [28] і Канади з 9,9% [29]. Забезпечення лікарів у Німеччині є високим, особливо порівняно зі Сполученими Штатами, і це пояснюється переважно академічною системою освіти. Якщо людина відповідає академічним вимогам у Німеччині, можливість вивчати медицину гарантується законом [30].

Це призвело до надлишку лікарів, а безробіття для лікарів стало серйозною проблемою. У 2001 р. рівень безробіття серед німецьких лікарів у 2,1 % змусив багатьох німецьких лікарів виїхати до таких країн, як Норвегія, Швеція та Сполучене Королівство, усі з яких активно набирають роботу з Німеччини [31].

Є кілька проблем, з якими стикаються лікарі в німецькій системі охорони здоров'я. Під час опитування 1999 року 49,9% респондентів сказали, що вони дуже або досить задоволені своєю системою охорони здоров'я, тоді як 47,7% відповіли, що вони дуже або досить нею не задоволені [32].

Крім того, у Німеччині дуже висока конкуренція між лікарями, і це може призвести до зменшення заробітків лікарів. Через цю конкуренцію багато молодих лікарів зараз стикаються з безробіттям. Німецький закон також обмежує кількість спеціалістів у певних географічних регіонах, де існують

проблеми надмірного представництва. Таким чином, надлишок лікарів у Німеччині призводить до багатьох проблем, включно з управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я.

У Німеччині розрізняють лікарів, що працюють в офісі, і лікарів, які працюють у лікарнях. Дохід стаціонарних лікарів залежить від кількості та видів послуг, які вони надають, тоді як стаціонарні лікарі отримують винагороду на основі заробітної плати. Цей підрозділ створив відокремлену робочу силу, яку нині німецьке законодавство намагається ліквідувати, заохочуючи обидві сторони працювати разом з метою зменшення загальних медичних витрат.

Країни що розвиваються

Доступ до якісних медичних послуг може бути наймовірніше важким для тих, хто живе в країнах, що розвиваються, а точніше, для тих, хто проживає в сільській місцевості. Крім того, критичним є питання медичних працівників-мігрантів. Їх можна визначити як професіоналів, які мають бажання та можливість покинути країну, в якій вони здобули освіту, та мігрувати до іншої країни. Працівників, як правило, спонукають залишити країну їхнього народження щедрі стимулюючі пропозиції від країн, що вербують [33].

Країни, що розвиваються, намагаються знайти засоби для покращення умов життя своїх жителів; такі країни, як Гана, Кенія, Південна Африка та Зімбабве, шукають кадрових рішень, щоб вирішити проблему нестачі медичних фахівців. Професіонали, як правило, мігрують туди, де, на їхню думку, їхня праця буде більш добросовісно винагороджена. Медичні працівники шукають райони, які забезпечать їхні сім'ї великою кількістю зручностей, включаючи школи для їхніх дітей, безпечні райони та родичів у безпосередній близькості. Для медичних працівників привабливість просування по службі також є стимулом для подальшої самоосвіти [34].

Коли людина стає більш освіченою, здатність і можливість мігрувати зростає, і це може призвести до подальшого відтоку необхідних медичних працівників [35].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

У багатьох системах охорони здоров'я по всьому світу підвищена увага приділяється управлінню людськими ресурсами. Зокрема, людські ресурси є одним із трьох основних компонентів системи охорони здоров'я, а двома іншими основними ресурсами є матеріальний капітал і вживані матеріали.

Розглянуто різні функції управління людськими ресурсами в системах охорони здоров'я Канади, Сполучених Штатів Америки, Німеччини та різних країн, що розвиваються. Було розглянуто цілі та мотивацію основних зацікавлених сторін у канадській системі охорони здоров'я, включаючи уряди провінцій, федеральний уряд, лікарів, медсестер та суміжних медичних працівників. Була також досліджена можливість серйозних змін у структурі канадської охорони здоров'я, зокрема щодо створення дворівневої системи. Американська система охорони здоров'я зараз стикається з кількома проблемами; Було розглянуто різні американські тематичні дослідження, які показали роль управління людськими ресурсами в практичних умовах. У Німеччині ситуація з охороною здоров'я також має проблеми через надлишок лікарів; були розглянуті деякі наслідки цієї проблеми для людських ресурсів. У країнах, що розвиваються, міграція медичних працівників до більш заможних регіонів та/або країн є серйозною проблемою, внаслідок чого жителі сільських районів країн, що розвиваються, відчувають труднощі з отриманням адекватної медичної допомоги.

Оскільки вся медична допомога в кінцевому підсумку надається людям і людям, для забезпечення успіху будь-якої програми охорони здоров'я необхідне глибоке розуміння питань управління людськими ресурсами. У багатьох системах охорони здоров'я потрібні подальші ініціативи щодо кадрових ресурсів, і необхідно провести більш масштабні дослідження, щоб запровадити нову політику та практику кадрових ресурсів, які принесуть користь людям у всьому світі.

РОЗДІЛ 3.

**ШЛЯХИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ КОНВЕРСІЇ КАДРОВОГО
МЕНЕДЖМЕНТУ В СУЧАСНУ ПАРАДИГМУ УПРАВЛІННЯ ЯК
ІНСТРУМЕНТУ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ**

Управління персоналом є прямим попередником сучасного управління людськими ресурсами, яке ми знаємо та практикуємо сьогодні. Управління персоналом має цікаву історію; це розвинулося як вимога бізнесу щодо централізації управління персоналом, набору та укомплектування персоналу, а також забезпечення програм підготовки та розвитку навичок для менеджерів і працівників. Спочатку у нього не було вищих прагнень, але з часом роль відділу управління персоналом зростає.

Крім того, організації потребували побудови стратегічних відносин із профспілками. Межа між управлінням персоналом і людськими ресурсами не є різкою; відбувся якийсь плавний перехід між управлінням персоналом і відділом людських ресурсів.

Управління персоналом почало свій розвиток на початку 20 століття. Керівники великих заводів зрозуміли, що організація може досягти величезної економії, якщо процеси, пов'язані з працівниками, централізовані та керовані з використанням однакових процедур і принципів для всіх. Вони також вимагали уніфікувати та вдосконалити програми та ініціативи добровільної соціальної допомоги. Централізація мала багато переваг.

Великі заводи впроваджують програми соціальної допомоги для робітників, оскільки це дозволяло працівникам проводити більше часу за роботою і не турбувати особисті проблеми. Загальний вплив на продуктивність був дуже позитивним, а експлуатаційні витрати підтримувалися на розумному рівні. Як побічну вигоду, робоча сила отримувала певну освіту про продукти та процеси фабрики. Ці програми позитивно вплинули на задоволеність

працівників, що мало вимірний позитивний вплив на продуктивність і прибуток.

Централізація почалася як управління персоналом, і вона перетворилася на здорову функцію управління персоналом. Однак наприкінці 70-х років 20 століття сучасний менеджмент людських ресурсів почав розвиватися як стратегічна відповідь на посилену конкуренцію на ринку.

Амбіції керівництва персоналу не були такими складними на початку; йшлося про послідовне вдосконалення процесів, пов'язаних із співробітниками. Це було запровадження формалізованих процесів управління людьми (велика віха для людських ресурсів). Усі керівники та співробітники отримували однакові послуги та гарантували рівень обслуговування. Однак управління персоналом є важливою частиною історії управління людськими ресурсами.

Управління персоналом було зосереджено на основних кадрових процесах, головним чином у сфері управління персоналом, яку ми зазвичай розглядаємо як стандарт сьогодні (докладніше див. Ролі та обов'язки в кадрах). Відповідно до сучасної HR-моделі (див. докладніше про HR-моделі) Девіда Ульріха, традиційне управління персоналом вплине на сегмент під назвою «Адміністративний експерт».

Оскільки управління персоналом було успішним етапом історії управління персоналом, воно створило багато проблем для сучасних професіоналів з управління персоналом. Зазвичай вони не люблять говорити про управління персоналом, оскільки багато менеджерів старого стилю все ще називають HRM адмініструванням кадрових справ. Однак управління персоналом стало суттєвою зміною в тому, як ми працюємо з працівниками та людьми в організації. Це було одне з найкращих покращень умов праці, коли-небудь запроваджених [36].

На відміну від України, де за традиціями зберіглася система підвищення кваліфікації медичного кадрового складу, окрім самостійної підготовки впродовж усього періоду праці на медичній посаді, один раз на 5 років повинен підвищувати кваліфікацію на курсах у провідних клініках чи освітніх

установах, а затим підтвердити свої навички і теоретичні знання перед атестаційною комісією на визначення кваліфікаційної категорії (яких існує три після лікаря-стажера) – у зарубіжних країнах існує інша практика – ліцензування. Це досить суворий процес і ми повинні з ним ознайомитись.

Отримання лікарської ліцензії на медичну практику.

У США медицина є ліцензованою професією, яка регулюється окремими штатами. Однією з найважливіших функцій державних медичних комісій країни є видача ліцензій лікарям. За допомогою ліцензування державні медичні комісії гарантують, що всі практикуючі лікарі мають потрібну освіту та підготовку, а також дотримуються визнаних стандартів професійної поведінки під час обслуговування пацієнтів.

Одержання дозволу на медичну діяльність в США є суворим процесом. Ті, хто вступає в професію, повинні відповідати заздалегідь визначеним кваліфікаціям, які включають закінчення медичної школи, післядипломну підготовку та проходження комплексного національного медичного ліцензійного іспиту. Кандидати повинні надати підтвердження своєї освіти та професійної підготовки та надати детальну інформацію про свою історію роботи. Вони також повинні розкрити інформацію, яка може вплинути на їхню здатність працювати, наприклад, стан здоров'я, судові рішення/угоди щодо службової недбалості та кримінальні засудження. Лише ті, хто відповідає кваліфікації штату, отримують дозвіл на медичну практику в цьому штаті.

Після отримання ліцензії лікарі повинні періодично поновлювати свою ліцензію, як правило, кожні один-два роки, щоб продовжити свій активний статус.

