

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

ПЕТРЕНКО ІННА МИКОЛАЇВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 331.1:614.2

(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ
ДЕРЖАВИ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ 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

І. М. ПЕТРЕНКО

(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)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: ПЕТРЕНКО Інни Миколаївни 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 ПЕТРЕНКО Інна 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 та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ПЕТРЕНКО І. М. Напрями удосконалення кадрової політики держави в медичній галузі України. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, 2023.

Розглянуті теоретико-методологічні засади формування та реалізації кадрової політики держави в системі охорони здоров'я в умовах сучасних викликів та небезпек. Зроблено акцент на важливості ефективного управління людським потенціалом для покращення громадського здоров'я та якості надання медичних послуг. Проаналізовано сучасний стан забезпечення кадрами медичної галузі, проведено порівняльний аналіз з практикою зарубіжних країн. Це дало змогу визначити перспективи і напрями вдосконалення механізмів державного управління кадровим потенціалом в умовах сучасного етапу реформаций в медичній індустрії та розробити пропозиції для системи охорони здоров'я України.

Ключові слова: кадри, політика, держава, публічне управління, охорона здоров'я, медичні установи, людські ресурси, кадрове забезпечення, кадровий резерв, медичний персонал, мотивація, перспективи.

SUMMARY

PETRENKO I. Directions for Improving the State Personnel Policy in the Medical Sector of Ukraine. - Manuscript.

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

The theoretical and methodological foundations of the formation and implementation of the state personnel policy in the health care system in the context of modern challenges and dangers are considered. Emphasis is placed on the importance of effective human resource management for improving public health and the quality of health care services. The current state of staffing in the medical sector is analyzed, and a comparative analysis with the practice of foreign countries is made. This made it possible to determine the prospects and directions for improving the mechanisms of public administration of human resources in the current stage of reforms in the medical industry and to develop proposals for the health care system of Ukraine.

Keywords: personnel, policy, state, public administration, health care, medical institutions, human resources, staffing, personnel reserve, medical personnel, motivation, prospects.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП | 5 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВИ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ | 9 |
| ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ | 19 |
| РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КАДРАМИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ | 20 |
| ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ | 29 |
| РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ | 31 |
| ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ | 39 |
| ВИСНОВКИ | 40 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 43 |
| ДОДАТКИ | 48 |

ВСТУП

Актуальність теми. Громадське здоров'я – одна із надважливіших основ життєдіяльності суспільства, система якого, в сучасних умовах, переживає значні трансформації, у зв'язку з посиленням впливу глобальних, економічних, соціальних та політичних змін на якість надання медичних послуг та вимог до компетенцій медичного персоналу. Отже, кадрова політика держави в медичній галузі, має займати центральне місце в реформі системи охорони здоров'я та стати першочерговим напрямом трансформації публічного адміністрування громадського здоров'я. Якість діяльності медичних працівників, на усіх рівнях надання медичних послуг, потрібно спрямовати на підвищення їх компетентності, доступності, прозорості та ефективності медичної допомоги [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема кадрового забезпечення медичної сфери присвячено праці цілої ланки вітчизняних та зарубіжних учених, зокрема: О. Амоши, Н. Эккерта, Адамса О., Стівела В., Енсона В., Д. Мак- Грегора, М. Мескона, М. Педлера, П. Сенге, Діалло К., М. С. Антонова, В. Борща, М. Білинської, Ю. Вороненка, Д. Гасюка, Т. Грузева, В. Грабовського, Г. Громовика, О. Дмитрука, Б. Кузьміна, В. Кучеренка, Є. Латишева, В. Москаленка, Т. Носуліча, П. Клименка, Т. Попченка, Я. Радиша, О. Свінцицької, О. Худошина, Л. Шамілева, та ряду інших науковців.

Мета кваліфікаційної роботи. Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних пропозицій по удосконаленню державного управління кадровими ресурсами сфери охорони здоров'я та менеджменту персоналу медичних установ у період трансформацій в медичній індустрії.

Завдання кваліфікаційної роботи.

- Визначити сутність дефініцій: управління людськими ресурсами, менеджмент персоналу, кадри, кадрова політика держави та їх функціональний

зміст в установах і закладах охорони здоров'я. Це завдання спрямоване на вивчення основних понять та термінів, пов'язаних з управлінням людськими ресурсами в медичній галузі. Зокрема, необхідно визначити, що таке управління людськими ресурсами, менеджмент персоналу, керування кадрами в контексті реформування закладів охорони здоров'я.

- Встановити головні відмінності між кадровою політикою і керуванням людськими ресурсами.

- Дослідити суть, основні складові, функції кадрової політики держави в сфері охорони здоров'я. Зокрема, необхідно розглянути основні елементи системи управління людськими ресурсами та базові види та функції цієї системи.

- Дати характеристику кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я та структури лікарських спеціальностей. Це завдання спрямоване на аналіз кадрового забезпечення та структури медичних працівників, а також їх професійних якостей.

- Проаналізувати механізми управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я зарубіжних країн. Це завдання спрямоване на порівняльний аналіз систем управління людськими ресурсами в країнах світу. Зокрема, необхідно розглянути особливості управління людськими ресурсами в системах охорони здоров'я таких країн, як США, Велика Британія, Німеччина, Франція.

- Встановити характерологічні ознаки портрету менеджера з персоналу у закладі охорони здоров'я та особливості взаємин між керівником і неформальним лідером. Це завдання спрямоване на вивчення особистісних та професійних характеристик менеджера з персоналу в закладі охорони здоров'я.

- Пізнати механізм верифікації права на здійснення лікарської діяльності в Україні та західних країнах. Це завдання спрямоване на вивчення механізмів забезпечення якості медичної допомоги в Україні та зарубіжних країнах.

- Обґрунтувати необхідність підготовки керівника персоналом у медичному закладі на засадах бенчмаркінгу практик світу. Це завдання

спрямоване на обґрунтування потрібної професійної підготовки керівників персоналом в закладах охорони здоров'я.

Предмет даного дослідження. Сукупність теоретико-методичних, інституційно-законодавчих питань удосконалення політики держави в сфері кадрового забезпечення медичних установ в умовах реформування галузі охорони здоров'я України.

Об'єктом дослідження є процес формування та реалізації кадрової політики держави у системі охорони здоров'я.

Методи дослідження. Дослідження базується на застосуванні загальнонаукових та спеціальних методів, а саме: наукового абстрагування з метою виділення суттєвих ознак і закономірностей кадрової політики держави в сфері охорони здоров'я. Діалектичні підходи для аналізу кадрового забезпечення медичних установ та синтезу вивчених проблем кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я. Застосовано бібліографічні інструменти опрацювання наукової літератури по темі дослідження, індукція і дедукція – для формування теоретичного обґрунтування висновків та узагальнень в практичних рекомендаціях. Використано порівняльний аналіз при порівнянні кадрового забезпечення систем охорони здоров'я в країнах світу та структурно-логічний при розробці теоретичного обґрунтування кадрової політики держави в системі охорони здоров'я.

Дослідження проведено в межах глобального контексту, для цього було проаналізовано системи охорони здоров'я Канади, США, ФРН. Збір даних здійснювався за допомогою вторинних джерел, таких як Канадська коаліція охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро ВООЗ тощо. У дослідженні зроблені акценти на основних кадрових проблемах, а також проаналізовані впливи якості кадрового потенціалу на надання медичних послуг в системі охорони здоров'я, визначено тренди кадрових реформ у галузі охорони здоров'я.

Особистий внесок автора. Кваліфікаційна робота є завершеним дослідженням, викладені результати наукового пошуку отримані особисто автором, про що свідчать опубліковані наукові праці.

Елементи наукової новизни. В дослідженні знайшли подальший розвиток інструменти управління кадровим забезпеченням медичних установ на територіальному рівні.

Практичне значення отриманих результатів. Висновки і пропозиції, одержані внаслідок проведеного дослідження та його результати спрямовані на вдосконалення публічної політики в сфері якості людських ресурсів в галузі охорони здоров'я та ефективного їх функціонування.

Кваліфікаційну роботу побудовано на вступі, де розкрито актуальність визначеного пошуку; теоретичному розділу 1, в якому визначено теоретико-методологічні підґрунтя кадрової політики держави в системі охорони громадського здоров'я; аналітичному розділі 2, в якому здійснено аналіз стану кадрового забезпечення медичних установ, оцінено позитивні практики менеджменту персоналу; розділі 3 визначені пропозиції для успішного менеджменту персоналу та управління кадрами в системі охорони здоров'я України; загальних висновків; списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 45 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВИ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ УКРАЇНИ

Сьогодні, соціально-економічні та політичні реалії розвитку сфери охорони здоров'я в Україні, відображають необхідність пошуку шляхів та інноваційних підходів модернізації кадрового забезпечення галузі. Змінюється світогляд громадськості в сфері надання медичної допомоги, ускладнюється господарська і фінансова діяльність в галузі, посилюються вимоги до компетенцій керівного складу та до кожного медичного працівника, модель надання медичних послуг все більше стає сервісно-орієнтованою. Такі трансформації передбачають впровадження принципово новітніх інструментів та більш вдосконалених сучасних механізмів публічного адміністрування в системі управління закладами та установами охорони здоров'я, змінює парадигму публічної кадрової політики держави в галузі [4].

Результативність такої політики на всіх щаблях діяльності медичних установ залежить від реалізації принципів утилітарності, конструктивності, спрямованості, комплексності, демократичності в проведенні сучасної концепції публічного менеджменту людських ресурсів в медичній сфері, в здатності вибудувати клієнто-орієнтовану стратегію управління персоналом. Потенційний медичний працівник повинен пройти відповідну медичну підготовку, скласти іспит на державний стандарт, систематично підвищувати якість, категорію і компетентності не лише в сфері медицини, але і в галузі економіки, фінансів, управління тощо.

Враховуючи той факт, що під час воєнних дій в Україні, ресурсне забезпечення галузі істотно ускладнюється, медичні установи всіх форм власності мають перейти в режим економії і пошуку додаткових можливостей і джерел фінансування, покращення матеріального і кадрового потенціалу. В умовах таких викликів, світові ринки надання медичної допомоги стали активно залучати інструменти медичного ліцензування діяльності

медперсоналу, підвищувати ефективність використання ресурсної бази, оптимізувати мережу закладів охорони здоров'я, заохочувати інновації не тільки в сфері надання медичної допомоги, але і в організації використання медичного персоналу, медичній і управлінській освіті [6].

