

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

**КАЛЕМБЕТ НАДІЯ ВАСИЛІВНА**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 351.77:614  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО**  
**РЕГУЛЮВАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ**  
**МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
(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. В. КАЛЕМБЕТ  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:  
**ЗІНЧУК Тетяна Олексіївна**  
(прізвище, ім'я, по батькові)

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

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: КАЛЕМБЕТ Надії Василівни допущено до захисту.**

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» грудня 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 та прізвище)

«\_\_\_\_\_» грудня 2023 р.

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти КАЛЕМБЕТ Надія Василівна 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 та прізвище)

## АНОТАЦІЯ

КАЛЕМБЕТ Н. В. Удосконалення механізмів державного регулювання кадрового забезпечення надання медичної допомоги. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, 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, прогнози та перспективи.*

## SUMMARY

KALEMBET N. Improvement of mechanisms of state regulation of staffing of medical care provision. – Manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 «Public Administration». – Polissia National University, 2023.

The theoretical and methodological foundations of the health care system from a global perspective and the importance of human resource management for improving overall health outcomes and health care delivery are considered. This made it possible to identify the positive and negative aspects of this topic and to identify, in the context of the current reform of the medical industry, proposals for the possible implementation of best practices in Ukraine.

*Tags: healthcare, medical institutions, human resources management, personnel management, leadership, licensing, forecasts and prospects.*

## ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВИ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ УКРАЇНИ	8
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	14
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КАДРАМИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	15
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	25
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ	26
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	32
ВИСНОВКИ	34
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	36
ДОДАТКИ	42

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Збереження громадського здоров'я – одна із найважливіших основ життєдіяльності суспільства. У сучасних умовах вона переживає значні трансформації, пов'язані з глобальними змінами в економічній, соціальній та політичній сферах. В Україні реформа охорони здоров'я займає чільне місце серед першочергових напрямів публічного адміністрування. Вона спрямована на підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги і послуг.

Серед важливих елементів реформи в Україні є імплементація механізмів ліцензування лікарів у Сполучених Штатах Америки та Європи. Так, в цих країнах, ліцензійний порядок встановлюють ради рівня кожної території, лікарі мають виконати затверджену відповідною програмою підготовку і скласти стандартний залік. Закони про вид діяльності, вносять заборону для лікарів, що не мають ліцензії, та іншим медичним працівникам давати послуги та здійснювати сервісне обслуговування.

*Аналіз останніх досліджень і публікацій.* Проблемам керування персоналом у медичній сфері присвячено праці цілої ланки вітчизняних та зарубіжних учених, зокрема: О. Амоша, С. Антонов, В. Борщ, М. Білинська, Ю. Вороненко., Д. Гасюк, Т. Грузева, 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, Adams O., Dal Poz MR, Dussault G., Stilwell B., 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., Franceschini M. та ряд інших.

*Мета кваліфікаційної роботи.* Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних пропозицій до перетворення державного управління людськими ресурсами сфери охорони здоров'я,

менеджменту персоналу медичних закладів охорони здоров'я у період капітальної перебудови медичної індустрії.

*Завдання кваліфікаційної роботи:*

- дослідити теоретичні, методологічні та практичні аспекти державного управління людськими ресурсами;
- вивчити тематичне законодавства України;
- встановити важливість людських ресурсів на нормативно-правовому рівні;
- визначити доцільність застосування теорії нового державного менеджменту в охороні здоров'я з метою його ефективної заміни традиційному управлінському методу;
- вказати на основні стилі управління та організації людської діяльності;
- означити основні функції медичного та іншого персоналу в лікарнях світу та їх урегульованість щодо питання розподілу управлінських і медичних функцій;

*Об'єкт здійсненого дослідження.* Процес становлення та розвитку менеджменту персоналу у системах охорони здоров'я зарубіжних країн та України.

*Предмет даного дослідження.* Сукупність теоретико-методичних, законодавчих питань менеджменту персоналу галузі охорони здоров'я України.

*Методологія та теоретичний фундамент дослідження.* Дослідження базується на загальнонаукових методах, зокрема: наукової абстракції – для виділення суттєвих ознак і закономірностей кадрового забезпечення охорони здоров'я; діалектичного – для дослідження кадрового забезпечення охорони здоров'я як складного, багатогранного та динамічного явища; аналізу і синтезу – для вивчення кадрового забезпечення охорони здоров'я в його взаємозв'язку з іншими сторонами життєдіяльності суспільства; бібліографічного – для опрацювання наукової літератури з теми дослідження; індукції і дедукції – для формування теоретичних висновків на основі узагальнення практичного досвіду.

Крім того, у дослідженні використані специфічні методи: порівняльного аналізу – для порівняння кадрового забезпечення охорони здоров'я в різних країнах; структурно-логічного – для розробки теоретичних засад кадрового забезпечення охорони здоров'я.

Дослідження проведено в межах глобального контексту. Для цього було проаналізовано 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 ВООЗ. У результаті дослідження було розглянуто основні кадрові проблеми, а також проаналізовано вплив кадрового потенціалу на охорону здоров'я. Були визначені тренди реформування галузі охорони здоров'я, які 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.

*Кваліфікаційну роботу побудовано* 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 42 сторінок.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВИ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ УКРАЇНИ

Здоров'я – один із найважливіших чинників, який цінується більшістю людей. Загальновідомо, що з віком і під впливом інших (переважно зовнішніх) чинників стан здоров'я погіршується, тому населення змушене звертатися до закладів охорони здоров'я для отримання кваліфікованої медичної допомоги, доступність якої гарантована Конституцією України (стаття 49), Цивільним кодексом України (статті 283, 284), Законом України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 49), Законом України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 284) [1].

Законодавства України про охорону здоров'я» (статті 6, 39) та інші нормативно-правові акти. Однак більшість населення не може похвалитися хорошим здоров'ям: «щороку в Україні реєструється 60 зареєстрованих випадків захворювань на 100 чоловік населення» [1]; «близько 66 тисяч медичних працівників-фахівців звільнилися з вітчизняної охорони здоров'я. Тільки за період 2014-2016 років» [2], щороку від 4 до 7 тисяч кваліфікованих медичних працівників виїжджають з України [3]; із числа опитаних 23,0 % чоловіків і 25,8 % жінок не задоволені доступністю та якістю медичної допомоги [4]; Україна посіла 94-те місце у Глобальному індексі безпеки здоров'я у 2019 році [5]. Міністерство охорони здоров'я України не залишило цю ситуацію поза увагою і впровадило медичну реформу («з 2018 року на первинному рівні та з 2020 року на вторинному та третинному рівнях» [6]), яка спрямована на підвищення доступності та якості медичних послуг. Використання відповідних «методів і способів державного управління в цій галузі гарантує успіх» [7].

Проблеми реформування медицини стали наріжним каменем досліджень низки вчених. Так, зокрема, пропозиція Рудена про посилення профілактичних заходів на первинному рівні медичної допомоги видається актуальною [7];

водночас існують деякі спірні аспекти, наприклад, правильніше говорити не про «аудит», а про «моніторинг», а пропозиція «впровадити економічні методи адміністрування» [8] має бути доповнена конкретними рекомендаціями.

