

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ “ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА”

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГУКОВА-КУШНІР ГРЕТТА ЄВГЕНІВНА

УДК: 351.77:[614.1/.7:005.21](043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

УПРАВЛІНСЬКІ СТРАТЕГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ В
УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ADMINISTRATIVE STRATEGIES FOR PROFESSIONAL TRAINING OF
DOCTORS IN THE CONTEXT OF ADAPTING TO HEALTHCARE SYSTEM
CHANGES

28 – публічне управління та адміністрування

281 – публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Г. Є. Гукова-Кушнір

Науковий керівник:

Худоба Олександра Василівна, доктор наук з державного управління, професор

Львів – 2025

АНОТАЦІЯ

Гукова-Кушнір Г. Є. Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в умовах трансформації системи охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Національний університет “Львівська політехніка”, Міністерство освіти і науки України, Львів, 2025.

Перший розділ *“Теоретико-інституційні аспекти формування управлінських стратегій професійної підготовки лікарів в Україні”* присвячено аналізу теоретичних і практичних аспектів управління системою підготовки лікарів в Україні в умовах сучасних викликів. У ньому розглядаються ключові аспекти адаптації медичної освіти до потреб системи охорони здоров'я, оцінюються проблеми та перспективи реформування галузі, а також досліджуються інституційні механізми, що визначають організацію й управління підготовкою медичних кадрів. Розглянуто концептуальні основи медичної освіти, її взаємозв'язок із системою охорони здоров'я, а також міжнародний досвід реформування вищої медичної освіти, що може бути корисним для України. Висвітлено важливість інтеграції освітніх і практичних компонентів у підготовці лікарів, зокрема через впровадження сучасних навчальних технологій та підвищення якості практичної підготовки. Зосереджується увага на адаптації медичної освіти до змін у системі охорони здоров'я. Зокрема, підкреслюється важливість модернізації змісту навчальних програм, розвитку цифрових компетенцій і впровадження інноваційних технологій у навчальний процес. Розглянуто виклики, з якими стикається медична освіта в умовах війни та глобальних змін, а також наголошено на необхідності підготовки фахівців, здатних працювати в екстремальних умовах. Аналізуються інституційні механізми управління системою підготовки лікарів. Досліджено багаторівневу структуру

взаємодії державних органів, ЗВО, клінічних баз та інших учасників освітнього процесу. Визначено основні проблеми системи управління, зокрема відсутність ефективної методології прогнозування потреб у медичних кадрах, недостатню інтеграцію між МОЗ та МОН, а також недоліки у фінансуванні й регуляторній політиці. Запропоновано шляхи підвищення ефективності управління через впровадження міжнародних стандартів і модернізацію інституційного середовища.

Другий розділ *“Стратегічні імперативи управління розвитком професійного потенціалу лікарів”* присвячений аналізу нормативно-правового регулювання та управлінських підходів, спрямованих на розвиток післядипломної підготовки лікарів та університетських клінік, які є ключовими інструментами інтеграції освітніх, клінічних і наукових компонентів. Розглянуто нормативно-правові аспекти реформи системи післядипломної підготовки лікарів в Україні, зокрема стандартизацію програм інтернатури, рейтинговий розподіл студентів та впровадження лікарської резидентури. Висвітлено виклики, спричинені війною, зокрема ускладнення впровадження національного реєстру інтернатури, а також проблеми раціонального використання ресурсів і планування потреб у медичних кадрах. Особливу увагу приділено перспективам розвитку системи безперервного професійного розвитку (БПР), яка має забезпечити підвищення кваліфікації лікарів та адаптацію до нових викликів у системі охорони здоров'я. Сфокусовано увагу на міжнародному досвіді ефективного функціонування університетських клінік, моделях їхнього фінансування, управління та інтеграції з навчальними закладами у провідних країнах світу, таких як Німеччина, Швеція, США та Великобританія. Проаналізовано ефективність управлінських стратегій провідних університетських клінік світу, таких як Шаріте (Німеччина), Каролінська клініка (Швеція), а також клінік Великої Британії, США та Сінгапуру. Визначено, що успішність цих установ залежить від інтегрованого підходу до управління, фінансування, інновацій та розвитку медичних працівників. Проаналізовано розвиток університетських клінік у Львівській області. Розглянуто інтеграцію клінічних баз із Львівським національним медичним університетом імені Данила Галицького, зокрема проекти створення університетських клінік на базі Львівської обласної клінічної лікарні та

реабілітаційного центру “Незламні”. Проаналізовано інноваційні моделі, такі як Unbroken University, а також приватну ініціативу Українського католицького університету. Особливий акцент зроблено на ключових показниках ефективності (KPI) університетських клінік та їхньому впливі на освітню, наукову та клінічну діяльність, що дозволяє комплексно оцінити їхню роль у розвитку медичної освіти та системи охорони здоров’я.

У третьому розділі *“Комплексна трансформація підходів до управління підготовкою лікарів в умовах змін системи охорони здоров’я”* досліджено професійну підготовку лікарів у контексті сучасних викликів, підкреслюючи її ключові аспекти: професійну мобільність, роль професійних медичних асоціацій (ПМА) та мотивацію лікарів. Висвітлено важливість адаптації системи охорони здоров’я до глобальних тенденцій, таких як дефіцит медичних кадрів, зростання професійної мобільності та необхідність забезпечення якісної підготовки лікарів для підтримки стійкості медичної системи. Наголошено, що професійна мобільність сприяє обміну знаннями, інтеграції інноваційних практик та підвищенню якості медичних послуг. Однак трудова міграція, яка є актуальною для України, створює додаткові виклики, зокрема відтік кадрів, що потребує впровадження стратегічних ініціатив, таких як покращення умов праці, фінансове стимулювання та програми кар’єрного розвитку. Досвід інших країн свідчить про ефективність комплексного підходу до інвестицій у людські ресурси для подолання цих проблем. Підкреслено роль ПМА у розвитку системи медичної освіти, регуляції стандартів і підтримці професійної етики. Українські ПМА, попри обмежені ресурси, мають значний потенціал для підтримки реформування охорони здоров’я. Зокрема, їхня участь у розробці стандартів безперервної медичної освіти та клінічних рекомендацій є важливою для підвищення якості медичних послуг. Проте для посилення їхньої ролі необхідна прозорість фінансування, підтримка з боку держави та впровадження етичних кодексів. Окремо розглянуто питання мотивації лікарів, яка є ключовим фактором стійкості системи охорони здоров’я, особливо в умовах війни та криз. Забезпечення базових потреб, безпеки, гідної заробітної плати, визнання та можливостей для професійного розвитку є основою

для залучення та утримання медичних працівників. Трансформаційне лідерство та ефективні програми наставництва сприяють створенню сприятливого робочого середовища, яке зменшує ризики професійного вигорання.

Ключові слова: реформування охорони здоров'я, управлінські стратегії, кадрова політика, професійна мобільність, медична освіта, стандарти медичної освіти, безперервна професійна освіта

SUMMARY

Hukova-Kushnir G. Administrative strategies for professional training of doctors in the context of adapting to healthcare system changes. Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Thesis for a candidate degree of Doctor of Philosophy, specialty 281 – Public management and administration. – Lviv Polytechnic National University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Lviv, 2025.

The first chapter, *“Theoretical and institutional aspects of the development of managerial strategies for the professional training of physicians in Ukraine”*, is dedicated to analyzing the theoretical and practical aspects of managing the system of physician training in Ukraine amidst modern challenges. It examines key aspects of adapting medical education to the healthcare system's needs, assesses the problems and prospects of reforming the sector, and investigates institutional mechanisms that define the organization and management of medical workforce training. The chapter explores the conceptual foundations of medical education, its interconnection with the healthcare system, and international experience in reforming higher medical education that could benefit Ukraine. Emphasis is placed on integrating educational and practical components in physician training through modern teaching technologies and improving the quality of practical training. The chapter focuses on adapting medical education to changes in the healthcare system, highlighting the modernization of curricula, development of digital competencies, and implementation of innovative technologies in the learning process. It

addresses challenges facing medical education amid war and global changes, emphasizing the need to train professionals capable of working in extreme conditions. Institutional mechanisms for managing the physician training system are analyzed, including the multi-level interaction structure among government agencies, higher education institutions, clinical bases, and other stakeholders in the educational process. Major issues such as the absence of effective methodologies for forecasting medical workforce needs, insufficient integration between the Ministry of Health and the Ministry of Education, and challenges in funding and regulatory policies are identified. The chapter suggests ways to improve management efficiency through implementing international standards and modernizing the institutional environment.