Під час цього процесу поновлення ліцензії лікарі повинні продемонструвати, що вони дотримувалися прийнятних стандартів етики та медичної практики та не брали участі в неналежній поведінці. Майже в усіх штатах лікарі також повинні показати, що вони брали участь у програмі безперервного медичного навчання.

Хоч визначені правила для ліцензії дещо відрізняються в різних юрисдикціях, державні медичні комісії перевіряють повноваження заявників і уважно розглядають ряд факторів, зокрема:

- Медична освіта
- Медична підготовка (тобто навчання в резидентурі)
- Здача національного ліцензійного іспиту
- Розумова, моральна та фізична підготовленість для безпечної медичної діяльності

Медична освіта: усі юрисдикції вимагають, щоб кандидати на отримання ліцензії лікаря посідали градус доктора медицини. Для більшості медичних освітніх програм у Сполучених Штатах ступінь MD або DO передбачає чотирирічну освітню програму після бакалавра. Випускники міжнародних медичних шкіл (Graduates of international medical schools (IMGs) IMG) можуть отримати еквівалент ступеня доктора медицини, як MBBS.

У США існує 155 алопатичних і 37 остеопатичних медичних шкіл. Усі ці програми медичних шкіл акредитовані або Комітетом зв'язку з медичної освіти (LCME), або Комісією Американської остеопатичної асоціації з акредитації остеопатичного коледжу (American Osteopathic Association Commission on Osteopathic College Accreditation - AOA COCA).

Слід зазначити, що отримання ступеня MD не надає автоматично ліцензію на медичну діяльність у США. Закон про медичну практику забороняє особам, які мають повноваження лікаря, публічно представляти себе як лікарів, якщо вони не мають медичної ліцензії.

Медична підготовка: після закінчення медичної школи лікарі регулярно вступають до післядипломної підготовки – зазвичай це програма навчання в резидентурі. Свого часу було звичайним для лікарів проводити свій перший рік післядипломної підготовки (PGY-1) в інтернатурі. Після цього року стажування лікар переходив до більш спеціалізованого навчання в резидентурі. Усі державні медичні комісії вимагають, щоб кандидати на отримання ліцензії пройшли принаймні один пройти два або три роки післядипломної підготовки,

щоб мати право на отримання повної та необмеженої медичної ліцензії. У 2014 р. домовилися про єдину систему акредитації програм післядипломної освіти в США, яка була впроваджена в 2020 р. і тепер об'єднує різні програми. Вони тривають 3 – 7 років, залежно від спеціальності. Деякі комісії визнають програми резидентури, акредитовані Королівським коледжем лікарів і хірургів Канади.

Студенти медичних шкіл США зазвичай складають перші два етапи ліцензійного іспиту перед закінченням медичної школи. Останній етап іспиту зазвичай виконується під час навчання в резидентурі.

Багато рад обмежують кількість спроб і період часу, які лікар має дотриматись перед іспитом. Часто допускаються додаткові спроби, але лише після додаткового навчання перед повторним іспитом.

Придатність до практики: державні медичні комісії піклуються про фізичну, розумову та моральну придатність лікарів для отримання ліцензії. Порівняно з випускниками медичних закладів США, IMG проходять дещо інший шлях після завершення медичної освіти в школі за межами Сполучених Штатів. Перш ніж вступити до програми навчання на резидентурі в Сполучених Штатах, вони повинні пройти сертифікацію Освітньої комісії для іноземних випускників-медиків (ECFMG).

Ліцензія лікаря від державної медичної комісії, призначена для загальної, недиференційованої медичної практики. Лікарі в Сполучених Штатах не отримують ліцензії на основі своєї спеціальності чи практики. Для отримання медичної ліцензії не потрібна сертифікація за медичною спеціальністю, але отримання лікарняних привілеїв, спонукають більшість лікарів отримати сертифікат за спеціальністю [36].

Міждержавний договір про медичне ліцензування.

У 2015 р. група медичних рад штатів США об'єдналася, щоб запуснути Міждержавний договір про медичне ліцензування, який пропонує новий прискорений шлях до ліцензування для кваліфікованих лікарів, які бажають працювати в кількох штатах за Міждержавним Договором, яких сьогодні понад

200. Серед проблем, які обумовлюють такі дії, є нестача лікарів, нещодавній приплив мільйонів нових пацієнтів до системи охорони здоров'я та зростаюча потреба в розширенні доступу до медичної допомоги для осіб у недостатньо забезпечених або сільських громадах через використання телемедицини. Станом на 2020 рік 29 штатів, Гуам і округ Колумбія є учасниками Договору, а кілька інших штатів активно розглядають законодавчі акти щодо приєднання. Держави-учасниці Договору офіційно погоджуються прийняти загальні правила та процедури, які спрощують медичне ліцензування, таким чином істотно скорочуючи час, необхідний лікарям для отримання кількох державних ліцензій. Міждержавна медична ліцензійна комісія забезпечує нагляд [37].