Є позиція учених які рішуче заявляють про доцільність застосування теорії нового державного менеджменту (НДМ) для реформування національної системи охорони здоров'я [9 – 11]. Заслуговує на увагу також розгляд питання про те, чи запобігає НДМ марнотратству та опортунізму в охороні здоров'я; і підтвердити чи підвищується раціональність і підзвітність при НДМ чи ні [9]. НДМ, як правило, розглядається ефективною заміною традиційному управлінському методу. Ці реформи можуть бути корисними для зміцнення комплексу охорони здоров'я та управлінського потенціалу. Також НДМ видається корисним для взаємодії державного сектору охорони здоров'я з приватним сектором у плані персоналу та ресурсів, продуктивності, структури винагороди і методів ведення бізнесу [11]. Віддаючи належне працям вищезазначених учених, слід підкреслити необхідність продовження низки досліджень з цієї проблематики [12].

Усе вищесказане визначає актуальність вибору теми нашого дослідження.

Сьогоднішні соціально-економічні та політичні реалії вимагають модернізації кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні. Це пов'язано зі зміною світогляду громадськості щодо медичної допомоги, ускладненням господарської та фінансової діяльності галузі, підвищенням вимог до компетенцій керівників та медичних працівників, а також переходом індустрії охорони здоров'я до сервісного спрямування.

Такі трансформації передбачають впровадження нових інструментів та механізмів публічного адміністрування в системі управління закладами та установами охорони здоров'я [36].

Результативність модернізації кадрового забезпечення залежить від реалізації таких принципів, як утилітарність, конструктивність, спрямованість, комплексність та демократичність.

Потенційні медичні працівники повинні відповідати таким вимогам:

- пройти відповідну медичну підготовку;
- скласти іспит на державний стандарт;
- систематично підвищувати свою кваліфікацію, категорію та компетентності не тільки в сфері медицини, але й у галузі економіки, фінансів, управління тощо.

Ураховуючи воєнні дії в Україні, ресурсне забезпечення галузі охорони здоров'я істотно ускладнюється. Медичні установи всіх форм власності повинні перейти в режим економії та пошуку додаткових можливостей і джерел фінансування. На світових ринках надання медичної допомоги в умовах подібних викликів активно застосовуються такі інструменти, як:

- медичне ліцензування діяльності медичного персоналу;
- підвищення ефективності використання ресурсної бази;
- оптимізація мережі закладів охорони здоров'я;
- заохочення інновацій у сфері надання медичної допомоги, організації використання медичного персоналу, медичній і управлінській освіті.

Таким чином, модернізація кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні є пріоритетним завданням, яке потребує комплексного підходу та впровадження інноваційних інструментів та механізмів [37].

Реорганізація служб охорони праці.

1. Уряд заявив про свою чітку прихильність до поліпшення здоров'я та благополуччя, здоров'я та добробуту персоналу. Як і в документі Звільнення Національна служба здоров'я (НСЗ), (липень 2010 р.), так і в Білій книзі з питань громадського здоров'я «Здорове життя, здорові люди: Наша стратегія для громадського здоров'я в Англії», грудень 2010 року. В останньому документі також згадується про необхідність набути проактивного підходу до покращення якості та прискорення доступу до послуг з охорони здоров'я на робочому місці. Крім того, зобов'язання в Угоді про відповідальність, зокрема щодо здоров'я на робочому місці та фізичної активності, формулюють бачення, до якого може прагнути НСЗ і яке дозволить сектору охорони здоров'я бути визнаним взірцем.

2. Наше бачення полягає в тому, що постачальники послуг з гігієни праці для медичного персоналу повинні відігравати ключову роль у наданні безпечної, ефективної та результативної допомоги пацієнтам шляхом зміцнення та захисту здоров'я персоналу. Для досягнення цього бачення, існуючі служби охорони здоров'я на робочому місці повинні бути реорганізовані та розвинені з метою щоб:

- надавати послуги для запобігання захворюваності та травматизму персоналу на робочому місці;
- активно сприяти здоров'ю та благополуччю на робочому місці;
- максимізувати доступ до роботи та її збереження за допомогою своєчасних реабілітаційних послуг.

3. Попередні спроби модернізувати послуги з охорони здоров'я на робочому місці зазнали невдачі через відсутність пріоритетів та незадовільної системи надання послуг у НСЗ. Дослідники підкреслюють нагальну необхідність змін, щоб забезпечити медичний персонал і служби охорони здоров'я знаннями та підтримкою в галузі гігієни праці, необхідними для та підтримки, необхідних для того, щоб відповідати очікуванням і досягти зразкового статусу для НСЗ.

4. Пропозиції щодо змін, були розроблені у співпраці з ключовими внутрішніми та зовнішніми зацікавленими сторонами, а також після процесу взаємодії, який очолили роботодавці НСЗ та десять стратегічних органів охорони здоров'я. Впливові зацікавлені сторони отримали рішучу підтримку напрямку руху впливові зацікавлені сторони в державному секторі, промисловості, університетах та НСЗ.

Різноманітні погляди широкого кола осіб та організацій були взяті до уваги різноманітні погляди окремих осіб та організацій. Більш детальну інформацію про конкретні висновки з огляду, які лягли в його основу вільно доступні на веб-сайті Організації роботодавців НСЗ. Рамкова програма покращення здоров'я та благополуччя, що додається до нього, допоможе Правлінням у створенні культури, яка сприяє здоров'ю та благополуччю,

культури, яка сприяє здоров'ю та благополуччю персоналу.

5. Пропозиції в цілому поділяються на три сфери:

- Мінімальний рівень послуг з охорони здоров'я на робочому місці.
- Збір даних про гігієну праці та обмін інформацією.
- Залучення служб охорони здоров'я та співпраця з ними.

Крім того, американський психолог К. Левін визначив основні стилі управління та організації людської діяльності, а саме:

- авторитарний, коли власне керівництво директивно-наказово визначає всі дії персоналу, не приймаючи безпосередньо участі у виконанні завдань та здійснює повний контроль за робочою силою;

- демократичний, коли керівництво передає ряд повноважень персоналу по прийняттю управлінських рішень і розробці засобів по їх виконанню;

- пасивний, керівництво виконує роль «нічного сторожа», практично не втручається у процес виробництва, прийняття рішень здійснюється без порад з персоналом [38].

Наша система охорони здоров'я – це широка галузь, яка включає в себе багато різних фахівців. Окрім лікарів і медсестер, які надають первинну медичну допомогу, є також адміністратори охорони здоров'я, фахівці з громадського здоров'я та геронтологи, які допомагають підтримувати надання послуг, необхідних пацієнтам і населенню в цілому.

Медичні працівники працюють у різних умовах, щоб підтримувати і надавати якісну медичну допомогу. Наприклад, працівники охорони здоров'я працюють у громадах, організаціях та уряді, щоб спрямовувати та впроваджувати політику громадського здоров'я. З іншого боку, адміністратори охорони здоров'я підтримують діяльність надавачів первинної медичної допомоги в таких медичних закладах, як лікарні, будинки для людей похилого віку та амбулаторії. Вони надають послуги з керівництва та управління, які допомагають оптимізувати роботу лікарів і медсестер.

Визначення управління охороною здоров'я.

Адміністратори охорони здоров'я є одними з найважливіших фахівців у галузі охорони здоров'я. Вони не тільки працюють безпосередньо з постачальниками первинної медичної допомоги для підтримки пацієнтів, але й виконують адміністративні функції в багатьох різних місцях.

Як адміністратор охорони здоров'я, ви можете бути залучені до управління записами пацієнтів, розподілу ресурсів і визначення процедур на робочому місці. Адміністратори охорони здоров'я також наймають персонал і можуть брати участь в оцінці ефективності роботи. Оскільки бебі-бумери продовжують старіти, попит на адміністраторів у сфері охорони здоров'я зростає по всій країні.