Як показує досвід зарубіжних країн, швидко поширюється медичне ліцензування самих процесів та кадрів в системі охорони здоров'я, впроваджуються системи якості, стандарти вартості та догляду за пацієнтами, активізується реформування кадрових служб. охорони здоров'я. Разом з тим, як підкреслюють ряд вчених і практиків зарубіжних країн, ліцензування медичної діяльності може стати перешкодою для ефективної діяльності, економічно не вигідним для медичних закладів в системі охорони здоров'я населення, тому потрібен механізм державної ліцензійної діяльності, щоб не обмежувати наступні інновації в освітньому процесі підготовки фахівців для галузі медицини [5].

Реформаторський вплив держави має передбачати розширення сфери практичної та теоретичної підготовки медичних працівників, що дозволить їм більш успішно виконувати складні, системні завдання надання медичної допомоги та управління медичними установами. Регуляторні дії уряду, в сфері кадрової політики надання медичних послуг, мають лібералізувати процес залучення в діяльність лікувальних установ компетентних медпрацівників, посилити вимоги до якості людських ресурсів, зробити систему управління персоналом більш гнучкою, а медичну, правову, управлінську підготовку урізноманітнити.

Історія розвитку людської цивілізації відображає еволюцію теорій і практик підвищення ефективності управління людськими ресурсами, вона показує, що людина завжди намагалась розв'язати надскладні проблеми управління персоналом, це пов'язано з дією закону обмеження ресурсів та зростання потреб, посиленням поділу праці, необхідністю покращення умов праці, тенденціями зміни її характеру та умов, інструментів мотивації діяльності тощо. Стапи еволюції систем управління трудовими ресурсами, відображають необхідність визначення

періодів формування управлінських технологій та методів організації [8].

Досліджуючи ряд наукових підходів з питань кадрового менеджменту в галузі охорони здоров'я та інших сфер, можна визначити наступні елементи періодизації управлінських концепцій до розуміння кадрової політики. В тридцяті роки двадцятого століття відбулись принципові зміни у системі трудових відносин між керівниками і робочою силою, працівником та роботодавцем, стрибок науково-технічного та промислового прогресу, що зазначались активізацією державного втручання у економічні та управлінські відносини [4].

До суттєвих змін в кадровій політиці держави призвели об'єднання підходів, що акцентували увагу на спеціалізацію в керівних функціях персоналу (Тейлоризм) і системності управлінських дій (концепція Файоля), які спільно сприяли покращенню ефективності ієрархічно-функціональних структур - «staff and line» адміністрування людських ресурсів. Ще одним чинником, який сприяв модернізації кадрової політики держави, стало розповсюдження концепції американського науковця в сфері психології Мері-Паркера Фолетта, що представляв школу людських відносин, соціологів Елтона Мейомі та Гуго Мюнстерберга. Ці вчені стали заперечувати погляд на людину, як носія суто економічних, егоїстичних інтересів, що пронизували попередні концепції і розглядали людський ресурс з точки зору мотиваційної поведінки [9].

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 [10].

Концептуальні основи політики держави в сфері використання людських ресурсів полягають на сучасному етапі полягають у створенні умов для усвідомлення персоналом особистої ролі і можливостей у механізмах управління та трудових взаємовідносинах. Людиноцентриські підходи в кадровій політиці держави, це основа сучасної моделі використання людського капіталу, яка домінує в демократичних країнах.

В двадцятому сторіччі, також виникла теорія «Z», американського професора В. Оучі, яка доповнює людиноцентризм, в кадровій політиці держави, необхідністю створення умов для посилення ініціативності, вмотивованості, ентузіазму з орієнтацією не на раціональну поведінку, а на розвиток особистості. В кінці ХХ століття починає домінувати теорія ефективного управління людським капіталом, однак, усі спроби виразити людський капітал у грошовому вимірі робились для того, щоб оцінити значення витрат на освіту, медичне обслуговування тощо [11].

Теорія людського капіталу задала нові напрями розвитку управлінської думки, людина тепер не вважається тільки необхідним фактором виробництва, її всебічний розвиток стає основною метою в механізмах прийняття управлінських рішень, вона стає справжнім активом, інтелектуальним капіталом. Таким чином, в основу сучасної кадрової політики держави, має бути покладена інноваційна творчість, інноваційний розвиток персоналу, сприяння інтелектуалізації праці тощо. Видатний представник класичної політичної економії В. Петті вважав, що основне багатство нації «залежить від роду занять її громадян та їх можливості і здатності до праці» [12].

В останньому десятилітті ХХ сторіччя було започатковано концепцію ефективного використання творчого потенціалу робочої сили, суть якої полягає в безперервних управлінських змінах, які потребують систематичного адаптування до внутрішнього та зовнішнього середовища. «Вона відкрита до інновацій і свідомо спрямовує свої зусилля на розвиток власного творчого потенціалу» [14].

В останні кілька років все більше уваги приділяється розробці політики у

сфері охорони здоров'я, але поряд з передбачуваними перевагами політики, багато аналітиків поділяють думку, що основним недоліком політики охорони здоров'я є те, що вона не залишає місця для вирішення питань людських ресурсів. Сучасний підхід до управління людськими ресурсами, в сфері охорони здоров'я, має низку недоліків: реактивне, ситуативне ставлення до проблем людського фактору, розпорошення відповідальності в рамках управління ним, обмежене поняття кадрового адміністрування, яке не охоплює всіх аспектів використання персоналу, короткострокова перспектива управління. Відсутність відповідної кадрової політики в багатьох країнах є причиною хронічного дисбалансу, що має багатогранний вплив на медичні кадри: кількісна невідповідність, якісна диспропорція, нерівномірний розподіл і відсутність координації між діями з управління персоналом і потребами політики охорони здоров'я [13].

Фахівці висувають ряд пропозицій, щодо модернізації процесу формування політики у сфері розвитку кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я :

- вийти за рамки традиційного підходу кадрового адміністрування до більш глобальної концепції управління людським потенціалом;
- надавати більшій ваги інтегрованому, взаємозалежному та системному характеру різних компонентів управління людськими ресурсами при підготовці та впровадженні політики;
- сприяти формуванню більш проактивної позиції серед політиків та менеджерів у сфері управління людськими фактором;
- сприяти повній відданості всіх фахівців і секторів на всіх етапах процесу [12].

Розробка чіткої кадрової політики є важливою ланкою в політиці охорони здоров'я, вона необхідна для усунення дисбалансу кадрового потенціалу охорони здоров'я та сприяння впровадженню реформ. Існують ряд аргументів на користь модернізації способів управління людським потенціалом охорони здоров'я, а саме, центральна роль робочої сили в секторі охорони здоров'я,

різноманітні виклики, пов'язані з реформуванням системи охорони здоров'я тощо. Занепокоєння зростаючою нерівністю у стані здоров'я, проблемами доступу та зниженням віддачі від інвестицій в медичну галузь, а також складністю контролю над зростанням витрат, спонукали більшість країн до реформування сектору.

У країнах з низьким рівнем доходів багатосторонні та двосторонні міжнародні організації, а також великі фонди надають пріоритет охороні здоров'я як невід'ємній частині боротьби з бідністю, тому основні інвестиції міжнародні організації та фонди спрямовують на підвищення рівня вакцинації в країнах, а також на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією. Водночас, процес списання боргів, розпочатий міжнародними фінансовими установами, збільшує ресурси, доступні для охорони здоров'я в найбідніших і найбільш уражених хворобами країнах. Сорок дві країни (34 тільки в Африці) мають право на списання боргу в рамках Ініціативи для бідних країн з високим рівнем заборгованості, започаткованої Міжнародним валютним фондом і Світовим банком. Це становить близько 40 мільярдів доларів США, з яких 60%, як очікується, піде на освіту (40%) та охорону здоров'я (20%, не враховуючи СНІД), тобто в середньому 830 мільйонів доларів США на рік на соціальний сектор. Очікується, що ще п'ять країн наблизяться до прийняття рішення до кінця 2002 року [15].

Сьогодні, можливості України здійснювати заходи, які стають фінансово життєздатними завдяки доступу до нових ресурсів, ще ніколи не були такими обмеженими, це пов'язано з серйозними проблемами, що стосуються їх медичних кадрів, такими як втрата персоналу і зниження продуктивності, пов'язані з наслідками воєнної агресії, міграція з державного сектору в приватний, міграція з сектору охорони здоров'я в інші сектори, а також міграція в країни з метою безпеки. Ці проблеми часто спричиняються або, принаймні, загострюються неадекватною політикою і практикою на рівнях підготовки, планування і розстановки кадрів, управління ефективністю роботи і визначення умов праці.

Визнаючи принципово політичний характер питань використання людського фактора в охороні здоров'я, вчені підкреслюють необхідність більш раціональної кадрової політики у медичній галузі, як обов'язкової умови для успішної реалізації політики у системі. Тому, обґрунтування необхідності включення чіткої кадрової політики в загальну політику охорони здоров'я України є основною умовою успіху медичних реформ. Потрібно звернутись до досвіду розвинених країн, так починаючи з Плану Маршалла, який зробив розробку національних планів умовою фінансування реконструкції Європи, національні політики стали звичайним інструментом політики [12].

У секторі охорони здоров'я, реалізація реформ набула форми заяв і планів, спрямованих на досягнення мети «Здоров'я для всіх до 2000 року», поставленої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) наприкінці 1970-х років. Після Алма-Ати держави-члени ВООЗ у 1981 році прийняли стратегію, яка визначила цілі та пріоритети, а через три роки 38 країн-членів Європейського регіону ВООЗ прийняли регіональну стратегію [17].