Менеджери з персоналу мають велике значення для розвитку співробітників і компаній. Є чудові професіонали з персоналу на різних рівнях: від пристрасного та відданого молодшого рекрутера, який наймає найкращих талантів, до менеджера з навчання, який хоче вдосконалити навички співробітників, до менеджера з персоналу, який розробляє стратегії та керує відносинами з персоналом у великій організації. .

Якщо є потреба знайти виняткового керівника відділу кадрів, ось 10 основних характеристик, які ви можете очікувати в розвитку цього нового року:

1. Самопізнання

Самосприйняття є основою емоційного інтелекту. Це навичка, якою володіють 90% найуспішніших лідерів. Чудові керівники HR добре знають свої риси характеру, свій стиль керівництва та свій вплив на інших та організацію. Вони також мають чітке і точне уявлення про свої сильні та слабкі сторони. Постійний перегляд і самопросвіта дозволяють їм використовувати свої сильні сторони і компенсувати недоліки. Великі лідери не віддають перевагу один одному, але ставляться до питань з максимальною нейтральністю та неупередженістю.

2. Пристрасть

Будь то на всіх рівнях організації, коли фахівці з кадрів не мають справжнього інтересу або невпинної пристрасті до предмету, усе вирішується.

Чудові професіонали з персоналу захоплені тим, що вони роблять, людьми та цінностями компанії, над розвитком якої вони працюють. Для топ-менеджерів з персоналу їх робота полягає не лише в пошуку потрібних талантів. Тут починається робота. Пристрасть просувати та розвивати співробітників на різних етапах, давати їм те, чого вони хочуть, мати відчуття людської поведінки — все це навички, які менеджери з персоналу набувають через пристрасть до своєї роботи.

3. Емпатія

В основі управління людськими ресурсами лежить емпатія та співчуття. Емпатія є важливою характеристикою побудови успішних відносин і людських зв'язків. Щодо кожної проблеми, яка виникає в компанії, HR-експерти повинні набратися терпіння, щоб зрозуміти її в цілому. Емпатія допомагає менеджерам з персоналу уважно слухати те, що говорять співробітники, перш ніж робити поспішні висновки або пропонувати рішення. Успішні кадровики намагаються зрозуміти людей, ставлячи себе на місце інших з нейтральної точки зору.

4. Смиренність

Фахівці з управління персоналом, які швидко розвиваються, — чудові люди, які вірять у побудову глибоких стосунків із іншими людьми. Вони надзвичайно скромні щодо власної діяльності та профілю, тому заслуговують на велику повагу в компанії. Успішні керівники відділу кадрів тримають своє ego під контролем і ніколи не дозволяють своїм особистим думкам, судженням чи досвіду затьмарювати їхній розум. Вони завжди мають час для інших і пропонують відкритий і безпечний простір, куди інші можуть увійти та поділитися своїми проблемами.

5. Надихає

Чудові керівники відділу кадрів демонструють найкращі приклади характеру та стандартів, яким наслідуватимуть інші. Вони справді надихають інших своєю силою, довірою, доброю волею та наполегливою працею. Вони розуміють важливість позитивної культури на робочому місці і тому завжди далекі від участі в офісній політиці чи плітках. Водночас вони не підозрюють

про небажану поведінку чи непрофесіоналізм, тому можуть вжити суворих заходів. Вони постійно надихають оточуючих людей на досягнення вищих стандартів. Великі лідери діляться своїми знаннями зі своїми командами та дають їм усі можливості стати лідерами.

6. Відповідальність

Однією з найбільших характеристик великих лідерів є те, що вони не звинувачують себе, якщо щось йде не так. Вони несуть повну відповідальність за будь-які невдачі, індивідуальні чи колективні. Успішні HR-лідери несуть повну відповідальність за власні дії та не звинувачують зовнішні фактори в наслідках. Вони сприймають обставини з гідністю та повагою та роблять усе можливе, щоб виправити їх своїм позитивом та наполегливістю. Найкращі лідери не знаходять виправдань, що робить їх надійними та цілісними.

7. Навчання впродовж життя

Чудові керівники HR ніколи не припиняють навчатися та спілкуватися, щоб підтримувати свої навички в актуальному стані. Вони прагнуть бути в курсі останніх подій у HR. Вони роблять це не для того, щоб бути конкурентоспроможними, а тому, що вони пристрасно прагнуть знайти найкраще та знайти способи відповідно узгодити свої бізнес-цілі. Вони завжди в авангарді останніх тенденцій, продуктів і технологій для людей. У них є різноманітні інструменти, які можуть допомогти їм навчатися та вчитися далі. Вони все ще намагаються знайти способи підвищити власну ефективність.

8. Однозначний комунікатор

Чудові лідери – найкращі комунікатори. За допомогою слів чи мови тіла успішні менеджери з персоналу завжди гарантують, що вони спілкуються чітко та абсолютно прозоро у своїй взаємодії. Вони гарантують, що люди знають про їхні очікування, і тому вони завжди справедливі у своїх виразах і поведінці. Успішні менеджери з персоналу завжди знаходяться в постійному спілкуванні зі своїми колегами і колегами і завжди готові обговорити, щоб прояснити речі, якщо це необхідно. Вони знають, як збалансувати мистецтво спілкування та

забезпечити регулярний обмін думками та ідеями не лише для того, щоб надихнути інших, але й для того, щоб усе було зрозумілим та недвозначним.