The second chapter, *“Strategic imperatives for managing the development of physicians' professional potential”*, focuses on the regulatory and managerial approaches aimed at developing medical education, postgraduate physician training, and university hospitals, which serve as key tools for integrating educational, clinical, and scientific components. It examines the legal aspects of reforming the postgraduate training system for physicians in Ukraine, including the standardization of internship programs, student ranking systems, and the introduction of medical residency. Challenges posed by the war, such as difficulties in implementing the national internship registry, as well as issues related to resource allocation and workforce planning, are highlighted. The chapter emphasizes the prospects for developing a system of continuous professional development (CPD), which aims to enhance physicians' qualifications and adapt them to new healthcare challenges. International experiences with effective university hospital operations, funding models, management, and integration with educational institutions in leading countries like Germany, Sweden, the USA, and the UK are analyzed. The chapter also reviews innovative models, such as the “Unbroken University” initiative and private efforts by the Ukrainian Catholic University. Particular emphasis is placed on the key performance indicators (KPIs) of university clinics and their impact on educational, research, and clinical activities, allowing for a comprehensive assessment of their role in the development of medical education and the healthcare system.

The third chapter, “*Comprehensive transformation of approaches to managing physician training amid healthcare system changes*”, investigates physician training in the context of modern challenges, emphasizing its key aspects: professional mobility, the role of professional medical associations (PMAs), and physician motivation. The chapter highlights the importance of adapting the healthcare system to global trends such as medical workforce shortages, increasing professional mobility, and ensuring quality physician training to maintain the resilience of the healthcare system. It underscores the role of professional mobility in fostering knowledge exchange, integrating innovative practices, and improving the quality of medical services. However, labor migration—a pressing issue in Ukraine – creates challenges such as brain drain, necessitating strategic initiatives like improved working conditions, financial incentives, and career development programs. The role of PMAs in shaping medical education, regulating standards, and supporting professional ethics is also highlighted. Ukrainian PMAs, despite limited resources, have significant potential to support healthcare reforms, particularly through developing continuous medical education standards and clinical guidelines. To strengthen their role, transparency in funding, state support, and ethical codes are essential. Finally, the chapter examines physician motivation as a cornerstone for healthcare system resilience, particularly during war and crises. Addressing basic needs, ensuring safety, fair remuneration, recognition, and opportunities for professional growth form the foundation for attracting and retaining healthcare professionals. Transformational leadership and effective mentorship programs contribute to creating a supportive working environment, reducing the risk of professional burnout.

Key words: healthcare reform, management strategies, personnel policies, professional mobility, medical education, medical education standards, continuous professional education.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України

1. Hukova-Kushnir, H. (2023). The university clinic as a factor in ensuring the quality of medical education: Administrative aspect. *Democratic Governance*, 2(16), 148-156.
2. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2023). Оцінка кваліфікації лікарів як інструмент управління якістю медичної допомоги в Україні. *Наука і освіта: досвід, проблеми, перспективи розвитку*, (20), 200–213.
<https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2023/jun/30679/nadoi-200-213.pdf>
3. Худоба, О. В., & Гукова-Кушнір, Г. Є. (2025). Управлінські механізми підвищення якості медичних послуг через професійну підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я. *Національні інтереси України* 4(9), 1039-1052.
<http://perspectives.pp.ua/index.php/niu/article/view/22502/22472>

Особистий внесок автора: виконала аналітичний огляд нормативно-правової бази та сучасних управлінських практик у сфері професійної підготовки медичних кадрів, здійснила порівняльний аналіз підходів до забезпечення якості медичних послуг, а також підготувала пропозиції щодо вдосконалення управлінських механізмів на основі виявлених тенденцій і викликів.

Внесок Худоби О. В.: здійснила розробку теоретичної концепції дослідження, визначила методологічні підходи до аналізу управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я, провела систематизацію наукових підходів щодо підвищення якості медичних послуг через професійну підготовку кадрів, а також забезпечила наукове редагування та узагальнення основних висновків.

Публікації у періодичному науковому виданні іншої держави, яке входить до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або Європейського Союзу, яке індексується у наукометричній базі Web of Science

4. Kalashnyk, N., Yukalo, V., Yukalo, M., Meduna, B., & Hukova-Kushnir, H. (2022). Changing public policy emphasis: Aspects of ethics and publicity in health care. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 12(1), 240–243. http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf

Особистий внесок автора: аналіз взаємозалежності між рівнем підготовки медичних кадрів та ефективністю реформування системи охорони здоров'я в Україні; обґрунтування необхідності удосконалення програм підготовки лікарів відповідно до європейських стандартів та підвищення професійних вимог до медичного персоналу; аналіз механізмів державного регулювання професійної сертифікації лікарів та заходів для забезпечення їхньої постійної кваліфікаційної підготовки).

Внесок Юкало М.: дослідження розвитку механізмів публічного управління медичним обслуговуванням, зокрема, як державні органи можуть сприяти підвищенню якості медичних послуг через прозорість у фінансуванні, раціональне використання ресурсів та модернізацію системи охорони здоров'я; аналіз викликів реформування галузі в контексті пандемії COVID-19; дослідження державного фінансування медичних послуг, розподілу коштів через Національну службу здоров'я України та переходу до моделі «гроші йдуть за пацієнтом».

Внесок Медуни Б.: дослідження принципу публічності в управлінських рішеннях, обґрунтування його важливості у сфері публічного управління та медичного обслуговування; аналіз способів забезпечення громадського доступу до інформації про реформування системи охорони здоров'я, включно з оцінкою правових нововведень, прогнозами експертного середовища та міжнародним досвідом; дослідження проблеми врівноваження публічності та права громадян на приватність, що є ключовим аспектом у регулюванні державних механізмів медичного обслуговування; дослідження ефективності правових інструментів, що

забезпечують публічність у сфері охорони здоров'я (зокрема залучення громадськості до процесу прийняття управлінських рішень та їхньої оцінки).

Внесок Калашиник Н.: аналіз публічного управління у сфері охорони здоров'я, обґрунтування необхідності збалансованого врахування інтересів різних соціальних груп; дослідження взаємозв'язків між державним регулюванням, приватними медичними ініціативами та потребами населення; висвітлення проблеми забезпечення рівного доступу до медичних послуг, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я, зокрема децентралізації.

Внесок Юкало В.: дослідження біоетичних аспектів у сфері медичних послуг, з акцентом на важливості дотримання етичних норм у прийнятті державно-управлінських рішень щодо охорони здоров'я, зокрема розвитку програм допоміжних репродуктивних технологій; дослідження питання балансу між правом громадян на доступ до медичної допомоги та моральними аспектами надання послуг, зокрема в контексті надання платних медичних послуг; аналіз міжнародних підходів до біоетики, включно з положеннями Міжнародного кодексу медичної етики, що регламентують відповідальність лікарів перед пацієнтами, колегами та суспільством.

Інших закордонних виданнях

5. Hukova-Kushnir, H. (2021). Development of postgraduate education of doctors in the context of the health care system reforming in Ukraine. *Public Administration and Law Review*, (4), 13-19.

Опубліковані праці апробаційного характеру

6. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2021). Поняття та соціальне призначення державної політики забезпечення якості медичної освіти та професійної підготовки лікарів в Україні. *Розвиток публічного управління в Україні: матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю (28 травня 2021 р., м. Львів) (с. 110–112).* ЛРІДУ НАДУ.

7. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2023). Державне регулювання процесу адаптації вищої медичної освіти до сучасних геополітичних викликів. *Розвиток публічного управління в контексті європейської інтеграції України: матеріали науково-практичної конференції (28 квітня 2023 р., м. Львів) (с. 115–116). Львів: НУ “Львівська політехніка”*.

8. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2023). Університетська клініка як важлива складова в організації розвитку вищої медичної освіти. *Перспективи регіонального та місцевого розвитку: матеріали 2-ї конференції молодих учених (23 листопада 2023 р., м. Львів) (с. 19–21). Львів: НУ “Львівська політехніка”*.

9. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2025). Управлінські підходи до формування мотивації медичних працівників в умовах воєнного часу. *Європейська інтеграція та трансформація публічного врядування в Україні: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 4 квітня 2025 р.) (с. 190). Львів: Національний університет «Львівська політехніка»*.
<https://lpnu.ua/sites/default/files/2024/pages/27385/konferenciya-2025ostvar0.pdf>

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	14
ВСТУП.....	16
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ІНСТИТУЦІЙНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ СТРАТЕГІЙ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ В УКРАЇНІ.....	25
1.1. Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в контексті кадрової політики: змістовно-термінологічний аналіз	25
1.2. Адаптація медичної освіти до змін системи охорони здоров'я.....	44
1.3. Інституційна модель управління системою підготовки лікарів	69
Висновки до розділу 1.....	89
 РОЗДІЛ 2. СТРАТЕГІЧНІ ІМПЕРАТИВИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПРОФЕСІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛІКАРІВ.....	93
2.1. Нормативно-правове забезпечення післядипломної підготовки лікарів	93
2.2. Професійна компетентність лікарів у системі управління якістю медичних послуг: міжнародний досвід університетських клінік.....	113
2.3. Формування освітньо-медичної екосистеми на регіональному рівні: управлінський вимір на прикладі Львівської області.....	134
Висновки до розділу 2.....	145
 РОЗДІЛ 3. КОМПЛЕКСНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ ПІДГОТОВКОЮ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ЗМІН СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	150
3.1. Професійна мобільність лікарів як чинник модернізації їхньої фахової підготовки.....	150

3.2. Професійні медичні асоціації як суб'єкти управлінських змін у підготовці лікарів	171
3.3. Мотиваційні детермінанти професійної підготовки лікарів в умовах соціально-економічних криз: управлінський дискурс	182
Висновки до розділу 3.....	200
 ВИСНОВКИ.....	 205
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	213
ДОДАТКИ.....	241

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БПР	—	безперервний професійний розвиток
ВООЗ	—	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЄДЕБО	—	єдина державна електронна база з питань освіти
ЄДКІ	—	єдиний державний кваліфікаційний іспит
ЗВМО	—	заклад вищої медичної освіти
ЗВО	—	заклад вищої освіти
ЗНО	—	зовнішнє незалежне оцінювання
ІМА	—	Ісламська медична асоціація
КРОК	—	кроковий тест для медичних спеціальностей
ЛНМУ	—	Львівський національний медичний університет
ЛОКЛ	—	Львівська обласна клінічна лікарня
МОЗ	—	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	—	Міністерство освіти і науки України
МППМ	—	міжнародні програми професійної мобільності
НАМН	—	Національна академія медичних наук України
НМТ		Національний мультипредметний тест
НСЗУ	—	Національна служба здоров'я України
ОСП	—	освітня сервісна послуга
ОСП(К)І	—	об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит
ПМА	—	професійна медична асоціація
АМА	—	American Medical Association
ВМА	—	British Medical Association
СМЕ	—	Continuing Medical Education (Безперервна медична освіта)
СРД	—	Continuing Professional Development (безперервний професійний розвиток)
ЕНМА	—	European Health Management Association

GMC	–	General Medical Council
HRH	–	Human Resources for Health (кадрові ресурси охорони здоров'я)
KPI	–	Key Performance Indicator (ключовий показник ефективності)
LEW	–	Lekarski Egzamin Weryfikacyjny (Польський верифікаційний іспит для лікарів)
NHS	–	National Health Service (Національна служба здоров'я Великобританії)
OECD / OECF	–	Organisation for Economic Co-operation and Development (Організація економічного співробітництва та розвитку)
PWZ	–	Prawo Wykonywania Zawodu (право на професійну діяльність у Польщі)
QS	–	<i>QS World University Rankings</i>
UKU / УКУ	–	Український католицький університет

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасні трансформації в системі охорони здоров'я, спричинені глобалізаційними процесами, соціально-економічними кризами, пандемією COVID-19, а також військовими викликами, актуалізують потребу в перегляді підходів до професійної підготовки лікарів. Забезпечення якісної медичної допомоги, стійкість системи охорони здоров'я та досягнення високих стандартів здоров'я населення безпосередньо залежать від рівня підготовки медичних кадрів, їхньої мотивації та здатності адаптуватися до нових викликів. У цьому контексті важливо зосередитися на ефективності управлінських стратегій, які формують кадровий потенціал охорони здоров'я та визначають напрями розвитку медичної освіти.

Україна наразі стикається з низкою ключових проблем: відтік кадрів через трудову міграцію, недосконалість нормативно-правового регулювання, недостатній рівень інтеграції між освітніми та клінічними базами, а також обмежені можливості для безперервного професійного розвитку лікарів. Війна та руйнування інфраструктури ще більше ускладнили ці виклики, підкресливши необхідність стратегічного підходу до управління підготовкою лікарів.

У світі існують приклади успішних управлінських рішень, які базуються на інтеграції університетських клінік з навчальними закладами, розвитку безперервної професійної освіти, ефективному функціонуванні професійних медичних асоціацій та впровадженні інноваційних підходів у медичну освіту. Використання цього досвіду, адаптованого до українських реалій, може стати потужним інструментом для вирішення існуючих проблем.

Водночас, розвиток професійної мобільності лікарів, підтримка їхньої мотивації та участь у професійних медичних асоціаціях відкривають можливості для підвищення якості медичних послуг і створення більш стійкої системи охорони здоров'я. Проте ці аспекти потребують глибокого аналізу та врахування при розробці управлінських стратегій.

Обраний напрямок дослідження дає змогу не лише виявити ключові проблеми та виклики в системі професійної підготовки лікарів, але й розробити комплексні рекомендації, які сприятимуть вдосконаленню управління, підвищенню мотивації медичних працівників і забезпеченню якісної та доступної медичної допомоги в Україні. Отже, тема дослідження є актуальною, теоретично значущою та має суттєве практичне значення для реформування національної системи охорони здоров'я.

Протягом останніх десятиліть вітчизняні вчені приділяли значну увагу дослідженню питань управління персоналом у системі охорони здоров'я. Їхні роботи зосереджувалися на різних аспектах. Проблематика вдосконалення підготовки медичних кадрів досліджувалася багатьма науковцями, серед яких Т. Авраменко, О. Баєва, М. Банчук, І. Волинкін, І. Фещенко, які акцентували увагу на адаптації навчальних програм до змін у системі охорони здоров'я та забезпеченні відповідності освіти сучасним вимогам. Питання професійного розвитку медичних працівників та безперервної медичної освіти висвітлювали у своїх роботах М. Білинська, Т. Попченко та інші. О. Веселовський, І. Кравчук, О. Присяжнюк серед інших досліджували формування професійних компетенцій лікарів, їхню роль у підвищенні якості медичних послуг та вплив на кар'єрний розвиток. Рациональне використання людських ресурсів у системі охорони здоров'я розглядали Г. Гасюк, Б. Громовик, О. Кузьмін поряд із іншими дослідниками, аналізуючи ефективність кадрових стратегій і підходи до оптимізації процесів планування та розподілу медичних кадрів. У свою чергу, питання управління персоналом у закладах охорони здоров'я розглядали у своїх працях О. Глушаниця, Р. Ісаєнко, Н. Коба, В. Короленко, В. Лазоришинець, О. Ременник, Н. Колісніченко, досліджуючи механізми кадрового менеджменту та оцінювання ефективності функціонування медичних установ.

Державне регулювання сфери освіти, зокрема вищої медичної освіти, було предметом наукових розвідок багатьох авторів, зокрема Ю. Журавля, Г. Чирви, О. Шапоренка, Л. Паращенко, а питання ринкових механізмів у системі охорони здоров'я аналізувала, серед інших, А. Барзилович. Досягнення у сфері організації

змішаного навчання та цифровізації медичної освіти висвітлювали І. Голованова, Н. Духаніна, О. Краснова, Г. Лесик, Н. Ляхова, Н. Мартиненко, Н. Наливайко, О. Наливайко, Т. Плужнікова, які підкреслювали важливість інтеграції сучасних технологій у навчальний процес. Дослідженням діагностики та моніторингу якості освіти займалися А. Белкіна, Є. Локшина, Дж. Уїлмс, Г. Цехмістрова, пропонуючи інструменти оцінювання ефективності освітнього процесу. У свою чергу, питання рейтингового оцінювання якості університетської освіти та моделювання критеріїв її оцінки були розглянуті в дослідженнях С. Єрмака, В. Дрижака, В. Курила, О. Мещанінова, А. Низкова поряд з іншими дослідниками.