Цей рух супроводжувався заходами, вжитими міністерствами охорони здоров'я на національному рівні і на всіх континентах, спрямованими на розробку політики, в якій визначення пріоритетів продовжує залишатися невід'ємною частиною. Хоча країни навряд чи наблизилися до досягнення мети, політики сьогодні погоджуються з тим, що політика в галузі охорони здоров'я є важливим інструментом, який може допомогти в різних аспектах. За даними ВООЗ, політика допомагає розробити бачення майбутнього, визначити довгострокові орієнтири, сформулювати цілі, встановити пріоритети, розподілити ролі, а також визначити засоби дії та інституційні механізми [16].

Політика охорони здоров'я в Україні може сприяти прийняттю рішень у контексті підвищення обізнаності громадськості про шкідливі наслідки непослідовної політики та посилення громадського контролю за діяльністю осіб, які приймають рішення. Громадськість очікує, що уряди будуть більш вибірковими і прийматимуть стратегії, які є ефективними, результативними та надійно високоефективними [18]. Чіткі рамки для визначення проблем, вибору

пріоритетів і цілей, а також для раціональної оцінки альтернативних варіантів втручання можуть стати інструментом, який допоможе особам, що приймають рішення, обґрунтувати свій вибір. Складність сфери охорони здоров'я є ще одним аргументом на користь розробки політичної основи для прийняття рішень [10].

Проблеми здоров'я є багатограними і можуть вимагати спільної роботи різних секторів, а дії, що реалізуються в секторі охорони здоров'я, можуть мати значний і довготривалий вплив як на здоров'я окремих людей, так і на інші економічні та соціальні сектори. Тому неправильні рішення в цій сфері можуть мати особливо катастрофічні наслідки. Таким чином, у секторі охорони здоров'я важливо, щоб процес прийняття рішень ґрунтувався на міцних аналітичних навичках, найкращих наявних знаннях, підтримувався перевіреними методами управління і керувався чітким баченням очікуваного майбутнього і засобів, необхідних для його досягнення [19].

Визначаючи очікування, цілі, пріоритети і стратегії, а також ресурси, необхідні для їх досягнення, політика одночасно встановлює критерії, на основі яких можна оцінювати дії, забезпечуючи при цьому систему координат, якою можуть користуватися медичні працівники різних рівнів для розуміння своїх обов'язків. Коли розробка політики охорони здоров'я є частиною розумного планування змін, вона надає унікальну можливість для досягнення консенсусу з питань охорони здоров'я і дає можливість громадянам висловити свою думку, тим самим надаючи більшого ступеня легітимності діям, які будуть запропоновані згодом. Критичні та складні рішення, такі як новий розподіл ресурсів або нормування послуг, можуть бути більш прийнятними для зацікавлених груп, якщо вони приймаються в контексті політичного процесу, який об'єднує всіх стейкхолдерів.

Таким чином, недостатньо, щоб політика у сфері охорони здоров'я була якісною за своєю суттю, якщо вона залишається на стадії планування і не враховує в достатній мірі економічні та соціальні реалії, її вплив, швидше за все, залишиться мінімальним [16]. Успіх політики значною мірою залежить від

того, як відбувається процес її розробки та впровадження, так багато аналітиків стверджують, що основним недоліком політики в медичній галузі є саме недостатня увага до питань використання персоналу [12].

В умовах воєнної агресії, ми спостерігаємо, що направленість медичної реформи в Україні посилилась в напрямку матеріального забезпечення галузі та підвищення уваги до питань фінансування, структурних перетворень і, разом з тим, недостатньою увагою до питань кадрового забезпечення медичних установ [13], яке часто розглядаються як просто ще один виробничий фактор [14]. Наслідки реформ для персоналу часто розглядаються лише в ретроспективі, коли виявляється, що запропоновані плани не можуть бути реалізовані через:

- невідомі витрати на персонал, або проти них виступають професійні групи;
- вони виявляються нереалістичними з огляду на вихідну ситуацію;
- вони вимагають модифікацій в організації роботи, які є занадто складні з огляду на поточну політичну та економічну ситуацію, організаційні можливості, прийнятність модифікацій [15].

Недостатній рівень інтересу до кадрових питань викликає здивування, якщо врахувати вирішальну роль, яку відіграють медичні працівники в процесі досягнення цілей, визначених політикою охорони здоров'я, але це можна зрозуміти, якщо врахувати труднощі вирішення цих питань пов'язані з війною. Навіть там, де питанням управління персоналом приділяється особлива увага, спосіб їх вирішення, як правило, характеризується обмеженим баченням інноваційних механізмів управління персоналом, тяжіння до кадрового адміністрування, тобто директивно-наказових оперативних завдань, пов'язаних з набором персоналу, підтриманням дисципліни тощо. Це знижує статус адміністраторів кадрових служб та ізолює їх в організації [17].

Управління персоналом такого типу не охоплює всі аспекти кадрових питань, розпорошує відповідальність та характеризується відсутністю скоординованих дій. Особи, відповідальні за розвиток кадрового потенціалу в міністерствах охорони здоров'я, часто обмежують свою роль плануванням і

розподілом персоналу, а інші, більш делікатні питання залишають на розсуд політиків, які приймають рішення. Така практика призвела до розриву між політикою в галузі охорони здоров'я та операціями з розвитку кадрового забезпечення медичних установ, необхідними для її реалізації [18].

Наприклад, навчальні програми можуть дублювати одна одну і не завжди відповідати потребам, відсутні регулярні стратегічні консультації з основними суб'єктами, що займаються плануванням і розвитком кадрових ресурсів, нескоординованість кадрових рішень, навіть суперечливі втручання. Український уряд, часто ставлячи дуже широкі цілі у сфері кадрового забезпечення медицини, приймає нереалістичні плани, які щорічно коригуються, поза рамками загальної політики і без чіткої зв'язки з потребами охорони здоров'я [19].

У багатьох випадках до працівників охорони здоров'я ставляться як до простого виробничого інструменту, наприклад, коли запроваджують фінансові стимули для підвищення продуктивності, не беручи до уваги інші аспекти роботи, як наслідок, ці заходи регулярно не дають очікуваних результатів. Уряд, як правило, більше переймається макроекономічними питаннями, такими як чисельність робочої сили та фонд оплати праці, і легко випускає з уваги інші важливі питання, пов'язані з організацією роботи, мотивацією персоналу та індивідуальною продуктивністю праці медичних працівників [20].

В період воєнних дій, стала закріплюватись тенденція надавати симптоматичні відповіді на кадрові проблеми, не аналізуючи їх причин і не враховуючи їх довгострокові наслідки. Враховуючи високу міграцію, викликану війною, медсестринство перебуває в критичній ситуації через труднощі з набором і утриманням персоналу, причина цих проблем добре відома і пов'язана з ускладненням умов практики, умов праці та погіршенням іміджу професії, але мало що робиться для їх вирішення, навіть коли доводиться стикатися з радикальною реакцією медичних працівників, які масово звільняються [21].

В інших випадках чисельність персоналу скорочують, щоб вирішити

фінансові обмеження, що згодом призводить до дефіциту кадрів, який набагато важче виправити, повсюдні скорочення медичних працівників, у рамках прагнення збалансувати державний бюджет, призвели до дефіциту певних професійних категорій, як клінічних, так і управлінських, надмірного робочого навантаження, розпаду ефективних команд і посилення психологічного стресу серед персоналу та користувачів послуг [22].

Ці спостереження дають уявлення про труднощі, які необхідно подолати, перш ніж питання кадрового забезпечення будуть більш успішно інтегровані в політику охорони здоров'я. Кадрові проблеми є одним з найскладніших питань на міжнародному порядку денному реформування системи охорони здоров'я. Навіть у тих країнах, де були розроблені національні плани розвитку кадрового забезпечення, вони були реалізовані лише частково, і лише деякі країни оцінюють політичні досягнення в цій сфері позитивно [15].

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

Таким чином, питання розробки ефективної кадрової політики в сфері медицини, залишаються надзвичайно важливими, і їх відсутність на порядку денному політики охорони здоров'я може лише зашкодити реформам у секторі. Організації охорони здоров'я більше, ніж будь-який інший тип організацій, залежать від своїх працівників, а зростання і розвиток будь-якої організації залежать від наявності відповідної робочої сили, від її компетентності та рівня зусиль, які вона докласти для виконання поставлених перед нею завдань. Кадри є стратегічним капіталом будь-якої організації, особливо в організаціях сфери надання медичних послуг, де різноманітний клінічний, управлінський, технічний та інший персонал є основним ресурсом, що робить можливим здійснення більшості медичних втручань. Персонал діагностує проблеми і визначає, які послуги будуть надані, коли, де і як, медичні втручання ґрунтуються на знаннях, а медичні працівники є «охоронцями» цих знань.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КАДРАМИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Сектор охорони здоров'я є великим роботодавцем у всіх країнах, так за даними Міжнародної організації праці, у секторі охорони здоров'я в усьому світі наразі зайнято 35 мільйонів осіб. Хоча витрати на охорону здоров'я становлять дедалі більшу частку валового внутрішнього продукту, витрати на оплату праці (заробітна плата, премії та інші виплати) становлять від 65% до 80% поточних витрат на охорону здоров'я і ці витрати тісно пов'язані з тим, як розгортаються і використовується людський фактор. У системі охорони здоров'я на рівні громади, яка менше покладається на обладнання та передові технології, людські ресурси відіграють ще більш важливу роль і становлять ще більшу частку загальних витрат [26].

На додаток до прямих витрат, постачальники медичних послуг, особливо ті, хто має право призначати лікування, генерують інші витрати. Коли стимули, такі як оплата за послугу, заохочують виробництво, існує ризик стимулювання попиту на послуги, які не є життєво необхідними. Дослідження географічних відмінностей у використанні медичних послуг показують, що вони часто пояснюються скоріше професійними рішеннями та моделями практики, ніж потребами населення. Економічні та людські втрати від неефективного управління персоналом особливо високі в секторі охорони здоров'я, адже кість медичних послуг, їх ефективність, результативність, доступність і життєздатність залежать насамперед від роботи тих, хто їх надає [19].