Відмінності між адмініструванням охорони здоров'я та громадським здоров'ям. Багато людей плутають ролі адміністраторів охорони здоров'я та фахівців у сфері громадського здоров'я. Хоча обидві сфери зосереджені на підвищенні якості медичної допомоги, громадське здоров'я спрямоване на покращення здоров'я населення на багатьох різних етапах. Наприклад, фахівець громадського здоров'я може працювати зі статистичними даними щодо захворюваності на певні хвороби, ініціювати програми охорони здоров'я, спрямовані на покращення здоров'я громади, а також працювати над політикою на місцевому, державному чи національному рівнях.

Спектр обов'язків працівників громадського здоров'я ширший, ніж у адміністраторів охорони здоров'я. Адміністратори охорони здоров'я зосереджуються на покращенні роботи конкретного закладу (наприклад, лікарні), заглиблюючись у повсякденну роботу закладу.

Працівники громадського здоров'я можуть відвідувати всі лікарні в певній місцевості, щоб з'ясувати проблеми, з якими стикаються пацієнти в громаді, і розробити ініціативи, які допоможуть вирішити ці проблеми.

Навички, необхідні адміністраторам охорони здоров'я.

Робота в управлінні охороною здоров'я на відміну від громадського здоров'я вимагає різного набору навичок. Наприклад, адміністратори охорони здоров'я повинні володіти знаннями про роботу конкретного закладу. Вони

також повинні мати базове розуміння ролей, які відіграють лікарі та медсестри, а також керувати функціями персоналу у своїх медичних закладах [35].

## **ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ**

Людські ресурси є найважливішим елементом системи охорони здоров'я. Фахівці з людських ресурсів відіграють вирішальну роль у забезпеченні того, щоб система охорони здоров'я мала кваліфіковані кадри, необхідні для надання якісної медичної допомоги. Управління людськими ресурсами є ключовим фактором успіху системи охорони здоров'я. Фахівці з людських ресурсів повинні бути залучені до стратегічного планування та прийняття рішень, щоб забезпечити, що система охорони здоров'я має кваліфіковані кадри, необхідні для надання якісної медичної допомоги.

## РОЗДІЛ 2.

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КАДРАМИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

З точки зору людського капіталу, українська система охорони здоров'я стикається з переміщенням працівників і світовим дефіцитом медсестер. З огляду на це, існує потреба в «утриманні та перепідготовці» людських ресурсів для вирішення проблеми дефіциту та якості. Це передбачає як програми підвищення кваліфікації персоналу, більш широке використання перерозподілу обов'язків між медсестрами та лікування хронічних захворювань (якщо це підтверджено доказами), так і інвестиції в якість управління та більшу автономію для керівництва [34].

Близько 66 тисяч медичних працівників лише за 2014-2016 рр. з вітчизняної галузі охорони здоров'я звільнилося близько 66 тис. медичних працівників [15], лише протягом 2014-2016 років» [16], щороку від 4 до 7 тисяч кваліфікованих медичних працівників виїжджають за межі України [3];

Сектор охорони здоров'я також перебуває під особливим тиском через переміщення населення (близько 7 мільйонів українців були змушені покинути свої домівки), втрату медичного персоналу та його переміщення. За час війни 12 медичних працівників загинули і 47 отримали поранення. 372 працівники центрів екстреної медичної допомоги наразі перебувають на окупованих територіях; 2273 медики виїхали за кордон (0,5 від загальної кількості медичного персоналу в країні); 1 714 лікарів та 1 095 медсестер змінили місце роботи через війну. Брак кадрових ресурсів та організаційної спроможності системи охорони здоров'я для надання послуг з реабілітації та охорони психічного здоров'я погіршує ситуацію із забезпеченням потреб громадян у якісних та доступних послугах [17].

Ми не поділяємо думку Міністерства охорони здоров'я України, про те, що проблема нестачі лікарів не стосується України через можливість залучення іноземних медичних працівників. Однак такі заходи слід розглядати лише як

допоміжні, а державна політика має бути спрямована на стабілізацію ринку праці в цьому секторі не лише шляхом надання ресурсів сектору, а й всебічної підтримки працевлаштування внутрішньо переміщених осіб, у тому числі медичних працівників.

У вересні 2022 року 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників мали можливість працевлаштуватися в різних закладах охорони здоров'я. Більше всього їх зафіксовано у Дніпропетровській, Харківській та Полтавській регіонах [22]. Міністерство охорони здоров'я також запустило вікно шукання діяльності для працівників медичної сфери. Однак більшість вакансій на цьому порталі-для лікарів. Якнайбільше пропозицій у Києві та Київській, Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій областях та центральній частині Донецької області [18].

Водночас надходять повідомлення про труднощі з працевлаштуванням медичного персоналу зі статусом внутрішньо переміщених осіб. Через це вони змушені погоджуватися на інші менш кваліфіковані професії або виїжджати з України, що погіршує кадровий потенціал сектору. Відсутність актуальної інформації про точну кількість наявного медичного персоналу також погіршує ситуацію, оскільки під час війни такий облік централізовано систематично не вівся.

Важливість людських ресурсів підкреслює і ВООЗ, яка рекомендує вже зараз розробити кадрову політику для створення цифрового реєстру медичних працівників, враховуючи повернення медичного персоналу [19]. Зі зростанням попиту на медичні послуги виникає потреба в мотивації медичних працівників. Особливо важливим є встановлення конкурентоспроможної оплати праці: середній рівень заробітної плати лікарів зріс на 30%, тоді як середній рівень заробітної плати молодшого та середнього медичного персоналу зріс лише на 16%. Водночас споживчі ціни за січень-вересень 2022 року зросли на 21,8%, що суттєво нівелювало ефект від цього підвищення для лікарів і свідчить про зниження купівельної спроможності медичного персоналу середньої та молодшої ланки. Це питання є особливо актуальним з огляду на системний

дефіцит молодших медичних кадрів протягом майже всього періоду незалежності України та підвищене навантаження на систему охорони здоров'я у воєнні роки.

Згідно з дослідженням ВООЗ, в Україні на 100 тисяч населення припадає 32,6 лікаря, що нижче середнього показника для країн Європи (35,8). У 2022 році у зв'язку з війною в Україні близько 20% медичних працівників виїхали за кордон [19].

Україна посіла 94 місце зі 195 місць у Глобальному індексі безпеки охорони здоров'я за 2019 року» [21]. Рейтинг країн складає три групи: готові найгірше до інцидентів епідемічного стану, з кращою підготовкою і найбільше готові. Дані висновків спеціалістів рейтингу, свідчать про те, що спільний показник України у зазначеному році становить 38 балів, відтак її занесли до категорії «більше підготовлених». Чільне місце належить США, та й їх індикатор рівняється 83,5, навіть не 100. Найгірше становище у рейтингу за Екваторіальною Гвінеєю (16,2). [44].

Важливість управлінської складової у діяльності медичних установ давно визнана науковцями. В аналітичному звіті, опублікованому в 2012 році Національний інститут стратегічних досліджень розглянув основні проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. Зокрема, було зазначено, що в галузі спостерігається брак фахівців – менеджерів з охорони здоров'я, а також відсутнє фахове стратегічне планування кадрової ситуації на місцях [27].

Ця проблема залишається актуальною і сьогодні. Незважаючи на те, що з часу публікації аналітичної записки пройшло сім років, питання, пов'язані з недостатньою укомплектованістю медичними кадрами, старінням кадрового потенціалу, диспропорційністю кадрового забезпечення та зниженням рівня кваліфікації персоналу закладів охорони здоров'я, залишаються актуальними.