Водночас залишається низка аспектів, які потребують подальшого комплексного дослідження. Зокрема, бракує інтегрованих підходів до взаємодії освітніх закладів і медичних установ у підготовці кадрів. Недостатньо досліджено питання розвитку університетських клінік як ключових інструментів інтеграції освітніх, клінічних і наукових компонентів. Також актуальним є вивчення нових моделей управління людськими ресурсами, зокрема в умовах війни та кризових ситуацій, що створюють додаткові виклики для системи охорони здоров'я.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження проведено в межах науково-дослідної роботи кафедри публічного врядування, Національного університету “Львівська політехніка” за темою “Наукові засади забезпечення сталого розвитку територіальних громад і територій в умовах національних викликів та повоєнного відновлення України” (номер державної реєстрації № 0124U000016).

Зокрема, Гуковою-Кушнір Г. Є розроблено та запропоновано організаційно-управлінський підхід до стратегічного управління професійною підготовкою лікарів у системі охорони здоров'я в умовах сталого розвитку територіальних громад, що передбачає інституціоналізацію міжсекторальної взаємодії між закладами вищої освіти, медичними установами та органами місцевого самоврядування як ключовий інструмент забезпечення кадрової стійкості та територіальної доступності якісної медичної допомоги.

Мета і завдання дослідження. Мета дослідження спрямована на розробку та обґрунтування ефективних управлінських стратегій професійної підготовки лікарів в умовах змін системи охорони здоров'я, зумовлених сучасними викликами. Для досягнення визначеної мети сформовано такі завдання:

1. Визначити теоретичні основи управлінських стратегій професійної підготовки лікарів з урахуванням змістовно-термінологічного уточнення та особливостей кадрової політики в охороні здоров'я.
2. Охарактеризувати інституційну модель управління підготовкою лікарів в Україні та особливості міжсекторальної взаємодії центральних органів виконавчої влади, що регулюють цей процес.
3. Обґрунтувати стратегічні імперативи управління розвитком професійного потенціалу лікарів.
4. Сформувати концепцію освітньо-медичної екосистеми на регіональному рівні (на прикладі Львівської області), ґрунтуючись на міжнародному досвіді функціонування університетських клінік.
5. Оцінити інституційну спроможність професійних медичних асоціацій в удосконаленні системи підготовки лікарів.
6. Обґрунтувати необхідність трансформації підходів до управління професійною підготовкою лікарів з урахуванням детермінант професійної мобільності та мотиваційних стратегій.

Об'єкт дослідження – формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Предмет дослідження – управлінські стратегії вдосконалення професійної підготовки лікарів для забезпечення високої якості медичних послуг в контексті адаптації системи охорони здоров'я до соціально-економічних змін.

Методологія дослідження. Основу методологічного підходу становить системний підхід, який дозволяє розглядати підготовку лікарів як багаторівневий процес, що пов'язаний із кадровою політикою, якістю медичних послуг та реформуванням системи охорони здоров'я. Цей підхід забезпечує всебічний аналіз

взаємодії керуючих органів, освітніх установ, клінічних баз і самих медичних працівників.

Для досягнення мети дослідження використано низку методів. Компаративний метод дозволив порівняти вітчизняний і міжнародний досвід організації професійної підготовки лікарів, виявивши найкращі практики для адаптації до українських реалій. Логіко-семантичний метод застосовувався для уточнення ключових понять, таких як “професійна мобільність”, “управлінські стратегії” та “безперервна професійна освіта”, що є основою для формування наукового апарату дослідження.

На *теоретичному рівні* дослідження зосереджувалося на аналізі тенденцій розвитку системи підготовки медичних кадрів у контексті глобальних викликів. Вивчення наукової літератури та міжнародного досвіду, зокрема практик країн ЄС, США, Великої Британії та інших, дозволило визначити перспективи інтеграції сучасних підходів до медичної освіти в Україні та адаптації міжнародних стандартів до національних умов.

На *емпіричному рівні* дослідження застосовано комплекс методів, зокрема: методи статистичного аналізу, що дозволили оцінити показники кадрового забезпечення та їхній вплив на якість медичних послуг; контент-аналіз законодавчих актів та нормативних документів для виявлення ключових прогалин у регуляторній політиці.

Отримані результати стали підґрунтям для формулювання рекомендацій щодо вдосконалення підготовки лікарів і підвищення ефективності управлінських стратегій, що здійснювалося із застосуванням методів теоретичного узагальнення та прогнозування. Такий підхід забезпечив всебічне дослідження проблеми, поєднавши аналіз теоретичних засад із вивченням емпіричних даних.

Особливу увагу приділено джерельній базі дослідження. Вона включає законодавчі акти, нормативно-правові документи, звіти органів охорони здоров'я, статистичні дані, наукову літературу, а також офіційні публікації ВООЗ, ЄС та інших міжнародних структур.

Методологія цього дослідження має практичну спрямованість, адже окрім теоретичного осмислення проблем, вона включає розробку конкретних рекомендацій для вдосконалення управлінських стратегій у сфері медичної освіти. Це дозволить підвищити стійкість системи охорони здоров'я, забезпечити адаптацію до сучасних викликів та підвищити якість медичних послуг.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження полягає у розробці та обґрунтуванні ефективних управлінських стратегій професійної підготовки лікарів в умовах трансформації системи охорони здоров'я, зумовленої сучасними викликами та потребою адаптації до динамічних змін зовнішнього середовища. Найсуттєвіші результати, які містять наукову новизну та виносяться на захист, полягають у такому:

Уперше:

– виокремлено та обґрунтовано чотири основні моделі освітньо-медичної екоструктури – державну, приватну, комунальну та змішану, що забезпечують інтеграцію закладів охорони здоров'я та медичних університетів, сприяючи системному поєднанню освітніх, наукових, клінічних та управлінських процесів для підготовки висококваліфікованих фахівців, підвищення якості медичних послуг, розвитку доказової медичної практики та удосконалення механізмів публічного управління кадровими ресурсами в системі охорони здоров'я.

Удосконалено:

– управлінські підходи до діяльності університетських клінік шляхом формування системи ключових показників ефективності (англ. KPI), що відображає їхню комплексну оцінку за основними напрямками: *медичним* (якість і результативність надання медичних послуг), *освітнім* (ефективність підготовки медичних кадрів), *науковим* (інтеграція досліджень у клінічну практику), *економічним* (оптимальне використання фінансових і матеріальних ресурсів) та *соціальним* (рівень задоволеності пацієнтів, персоналу та їхній доступ до якісної медичної допомоги), що, у свою чергу, сприяє підвищенню прозорості

управлінських процесів, обґрунтованості стратегічних рішень і сталому розвитку клінік у межах освітньо-медичної екоструктури;

- стратегічні орієнтири діяльності професійних медичних асоціацій у системі підготовки лікарів, що, на відміну від традиційних підходів, передбачає розширення їхньої інституційної спроможності у формуванні кадрової політики, розробленні стандартів безперервної медичної освіти, ухваленні клінічних рекомендацій, організації освітніх заходів і посиленні міжнародної професійної інтеграції лікарів, що забезпечує системне оновлення та вдосконалення медичних знань і практик;

- концептуальну модель компетентностей лікарів шляхом їхньої структуризації за категоріями та рівнями, що, на відміну від існуючої, забезпечує системне виокремлення базових (фундаментальні знання та навички загальнолікарської практики), профільних (компетентності, що відповідають специфіці певної медичної спеціалізації) та інтегрованих (здатність до міждисциплінарної взаємодії та ухвалення оптимальних клінічних рішень у складних ситуаціях) компетентностей, що, у свою чергу, формує методологічне підґрунтя для освітніх програм, оптимізації професійного розвитку лікарів і підвищення якості надання медичних послуг.