Експертні висновки ВООЗ вказують на ряд актуальних проблем кадрової політики в медичній сфері, які впливають на ефективність використання персоналу:

– *Складна структура кадрових ресурсів:* За даним ВООЗ, сьогодні в світі нараховується 59 мільйонів медичних працівників, які зайняті в медичних установах різних форм власності. Їх функції полягають у зміцненні

громадського здоров'я та якісному наданні медичних послуг. Таким чином, вирішення проблем пов'язаних з ефективністю кадрової політики в галузі, лежить в площині покращення механізмів управління формуванням та використанням медичного персоналу, який включає:

– унормування статистичного обліку медичних працівників;

– подолання дефіциту кадрів; Сьогодні світовий дефіцит медичних кадрів складає 2,3 мільйона лікарів і медсестернського персоналу та 4 мільйони допоміжного персоналу. Статистичні дані показують, що на 10000 чол. населення припадає лише 13 докторів, але в Африці на 10000 населення припадає лише 2 лікаря, а в Європі – 32 [21].

- збалансування чисельності лікарів та середнього медичного персоналу.

Як зазначають медичні експерти кадровий дисбаланс з роками буде наростати, табл. 2.1. [23]

Таблиця 2.1

Кадрове забезпечення деяких країн Європи та США

| Країна | Лікарі | | Середній медперсонал | | Лікарняні ліжка (на 10000 населення) |
|-----------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | Загальна кількість | Забезпеченість (на 10000 населення) | Загальна кількість | Забезпеченість (на 10000 населення) | |
| Болгарія | 27 987 | 37,4 | 35 251 | 47,1 | 65 |
| Велика Британія | 166 005 | 27,3 | 613 202 | 101,4 | 34 |
| Греція | 69 031 | 61,6 | 2 625 | 2,3 | 47 |
| Естонія | 4 379 | 33,4 | 8 605 | 65,4 | 55 |
| Італія | 202 865 | 34,8 | 16 893 | 2,8 | 35 |
| Латвія | 6 752 | 29,8 | 10 929 | 48,5 | 65 |
| Німеччина | 297 836 | 36,1 | 918 000 | 111,1 | 83 |
| Норвегія | 19 578 | 41,7 | 150 334 | 319,4 | 35 |
| Польща | 82 812 | 21,5 | 222 667 | 12,8 | 69 |
| Румунія | 48 483 | 22,6 | 125 699 | 58,7 | 67 |
| Словенія | 4 914 | 25,2 | 16 460 | 83,8 | 45 |
| <i>Україна</i> | <i>196 086</i> | <i>43,0</i> | <i>421 987</i> | <i>94,3</i> | <i>90,4</i> |
| Фінляндія | 15 384 | 29,2 | 126 869 | 239,5 | 63 |
| Франція | 212 133 | 34,4 | 18 835 | 3,2 | 68 |
| Чехія | 37 350 | 36,6 | 88 874 | 87,3 | 72 |
| Швеція | 34 382 | 37,8 | 108 163 | 118,5 | 29 |

– подолання нерівномірності розподілу медичних працівників в міській і сільській місцевості;

– зростання рівня міграції;

- покращення умов праці та мотивації;
- удосконалення механізмів управління та інформаційної бази кадрового забезпечення [27].

Робота кадрових служб, в сучасних системах охорони здоров'я, визначається політикою і практикою, які регулюють чисельність персоналу, його кваліфікацію, розміщення та умови праці. Таким чином, необхідно зробити важливий вибір щодо процесів, які впливатимуть на ефективність роботи з точки зору продуктивності праці персоналу, технічної та соціокультурної якості послуг та організаційної стабільності, від яких залежатиме ефективність надання медичних послуг.

Неправильний вибір може мати шкідливий вплив на функціонування системи охорони здоров'я і, відповідно, на здатність цих служб сприяти досягненню цілей політики охорони здоров'я. Крім того, враховуючи довгостроковість наслідків, такі рішення зазвичай важко виправити. Виклики, пов'язані з реформуванням сектору та воєнною та політичною нестабільністю, спрямовують галузь на скорочення нераціональних витрат, підвищення ефективності, збільшення справедливості, децентралізацію управління та перегляд моделей надання медичних послуг, що має безпосередній вплив на персонал, тобто на тих людей, від яких залежить успіх реформи [22].

Реакцією на інфляцію витрат, на охорону здоров'я, часто є скорочення витрат на робочу силу шляхом стимулювання її ефективності, таким чином, враховуючи частку бюджету на охорону здоров'я, яку поглинає персонал, будь-яка спроба скоротити витрати або підвищити ефективність вимагає заходів, що безпосередньо впливають на чисельність персоналу та якість його роботи. Сьогодні потрібні заходи до яких належать, покращення планування, щоб уникнути надмірного укомплектування штату. Це вимагає більше інформації про кадрову ситуацію, застосування більш точних методів визначення потреб у персоналі та тіснішої координації між пропозицією персоналу та попитом або здатністю поглинання. визнання нових категорій персоналу, таких як клінічна медсестра, або надання офіційного визнання існуючим постачальникам послуг.

В умовах воєнної агресії в Україні, відбувається модифікація умов праці медичних працівників, з метою сприяння мобільності персоналу та більшої гнучкості його використання або раціоналізації інструментів винагороди для приведення її у більшу відповідність до очікуваних результатів роботи. Підвищення ефективності роботи передбачає такі дії, як перегляд систем заохочення, розвиток нових навичок, покращення організації праці, прийняття нових стратегій професійного розвитку, розвиток системи підготовки медичних працівників, в яких є відчутний дефіцит, рис. 2.1 [26]

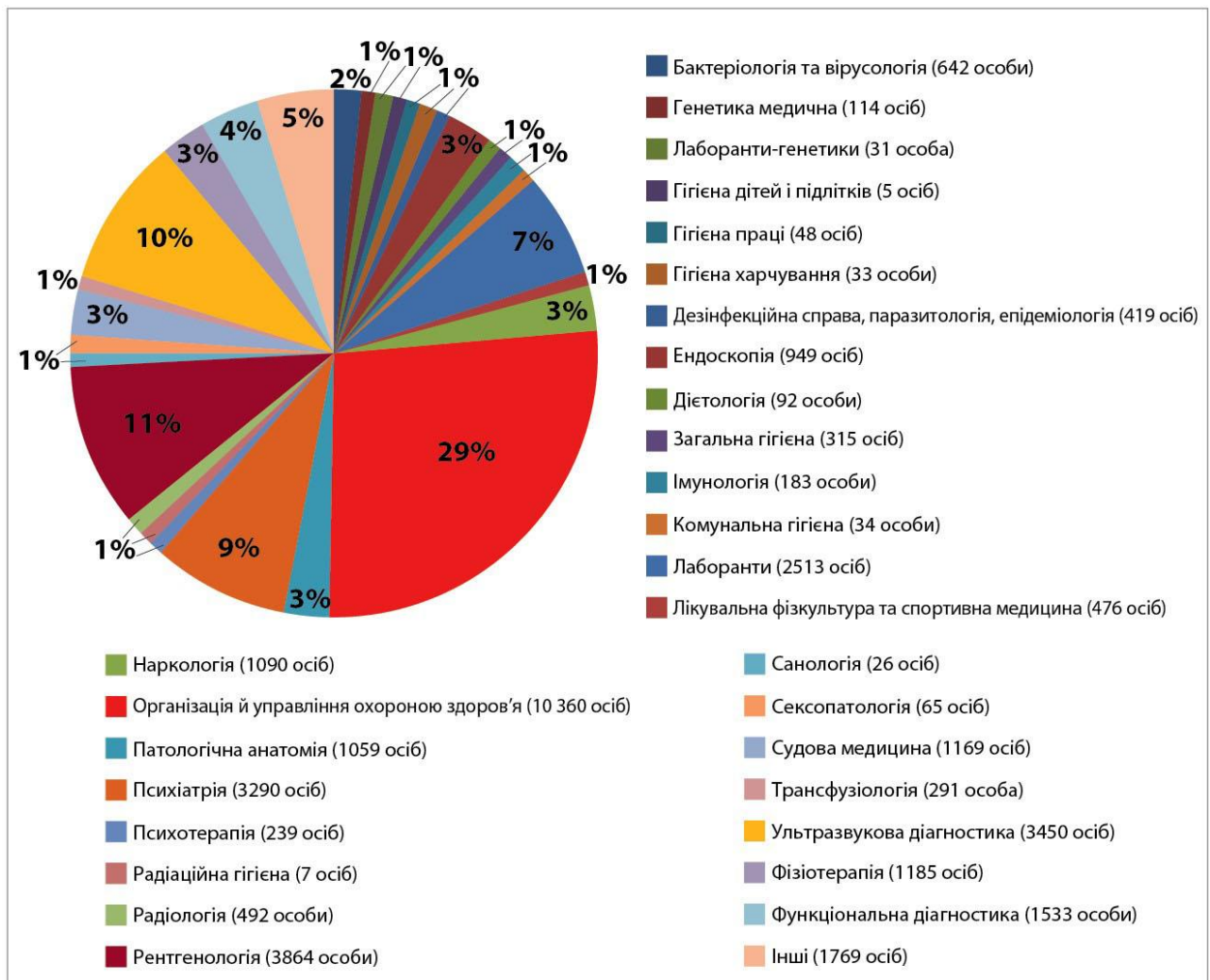


Рис. 2.1. Структура кадрового забезпечення в медичній галузі України

Джерело: адаптовано автором на основі [26].

Враховуючи воєнний стан, потрібно покращення рівності доступу до медичних послуг, яка не може бути досягнута без більш збалансованого перерозподілу персоналу між окупованими, прифронтовими та іншими

територіями, це також потребує впровадження належних стимулів для найму і, перш за все, утримання персоналу в районах, де послуги надаються в меншій мірі і якості через війну. Потрібна максимальна децентралізація та цільове спрямування медичних послуг, що стоїть на порядку денному органів влади, тягне за собою передачу посад, пов'язаних з прийняттям рішень, на локальному і місцевому рівнях. Водночас, це викликає нагальну потребу в розвитку кадрового потенціалу, необхідного для заповнення цих нових посад, особливо в управлінській сфері [28].