Медична реформа, розпочата в Україні з січня 2018 року, орієнтована на вирішення цих проблем. Зокрема, реформа передбачає впровадження нових

підходів до планування кадрового складу медичних установ, а також підвищення кваліфікації управлінського персоналу [24].

На виконання цілей реформування МОЗ України змінило Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78 «Охорона здоров'я»). Цими змінами передбачено управлінські посади у закладі охорони здоров'я (генеральний директор, його заступник) та встановлено кваліфікаційні вимоги до цієї категорії працівників.

Таким чином, на нормативно-правовому рівні врегульовано питання розподілу управлінських і медичних функцій та визнано необхідність керівництва процесами надання медичної допомоги професійними фахівцями-менеджерами [25].

Ці зміни розширюють коло наукових завдань, пов'язаних з дослідженням процесів забезпечення розвитку людського капіталу закладів охорони здоров'я. Зокрема, необхідно вивчати, як зміни у кадровій політиці впливають на формування і розвиток запасу здоров'я, здібностей, навичок, знань і вмотивувань у представників управлінського корпусу закладів охорони здоров'я [26].

Основною тенденцією сучасного розвитку українського суспільства є зміни в усіх сферах життя. Зміни – це обов'язкова складова реформування, яке спрямоване на вирішення системних проблем та трансформацію відносин.

Головною тенденцією сучасного розвитку українського суспільства є впровадження змін у багатьох напрямках його соціальної, економічної та політичної активності. В Україні зараз відбувається багато змін у різних сферах життя, зокрема в соціальній, економічній та політичній [28].

Зміни – це обов'язкова складова процесу реформування, що у найбільш узагальненому вигляді можна охарактеризувати як комплекс (програму) дій, спрямованих на вирішення системних проблем та трансформацію взаємин у будь-якій галузі громадського життя. Реформи – це зміни, які спрямовані на вирішення проблем та покращення ситуації в різних сферах життя [29].

В Україні наразі триває чи вже завершилася низка реформ у різних сферах, зокрема в економіці, безпеці, освіті тощо. Результати цих реформ часто викликають неоднозначну реакцію суспільства, залежно від того, наскільки досягнуті поставлені цілі.

Проведення реформ в Україні супроводжується активними дискусіями у політичних колах, а також стає предметом досліджень вчених у різних сферах їх наукової активності. Зокрема, найбільшою проблемою є сфера охорони здоров'я. Здоров'я людини – це основа для її розвитку та успіху.

Підтримуючи необхідність якісного організаційно-правового та матеріально-технічного супроводу процесів реформування, слід наголосити, що пріоритетним ресурсом постіндустріальної, інтелектуальної, орієнтованої на знання, інноваційної, креативної, цифрової, поведінкової економіки є людина. Її знання, досвід та навички, характеризують як перехідну, так і підсумкову доброякісність реформування, постачають належний щабель ефективності притягнення та вживання усіх других ресурсів. Для успішного реформування важлива людина. Її знання, вміння та досвід є ключовими для досягнення поставлених цілей [30].

Вважаємо, що саме такий підхід становить основу державної політики у визначені цілей реформування, пріоритетною серед яких є, з одного боку, розвиток людських ресурсів як головна реформа у суспільстві, а з іншого – важлива складова процесів реформування усіх без винятку сфер суспільного життя. Державна політика повинна спрямовуватися на розвиток людини, яка є пріоритетним ресурсом для реформування [31-33].

Є багато людей, які беруть участь у госпітальному догляді, поки пацієнт перебуває в лікарні. Безліч людей і служб працюють разом, щоб забезпечити успішне лікування в лікарні: від медичного обстеження і щоденного лікування до медикаментів і харчування. Основні функції персоналу в лікарнях світу можна розділити на чотири категорії:

- лікарі (медичний персонал);
- медсестри;

- суміжні медичні працівники;
- допоміжний персонал.

Усі ці люди відіграватимуть важливу роль у вашому лікуванні та одужанні.

### Лікарі (медичний персонал).

Під час перебування в лікарні вас можуть лікувати кілька лікарів – консультант (спеціаліст), реєстратор і ординатор. Разом вони оцінюють і керують вашим медичним обслуговуванням. Залежно від того, в якій лікарні перебуває хворий, його також можуть лікувати інтерни та студенти-лікарі, які працюють під наглядом старших лікарів.

### Лікарі – ролі та обов'язки.

У лікарів є різні ролі та обов'язки залежно від рівня їхнього досвіду та медичної спеціалізації. До них належать:

- старші консультанти – лікарі-фахівці, які приймають пацієнтів у визначений час;
- реєстратори – старші лікарі, які керують ординаторів, інтернів і студентів;
- ординатори – доглядають за пацієнтами у відділенні та проходять підготовку до спеціалізації;
- інтерни – закінчили навчання і зараз закінчують останній рік роботи в лікарні;
- студенти-лікарі – студенти-медики молодших курсів.

Ординатор працює у відділенні і, як правило, є лікарем, якого ви найчастіше бачите. Реєстратор – старший лікар відділення, з ним зазвичай можна зв'язатися на місці, а старший консультант (або спеціаліст) відвідує обходи та збори відділення у визначений час.

### Медсестри.

Медсестри керують більшою частиною вашого поточного догляду та лікування в лікарні. Вони оцінюють, планують і проводять щоденне лікування, а також стежать за вашим загальним станом здоров'я. Звертайтеся до них з

приводу ваших невідкладних потреб. Вони також можуть скерувати вас до потрібних спеціалістів з конкретних медичних питань.

### Медсестри – функції та обов'язки.

Як і в лікарів, у медсестер є різні ролі та обов'язки залежно від їхнього досвіду та спеціалізації. До них належать:

- завідувачка відділення – керує відділенням;
- помічник завідувача відділення – допомагає завідувачу відділення в управлінні відділенням і виконує функції завідувача, коли завідувач відділення відсутній на місці;
- практикуючі медсестри – висококваліфіковані медсестри з підвищеним рівнем підготовки;
- медсестри-фахівці, такі як клінічні медсестри-фахівці, клінічні медсестри-консультанти, клінічні медсестри-педагоги, медсестри-тріатори, медсестри відділення невідкладної допомоги;
- зареєстровані медсестри – забезпечують високий рівень повсякденного догляду та виконують деякі незначні процедури;
- дипломовані медсестри – забезпечують базовий медичний догляд під наглядом старших медсестер.

### Суміжні медичні працівники.

Суміжні медичні працівники – це фахівці-практики з вищою освітою, які працюють у складі багатопрофільної медичної команди. Вони оцінюють, діагностують і лікують захворювання, а також працюють над профілактикою хвороб та інвалідності. Як приклад суміжних фахівців можна навести таких:

- дієтологи;
- трудові терапевти;
- фармацевти;
- фізіотерапевти;
- подіатристи;
- патологоанатоми.

Ви також можете зустріти асистентів суміжних медичних працівників, які навчені допомагати деяким із цих суміжних медичних працівників.

### Інший персонал лікарні.

Для забезпечення роботи лікарні потрібно багато організаційної та адміністративної роботи. Під час вашого перебування в лікарні ви побачите широке коло допоміжного та адміністративного персоналу, який займається усім: від прання та харчування до транспортування пацієнтів і технічного обслуговування. До допоміжного персоналу лікарні, з яким ви можете зустрітися під час перебування в ній, належать:

- клінічні асистенти – займаються прибиранням у палатах;
- асистенти з обслуговування пацієнтів – приносять їжу та напої;
- носії – піклуються про підйом і транспортування пацієнтів;
- волонтери – допомагають у зборі коштів і відвідуванні відділень;
- палатні клерки – обслуговують стійки реєстрації в палатах [39].