Набули подальшого розвитку:

- підходи до формування управлінських стратегій підвищення мотивації лікарів професійно виконувати свою діяльність, що спрямовані на запобігання професійному вигоранню, забезпечення залученості до безперервного професійного розвитку, враховуючи специфіку соціально-економічних та військових викликів та сприяючи створенню умов для підтримки внутрішньої мотивації лікарів;

- напрями підвищення якості медичних послуг через стимулювання професійної мобільності лікарів, які передбачають удосконалення механізмів участі в програмах стажувань і ротацій, розвиток міжнародного співробітництва та обмінів, створення стимулів для роботи в регіонах із кадровим дефіцитом, а також

впровадження нормативно-правових інструментів для визнання закордонних кваліфікацій.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що основні положення, висновки та наукові рекомендації дослідження можуть стати основою для розробки ефективних механізмів професійної підготовки лікарів в Україні в умовах адаптації до змін у системі охорони здоров'я. Отримані результати сприяють поглибленню розуміння процесів управління професійною підготовкою медичних кадрів, забезпеченню балансу інтересів між зацікавленими сторонами, а також вдосконаленню управлінських підходів до розвитку кадрового потенціалу в галузі охорони здоров'я. Вони можуть бути використані при розробці законодавчих ініціатив щодо державного регулювання та державно-приватної взаємодії, підготовці лекційних курсів із публічного управління, медицини та права, а також у практичній діяльності парламенту України, Кабінету Міністрів України, органів державної влади, місцевого самоврядування та громадських організацій для реформування системи охорони здоров'я та підвищення її стійкості до сучасних викликів.

Окремі положення дисертаційної роботи використано в практичній діяльності різних установ (*додаток А*): Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації; Національної служби здоров'я України, Національного університету «Львівська політехніка» та КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня».

Теоретичні положення та розробки в межах дослідження, зокрема ті, що характеризують його наукову новизну та практичне значення результатів, отримані автором особисто.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та висновки дисертаційного дослідження були представлені у доповідях та обговорені на всеукраїнських науково-практичних конференціях та науково-практичних конференціях за міжнародною участю: “Розвиток публічного управління в Україні” (28 травня 2021 р., м. Львів); “Розвиток публічного управління в контексті

Європейської інтеграції України” (28 квітня 2023 р., м. Львів); “Перспективи регіонального та місцевого розвитку” (23 листопада 2023 р., м. Львів); “Європейська інтеграція та трансформація публічного врядування в Україні (4 квітня 2025 р., м. Львів).

Основні положення і результати дослідження також обговорювались та отримали позитивну оцінку на засіданнях і наукових семінарах кафедри державного управління Львівського регіонального інституту державного управління при Президентові України (2019-2021 рр.); кафедри публічного управління та публічної служби Навчально-наукового інституту адміністрування, державного управління та професійного розвитку Національного університету «Львівська політехніка» (2022-2023 рр.) та кафедри публічного врядування Навчально-наукового інституту адміністрування, державного управління та професійного розвитку Національного університету «Львівська політехніка» (2024-2025 рр.).

Публікації. Теоретичні та практичні результати дослідження висвітлено у 9 наукових публікаціях. Основні результати висвітлено в 5 статтях, із яких: 3 надруковано у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії Б; 1 стаття – в періодичному науковому виданні інших держав, які входять до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або Європейського Союзу, з наукового напрямку, за яким підготовлено дисертацію здобувача, та які індексуються у наукометричній базі Web of Science, та 1 стаття в іншому міжнародному журналі; а також 4 тез доповідей у матеріалах наукових конференцій.

Структура дисертації обумовлена метою дослідження і складається із переліку умовних скорочень, вступу, 3 розділів, які включають 9 підрозділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації становить 251 сторінки, із них 190 сторінок основного тексту, що приблизно дорівнює 8 авторських аркушів. Робота містить 7 таблиць, 22 рисунки, 6 додатків, список використаних джерел містить 251 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ІНСТИТУЦІЙНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ СТРАТЕГІЙ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ В УКРАЇНІ

1.1. Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в контексті кадрової політики: змістовно-термінологічний аналіз

У процесі інтеграції України до Європейського Союзу та в умовах масштабних реформ у різних сферах, особливо в адміністративній, політичній та соціальній, важливим завданням є удосконалення системи підготовки медичних кадрів. Це питання набуває особливої актуальності в умовах повномасштабної війни, яка суттєво впливає на всі сфери суспільного життя, зокрема на систему охорони здоров'я. Забезпечення належного рівня медичних послуг у воєнний та повоєнний час є пріоритетним напрямом державної політики, що вимагає ефективної підготовки медичних кадрів.

Політичні та соціально-економічні трансформації в Україні, утвердження демократичних принципів і нові підходи до управління у сфері охорони здоров'я створюють підґрунтя для комплексного удосконалення механізмів управління медичною системою відповідно до потреб суспільства та міжнародних стандартів. В умовах війни ці виклики стають ще більш актуальними, оскільки забезпечення доступу до якісних медичних послуг і мобілізація ресурсів для підтримки медичної системи є важливими складовими національної безпеки. Тому одним із пріоритетів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я є вдосконалення державної політики у сфері підготовки медичних кадрів (надалі – кадрова політика), яка охоплює всі аспекти підготовки, соціального забезпечення та підтримки медичних працівників. Кількість, рівень підготовки, умови праці та соціальна підтримка медичних кадрів прямо впливають на якість медичних послуг. В умовах війни медичні кадри працюють у надзвичайно складних умовах, що потребує особливого

підходу до кадрової підтримки, забезпечення необхідним обладнанням, а також підтримки фізичного та психологічного здоров'я медичних працівників.

Ефективна кадрова політика спрямовується на створення умов для постійного розвитку медичної галузі та підвищення її ефективності як у воєнний, так і у післявоєнний період. Це підтверджується висновками міжнародних експертів, які наголошують, що формування компетентного, мотивованого та авторитетного контингенту працівників охорони здоров'я є необхідною умовою для усунення ризиків та досягнення національних і глобальних цілей у сфері громадського здоров'я. Успішна кадрова політика покликана забезпечити підвищення ефективності діяльності не лише окремого медичного працівника, але й системи охорони здоров'я в цілому.

Стратегія розробки кадрової політики формується на реальних потребах медичної галузі, з урахуванням специфіки сучасних реалій. Зокрема, у воєнний час особлива увага зосереджується на питаннях оперативної підготовки медичних працівників, адаптації освітніх програм до нових умов, забезпечення підвищення кваліфікації кадрів та їхньої готовності працювати в умовах надзвичайних ситуацій, розширення їхніх компетенцій для роботи в умовах надзвичайних ситуацій, забезпечення мобільності кадрів та їхньої готовності реагувати на зміни. Тому, для забезпечення ефективного впровадження системних змін у медичній сфері необхідно приділити пріоритетну увагу саме кадровому питанню, адже від рівня підготовки та умов діяльності медичних працівників залежить не лише якість надання медичної допомоги, але й загальна стійкість системи охорони здоров'я до зовнішніх загроз.

Аналізуючи систему державної політики забезпечення професійної підготовки лікарів, необхідно найперше визначитися з основними поняттями проблематики.

На думку О.Ю. Оболенського [82], державна кадрова політика визначається як стратегія та політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, що відображає суспільні інтереси та державну волю. Вона передбачає заходи, спрямовані на формування, розвиток і раціональне використання кадрового

потенціалу та трудових ресурсів країни. Також вона охоплює встановлення офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів у сфері управління кадрами, а також організацію та регулювання кадрових процесів. Такий підхід забезпечує відповідність державної кадрової політики суспільним потребам та інтересам, а також сприяє сталому розвитку системи трудових ресурсів.

Ефективне виконання державою своїх функцій у сфері охорони здоров'я неможливе без наявності професійних медичних кадрів, які є ключовим ресурсом для забезпечення якісної та своєчасної медичної допомоги. Дієва кадрова політика у цій сфері виступає одним із основних інструментів реформування системи охорони здоров'я. Вона визначає місце і роль медичних працівників у суспільстві, окреслює мету, завдання, головні напрями і принципи роботи державних структур із медичними кадрами, а також встановлює ключові критерії оцінки їхньої діяльності. Особливу увагу доцільно приділяти питанням підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів, що є необхідною умовою для раціонального використання кадрового потенціалу країни. Професіоналізм медичних працівників безпосередньо впливає на рівень охорони здоров'я населення, що підкреслює важливість розробки та впровадження національної кадрової політики у цій сфері як одного з ключових чинників успішного реформування галузі.