Публічна влада в Україні має знайти інструменти управління змінами та механізми створення інноваційної моделі охорони здоров'я в територіальних громадах, забезпечити розвиток первинної медичної допомоги. В умовах війни, це є серйозним викликом, з точки зору переосмислення професійних ролей та інтеграції послуг. Війна вимагає від медичних працівників більшої мобільності, універсальності, набуття нових навичок і вміння працювати в мультипрофесійних командах. Вона припускає, що немедичний персонал відіграватиме все більшу роль у наданні послуг первинної медичної допомоги, а також ширше використовуватиметься при альтернативних методах лікування і більше суспільством будуть позитивно сприйматись нетрадиційні постачальники медичних послуг.

У трудомістких секторах процес змін тягне за собою важливі корективи на ринку праці, статистика свідчить, що їх можна було б здійснити легше, якби питання кадрового забезпечення медицини вирішувались на етапах розробки політики та планування. Так, на рисунках 3 та 4 відображено потребу і розподіл фахівців з найважливіших лікарських спеціальностей, а саме, хірургія та внутрішні хвороби для дорослого населення України. Як видно з рисунка, є значний дефіцит спеціалістів з вузьких спеціальностей, потреба в яких суттєво зростає в умовах воєнного стану [30].



Рис. 2.2. Розподіл фахівців за лікарськими спеціальностями «Внутрішні хвороби», котрі надають медичну допомогу дорослому населенню

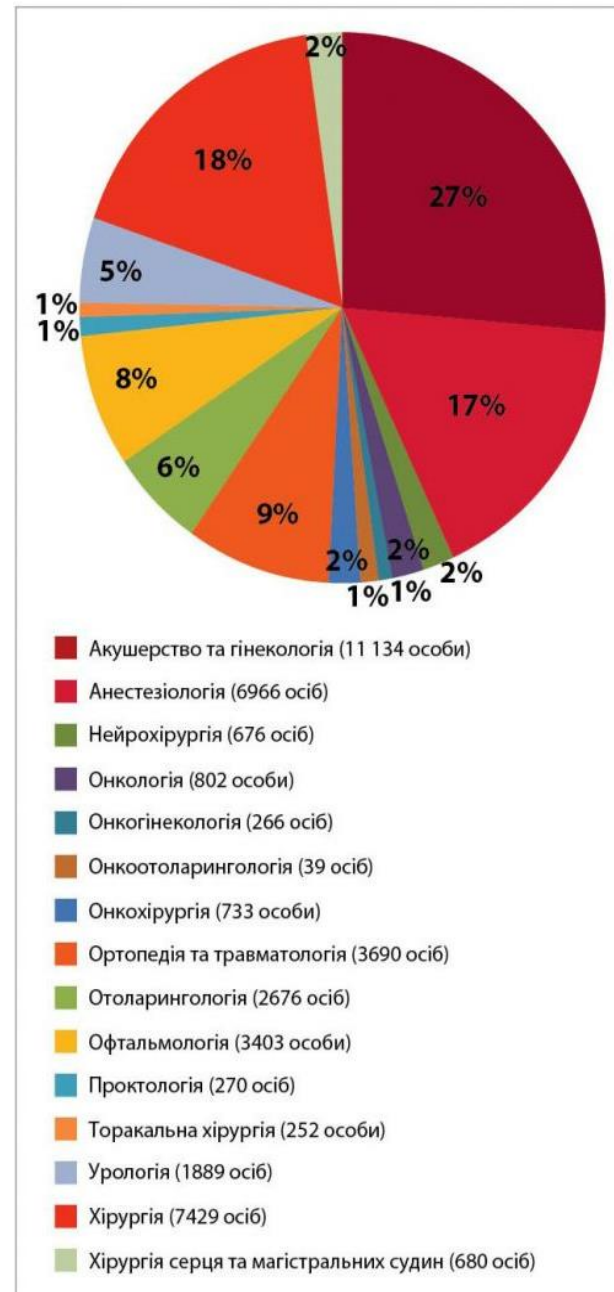


Рис. 2.3. Розподіл фахівців за лікарськими спеціальностями «Хірургія», котрі надають медичну допомогу населенню

Система охорони здоров'я України найбільше постраждала внаслідок війни, так станом на 2022 рік зруйновані 118 медичних закладів, часткові руйнування отримали 633 об'єкти, збитки склали майже 35 млрд. грн. Першочергового значення набувають пріоритетні послуги по лікуванню травм,

опіків, реабілітації, психічному здоров'ю населення. Великим навантаженням на медичних працівників є посилення міграції населення, 7 млн. громадян України є вимушеними переселенцями. Близько 2 372 медичних працівників екстреної медичної допомоги знаходяться на окупованих територіях, а 2 273 виїхали за межі України. Кадрова та організаційна спроможність медичної галузі суттєво зменшилась, знизилась якість надання медичних послуг, гостра потреба в кадрах, які забезпечують реабілітацію і підтримують психічне здоров'я [31].

Успіх реформи первинної медико-санітарної допомоги в значній мірі залежить від політики мобілізації кадрового резерву, шляхом підвищення професіоналізму лікарів, надання адекватних фінансових стимулів або надання більшої автономії підрозділам первинної медичної допомоги. Владі потрібно враховувати, що реформа сектору охорони здоров'я в Україні зіткнулась з недостатньою залученістю медичних працівників до прийняття рішень, які мають відмінне від урядовців сприйняття реформ. Також, досвід реформування медичної галузі в інших країнах показує, що є ряд переваг включення, до політики у сфері формування кадрового резерву медичних закладів представників громадськості і медичних працівників, фахівців [26].

На систему охорони здоров'я впливає низка основних тенденцій, які можуть мати значний вплив на організацію роботи і, як наслідок, вимагати коригування, якщо ми хочемо досягти цілей справедливості, ефективності та якості. Технологічні інновації вже призвели до радикальних змін у способах лікування більшості захворювань, у зв'язку з чим, медичні працівники повинні відповідно адаптувати свої ролі та навички.

Сьогодні в Україні, не зважаючи на війну, нові інформаційні технології та телекомунікації мають великий потенціал для підвищення продуктивності галузі, дозволяючи медичним працівникам обмінюватись клінічними даними на відстані в режимі реального часу або мати негайний доступ до нових знань. Вони забезпечують більшу гнучкість в організації роботи, покращують комунікацію між фахівцями і створюють робочі місця в нових секторах. У той

же час, вони ліквідують робочі місця, висувають нові вимоги до навичок і вимагають нових інвестицій у навчання.

Також в Україні швидко розвивається телемедицина, яка пов'язана з використанням різних застосувань інформаційних технологій і телекомунікацій для надання медичних послуг і передачі медичної інформації на великі і малі відстані. Вона має потенційне значення для зниження витрат і травм, пов'язаних з переміщенням пацієнтів, приводить до поліпшення надання послуг в ізольованих регіонах, покращує надання доступу до дистанційного навчання і сприяння розвитку медичної допомоги на дому [34].

З іншого боку, це вимагає змін у традиційних формах організації та оплати праці або нових методів роботи (командна робота і мережева взаємодія, обмін інформацією, використання комп'ютерів). Демографічні зміни суттєво впливають як на попит на послуги, так і на робочу силу, яка їх надає, так, як показує досвід Європи, старіння населення в індустріально розвинених країнах, збільшить використання медичних послуг [35], також супроводжуватиметься зменшенням чисельності працюючого населення. Наприклад, 42% працівників державного сектору Фінляндії мають вийти на пенсію в найближчі 10 років [36].

Інструменти управління людськими ресурсами повинні бути адаптовані до цієї старіючої робочої сили. Навчальні програми та компенсаційні програми мають бути скориговані, щоб задовольнити конкретні потреби як молодих, так і старших працівників. Іншим аспектом, пов'язаним з цим переходом, є зростання частки жінок на ринку праці та їхнє бажання поєднувати кар'єру з сімейними обов'язками. Жінки-лікарі працюють менше годин на тиждень, раніше виходять на пенсію і частіше беруть відпустки, ніж їхні колеги-чоловіки, що впливає на планування медичної робочої сили [37]. В Україні епідемія ВІЛ-інфекції найсильніше позначилась на найбільш продуктивній віковій групі, в тому числі на медичних працівниках, що привело до зниження продуктивності та психологічного стресу.

Щонайменше два фактори, пов'язані з глобалізацією ринків, мають

безпосередній вплив на медичні кадри, це заходи структурної перебудови, включали радикальний перегляд державного сектору, що часто призводять до скорочення медичних і соціальних програм, зменшення кількості персоналу і, в більшості випадків, до погіршення умов праці. Використання ринкових механізмів для управління системами охорони здоров'я призвело до переосмислення ролі держави, яка, як очікується, має більше зосередитися на своїй ролі регулятора і надати більше можливостей приватному сектору в наданні послуг [31].

Традиційні відносини між роботодавцем-державою і медичним персоналом зазнали змін. Централізовані переговори між національними профспілками та урядами витісняються управлінням трудовими відносинами на місцевому рівні; приклад Великобританії ілюструє цей момент. Кар'єрна структура вже не є такою чітко визначеною, і, як наслідок, працівники менш схильні демонструвати лояльність до організації, яка може зробити їх зайвими під час реструктуризації. У багатих країнах вимоги споживачів є більш диверсифікованими, витонченими і краще поінформованими, і споживачі легко ставлять під сумнів здатність своїх урядів задовольнити ці вимоги [35].

Сучасний споживач медичних послуг в Україні, як платник податків, стурбований зростанням вартості послуг охорони здоров'я, але як користувач, він хоче мати доступ до послуг найвищої якості, він очікує, що адміністрація та медичні працівники працюватимуть краще, використовуючи ті ж самі ресурси. Тенденція спостерігається у громадян з низьким рівнем доходу, коли споживачі стають більш поінформованими про те, які послуги доступні іншим або повинні бути доступними для них.

В індустріально розвинених країнах умови мобільності робочої сили, зокрема висококваліфікованої, зараз обговорюються в рамках регіональних угод, спрямованих на більшу стандартизацію кваліфікацій медичних працівників. З іншого боку, у країнах, що розвиваються, ця мобільність часто набуває форми більш жорстокого відтоку кваліфікованих кадрів, що позбавляє країни рідкісних ресурсів, які мають вирішальне значення для розвитку їхніх

систем охорони здоров'я [33].