Загалом в установах системи охорони здоров'я МОЗ України на початок 2020 р. штатними розкладами було зафіксовано 187 973 (у 2018 р. – 243 971) посад лікарів, у них трудилося 154 265 лікарів (у 2010 р. – 197 065). Себто невідповідність поміж місцями та фізично зайнятими одиницями становила 33 708 осіб. Більше 9000 лікарських позицій займано за сумісництвом, його показник мався майже найнижчим за крайні роки і складав 1,1. За попередні 10 років чисельність лікарського складу в країні поменшала на 42,4 тис. персон, а останніми 8 роками поменшала на 20,1 %, що зумовлює значну функціональну напруженість в індустрії із постачання медичної помочі громадянам. Комплектація фізичними особами вакантних лікарських місць становить лише 82,1% (у 2018 р. – 81,7%). Зайнятість місць фізичними лікарями у ЛПЗ – 78,3 % (2018 р. – 78,0%). В осібних видах медичних установ фізичне комплектування посад є: обласні лікарні – 85,4%, у міські лікарні – 78,6%, центральні районні лікарні – 74,7 %, дільничні лікарні – 88,3 %; сільські лікарські амбулаторії – 71,8 %. Мінімально лікарськими фізично зайнятими посадами укомплектовано ланки охорони здоров'я, що найбільше приближені до мешканців селищних

громад [40]. Медичні заклади сфери МОЗ України свідчать про те, що лікарські посади зайняті працюючими у кількості 2,8 тис. душ, які отримали вищу немедичну освіту (2010 р. – 5,5 тис.). Основними серед них на штатних місцях є лікарі-лаборанти – 2130, лікарі-статистики – 197, а також лікарі з ЛФК – 37. На початок 2020 р. Чисельність вільних штатних місць лікарів загалом склала 24 691 особи (2010 р. – 22 754). Заклади охорони здоров'я відзначено кількістю вакансій у 19 650 фахівця, серед них ті, які подають медичну допомогу здебільшого мешканцям сільських територій серед яких: центральні районні лікарні – 4649, районні лікарні – 319, дільничні лікарні – 5, сільські лікарські амбулаторії – 1646. Слід відзначити, що 540 амбулаторій не укомплектовано жодної лікарської посади, що практично перевищує більше на 100 амбулаторій, ніж у 2018 р. Відтак, 30 % громадян сільської місцевості нашої держави не охоплено достатньою медичною допомогою і послугами за причини недоукомплектування 6619 лікарями згідно штатного розкладу [40].

Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України приводить свідчення кризових явищ у порядку забезпечення підготовленими працівниками галузі. На 01.01.2020 р. у сфері охорони здоров'я лишалися вакансії 1354 посад лікарів – терапевтичного, 1086 посад – педіатричного, 784 – хірургічного, 763 – акушерсько-гінекологічного, 965 – анестезіологічного, 406 – фтизіатричного профілів, 3188 – лікарів загальної практики-сімейної медицини, 655 місць лікарів-лаборантів, 911 посад лікарів-стоматологів [40]. Все це демонструє зниження престижності лікарської діяльності на посадах у лікувально-профілактичних установах державної форми власності, щонайбільше це стосується людей молодого віку, внаслідок низької заробітної платні та погані умови труда. Експресивну роль у цих умовах реалізує і незгода з 2017 р. спрямування відповідно до державного розподілу молодих спеціалістів, які навчалися на принципі урядової заявки. Надзвичайне піклування піднімає зменшення на 5628 спеціалістів від потреби на кадрові ресурси медицини первинної ланки, де накопичується до 80% запитів на медичну допомогу населення, що є надто важливим в епідеміологічному стані

під час пандемії COVID-19 чи можливих інших особливо небезпечних інфекційних захворювань. В закладах охорони здоров'я первинного щабля на початок 2020 р. допомогу надавали тільки 15 029 лікарів загальної практики (2018 р. – 14 814), серед яких пройшли атестацію трішки більше 10 тис. фахівців (66,7%), чисельність яких впродовж попередніх років поспіль зростає, в провідному завдяки зміні терапевтичної і педіатричної спеціалізації [41].

За нагоди зауважимо, ефективну роботу ланки первинного рівня відповідно до обґрунтованих обчисленням МОЗ до 2020 р. сімейні лікарі мали б скласти загальну мінімальну чисельність у 20 000 лікарів, що сьогодні під час порічного зменшення навчання лікарів за державним замовленням постає нездійсненною для вирішення проблемою. Отож взагалі є не випадковим те, що майже 20% громадян України не в змозі скласти угоду із сімейним лікарем за причини 21% неукомплектованості рівня сімейної медицини.

На відміну українським тенденціям стосовно скорочення кількості медиків у державах Організації економічного співробітництва та розвитку бачимо послідовне збільшення їх чисельності порівняно з 2000 р., в основному збільшенням тих, хто випустився з університетів медичними факультетами у цих країнах. Це уможливилось унаслідок прийняття особливих державних ухвал про зростання прийому абітурієнтів потрібної спеціалізації на життєвий попит дефіциту лікарів у багатьох розвинених державах. Окремі країни Центральної та Східної Європи вжили заходів із притягнення зарубіжних медпрацівників, приміром із країн Східної Європи [42].

Дефіцит кадрів фахівців з молодшою медичною освітою (невідповідність між посадами згідно штатного розкладу і фізичним їх покриттям спеціалістами) являє 35 750 чоловік (2010 р. – 24 790), чисельність же посадових вакансій складає 30 101 (2010 р. – 22 605), а зайнятих посад на правах сумісництва, – 5 649 (2010 р. – 2185). Тільки-но останніми 8 роками число медпрацівників з медичною освітою молодшого рівня у країні зменшилося на 29,8% [43].

## **ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ**

Рішення проблем кадрового забезпечення охорони здоров'я є одним з найважливіших завдань для України. Вирішити ці проблеми можна тільки за умови комплексного підходу та залучення значних ресурсів. Не акцентуючи увагу на підходах до класифікації, вважаємо, що будь-яка реформа, незалежно від сфери суспільної, економічної чи політичної активності має три головні складові: законодавчо-нормативна база, ресурсне забезпечення та практика реалізації відповідно до запропонованих механізмів, процесів та процедур. Неважливо, в якій сфері відбувається реформа, вона обов'язково має ті ж самі три складові: законодавство, ресурси та практичну реалізацію.

### РОЗДІЛ 3.

## ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Для покращення управління кадровим потенціалом медичної галузі України потрібно опрацювати і запровадити результативну модель залучення та мотивації медичних працівників, зокрема молодшого та середнього медперсоналу.

Необхідно розробити та впровадити електронну реєстрацію працівників медичного профілю, що дозволить забезпечити актуальну інформацію про кадровий потенціал галузі.

Вирішення кадрової проблеми має бути спрямоване не лише на збереження наявного потенціалу, а й необхідно розробити та впровадити програми підготовки медичних працівників за відповідними програмами для застосування під час військового та післявоєнного періодів, окремо для форм фізичного відновлення та убезпечення психічного здоров'я.

Слід запровадити ліцензування медичних працівників. Гарантії зайнятості медичних працівників не повинні ґрунтуватися на хабарі головному лікарю, а на професійній й етичній відповідальності та публічній підзвітності лікаря.

Для усунення корупції, яка зараз домінує в системі охорони здоров'я України, необхідно запровадити нову систему ліцензування медичних працівників, що супроводжуватиметься обов'язковим безперервним навчанням для складання іспитів на продовження ліцензії.