Ю.В. Ковбасюк [41] визначає державну кадрову політику як цілеспрямовану стратегічну діяльність держави, що охоплює планування, прогнозування, формування, професійний розвиток та ефективне використання кадрового потенціалу країни. Він зазначає, що ця політика визначає цілі та пріоритети кадрової діяльності, а також залежить від обраної стратегії подальшого розвитку держави, що впливає на обсяг і межі державного регулювання, рівень децентралізації та демократизації кадрових процесів.

Іншої точки зору дотримуються О. Дьомін та співавтори [26], які розглядають державну кадрову політику як стратегію, що відображає волю народу та визначає політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні. Вони наголошують на важливості формування, розвитку та раціонального використання

всіх людських ресурсів держави як основи для забезпечення ефективного функціонування суспільства.

Здійснення медичної діяльності в національній системі охорони здоров'я забезпечується через механізми державного регулювання в рамках державної політики. У межах цього регулювання встановлюються загальні норми та правила здійснення медичної діяльності, визначаються заходи щодо відповідальності за їхнє дотримання, а також регламентується вплив уряду та його органів на діяльність закладів охорони здоров'я [16].

Науковці К. Ващенко та Ю. Сурмін визначають державну кадрову політику як стратегічну діяльність, що охоплює процеси планування, прогнозування, формування, професійного розвитку та раціонального використання кадрових ресурсів країни [41]. Деякі дослідники розглядають її як державну стратегію управління людськими ресурсами держави [13], складову загальної державної політики [27] та основу управлінської діяльності [17]. Згідно з підходом Е. Лібанової та Л. Лісогор [51], державна кадрова політика трактується як підсистема державного управління, яка охоплює систему офіційно визначених цілей, завдань, пріоритетів і принципів організації та регулювання кадрових процесів у державному апараті.

З огляду на зазначені підходи, державну кадрову політику у сфері охорони здоров'я можна визначити як комплексну діяльність органів влади, що спрямована на розробку та впровадження заходів і програм, спрямованих на кадрове забезпечення медичної галузі з метою підвищення ефективності її управління. В умовах сучасних викликів забезпечення ефективності реалізації цієї політики базується на вирішенні завдань, пов'язаних із підвищенням рівня планування, підготовки та раціонального використання медичних кадрів. Формування та впровадження державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я здійснюється на основі системного підходу, який інтегрує науково-методологічні, політико-правові, соціально-економічні, морально-психологічні, соціокультурні, управлінські та інноваційні аспекти [44].

Зміни в системі охорони здоров'я не лише відповідають на актуальні потреби суспільства, але й створюють основу для подальшого розвитку медичної інфраструктури та підвищення якості надання медичних послуг.

З огляду на тривале поетапне проведення медичної реформи в Україні, можна констатувати, що система охорони здоров'я зазнає суттєвих змін, що охоплюють трансформаційні та інституційні перетворення. Це означає, що сама система охорони здоров'я змінюється: її структура, механізми управління, підходи до надання медичних послуг та організація фінансування стають більш адаптивними до нових умов і викликів. Удосконалення цих аспектів є важливим етапом для досягнення ефективності в забезпеченні медичних послуг, що в кінцевому результаті сприятиме поліпшенню здоров'я населення.

Медична освіта також не є винятком із загальних тенденцій трансформації соціальних систем. Ба більше, питання ефективного управління системою медичної освіти стає дедалі актуальнішим з кожним роком. Це зумовлено, передусім, зростаючими очікуваннями населення щодо якості медичних послуг, а також незадоволенням рівнем медичної допомоги, що є характерним не лише для країн із перехідною економікою, але й для більш розвинених держав. Важливо підкреслити, що хоча належне фінансування галузі відіграє значну роль, воно не є вирішальним фактором у забезпеченні високої якості медичних послуг. Дослідження, опубліковане у *British Medical Journal* [181], показало, що медичні помилки є третьою за поширеністю причиною смертності у США, поступаючись лише серцево-судинним захворюванням та онкологічним хворобам. І попри те, що система охорони здоров'я в США отримує одне з найвищих у світі фінансувань (рис. 1.1), проблема лікарських помилок залишається актуальною. Це підтверджує той факт, що збільшення фінансових вкладень саме по собі не гарантує зменшення кількості помилок чи підвищення безпеки пацієнтів. Вирішення цієї проблеми вимагає не лише додаткових ресурсів, а й ефективних управлінських рішень, впровадження нових освітніх підходів у підготовці медичних кадрів, а також удосконалення систем контролю якості надання медичних послуг.

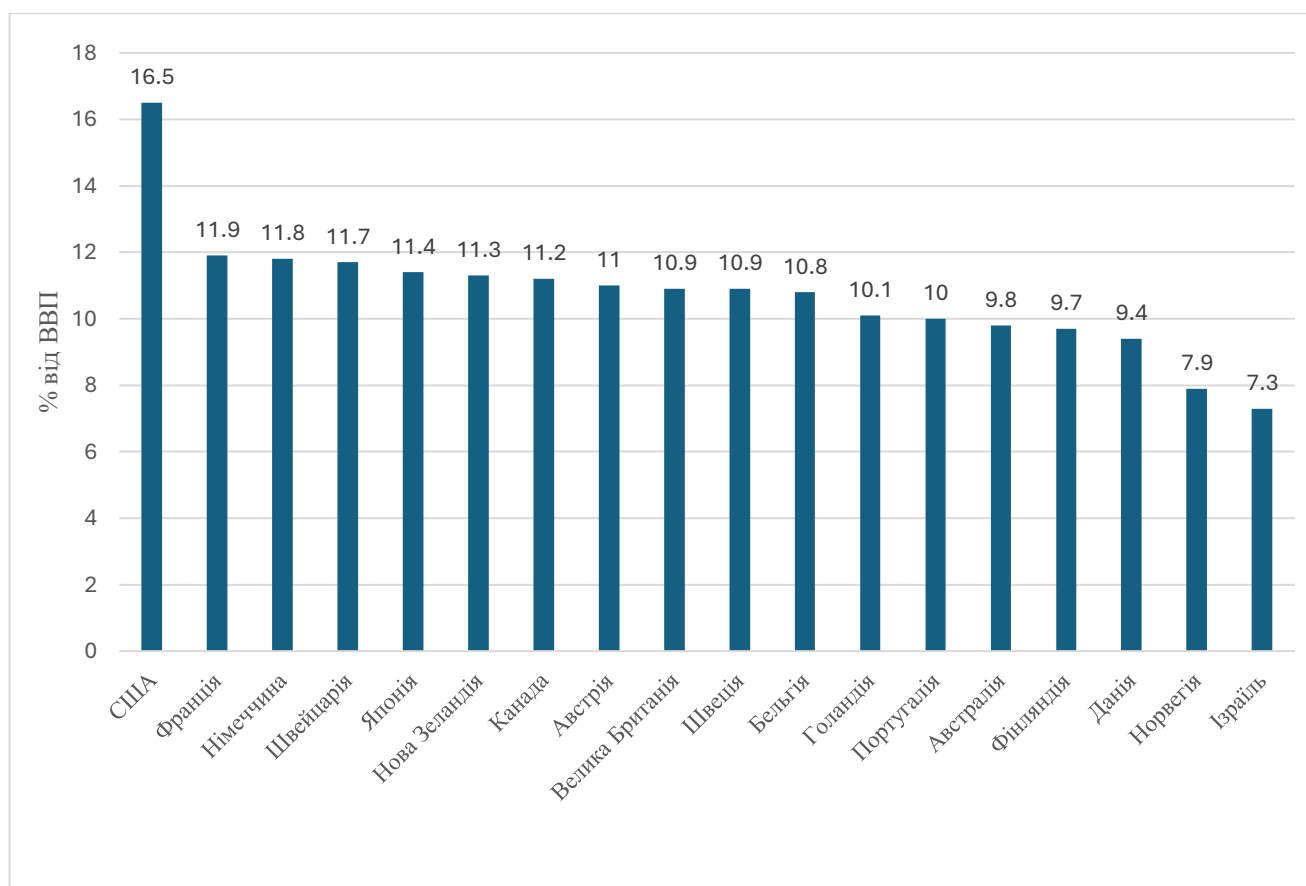


Рис. 1.1. Витрати на охорону здоров'я як відсоток валового внутрішнього продукту (ВВП) у вибраних країнах станом на 2023 рік (сформовано авторкою за матеріалами [161])

Більше того, серед проаналізованих країн США займає провідне місце, де частка випускників у сфері охорони здоров'я становить один із найвищих показників, перевищуючи 15% (рис. 1.2). Така тенденція відображає високу потребу країни у кваліфікованих фахівцях медичної сфери, що обумовлено постійним зростанням попиту на медичні послуги через старіння населення, збільшення хронічних захворювань та необхідність надання комплексної довготривалої допомоги.