Оскільки, ринок праці медичних працівників в Україні швидко змінюється і конкуренція зростає, державна система охорони здоров'я також повинна справлятися з труднощами утримання персоналу, якого приваблюють кращі пропозиції з приватного сектору або який вирішує займатися іншою, більш прибутковою професійною діяльністю. В результаті цих основних тенденцій, на зміну вертикальним, пірамідальним і жорстким формам організації праці в медичній галузі, приходять більш гнучкі структури і методи управління. Обмежений горизонт місцевого чи регіонального ринку праці медичних працівників розширюється, щоб задовольнити нові глобальні економічні замовлення [30].

Традиційний фокус на медичному продукті і послугах витісняється клієнтоорієнтованим підходом, який наголошує на потребах і вподобаннях. Традиційний розподіл праці, який надавав перевагу спеціалізації, поступається місцем більшій інтеграції надання медичних послуг і командній роботі. На зміну традиційним способам надання медичної допомоги приходять медицина, заснована на інформації та знаннях. Стабільні та захищені трудові відносини, в основі яких лежить припущення про довічну кар'єру, поступаються місцем гнучкості праці та зайнятості [34].

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

Наведені в другому розділі аргументи вказують на вирішальну роль кадрової політики та управління персоналом в медичній галузі у підвищенні ефективності систем охорони здоров'я та впровадженні реформ. Аналіз свідчить про те, що кадровий розподіл не можна залишати на розсуд нерегульованого ринку, потрібно впроваджувати інструменти стратегічного планування, яке має важливе значення для контролю впливу складних факторів, які впливають на кадрове забезпечення. Технократичне планування, яке

практикувалося в минулому, є вкрай неефективним, про що свідчать хронічні дисбаланси кадрового складу.

Невідповідність чисельності, якісні диспропорції, нерівномірний розподіл і відсутність узгодженості між практикою управління персоналом в системі охорони здоров'я і основними завданнями кадрової політики. Ці дисбаланси виявляються основними обмежувальними факторами для досягнення цілей реформ у секторі охорони здоров'я та для реалізації кадрової політики. Поняття політики не завжди сприймається або розуміється однаково, іноді політику сприймають як продукт (принципи, декларацію, закон), який слугує орієнтиром для дій; іноді - як процес, який має привести до досягнення певних цілей.

РОЗДІЛ 3.

ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Традиційний підхід розуміє державну політику як циклічний процес, різні етапи якого можна аналізувати окремо, для того, щоб вирішити проблему ефективності кадрової політики в галузі медицини, ставиться низка цілей і визначаються стратегії для їх досягнення, з метою оперативної реалізації поставлених задач. Альтернативний підхід до технічної раціональності, з якого можна отримати лише дуже часткове пояснення політики, робить акцент на міжособистісних відносинах, при яких політика розглядається не як послідовний процес, а як інтегрований процес, в якому цінності та відмінності стають явними, шукаються консенсусні угоди, досягаються компроміси, формуються альянси та обґрунтовуються дії [40].

Кадрова політика в медичній галузі має виходити за рамки технічної діяльності, вона вимагає процесу обміну думками та переговорів між різними групами інтересів. Як вважають фахівці, політичні зміни рідко відбуваються в результаті лінійного процесу, але, як правило, є результатом повторюваної взаємодії між трьома потоками ідей, пов'язаних з визначенням проблем, пропозицією рішень і досягненням політичного консенсусу. Зміни відбуваються тоді, коли ці потоки сходяться, створюючи вікно можливостей, яким можуть скористатися політики [41].

В управлінні персоналом ці два підходи до планування не є взаємовиключними, а можуть навіть доповнювати один одного. Раціональний підхід заохочує визнання ролі інформації, сучасних аналітичних методів та інструментів прийняття рішень для розробки узгодженої політики. Це необхідні, але недостатні умови. Другий підхід передбачає оцінку політичного, економічного, культурного та соціального контексту, в якому відбувається розробка та впровадження політики. Але контекст охорони здоров'я також має

певну специфіку, яку необхідно враховувати в процесі розробки та впровадження політики управління персоналом медичних установ.

Міжсекторальний характер питань, пов'язаних з кадровим забезпеченням, а також різноманітність учасників і секторів, що беруть у них участь, ускладнює інструменти вирішення кадрових проблем у секторі охорони здоров'я. Рішення залежать від багатьох факторів (фінансові ресурси, освітні програми, умови праці), які в багатьох випадках знаходяться поза контролем осіб, що приймають рішення в секторі охорони здоров'я, або адміністраторів служб управління персоналом [42].

У більшості промислово розвинених країн Західної Європи, центральні профспілки ведуть переговори про умови праці безпосередньо з урядом і підписують колективні договори, які залишають керівникам медичних організацій мало місця для прийняття самостійних рішень [25]. Відповідальність за підготовку кадрів, визначення навчальних програм і критеріїв сертифікації зазвичай покладається на незалежні навчальні заклади. Стандарти практики, як правило, визначаються професійними організаціями, іншими словами, стратегії впливу на медичні кадри не можуть визначатися автономно однією організацією або окремим підрозділом міністерства охорони здоров'я.

Вони повинні враховувати точку зору всіх зацікавлених сторін, широкого кола інституцій, учасників груп, які зацікавлені у прийнятті рішень та впровадженні заходів. Часовий лаг між прийняттям рішення та його результатом, потребує особливої уваги, в цей період відбуваються зміни, що впливають на попит на медичні послуги та тенденції в кадровому забезпеченні, які не можуть бути враховані за короткий проміжок часу. Для прийняття низки рішень, пов'язаних з кадровими ресурсами охорони здоров'я, короткострокових або середньострокових прогнозів недостатньо.

Досвід показує, що збільшення на 10% кількості студентів, які навчаються в медичних закладах, призведе до збільшення пропозиції лікарів через 10 років, лише на 2%. Отже, потрібен значний проміжок часу, щоб

відбулися значні кількісні та якісні зміни в кадровому забезпеченні охорони здоров'я, або щоб виправити негативні наслідки неправильних рішень [37].

Відповідно, політика у сфері кадрового забезпечення медичних установ, при проведенні реформ і спробах розширити медичні послуги, повинна передбачати інтервали, необхідні для навчання і розвитку кадрів. Вони також повинні передбачати довгостроковий вплив деяких основних тенденцій, таких як старіння населення, на попит на послуги та потребу в робочій силі. Сильне професійне домінування. На систему охорони здоров'я значною мірою впливає роль професіоналів, чия підготовка підкреслює цінність автономії та професійного саморегулювання [38].

Загалом, професійні структури є добре сформованими, підтримуються законами, настановами, культурою та історією. Різні професійні категорії виконують різні ролі та мають власні навчальні структури та регуляторні механізми. Ці групи також, як правило, мають особливу культуру і дуже виражену ідентичність, що може ускладнювати впровадження змін. Сильні в переконанні своєї культурної та символічної влади і в здатності згуртувати навколо себе громадську думку, вони можуть перешкоджати впровадженню нової політики, якщо немає чіткого розуміння запропонованих змін або якщо ці зміни сприймаються як такі, що негативно впливають на них [33].

Всі ці фактори вказують на те, що процес розробки та реалізації кадрової політики в секторі охорони здоров'я повинен бути безперервним процесом пристосування не тільки до потреб населення, а й до мінливих очікувань персоналу, і що він повинен проводитися за його повної участі [42]. Взаємозалежність різних професійних категорій, є теж важливим напрямом кадрової політики держави в сфері медицини, так більшість професій у сфері охорони здоров'я дуже взаємозалежні при виконанні своїх завдань. Проблеми в одній професійній категорії можуть перекинутися на іншу. Наприклад, нестача медсестер, що виникла внаслідок неадекватного планування, може негативно вплинути на роботу лікарів. Таким чином, держава залишається основним роботодавцем у секторі охорони здоров'я, незважаючи на тенденцію до надання

все більшого обсягу послуг приватному сектору [43].

Кадрове забезпечення є дорогими у виробництві та з точки зору поточних витрат, адже будь-яка неадекватна кадрова політика, яка заохочує перевиробництво персоналу, надмірне споживання ресурсів або погане використання наявного персоналу, має прямий вплив на державні фінанси і ще більше скорочує обмежені ресурси, які могли б бути спрямовані в інші сектори економіки. Також є ряд гендерних питань, які потребують вирішення, а саме висока частка жінок, зайнятих у сфері охорони здоров'я, сьогодні сектор охорони здоров'я також визнаний основним роботодавцем для жінок [83], які стають все більш активними на ринку праці, виконуючи при цьому сімейні обов'язки. Як показує досвід, жінки, які працюють у секторі охорони здоров'я, часто отримують нижчу заробітну плату і мають менше можливостей, ніж їхні колеги-чоловіки, піднятися до вищих ешелонів ієрархії. Зосереджені в певних професійних категоріях, таких як медсестринство, вони часто платять найбільшу ціну, коли бюджет скорочується [43].

Сучасна кадрова політика в галузі медицини має подолати неоднозначність взаємозв'язку між потребами в охороні здоров'я, потребами в послугах і потребами в ресурсах (людських або матеріальних) для надання цих послуг. Розуміння потреб у сфері охорони здоров'я є недосконалим, а розуміння послуг, необхідних для задоволення потреб, також є недосконалим, також відносний внесок послуг охорони здоров'я недостатньо зрозумілий. При розробці політики у сфері кадрового забезпечення доводиться мати справу з невизначеністю та багатьма іншими факторами - політичними, економічними, соціальними та культурними - які впливають на ці відносини [44].

В інших секторах економіки ринок праці реагує на закон попиту і пропозиції, а процеси коригування можуть бути як більш простими і менш затратними, але у сфері охорони здоров'я, де, як і на будь-якому ринку, існують недосконалості, може знадобитися втручання держави для того, щоб провести необхідні корективи в рамках політичного процесу. Виклик тут полягає в тому, щоб подолати жорсткість, пов'язану з певними інституційними механізмами,

які можуть стримувати впровадження необхідних змін або робити їх більш дорогими. Тому, має посилитись планування забезпечення персоналом, політика має забезпечити достатню кількість персоналу в різних категоріях зайнятості, а також наявність персоналу та його справедливий і послідовний розподіл між географічними регіонами, закладами та рівнями надання медичної допомоги. Завдання полягає в тому, щоб розгорнути персонал належної якості в достатній кількості в потрібний час і в потрібному місці; це включає в себе справедливий гендерний розподіл в межах того, що країна може собі дозволити.