9. Почуття гумору

Найуспішніші HR-менеджери випромінюють позитив і вміють добре сміятися. Завжди враховується реакція керівників, особливо в складних ситуаціях. Вони повинні вміти сміятися, тому що ніколи не повинні забувати про мораль своїх співробітників. Більші кризи можна подолати, якщо керівники залишатимуться спокійними та сприятимуть культурі гумору та особистій дискусії на робочому місці. Елегантне та повне почуття гумору [38].

Нерідко трапляється так, що поряд з офіційним керівником в організації існує неофіційна особа, яка має значний вплив на колектив – це лідер. Між *босом і лідером* є велика різниця. Начальник – це той, хто віддає накази та очікує їх виконання, а лідер – це той, хто надихає та мотивує інших для досягнення спільної мети.

Лідерство – це встановлення бачення та забезпечення напрямку, тоді як керівництво – це організація ресурсів і забезпечення того, щоб усе пройшло гладко. Бос може мати гарні управлінські навички, але він може не надихнути інших на досягнення великих результатів. Лідер – це той, на кого люди рівняються і поважають, тоді як бос – це той, кого люди можуть боятися або не любити. Бос може мати хороші лідерські здібності, але він може бути не в змозі ефективно керувати людьми та ресурсами.

Найкращий бос – це той, хто може бути і лідером, і менеджером, але не завжди легко знайти людину, яка володіє обома наборами навичок. Якщо вам пощастило мати боса, який одночасно є лідером і менеджером, цінуйте його!

Що різнить вдалих менеджерів від значних лідерів?

Багато людей вважають, що начальник – це той, хто більше говорить, а лідер – той, хто більше слухає. Хоча це може бути частково правдою, це не вся історія.

Начальник – це той, хто віддає накази та очікує їх виконання, а лідер – це той, хто надихає та мотивує інших для досягнення спільної мети. Начальник

може мати хороші комунікативні навички, але він головним чином зосереджений на відданні наказів і виконанні завдань. Лідер, з іншого боку, повинен уміти слухати інших, щоб розуміти їхні потреби та надихати їх разом для роботи задля досягнення загальної мети.

Найкращий спосіб керувати – це показувати приклад. Якщо ви хочете, щоб ваша команда була продуктивною та мотивованою, ви самі подавайте приклад. Наполегливо працюйте та будьте зразком для своєї команди. Терплячий і завжди готовий допомогти, навіть коли справи стають важкими. Ваша команда буде на вас дивитися та поважати вас більше, якщо ви покажете їм, що занадто сильно бажаєте й докладете зусиль самі. Будьте лідером, яким вони можуть пишатися! Ось чому найкращі лідери завжди подають приклад.

Начальник - це людина, яка самодостатня. Їм не потрібно покладатися на інших, щоб виконати роботу. Зазвичай вони дуже організовані та ефективні і очікують, що їхні працівники будуть такими ж. Хоча бос може вміти добре організовувати ресурси та виконувати завдання, він може не дуже добре надихати інших або мотивувати їх на досягнення спільної мети. Лідер, з іншого боку, повинен уміти надихати інших, щоб досягти успіху.

Лідер – це той, хто вміє добре працювати з іншими. Вони розуміють, що для досягнення спільної мети їм потрібно вміти працювати разом зі своєю командою. З іншого боку, бос, можливо, добре вміє організовувати ресурси та виконувати завдання, але він може не дуже добре працювати з іншими. Це часто може призвести до напруги та конфлікту всередині колективу.

Лідер – це той, хто може представити себе на місці других осіб і збагнути їх потреби. Вони терплячі та завжди готові допомогти, навіть коли справи стають важкими. Їхня команда рівнятиметься на них і поважатиме їх більше, якщо вони покажуть, що самі готові докласти зусиль.

Бос говорить співробітникам, що і як робити. Вони не дуже терплячі і не завжди готові допомогти, коли справи стають важкими. Їх працівники можуть боятися або не любити. Лідер ставить запитання та слухає своїх співробітників, щоб зрозуміти їхні потреби. Вони терплячі та завжди готові допомогти, навіть

коли справи стають важкими. Їхні працівники будуть рівнятися на них і поважати їх більше, якщо вони покажуть, що самі готові докласти зусиль.

Лідери допомагають команді досягти цілей і завдань, ефективно спілкуючись, виявляючи повагу до інших і надаючи підтримку, коли це необхідно. Вони також працюють над створенням позитивного робочого середовища, де працівники почувуються комфортно, діляться своїми ідеями та трудяться спільно для того, щоб досягти колективної цілі. Лідери розуміють, що для досягнення успіху вони повинні вміти працювати разом зі своєю командою.