Хоча значна кількість випускників у сфері охорони здоров'я свідчить про пріоритетність підготовки медичних кадрів у США, проте це не вирішує всіх системних проблем, таких як рівень якості медичних послуг, лікарські помилки та нерівномірний доступ до медичної допомоги в різних регіонах країни.

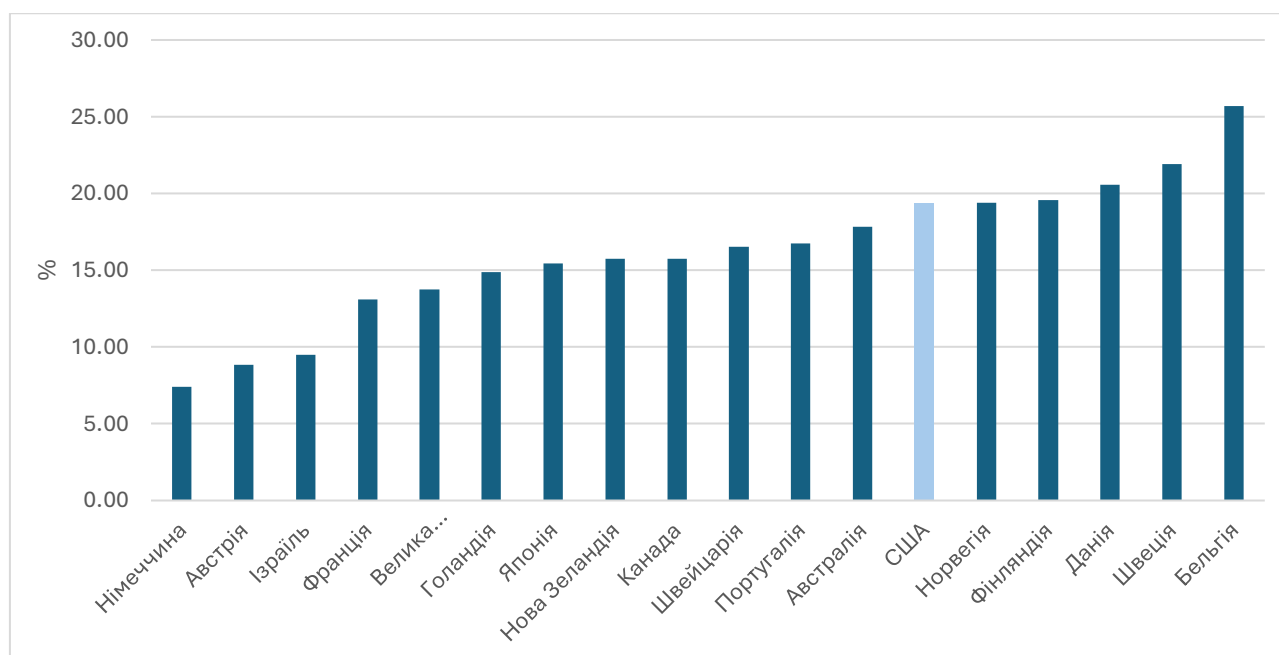


Рис. 1.2. Відсоток випускників закладів вищої освіти за спеціальністю “охорона здоров’я”¹ у 2020 році (сформовано авторкою за матеріалам [198])

Незважаючи на впровадження різних реформ у медичній освіті, таких як, до прикладу, адаптація Болонської системи, їхній ефект залишається обмеженим і забезпечує лише часткове покращення якості надання медичної допомоги. Це свідчить про необхідність комплексного перегляду підходів до підготовки медичних кадрів, враховуючи сучасні виклики та динаміку змін у глобальній системі охорони здоров’я.

Стан здоров’я населення слугує ключовим індикатором суспільного розвитку, що зумовлює важливість професійної підготовки медичних кадрів як одного з основних чинників забезпечення соціальної стабільності. Від рівня професійної компетентності лікарів та медичних сестер безпосередньо залежить якість надання медичних послуг, а належне кадрове забезпечення системи охорони здоров’я є необхідною умовою реалізації стратегії пріоритетного розвитку медичної допомоги. Тому впродовж останнього десятиліття питання вдосконалення системи медичної освіти та необхідність гармонізації національних

¹ Розподіл випускників за напрямом навчання розраховується як відсоткове співвідношення кількості випускників кожного напрямку до загальної кількості випускників.

стандартів медичної освіти з міжнародними вимогами стало важливою темою для обговорення як серед європейських, так і міжнародних фахівців [105].

Однією з основних причин цього є зростаюча потреба в підготовці висококваліфікованих медичних кадрів, здатних відповідати вимогам сучасної медицини та забезпечити доступ до якісних медичних послуг у різних країнах. Численні офіційні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та публікації представників Всесвітньої федерації медичної освіти (WFME) підкреслюють важливість цього питання, оскільки організації відіграють ключову роль у встановленні міжнародних стандартів медичної освіти та у забезпеченні глобальної системи підтримки медичних закладів освіти [224].

Особливу увагу варто приділити роботам С. Voelen [116], [117], [118], [119] який є одним із провідних дослідників у сфері медичної освіти, зокрема в питаннях інтеграції медичних навчальних програм із потребами охорони здоров'я, а також важливості адаптації навчання до змінюваних умов суспільства та науки. Крім того, дослідження експертів Європейської асоціації медичної освіти (ЕНМА) [150] також підтверджують актуальність цієї теми. ЕНМА активно займається розробкою стратегій та методологій для покращення якості медичної освіти в Європі, вивчаючи питання акредитації та реформ в медичних університетах, що відповідають вимогам сучасних стандартів медичної освіти та професійної практики.

Ці організації є важливими, оскільки вони не лише створюють методичні рекомендації та стандарти, а й надають платформи для обміну досвідом та підтримки міжнародного співробітництва в галузі медичної освіти. Вони сприяють підвищенню якості медичної освіти у всьому світі, що є особливо важливим у контексті глобальних викликів у сфері охорони здоров'я та медичних реформ.

Актуальність розробки та впровадження сучасної системи підготовки лікарів обумовлюється низкою чинників:

- динамічними змінами в системі охорони здоров'я, соціально-кадровими викликами, економічними, етичними та правовими особливостями функціонування суб'єктів цієї системи;

- сучасними вимогами до рівня якості підготовки медичних кадрів;
- масштабністю та інтенсивністю трансформацій у світовій сфері накопичення, передачі та використання інформації в галузі медичної науки й практики, а також впровадженням інноваційних технологій у систему охорони здоров'я;
- необхідністю розвитку єдиного освітнього середовища для безперервної професійної підготовки лікарів і провізорів із широким застосуванням новітніх інформаційних технологій;
- зростанням міжнародного співробітництва у сфері медичної та фармацевтичної освіти, а також інтеграцією на світові ринки консультативних медичних послуг.

Функціонування системи професійної підготовки лікарів в Україні не може бути успішним без орієнтації на міжнародний досвід медичної освіти, його порівняльного аналізу та адаптації інноваційних методик до освітнього процесу в національних медичних університетах. Підготовка майбутніх лікарів спрямована на формування фахівців із ґрунтовними теоретичними знаннями, високим рівнем ерудиції, розвиненими практичними навичками та здатністю приймати патогенетично обґрунтовані рішення у складних клінічних ситуаціях [96].