Реалізація ефективної кадрової політики в сфері охорони здоров'я передбачає надання різним категоріям персоналу навичок, необхідних для досягнення цілей, визначених споживачами медичних послуг. Політичні заходи можуть включати: адаптацію навчальних програм до цілей політики охорони здоров'я та вимог до послуг; розробку нових методів викладання і навчання; моніторинг навичок і вимог до навчання; розвиток навчальної інфраструктури; підготовку тренерів; регулювання діяльності навчальних закладів тощо.

Ефективність публічного управління людськими ресурсами в медичній сфері пов'язана з оптимізацією процесу виробництва послуг та забезпеченням заохочення персоналу до надання результативних, якісних послуг, що відповідають потребам та очікуванням громадян. Сюди входять керівні принципи щодо організації та розподілу роботи, стандартів практики, методів оплати, обігу інформації, методів та інструментів управління, механізмів оцінки та підзвітності, а також, в більш загальному плані, стратегії підтримки та підвищення якості послуг, що надаються. Очікувані політичні орієнтири стосуються методів набору та утримання персоналу, управління кар'єрою, механізмів мобільності, методів і рівнів стимулювання оплати праці, управління трудовими відносинами та систем оцінювання [41].

Коли робиться критичний вибір щодо цілей, визначення пріоритетів і стратегій, постає питання: які критерії можуть допомогти? На це питання можна відповісти за допомогою двох груп міркувань.

По-перше, цілі, пов'язані з кадровим забезпеченням медичних установ, які повинні бути узгоджені з цілями і потребами охорони здоров'я, повинні бути підпорядковані службам охорони здоров'я. По-друге, політичні рішення не є нейтральними, а завжди впливають з набору цінностей, які обумовлюють їх соціальну прийнятність, легітимність і, відповідно, ймовірність успіху їх реалізації. Відповідно, наступне може допомогти у виборі цілей, пріоритетів та стратегій, а саме, чітке формулювання цінностей, які надихатимуть політику і до яких будуть зобов'язані особи, що приймають рішення, забезпечення рівності у доступі до якісних медичних послуг, вазначення керівниками персоналу як партнера у розробці та впровадженні політики, досягнення рівності між чоловіками та жінками, досягнення балансу між особистим та професійним життям [44].

Система охорони здоров'я в Україні потребує більш збалансованого розподілу послуг, бажаного рівня якості, безперервності надання послуг, ефективності всіх видів діяльності медичного персоналу. Сучасна кадрова політика повинна мати можливість обґрунтувати, як ці цілі пов'язані з цілями надання послуг, забезпечити формування стратегій та знайти необхідні засоби для досягнення цих цілей. Розробка, впровадження та оцінка політики у сфері формування кадрового резерву є частиною складного процесу, що спирається на численні аналітичні завдання: аналіз потреб, планування, оцінка програм, економічна оцінка, аналіз політики, демографічні та статистичні дані, методи викладання тощо. Потенціал, необхідний для їх виконання, є важливим ресурсом [43].

Зарубіжний досвід показує, що країни, які досягли найбільшого успіху в реформуванні своїх систем охорони здоров'я, - це саме ті, які змогли мобілізувати технічний потенціал для розробки послідовної і життєздатної політики. Особи, які приймають рішення, розуміють специфіку медичних працівників, їх критичну роль, а також важливість управління людськими ресурсами для підтримки реформ, що є вкрай важливим. Але для планування та реалізації відповідних заходів щодо багатьох компонентів управління

персоналом необхідні спеціалізовані технічні, технологічні та організаційні можливості, тому реалізація політики також залежить від міцності та стабільності інституцій. Вчені підкреслюють важливість акумуляції і концентрації конституційних, політичних, інформаційних і технологічних ресурсів, які допомагають створити середовище, що сприяє формуванню та впровадженню обґрунтованої політики.

Нажаль сьогодні наша національна спроможність розробляти та впроваджувати політику у сфері кадрового забезпечення медицини є недостатньо ефективною, оскільки навички є рідкісними, а інституції – слабкими, або ж інформаційна база є недостатньою, а якісна інформація – недоступною. Регулярно оновлювальні статистичні дані мають важливе значення для формування відповідної та узгодженої політики. Сюди входять дані про потреби у сфері охорони здоров'я, про існуючі послуги, а також про персонал та його розподіл, його підготовку та умови праці. Для зміцнення національного потенціалу пропонується ряд дій у напрямках:

- стратегічному, надаючи національним лідерам засоби для розробки чіткого бачення потреб у сфері охорони здоров'я, екологічних обмежень і варіантів розвитку робочої сили. Політика у сфері кадрового забезпечення, нав'язана ззовні, донорами або іншим чином, гальмує розвиток такого типу національного лідерства і перешкоджає адаптації політики і програм до національного контексту [46];

- оперативному, шляхом розвитку конкретних навичок, необхідних для кожного компонента формування кадрового резерви сфери охорони здоров'я, в умовах нестабільності, коли особи, які приймають рішення, часто змінюються, а пріоритети переосмислюються, може бути важко розробити політику, яка б відповідала довгостроковому підходу. Стабільність державного апарату є передумовою довіри до політичного процесу, отже зобов'язання виражаються в тому, що уряд чітко включає розвиток робочої сили до своїх пріоритетів і розглядає його як важливу функцію громадського здоров'я. Це передбачає, що уряд приймає політичні ризики, пов'язані з просуванням змін, які можуть

спровокувати протидію потужних груп інтересів [47].

Потрібно врахувати, що зміни стають можливими лише тоді, коли достатня критична маса зацікавлених сторін переконана в їх необхідності та підтримує їх, тому потрібна мобілізація Міністерства охорони здоров'я, освіти, фінансів тощо, а також органів місцевого самоврядування, професійних органів і приватних організацій є не тільки наявність якісної стратегії розвитку системи громадського здоров'я. Деякі групи інтересів, такі як лікарі, є особливо потужними, домінуючими і здатними мобілізувати громадську думку. Ігнорувати їх неможна, тому дії у сфері прав людини мають більше шансів бути послідовними, якщо вони узгоджені, і бути реалізованими, якщо вони дійсно відображають результати політичного процесу, тобто висловлені потреби, зроблені пропозиції та досягнуті компроміси [45].

Нова кадрова політика в галузі надання медичних послуг, може зашкодити очікуванням, уподобанням, переконанням або цінностям деяких зацікавлених сторін, наприклад, коли для надання послуг з охорони материнства та дитинства використовується чоловічий персонал. Підвищити прийнятність реформ можна або адаптуючи політику до соціального та культурного середовища, або намагаючись змінити останнє за допомогою стратегій освіти чи соціального маркетингу, або, звісно, поєднуючи ці два способи.

Виправлення кадрового дисбалансу може вимагати значних короткострокових фінансових зобов'язань, так нестача кадрів може вимагати відкриття нових навчальних закладів або збільшення набору в існуючі навчальні заклади. Надлишок кадрів можна вирішити, пропонуючи фінансово привабливі програми дострокового виходу на пенсію. Географічне перерозподіл персоналу вимагає систем заохочення для залучення працівників у віддалені райони. Програми підвищення якості та продуктивності вимагають інвестицій в інфраструктуру чи обладнання або зміни умов праці тощо. Тому важливо, щоб політика у сфері кадрового забезпечення медичних установ ґрунтувалась на точній оцінці її фінансових наслідків і спроможності країни

мобілізувати необхідні ресурси.

ВИСНОВКИ ЗА 3 РОЗДІЛОМ

Досягнення цілей у сфері охорони здоров'я населення значною мірою залежить від надання ефективних, дієвих, доступних, життєздатних і високоякісних послуг персоналом, який є в достатній кількості, відповідає стандартам якості, має відповідні компетенції і належним чином розподілений на територіальному рівні. Відсутність чіткої політики держави, щодо розвитку кадрового забезпечення медичних установ, викликає цілий ряд проблем пов'язаних з наданням медичних послуг і підтримкою громадського здоров'я, викликає дисбаланси, які загрожують спроможності систем охорони здоров'я досягати поставлених цілей.

В умовах воєнного стану в Україні, організації охорони здоров'я стикаються із зовнішніми викликами та небезпеками, які не можуть бути ефективно подолані без відповідних змін у кадровому складі. Таким чином, розвиток кадрового потенціалу є важливою частиною процесу розробки політики держави в галузі охорони здоров'я. Винесення проблем трудових ресурсів на політичний порядок денний і розробка чіткої політики у сфері кадрового забезпечення медичних установ - це спосіб досягти цілей медичних реформ та визначення першочергових пріоритетів у цій сфері.

Уряд повинен згуртувати всі зацікавлені сторони, усіх стейкхолдерів та всі сектори навколо цих цілей, а також сприяти більш комплексному і системному підходу до управління людськими ресурсами в галузі. У довгостроковій перспективі це сформує гештальт розвитку систем охорони здоров'я, більш чутливий та стійкий до очікувань і потреб населення в якісному медичному обслуговуванні.

ВИСНОВКИ

1. Досліджено наукові школи та роботи зарубіжних та вітчизняних науковців присвячені аналізу питань формування та реалізації кадрової політики держави в сфері медицини та механізмів управління персоналом медичних установ. Опрацьовано адміністративно-директивні, політичні, економічні та соціально-психологічні методи підвищення ефективності державного регулювання кадрового резерву та кадрового забезпечення підтримки якості громадського здоров'я на різних рівнях публічного адміністрування.

2. Опрацьовані критерії оцінювання ступеня соціально-економічної ефективності політики держави в сфері управління персоналом медичних установ. Доведено, що головними складовими досягнення соціально-економічної ефективності кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я є балансування його структури, впровадження стандартів якості, підвищення компетенцій, покращення психологічного стану, мотиваційних механізмів та системи соціального захисту працівників.

3. Проаналізовано типізацію стратегій управління кадровим забезпеченням медичних установ в умовах воєнного стану за типами конкурентних стратегій, організаційних механізмів і стадій розвитку процесів надання медичних послуг населенню за допомогою бенчмаркінгу зарубіжного досвіду в сфері реалізації кадрової політики в системі охорони здоров'я .