Хоча боси можуть давати вказівки та детально описувати результат, вони також покладаються на те, що їхні співробітники використовуватимуть їхнє судження та креативність для досягнення бажаної мети. Вони розуміють, що кожна ситуація індивідуальна і що працівники потребують певної гнучкості, щоб виконувати роботу.

Керівники, з іншого боку, довіряють своїм співробітникам використовувати їх судження та приймати рішення самостійно. Це дозволяє працівникам відчувати більше володіння своєю роботою та заохочує їх проявляти ініціативу.

Начальники часто засуджують, тому що вони повинні переконатися, що їхні співробітники виконують свою роботу правильно. Вони мають мати змогу ввірити своїм робітникам виконання їхньої роботи, але вони також повинні мати можливість притягнути їх до відповідальності, якщо це необхідно. Це часто може призвести до того, що боса вважають владним або вимогливим.

Лідери, з іншого боку, розуміють, що їхні співробітники не завжди можуть робити все так, як вони самі. Вони довіряють своїм роботодавцям використовувати свої судження та приймати рішення самостійно. Це дозволяє працівникам відчувати більше володіння своєю роботою та заохочує їх проявляти ініціативу [39].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

З'являються різні ключові фактори успіху, які явно впливають на практику охорони здоров'я та управління людськими ресурсами. Управління людськими ресурсами має важливе значення для будь-якої системи охорони здоров'я та як воно може покращити моделі охорони здоров'я. Вивчаються виклики систем охорони здоров'я в Канаді, Сполучених Штатах Америки та різних країнах, що розвиваються, з пропозиціями щодо шляхів подолання цих проблем шляхом належного впровадження практик управління людськими ресурсами. Порівняння та зіставлення окремих країн дозволило глибше зрозуміти практичну та вирішальну роль управління людськими ресурсами в охороні здоров'я.

Якщо потрібен хтось, хто зможе виконувати роботу ефективно та без драми, бос може стати правильним вибором. Але якщо потрібен той, хто може мотивувати та надихати інших на досягнення великих результатів, лідер — кращий варіант.

ВИСНОВКИ

Належне управління людськими ресурсами має вирішальне значення для забезпечення високої якості медичної допомоги. Для розробки нової політики необхідні переорієнтація на управління людськими ресурсами в охороні здоров'я та додаткові дослідження. Ефективні стратегії управління людськими ресурсами дуже необхідні для досягнення кращих результатів і доступу до медичної допомоги в усьому світі.

Щоб зміцнити індустрію охорони здоров'я, потрібно вирішити проблему нестачі лікарів у всьому світі. Однак зусилля щодо збільшення кількості лікарів повинні бути збалансовані з контролем над медичною освітою та професіоналізмом лікарів, які користуються дозволом на медичну діяльність.

Незважаючи на відсутність моделі золотого стандарту для регулювання медичної освіти та практики, вивчення комбінацій засобів контролю, що використовуються в різних країнах, дозволяє виявити інновації та регуляторні підходи для вирішення конкретних контекстних проблем, таких як децентралізація регулювання субнаціональним органам або приватизація медичних освіти. Погляд на весь континуум від медичної освіти до ліцензування є цінним, щоб зрозуміти, як країни збалансовують суворість контролю на різних етапах. Потрібні подальші дослідження, щоб зрозуміти, як регулюючі органи, політики та медичні асоціації можуть знайти правильний баланс стандартизації та контекстної гнучкості для підготовки всебічно розвинутих лікарів.

Людські ресурси в реформі галузі охорони здоров'я також спрямовані на підвищення якості послуг і задоволеності пацієнтів. Якість медичної допомоги зазвичай визначається двома способами: технічна якість і соціокультурна якість. Технічна якість стосується впливу, який доступні медичні послуги можуть мати на стан здоров'я населення. Соціокультурна якість вимірює ступінь прийнятності послуг і здатність задовольняти очікування пацієнтів.

Досліджуючи системи охорони здоров'я в різних країнах, ми виявили значні відмінності між управлінням людськими ресурсами та практикою охорони здоров'я. Очевидно, що в Канаді законодавство США впливає на управління людськими ресурсами в секторі охорони здоров'я. Більше того, результат дискусії щодо канадської однорівневої системи проти дворівневої може мати різкий вплив на управління людськими ресурсами в охороні здоров'я. Крім того, через брак медичних працівників, які пройшли навчання в Канаді, ми виявили, що Канада та Сполучені Штати мають тенденцію набирати персонал із країн, що розвиваються, таких як Південна Африка та Гана, щоб задовольнити попит.

Дослідження взаємозв'язку між охороною здоров'я в Сполучених Штатах і управлінням людськими ресурсами виявляє три основні проблеми: швидке зростання витрат на охорону здоров'я, зростаюча кількість американців, які не мають медичної допомоги, та епідемія щодо стандартів медичної допомоги. Кожна з цих проблем має значні наслідки для добробуту окремих американців і матиме руйнівний вплив на фізичне та психологічне здоров'я та добробут нації в цілому.