Такий підхід дозволить ліцензувати та компенсувати витрати медичних працівників, а не лікарню чи її головного лікаря. У нинішній системі саме головний лікар визначає, що буде робити лікар, виходячи зі своєї частки від цього лікаря. Це неприйнятно.

Іноземний досвід залучення до ліцензійного іспиту лікарів, відображає зміни в системі надання допомоги, покращує якість медичних послуг, але,

разом з тим, економісти-дослідники ринку для лікарських послуг, зазвичай вважають таке ліцензування як зменшення ефективного єднання внесків і стримування інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я та медичної освіти. Без огляду на поширене застосування ліцензійного порядку у медичній індустрії, це питання майже не дебатовалося в полі зору реформування системи охорони здоров'я України, однак фахівці вбачають у ліцензуванні значну перепону для медично- та економічно ефективної здоровоохорони. Процеси ліцензування державою обмежують інноваційні механізми в освітній підготовці лікарняного складу і практичному моделюванні системи громадського здоров'я професіоналів.

Реформу ліцензування лікарів в Україні слід здійснити за такими напрямками:

- децентралізація процедури ліцензування. Ліцензування має здійснюватися органами місцевого самоврядування, а не державними органами;
- розширення сфери практики для парапрофесіоналів. Парапрофесіонали повинні мати право на виконання тих завдань, які вони здатні виконати на високому рівні якості;
- впровадження альтернативних форм медичної освіти. Ліцензування має бути доступним для лікарів, які набули медичну освіту в інших країнах або в альтернативних формах.

Такі реформи сприятимуть нададуть можливість підвищенню якості, доступу та ефективності медичної допомоги в Україні.

Додаткові аргументи на користь реформи.

Крім вищезазначених аргументів, на користь реформи ліцензування лікарів в Україні свідчать такі фактори:

1. Дефіцит лікарів. В Україні спостерігається дефіцит лікарів, особливо в сільській місцевості.
2. Висока вартість медичних послуг. Ліцензування є однією з причин високої вартості медичних послуг в Україні.

3. Потреба в інноваціях в охороні здоров'я. Ліцензування обмежує інновації в галузі охорони здоров'я, що може негативно позначитися на якості та ефективності медичної допомоги.

4. Реформа ліцензування лікарів є важливим кроком на шляху до реформи охорони здоров'я в Україні. Вона сприятиме підвищенню доступності, якості та ефективності меддопомоги всім громадянам країни [13].

Створення професійних асоціацій дозволить реально створити умови щодо підвищення доступу та піднесення якості власне створення та надання медичної допомоги населенню України шляхом підняття професійної майстерності медичного персоналу та їх захисту у професійній діяльності. Лікарі повинні створювати справжні, а не «віртуальні» чи «проформальні» професійні асоціації. Ці асоціації повинні розробляти міжнародні медичні та етичні стандарти, якими слід керуватися при лікуванні та реабілітації.

У короткостроковій перспективі оплата праці медичного працівника має базуватися на професійних стандартах та оцінці його роботи колегами. Це стане ще одним механізмом для покращення охорони здоров'я та впровадження кращих міжнародних практик, заснованих на доказовій медицині та міжнародних дослідженнях [23].

Українська система охорони здоров'я стикається з дефіцитом медичних працівників, у тому числі медсестер. Уряд повинен вжити заходів для вирішення цієї проблеми, включаючи програми підвищення кваліфікації персоналу, більш широке використання перерозподілу обов'язків між медсестрами та лікування хронічних захворювань, а також інвестиції в якість управління та більшу автономію для керівництва.

Щоб ефективно реагувати на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я, зокрема пандемію COVID-19, медичні працівники повинні мати можливості для формування необхідних знань, навичок і компетенцій. Покращити ситуацію у цих напрямках в Україні можливо за умови раціонального управління кадровими ресурсами на рівні областей та країни, поліпшення соціального захисту медиків, збільшення вдвічі обсягів державного

замовлення на підготовку лікарів і медичних сестер та підвищення доступності медичної освіти. Одним з негайних кроків має стати прийом на навчання за кошти бюджету до 1000 дитячих лікарів та 1000 санітарних лікарів за цільовим регіональним держзамовленням для потреб областей.

Виявлення ризиків для безпеки, виклик груп деескалації та навчання персоналу запобіганню насильству – це ті стратегії, які застосовують лікарні, щоб убезпечити працівників і пацієнтів.

Випадки нападу на працівників охорони здоров'я, які, за даними федерального уряду США, в п'ять разів частіше зазнають насильства на робочому місці, ніж працівники всіх інших галузей.

Бюро трудової статистики США повідомляє, що кількість травм від насильницьких нападів на медичних працівників зросла на 63% з 2011 по 2018 рік, а директори з безпеки лікарень кажуть, що агресія проти персоналу зросла з посиленням пандемії COVID-19 у 2020 році. В опитуванні, проведеному National Nurses United, найбільшою в країні профспілкою зареєстрованих медсестер, 48% з понад 2 000 медсестер-респондентів повідомили про зростання насильства на робочому місці – більш ніж удвічі більше, ніж роком раніше.

Співробітники Бостонської дитячої лікарні стали мішенню кампанії цькування через електронну пошту і соціальні мережі, включаючи погрози насильства, через надання лікарнею медичної допомоги неповнолітнім трансгендерам.

Пацієнт, розлючений постійним болем після операції на спині, прийшов у червні до госпіталю Святого Франциска в Талсі, (штат Оклахома), і застрелив хірурга, ще одного лікаря, адміністратора і відвідувача.

В опитуванні лікарів, проведеному дослідниками чотирьох медичних шкіл Чикаго, опублікованому минулого року, 23% повідомили, що «зазнавали особистих нападів у соціальних мережах». Напади стосувалися переважно соціальних і політичних питань (зокрема, зброї та абортів), раси, релігії та догляду за пацієнтами. Агресія завжди була значною проблемою у відділеннях

невідкладної допомоги, але в останні роки лікарні розширили свої стратегії запобігання та реагування на неї на всій території закладу.

У минулому можливості персоналу у випадку конфронтацій, як правило, обмежувалися тим, щоб самостійно заспокоїти пацієнта або викликати охорону.

працівники Каліфорнійського університету в Девісі викликали нову команду підтримки при поведінковій ескалації (BEST), до складу якої увійшли медичні працівники, які пройшли підготовку з проблем охорони ментального здоров'я та деескалації конфліктів.

Виклик груп деескалації для втихомирення агресивних пацієнтів і відвідувачів є однією зі стратегій, які лікарні застосовують у відповідь на зростання кількості нападів на медичних працівників.

Причини агресії різні: гнів і розгубленість пацієнтів щодо стану їхнього здоров'я та догляду за ними; горе через смерть близьких, які перебувають у лікарні; розчарування у спробах привернути до себе увагу на тлі нестачі персоналу, особливо медсестер; марення і деменція; розлади психічного здоров'я; політичні та соціальні проблеми; гендерна і расова дискримінація [45].

Упровадження реформи охорони здоров'я в Україні зумовлює зміни у структурі послуг, що несе низку ризиків у контексті кадрової політики.

Ризик 1: невідповідність спеціалізації лікарських кадрів потребі реформи.

Тривалий час в Україні спеціалізація лікарських кадрів відбувалася на етапі навчання в інтернатурі після державного розподілу. Цей механізм не враховував динамічні зміни у потребі закладів охорони здоров'я в спеціалістах різних галузей.

Для успішної реалізації реформи нової національної системи охорони здоров'я необхідно здійснювати моніторинг кадрових ресурсів з метою всебічної оцінки кадрового потенціалу галузі.