4. Проведений аналіз проблем управління кадровим резервом в медичних установах України показав, що вирішення даної проблеми носить інтегральний характер і передбачає активне регулювання органами публічної влади процесів формування, розподілу та використання на всіх рівнях з прийняття рішень, починаючи з первинної медикосанітарної допомоги і закінчуючи високоспеціалізованим наданням медичних послуг.

5. Доведено необхідність інноваційних підходів по модернізації кадрового забезпечення галузі, така трансформація передбачає впровадження

принципово новітніх інструментів та більш вдосконалених сучасних механізмів публічного адміністрування в системі управління закладами та установами охорони здоров'я, змінює парадигму публічної кадрової політики держави.

6. Акцентовано увагу, що ефективність кадрової політики на всіх щаблях діяльності медичних установ залежить від реалізації принципів утилітарності, конструктивності, спрямованості, комплексності, демократичності в проведенні сучасної концепції публічного менеджменту людських ресурсів в медичній сфері, в здатності вибудувати клієнто-орієнтовану стратегію управління персоналом.

7. Враховано, що під час воєнних дій в Україні, ресурсне забезпечення галузі істотно ускладнюється, медичні установи всіх форм власності мають перейти в режим економії і пошуку додаткових можливостей і джерел фінансування, покращення матеріального і кадрового потенціалу, таким чином, потрібно підвищити результативність використання ресурсної бази, оптимізувати мережу закладів охорони здоров'я, сприяти інноваціям не тільки в сфері надання медичної допомоги, але і в організації використання медичного персоналу, медичній і управлінській освіті.

8. Проаналізовано досвід зарубіжних країн по впровадженню систем та стандартів якості, що передбачає активізацію реформування кадрових служб в системі охорони здоров'я. Визначено напрями створення умов, щоб перехід до стандартів якості надання медичної допомоги не стали перешкодою для ефективної діяльності медичної галузі, економічно не вигідними для діяльності персоналу медичних закладів, тому потрібен механізм державної регуляторної діяльності, щоб не обмежувати наступні інновації в освітньому процесі підготовки фахівців для галузі медицини.

9. Визначені інструменти вдосконалення механізмів державного управління кадровими резервами в сфері охорони здоров'я через покращення інституційної та законотворчої бази, а також активізацію пріоритетних напрямів кадрової політики держави при підготовці і перепідготовці лікарів загальної практики та сімейної медицини.

10. Акцентовано увагу на необхідності модернізації організаційно-економічних механізмів управління системою мотивації та соціального захисту персоналу медичних установ, що забезпечують сприятливі умови їх діяльності, сформує мотиваційні стимули, покращить стан людських ресурсів в системі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонов С. Договір про надання платних медичних послуг: від укладення до виконання. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2017. №3. С. 18–23.
2. Бедрик І. О. Договір про надання платних медичних послуг та інформована згода пацієнта на медичне втручання: реалії у приватній стоматологічній практиці (за матеріалами українських дослідників). *Економіка та держава*. 2017. № 11. С. 92–94.
3. Бедрик І., Буравльов Л. Державне регулювання приватної медичної діяльності: організаційно-правові засади. *Економіка та держава*. 2018. №6. С. 94–96.
4. 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.
5. Григорович В. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. №2. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=93>
6. Дячук Д. Наукові основи та концептуальні підходи до удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я. *Головний лікар*. 2014. №4. С. 13–21.
7. Майданик Р. Договір про надання медичних послуг. *Медичне право*. 2020. № 5. С. 52–66.
8. Некрасенко Л., Семеренко І. Особливості управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я. *Наукові праці ПДАА*. URL: www.pdaa.edu.ua/sites/default/files/nppdaa/4.../140.pdf
9. 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.

10. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України, документ 2801-ХІІ у редакції від 27.10.2022, підстава – 2438-ІХ. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1993. № 4. ст. 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

11. Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. *Аптека online МОЗ*. 2017. 27 жовтня. URL: <https://www.apteka.ua/article/431762>

12. Про ліцензування видів господарської діяльності. Закон України, документ 222-VІІІ у редакції від 19.08.2022, підстава – 2494-ІХ. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2015. № 23, ст.158. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

13. Трофименко Г. Інструменти системи контролю та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я. *Nauka.com*. 2014. №6. URL: http://www.nauka.com/6_PNI_2014/Economics/8_160231.doc.htm.

14. Удовиченко Н., Карамішев Д. Ефективність як складова об'єктивізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління. Х.: В-во ХарПІ НА ДУ "Магістр", 2018. Вип. 1 (20). С. 236–245.

15. Указ Президента України №369/2021 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою». URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>

16. Проект 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/0%0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

17. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022–2032 роки. Версія 2.4 (від 21/07/2022 р.) URL:

https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UK_R.pdf

18. Medibor. Офіційний сайт. URL: <https://medibor.com/ua/company/>

19. Урсол Г., Скрипник О., Бугро В. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. Кіровоград: ТОВ Імекс_ЛТД", 2019. 404 с.

20. Федак Н. Механізми державного регулювання стоматологічної допомоги населенню України: Автореф. дис...канд. держ. упр.: 25.00.02. К., 2020. 20 с.

21. Шевченко М. Сучасні розробки щодо запровадження програмно-цільового методу управління видатками на охорону здоров'я з місцевих бюджетів. *Головний лікар*. 2017. № 9. С. 65.

22. Пашков В. Еволюція правового статусу закладів охорони здоров'я у законодавстві України. *Медичне право*. 2017. № 3. С. 104–111.

23. Майданик Р. Правовідносини медичного обслуговування і надання медичних послуг за законодавством України. *Медичне право*. 17. № 3. С. 48–70.

24. Пашков В. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавства. *Медичне право*. 2013. № 2 (12). С. 88–101.

25. Ayaad O, Alloubani A, Abu ALhajaa E, Farhan M, Abuseif S, AlHroub A, Akhu-Zaheya L, The Role of Electronic Medical Records in Improving the Quality of Health Care Services: Comparative Study, *International Journal of Medical Informatics*. 2019. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.014>

26. Garrison H. G, Foltin G. L, Becker L. R, Chew J. L, Johnson M, Madsen G. M, Miller D. R, Ozmar B. H. The role of emergency medical services in primary injury prevention: consensus workshop, Arlington, *Annals of emergency medicine*. 1997. Vol. 30(1). P. 84–91.

27. Mohannad Abu Daqar and Milan Constantinovits The role of total quality management in enhancing the quality of private healthcare services.

28. *Problems and Perspectives in Management*. 2020. Vol. 18(2). P. 64-78.

doi:10.21511/ppm.18(2).2020.07

29. Roman Sonkin, M. D., Evan Avraham Alpert, M. D., David Katz, M. D., Eli Jaffe. Maximizing the Role of Emergency Medical Services in COVID-19 Response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Vol. 36 (90). P. 22–45. 2023. DOI: 10.1017/dmp.2023

30. Alan S. Kliger The Role of Medical Directors in Dialysis Facilities. *MEDICAL DIRECTOR: ROLE IN QUALITY*. 2007. Vol. 4. P. 260–267.

31. Vijn, T et al. Improving the quality of care and medical education by involving medical students in providing patient education: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 2017 17(5). A281, pp. 1-8, DOI: [dx.doi.org/10.5334/ijic.3594](https://doi.org/10.5334/ijic.3594)

32. Vitkova Tsv. Medical evaluation of hazard analysis and critical control point systems effectiveness in the production of high-risk foods. *Журн. клініч. та експерим. мед. дослідж.* 2018. №6(1). С. 33–42.

33. Panchenko O. Medical insurance in the financial provision of public medical service. *Проблеми і перспективи економіки та упр.* 2018. № 2. С. 15–27.

34. Perkhulyn O. M. Medical aspects of the pregnant women with cervical insufficiency and infertility in anamnesis. *Здоров'я жінки*. 2020. № 3. С. 17–25.

35. Abysova M. Medicalization of public life in a pandemic situation. *Вісн. Нац. авіац. ун-ту*. 2020. № 2. С. 22–29.

36. Hrin O. Medical law basics : book of diagrams : learning guide for foreign students of med. univ. Uzhgorod: PE Sabov A. M., 2022

37. Войнаренко М. П. Організація соціально-економічного управління умовами праці в системі забезпечення якості праці М. П. Войнаренко, А. С. Тельнов. *Економіка та держава*. 2008. № 3. С. 100–103.

38. Гнатієнко Г. М. Експертні технології прийняття рішень: монографія Г. М. Гнатієнко, В. Є. Снитюк. К. : Маклаут, 2008. 444 с.

39. Грішнова О. А. Економіка праці та соціально-трудова відносин: підруч. / Грішнова О. А. [3-є вид., випр. і доп.] К. : Знання, 2007. – 559 с.

40. Данилюк В. М. Менеджмент персоналу: навч.-метод. посібн. В. М.

Данилюк, В. М. Петюк, С. О. Цинбальюк. К. : КНЕУ, 2006. – 398 с.

41. Джаин И. О. Оценка трудового потенциала: монография. И. О. Джаин. Сумы : ИТД «Универсальная книга», 2004. 250 с.

42. Дімітрієва С. Д. Шляхи підвищення мотивації персоналу. С. Д. Дімітрієва . Культура народів Причорномор'я. – 2011. – № 216. – С. 46–49.

43. Дрозач М. І. Професійне навчання персоналу на виробництві та удосконалення його організаційно-економічного механізму М. І. Дрозач. Київ, 2010. – 157 с.

44. Іванова І. В. Професіоналізація менеджменту: монографія І. В. Іванова. К. : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2006. – 695 с.

45. Ігумнов Б. М. Моделі для організації самостережень у нормування праці: монографія Б. М. Ігумнов, О. В. Проскурович. Хмельницький : НВП «Еврика» ТОВ, 2001. – 236 с.

46. Калина А. В. Економіка праці: навч. посіб. А. В. Калина. К.: МАУП, 2004. – 272 с.

47. Комарова В. Основні принципи й методи ефективного управління персоналом В. Комарова. Ефективність державного управління : збірник наукових праць. 2010. Вип. 24. – С. 188–195.