Фізичне здоров'я багатьох американців під загрозою, оскільки ці фактори ускладнюють окремим людям отримати належну консультацію та лікування від лікарів. Це може негативно вплинути на психічний стан пацієнта та призвести до сильного надмірного стресу, що може ще більше погіршити фізичну ситуацію.

Вивчення прикладів показує, що управління людськими ресурсами може відігравати і відіграє важливу роль у системі охорони здоров'я. Практика, політика та філософія фахівців з людських ресурсів є обов'язковими для розвитку та вдосконалення американської охорони здоров'я. Мається на увазі те, що необхідно провести подальші дослідження та дослідження, щоб визначити додаткові методи використання ресурсів, які можуть бути корисними для всіх організацій і пацієнтів.

Порівняно зі Сполученими Штатами, Канадою та країнами, що розвиваються, Німеччина перебуває в особливій ситуації, враховуючи надлишок кваліфікованих лікарів. Через цей надлишок нація виявилася з високим рівнем безробіття серед лікарів. Це кадрове питання, яке можна вирішити законодавчо. Завдяки запровадженню більш обмежувальних критеріїв прийому до медичних шкіл у Німеччині вони можуть зменшити кількість лікарів, які проходять підготовку. Проблему надлишку супроводжує законодавче обмеження, яке обмежує кількість спеціалістів, які можуть працювати в географічних регіонах. Ці дві проблеми витісняють лікарів, які отримали освіту в Німеччині, з країни і, таким чином, не дозволяють країні повною мірою скористатися перевагами своїх національних інвестицій у підготовці цих фахівців.

Країни, що розвиваються, також стикаються з проблемою інвестування в підготовку медичних працівників, таким чином використовуючи дорогоцінні національні ресурси, але втрачаючи багатьох своїх підготовлених фахівців до інших регіонів світу, які можуть надати їм більше можливостей і переваг. Фахівці з людських ресурсів стикаються із завданням спроб знайти та/або утримати працівників у регіонах, які найбільше постраждали від втрати цінних працівників.

Значну роль у розподілі медичних працівників відіграє управління кадрами. У зв'язку з тим, що в більш розвинутих країнах пропонуються зручності, яких інакше немає, існує ймовірність того, що професіонали будуть більш спокушені переїхати, тим самим посилюючи дефіцит у всіх сферах охорони здоров'я. У зв'язку зі зростанням глобалізації ресурси зараз розподіляються більше, ніж будь-коли, хоча й не завжди рівномірно.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O: Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*. 2004, 2: 13-10.1186/1478-4491-2-13.
2. What is personnel management? URL: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/personnel-management-types> (дата звернення: 01.01.2023).
3. Managing Human Resources/ URL: <https://hbr.org/1981/09/managing-human-resources> (дата звернення: 30.12.2022).
4. Elements of Personnel Management. URL: https://unacademy.com/goal/ntaugc-net-set-exams/TEWDQ/doubts-and-olutions?referral=content_ntaugc_organic_askadoubt (дата звернення: 27.12.2022).
5. Top 6 HR Challenges in the Healthcare Industry/ URL: <https://www.peoplehum.com/blog/hr-challenges-in-the-healthcare-industry> (дата звернення: 01.01.2023).
6. World Health Organization: World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva. 2000. URL: http://www.who.int.proxy.lib.uwo.ca:2048/whr/2000/en/whr00_ch4_en.pdf (дата звернення: 28.12.2022).
7. World Health Organization: World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva. 2003. URL: <http://www.who.int.proxy.lib.uwo.ca:2048/whr/2003/en/Chapter7-en.pdf> (дата звернення: 29.12.222).
8. Kirby MJL: The health of Canadians – the federal role. The Senate of the Government of Canada. 2002, Ottawa, ON: Government of Canada, 6: 78.
9. Управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. URL: doi: 10.15276/etr.06.2020.3 doi: 10.5281/zenodo.4564470 udc: 65.012.32:613/614 jel: i12; m21. (дата звернення: 03.01.2023).
10. Makarenko J: The Mazankowski Report: A Diagnosis of Health Care in C anada. 2002, Edmonton, AB: Government of the Province of Alberta. URL:

<http://www.mapleleafweb.com/features/medicare/mazankowski/index.html>. (дата звернення: 27.12.2022).

11. Dosanjh U: Canada Health Act Report 2003–2004. 2004, Ottawa: Government of Canada. URL: <http://www.hcsc.gc.ca/medicare/Documents/CHAAR%202003-04.pdf> (дата звернення: 03.01.2023).

12. Ministry of Health and Long term Care: Report on the Integration of Primary and Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario. 2005, Toronto, ON. URL: http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/nurseprac03/ехес_summ.pdf (дата звернення: 04.01.2023).

13. Canadian Health Coalition: The History of Medicare Shows that Canadians Can Do It. Ottawa, ON. URL: <http://www.healthcoalition.ca/history.html> (дата звернення: 03.01.2023).

14. Canadian Nurses Association: Succession Planning for Nursing Leadership. 2006, Ottawa, ON. URL: http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/leadership/default_e.aspx (дата звернення: 03.01.2023).