Забезпечення належного рівня надання медичної допомоги населенню на всіх рівнях потребує оцінювання кадрового потенціалу не лише як ресурсу системи охорони здоров'я, а й як капіталу, необхідного для реформування та функціонування галузі.

Кадровий потенціал має оцінюватися за такими аспектами:

Кваліфікація. Необхідно забезпечити відповідність кваліфікації медичних працівників сучасним вимогам.

Розподіл за спеціальностями та рівнями медичної допомоги. Необхідно забезпечити збалансований розподіл медичних працівників за спеціальностями та рівнями надання медичної допомоги.

Інвестиції в перепідготовку. Необхідно забезпечити можливість для медичних працівників підвищувати кваліфікацію та освоювати нові спеціальності.

Нівелювання ризиків втрат унаслідок трудової міграції. Необхідно розробити заходи щодо утримання медичних працівників в Україні. Професійна демотивація медичного персоналу. Необхідно розробити заходи щодо підняття вмотивованості медпрацівників. Для реалізації цих заходів необхідно вжити заходів фінансового заохочення медичних працівників, зокрема:

Підвищення рівня оплати праці. Необхідно забезпечити гідну оплату труда медичних працівників.

Підвищення соціального статусу. Необхідно підвищити соціальний статус медичних працівників у суспільстві.

Поліпшення умов праці. Необхідно створити комфортні умови праці для медичних працівників.

Такий підхід дасть змогу створити ефективну систему охорони здоров'я, яка буде здатна забезпечити надання населенню медичної допомоги потрібної якості на всіх рівнях.

У контексті реформи, яка передбачає децентралізацію та фокус на первинній ланці, виникає ризик нестачі лікарів загальної практики – сімейної медицини. Це пов'язано з тим, що за попереднім розподілом багато випускників медичних закладів здобувають вузьку спеціалізацію, яка не є затребуваною в первинній ланці.

Ризик 2: внутрішньогалузева міграція медичних кадрів.

Протягом останнього десятиліття спостерігалася внутрішньогалузева міграція медичних кадрів. Цей процес частково відбивав тренди змін у структурі послуг, коли терапевти, педіатри та деякі вузькі спеціалісти перекваліфіковувались у лікарів загальної практики. Водночас відбувався й зворотний процес, коли лікарі первинної ланки здобували вузьку спеціалізацію.

У контексті реформи цей ризик може посилитися, оскільки лікарі прагнуть працювати в закладах, які пропонують кращі умови праці та оплати. Це може призвести до дисбалансу у розподілі кадрів між різними ланками охорони здоров'я.

**Ризик 3: зовнішня трудова міграція медичних працівників.**

Зростання зовнішньої трудової міграції, в тому числі медичних працівників, є глобальною тенденцією. В Україні цей ризик посилюється через низьку заробітну плату та несприятливі умови праці в галузі охорони здоров'я.

У контексті реформи зовнішня трудова міграція може призвести до ще більшої нестачі медичних кадрів, особливо в сільській місцевості. Для пом'якшення ризиків кадрової політики в контексті реформи охорони здоров'я в Україні необхідно вжити наступних заходів:

Реформування системи підготовки та розподілу лікарських кадрів. Це має забезпечити відповідність спеціалізації лікарських кадрів потребі реформи.

Впровадження системи мотивації медичних працівників, яка б сприяла їхньому працевлаштуванню в первинній ланці охорони здоров'я.

Впровадження заходів щодо покращення умов праці та оплати медичних працівників. Реалізація цих заходів дозволить забезпечити ефективну кадрову політику в контексті реформи охорони здоров'я в Україні.

## **ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ**

Профілактика ризиків для медичного та іншого персоналу лікарень вбачається навіть у тому, коли працівники медичного центру під час реєстрації

пацієнтів і відвідувачів, в електронні записи вносять «прапорці» для тих, хто в минулому поведився надмірно агресивно по відношенню до персоналу. За словами старшого директора і начальника відділу громадської безпеки, це попередження дає персоналу кілька варіантів дій: триматися від людини на більшій відстані, ніж зазвичай, бути особливо уважним до фізичних або вербальних ознак агресії, викликати охорону, щоб перевірити наявність наркотиків або зброї, встановити додаткові обмеження на доступ відвідувачів або помістити пацієнта в ті частини лікарні, де є співробітники, які спеціалізуються на деескалації конфліктних ситуацій

## ВИСНОВКИ

Вирішення кадрової проблеми ліцензування медичних працівників, на нашу думку, полягає у впровадженні електронної системи охорони здоров'я, створенні професійних асоціацій, у тому, що оплата праці медичного працівника має базуватися на професійних стандартах та оцінці його роботи колегами, більше широкому використанні перерозподілу обов'язків між медсестрами та лікування хронічних захворювань, а також інвестиції в якість управління та більшу автономію для керівництва.

Необхідно негайно здійснити прийом на навчання за кошти державного бюджету до 1000 дитячих лікарів та 1000 санітарних лікарів за цільовим регіональним держзамовленням для потреб областей.

В сьогоденних соціально-економічних та політичних реаліях розвитку України сфера охорони здоров'я є одним з найнеобхідніших шляхів реформування державного управління.

Охорона здоров'я в Україні переживає період трансформацій. 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. Це природньо призводить до переміни парадигми публічного управління колективами цих установ.

Результативною системою політики кадрових ресурсів у галузі охорони здоров'я усякого щабля 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 подібні 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 лікарських послуг 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 виробництві через його вплив на природу та вартість догляду, це було все але ігнорується в дебатах щодо реформи охорони здоров'я.

Деякі штати перейшли до реформування своїх практичних законів, запропонувавши 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.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ofitsiyynyuy sayt Derzhvnoyi sluzhby statystyky Ukrainy [Official website of the State Statistics Service of Ukraine]. 2019. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ> (дата звернення: 18.12.2023).
2. Bohomolets O. Прямий ефір ТБ. Суб'єктивні підсумки дня. 2017. URL: [liveam.tv/subektivnye-itogi-dnya.html](http://liveam.tv/subektivnye-itogi-dnya.html) (дата звернення: 18.12.2023).
3. Nashi mediky vyezzhayut za hranitsu [Our healthcare specialists are traveling abroad]. 2017. URL: [https://gazeta.ua/ru/articles/commentsnewspaper/\\_nashi-mediki-vyezzhayut-za-granicu/235847](https://gazeta.ua/ru/articles/commentsnewspaper/_nashi-mediki-vyezzhayut-za-granicu/235847) (дата звернення: 18.12.2023).
4. Shkrobanets I.D., Biduchak A.S., Kardash E.V. Study of public opinion of patients concerning availability, satisfaction of rendering medical services and attitude to reforming public health. *Clinical and experimental pathology*. 2013; 12(4): 155–7.
5. Ukraina na 94-mu mistsi zi 195 v Hlobalnomu indeksi bezpeky zdorobya [Ukraine took the 94th place out of the 195 places in the Global Health Security Index]. 2019. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/newshlobalnyi-index-bezpeky-zdorovya/30235911.html>. (дата звернення: 17.12.2023).
6. Ofitsiyynyuy sayt Ministerstva okhorony zdorovya Ukrainy [Official website of the Ministry of Health of Ukraine]. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>. (дата звернення: 15.12.2023).
7. Melnychenko O.A., Udovychenko N.M. Metody ta zasoby publichnoho upravlinnya rozvytkon sfery okhorony zdorovya [Methods and Tools of Public Administration of the development of Healthcare]. *Bulletin of National university of Civil defence of Ukraine. (State management)*. 2018;1:154–162. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1240832>. (дата звернення: 19.12.2023).
8. Ruden V.V. An innovative technology «The audit of health status of individuals/community» at the primary level of medical care as a basis in the process of transformation of the medical branch to economic methods of population health

management under the conditions of decentralization in Ukraine. *AML*. 2017; 23:65–71. <https://doi.org/10.25040/aml2017.03.065>. (дата звернення: 13.11.2023).