15. Hannah KJ: Health informatics and nursing in Canada. Healthcare Information Management and Communications Canada. 2005, 14: 3- URL: http://hcccinc.qualitygroup.com/hcccinc2/pdf/Vol_XIX_No_3/Vol_XIX_No_3_7.pdf (дата звернення: 04.01.2023).

16. Manojlovich M, Ketefian S: The effects of organizational culture on nursing professionalism: Implications for health resource planning. The Canadian Journal of Nursing Research. 2002, 33: 15-34.

17. Health Canada: Investing in Health Care Providers. 2003, Ottawa, ON. URL: http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_Chapter_4.pdf (дата звернення: 05.01.2023).

18. Romanow RJ: Building on Values: The Future of Health Care in Canada. 2002, Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa, ON.

19. National Coalition on Health Care: Building a Better Health Care System: Specifications for Reform. Report from the National Coalition on Health Care. Washington, DC. 2004, 5-12. URL:

<http://www.nchc.org/materials/studies/reform.pdf> (дата звернення: 03.01.2023).

20. The Texas Department of Insurance: Health Maintenance Organizations. 2005, Austin, TX. URL: <http://www.tdi.state.tx.us/consumer/cbo69.html> (дата звернення: 03.01.2023).

21. Centers for Medicare and Medicaid Services: Medicare and You. 2006, Baltimore, Maryland. URL: <http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/10050.pdf> (дата звернення: 03.01.2023).

22. Malat J: Social distance and patient's ratings of health care providers. Journal of Health and Social Behavior. 2001, 42: 360-72. 10.2307/3090184.

23. Anson BR: Taking charge in a volatile health care marketplace. Human Resource Planning. 2003, 23 (4): 21-34.

24. Jones DA: Repositioning human resources: a case study. Human Resources Planning. 1996, 19 (1): 51-54.

25. World Health Organization Regional Office for Europe: Highlights on Health. Germany. Copenhagen. 2004. URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhdeu/system/20050311_1 (дата звернення: 03.01.2023).

26. The Library of Congress: A Country Study: Germany. Washington, DC. 1995. URL: <http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/detoc.html> (дата звернення: 13.12.2022).

27. Organization for Economic Co-operation and Development: OECD Health Data 2005. How Does Germany Compare. Paris. 2005. URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/16/6/34970073.pdf> Google Scholar (дата звернення: 03.01.2023).

28. Organization for Economic Co-operation and Development: OECD Health Data 2005. How Does the United States Compare. Paris. 2005. URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/15/23/34970246.pdf> Google Scholar (дата звернення: 04.01.2023).

29. Organization for Economic Co-operation and Development: OECD Health Data 2005. How Does Canada Compare. Paris. 2005. URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/16/9/34969633.pdf> (дата звернення: 03.01.2023).
30. Bundesministerium für Gesundheit: Information on Medical Training in the Federal Republic of Germany. 2005, Kohn, GDR. URL: http://www.bmg.bund.de/clin_041/nn_617014/EN/Health/health-node,param=.html_nnn=true (дата звернення: 03.01.2023).
31. Medknowledge: Working Formalities for Foreign Physicians in Germany. Munster. 2000. URL: <http://www.medknowledge.de/germany/> (дата звернення: 03.01.2023).
32. National Coalition on Health Care: Health Care in Germany. Washington, DC. 1999. URL: <http://www.nchc.org/facts/Germany.pdf> (дата звернення: 03.01.2023).
33. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Orvill A, Dal Poz MR: The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. Human Resources for Health. 2004, 2: 3-10.1186/1478-4491-2-3.). URL: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/3>(дата звернення: 03.01.2023).
34. Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dal Poz MR: Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. International Journal for Equity in Health. 2003, 2: 11-10.1186/1475-9276-2-11. URL: <http://www.equityhealthj.com/content/2/1/11>(дата звернення: 03.01.2023).
35. Dussault G, Franceschini M: Not enough here, too many there: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Washington, DC: The World Bank Institute. 2003. URL: [http://www.lachsr.org/observatorio/eng/pdfs/Geographical Imbalances05-13-03.pdf](http://www.lachsr.org/observatorio/eng/pdfs/Geographical%20Imbalances05-13-03.pdf) (дата звернення: 06.01.2023).
36. Licensing Doctors: Do Economists Agree? URL: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2004-08-svorny-reach_concl%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2004-08-svorny-reach_concl%20(1).pdf) (дата звернення: 02.01.2023).

37. About physician licensure. URL: <https://www.fsmb.org/u.s.-medical-regulatory-trends-and-actions/guide-to-medical-regulation-in-the-united-states/about-physician-licensure/#:~:text=all%20state%20medical%20boards%20require,training%20to%20obtain%20a%20license> (дата звернення: 01.01.2023).

38. Human Resource Managers should develop in 2019. URL: <https://icehrm.com/blog/9-main-characteristics-that-each-human-resource-managers-should-develop-in-2019/> (дата звернення: 12.12.2022).

39. Boss vs Leader. URL: <https://hrmhandbook.com/blog/2022/boss-versus-leader/> (дата звернення: 30.12.2022).