9. Simonet D. The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review. *Administration & Society*. 2013;6. [doi.org/10.1177/0095399713485001](https://doi.org/10.1177/0095399713485001). (дата звернення: 13.12.2023).

10. Mei J., Kirkpatrick I. Public hospital reforms in China: towards a model of new public management? *International Journal of Public Sector Management*. 2019; 32(4): 352-66. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-03-2018-0063>. (дата звернення: 13.12.2023).

11. Tabriz J.S., Goshayie E.H., Doshmangir L., Yousefi M. New public management in Iran's health complex: a management framework for primary health care system. Cambridge University Pres. 2018. [doi.org/10.1017/S1463423617000767](https://doi.org/10.1017/S1463423617000767). (дата звернення: 13.12.2023).

12. The medical reform: realities and prospects for Ukraine. URL: <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2021/WLek202105130.pdf>: (дата звернення: 14.12.2023).

13. What is personnel management? URL: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/personnel-management-types> (дата звернення: 13.12.2023).

14. 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.

15. Ofitsiynyy sayt Derzhvnoyi sluzhby statystyky Ukrainy [Official website of the State Statistics Service of Ukraine]. 2019. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ>. (дата звернення: 30.11.2023).

16. Bohomolets O. 2017. URL: [liveam.tv/subektivnye-itogi-dnya.html](http://liveam.tv/subektivnye-itogi-dnya.html). 21.12.2023 (дата звернення: 13.12.2023).

17. Draft Ukraine Recovery Plan. <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/eng/health-care-eng.pdf> URL: (дата звернення: 23.12.2023).

18. НСЗУ досі не готова до війни. Чому страждають і лікарі, і пацієнти? ZN.UA. 2022. 29 вер. URL: <https://zn.ua/ukr/HEALTH/nszu-dosi-ne-hotova-do-vijni-chomu-strazhdajut-i-likari-i-patsijenti.html> (дата звернення: 13.12.2023).

19. Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine. Consultation draft. May 2022 / World Health Organization. 2022. 01 May. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/538376/Ukraine-health-system-rec-consult-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/538376/Ukraine-health-system-rec-consult-eng.pdf) (дата звернення: 10.11.2023).

20. Nashi mediky vyezzhayut za hranitsu [Our healthcare specialists are traveling abroad]. 2017. URL: <https://gazeta.ua/ru/articles/commentsnewspaper/nashi-mediki-vyezzhayut-za-granicu/235847>. (дата звернення: 05.12.2023).

21. Ukraina na 94-mu mistsi zi 195 v Hlobalnomu indeksi bezpeky zdorobya [Ukraine took the 94th place out of the 195 places in the Global Health Security Index]. 2019. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/newshlobalnyi-index-bezpeky-zdorovya/30235911.html> (дата звернення: 03.12.2023).

22. The medical reform: realities and prospects for Ukraine DOI: 10.36740/WLek202105130 (дата звернення: 13.12.2023).

23. For Ukraine to Survive, We Need to Change Healthcare. URL: <https://www.pravda.com.ua/eng/columns/2016/07/13/7114658/> (дата звернення: 13.12.2023).

24. Реформа системи охорони здоров'я. Урядовий портал. Реформи. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/riformi/rozvitok-lyudskogokapitalu/reforma-sistemi-ohoronizdorovya>. (дата звернення: 21.12.2023).

25. Короленко В. В., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ, 2018. 96 с.

26. Kvas Andreja, Seljak Janko, and Stare Janez. The Use of Competency Models to Assess Leadership in Nursing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453892/IranJPublicHealth>. (дата звернення: 21.12.2023).

27. Попченко Т. П. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка Національного інституту

стратегічних досліджень при Президентіві України. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>. (дата звернення: 20.12.2023).

28. Грiшнова О., Брiнцева О. Формування людського капiталу у сферi охорони здоров'я: проблеми та напрями зменшення фiктивiзацiї. Економiка. 2019. №2(203). С. 11-15.

29. Якісні зміни, що відбуваються вже сьогодні. Урядовий портал. Реформи. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi>. URL: (дата звернення: 26.12.2023).

30. The 5 Most Important Skills for Healthcare Leaders. URL: [www.peoplefluent.com/blog/recruitment/5-most-important-skillshealthcare-leaders/](http://www.peoplefluent.com/blog/recruitment/5-most-important-skillshealthcare-leaders/). (дата звернення: 23.12.2023).

31. Наказ МОЗ України від 31.10.2018 № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». URL: <https://moz.gov.ua/article/ministrymandates/nakaz-moz-ukraini-vid31102018--1977-pro-vnesennjazmin-dodovidnikakvalifikacijniharakteristik-profesij-pracivnikivvipusk-78-ohorona-zdorovja>. (дата звернення: 23.12.2023).

32. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я України: новий підхід до розвитку управлінського персоналу. DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2019.04.017> URL: <https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/view/1724/6565656806> URL: (дата звернення: 21.12.2023).

33. Kvas Andreja, Seljak Janko, and Stare Janez. The Use of Competency Models to Assess Leadership in Nursing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453892/IranJPublicHealth>. URL: (дата звернення: 20.12.2023).

34. Rebuilding Ukraine's healthcare sector: Proposals for the next 10 years. URL: <https://voxukraine.org/en/rebuilding-ukraine-s-healthcare-sector-proposals-for-the-next-10-year> (дата звернення: 13.12.2023).

35. Різниця між громадським здоров'ям та управлінням охороною здоров'я: Що потрібно знати? URL: <https://www.ecpi.edu/blog/difference-between>

звернення: 08.12. 2023).

36. Буравльов Л.О. Правове регулювання державного управління у сфері приватної медичної діяльності (теоретико-методологічні засади). Україна. Здоров'я нації. 2018. № 1 (5). С. 62–64.

37. Дячук Д. Наукові основи та концептуальні підходи до удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я. Головний лікар. 2014. № 4. С. 13–21.

38. Некрасенко Л., Семеренко І. Особливості управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я/ URL: [www.pdaa.edu.ua/sites/default/files/nppdaa/4.../140.pdf](http://www.pdaa.edu.ua/sites/default/files/nppdaa/4.../140.pdf). (дата звернення: 02.12.2023).

39. Hospital staff roles. URL: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/hservicesandsupport/hospital-staff-roles> (дата звернення: 09.12.2023).

40. Заболотько В.М. (2020) Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018– 2019 роки. МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html> (дата звернення: 13.12.2023).

41. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. (2019) Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 133.

42. World Health Organization (2016) Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1> (дата звернення: 13.12.2023).

43. Щербакова Е.М. (2020) Медицинские кадры мира. Демоскоп Weekly, 861–862. URL: <https://demoscope.ru/weekly/2020/0861/barom01.php>. (дата звернення: 13.12.2023).

44. Україна на 94-му місці зі 195 в Глобальному індексі безпеки здоров'я. <https://www.radiosvoboda.org/a/news-hlobalnyi-index-bezpeky-zdorovya/30235911.html>

45. Threats against health care workers are rising. Here's how hospitals are protecting their staffs. URL: <https://www.aamc.org/news/threats-against-health-care-workers-are-rising-heres-how-hospitals-are-protecting-their-staffs> (дата звернення: 13.12.2023).