На сучасному етапі якість підготовки випускників медичних університетів визначається комплексом різноманітних чинників, серед яких вагому роль відіграють: професіоналізм викладацького складу, належні умови організації навчального процесу, сучасне матеріально-технічне забезпечення, мотивація студентів до навчання та використання інноваційних освітніх технологій. Важливе значення мають ефективні системи контролю знань, стимулювання педагогічної діяльності, організація науково-дослідної роботи студентів як невід'ємної складової освітнього процесу, виконання індивідуальних завдань і участь у наукових проєктах із елементами дослідження. Модернізація навчально-лабораторної бази університетів та удосконалення методичного забезпечення також сприяють формуванню висококваліфікованих фахівців.

Модернізація системи вищої медичної освіти спрямована на створення умов для всебічного розвитку особистісних якостей усіх учасників освітнього процесу. Підготовка майбутнього лікаря ґрунтується на визнанні особистості людини як найвищої соціальної цінності, повазі до її прав і свобод, врахуванні індивідуальних особливостей. Основою освітнього процесу є орієнтація на студента як на мету, об'єкт і суб'єкт виховання, а також на результат, що слугує критерієм ефективності підготовки. Особливий акцент робиться на вихованні як процесі формування особистості, здатної до саморозвитку, творчого мислення та прийняття відповідальних рішень у різних життєвих ситуаціях [101].

Одним із пріоритетних завдань вищої освіти в Україні є забезпечення відповідності навчальних закладів європейським стандартам якості та доступності освітніх послуг, тому важливим напрямом модернізації вищої медичної освіти в Україні є впровадження передових ідей та адаптація практичних здобутків країн Європи, які протягом останніх років досягли значних результатів у реформуванні освітніх систем, зокрема в галузі медицини. Особливий науковий і практичний інтерес становить досвід Великої Британії, аналіз медичної освіти якої може забезпечити корисні теоретичні та практичні напрацювання для вдосконалення підготовки фахівців у вітчизняних медичних університетах [85].

Підвищення професійної компетентності медичних працівників визнано одним із визначальних чинників реформування системи охорони здоров'я в усьому світі. У зв'язку з цим, зростають вимоги як до лікарів, здатних забезпечити потреби окремих осіб і суспільства загалом, так і до навчальних медичних закладів, які зобов'язані забезпечувати безперервне вдосконалення професійної освіти. Підкреслюється, що рівень державної підтримки цих закладів має бути безпосередньо пов'язаний із якістю підготовки медичних кадрів та їхньою соціальною значущістю.

У сучасних умовах професійна компетентність майбутнього фахівця визначається головним критерієм якості освіти, що обумовлює здатність фахівця ефективно виконувати професійні функції. Вивчення та аналіз процесу формування професійних компетентностей у різних галузях, зокрема у сфері

медичної освіти, є передовсім важливим напрямом педагогічної науки, оскільки саме якість підготовки медичних кадрів значною мірою впливає на ефективність функціонування системи охорони здоров'я [47].

Аналіз походження терміна “компетентність” теж викликає зацікавленість значної кількості науковців. Цей термін, за твердженням М. Smith, має грецьке та латинське коріння. Голландські дослідники М. Mulder, Т. Weigel і К. Collins співвідносять це поняття з грецьким терміном “ικανότης”, що в працях Платона позначав здатність особистості досягати поставлених цілей, а згодом, у латинській мові, воно набуло форми “competens”, що тлумачилося як “здатність” або “придатність”. Отже, термінологічний аналіз демонструє глибоку історичну основу поняття компетентності, що підкреслює його важливість у контексті сучасної педагогічної та професійної підготовки [86].

У словнику “Професійна освіта” С. Гончаренко [18] компетентність визначається як інтегрована сукупність знань і вмінь, необхідних для ефективного виконання професійних обов'язків. До ключових складових компетентності автор відносить здатність аналізувати інформацію, прогнозувати наслідки професійної діяльності та використовувати знання на практиці. Це визначення акцентує увагу на практичному застосуванні знань, а також розвитку аналітичних та прогностичних навичок.

Визначення поняття “компетентний” у тлумачному словнику В. Дубічинського [24] вказує на володіння глибокими знаннями в конкретній галузі та здатність їх ефективно використовувати. Окрім того, компетентність трактується як наявність офіційних повноважень, що дозволяють ухвалювати рішення або виконувати спеціалізовані функції.

У “Енциклопедії освіти” за редакцією В. Кременя [45] термін “компетентність у навчанні” визначається як характеристика, що відображає результати освітнього процесу. Автори Н. Бібік та ін. трактують його як “інтегрований результат, який передбачає перехід від акценту на накопичення нормативно встановлених знань, умінь і навичок до формування та розвитку здатності учнів практично діяти та використовувати набутий досвід у відповідній

сфері”. Вказується, що компетентність формується як результат оволодіння компетенціями, проте, на відміну від них, вона охоплює особистісні характеристики та ставлення до професійної діяльності. Компетенції визначаються як “реальні вимоги щодо засвоєння учнями комплексу знань, способів діяльності, практичного досвіду, ставлень у певній галузі, а також якостей особистості, що функціонує в соціумі” [45].

Британський психолог Дж. Равен визначає компетентність як особливу здатність, що забезпечує ефективне виконання конкретних завдань у певній галузі. На його думку, компетентність передбачає наявність у особи вузькоспеціалізованих знань, специфічних професійних навичок, особливих способів мислення, а також усвідомлення відповідальності за власні дії [92].

На основі аналізу різних підходів до визначення понять “компетентність” та “компетенція” Ю. Яценко пропонує авторське тлумачення цих дефініцій. Згідно з її трактуванням, компетенція визначається як встановлена норма або вимога до працівника, який виконує свої професійні обов’язки, і є відчуженою від особистісних характеристик індивіда. Водночас, компетентність розглядається як особистісна інтегративна властивість, що охоплює не лише володіння необхідними знаннями, уміннями та навичками, а й здатність ефективно та творчо застосовувати їх на практиці в типових та нетипових професійних ситуаціях. Компетентність передбачає наявність особистісної автономії, прагнення до постійного самовдосконалення і самоосвіти у професійній діяльності. Ю. Яценко наголошує, що компетентність у кожній конкретній галузі набуває унікальних ознак і характеристик, тоді як компетенція виступає категорією, яка визначає результат освіти – засвоєння особою певного обсягу знань та навичок, необхідних для виконання функціональних обов’язків на робочому місці, а також наявність відповідних повноважень у межах професійної діяльності [108].

На основі аналізу різноманітних підходів до трактування понять “компетентність” і “компетенція” можна зробити висновок, що на сучасному етапі розвитку освіти відсутнє чітке їх розмежування. Тому ми розділяємо думку про те, що компетенції виступають своєрідною основою для формування компетентності,

оскільки компетентність є подальшим етапом, що виявляється як інтеграція особистісних характеристик і поведінкових проявів компетенцій.

Професійна компетентність лікаря формується на основі фундаментальних медичних навичок, ґрунтовних наукових знань і моральних цінностей. Основними складовими цієї компетентності є здатність до набуття та застосування знань, їхня інтеграція шляхом розвитку клінічного мислення, а також ефективного використання та передача інформації в процесі професійної комунікації з пацієнтами та колегами, що здійснюється з дотриманням етичних норм. Отже, професійна компетентність випускника медичного закладу вищої освіти визначається як єдність його теоретичної підготовки та практичної готовності до виконання професійних обов'язків. Професійні компетенції майбутніх лікарів можна розглядати як сукупність соціальних вимог до рівня підготовки студента-медика, які забезпечують здатність здійснювати якісну професійну діяльність.

Управління підготовкою лікарів безпосередньо пов'язане з формуванням їхніх професійних компетенцій, оскільки саме компетенції визначають здатність медичного працівника виконувати свої професійні функції на високому рівні. Розробка управлінських стратегій у сфері медичної освіти вимагає чіткого розуміння структури компетенцій лікаря та їхнього впливу на якість медичних послуг. У цьому контексті класифікація компетенцій за основними функціями лікаря дозволяє систематизувати вимоги до професійної підготовки майбутніх медичних фахівців та визначити ключові напрями вдосконалення навчальних програм.

Ми пропонуємо класифікацію компетенцій лікаря, яка здійснюється за категоріями та рівнями, що відображають основні напрями його діяльності (Додаток В). Додаткова класифікація компетенцій за рівнями передбачає:

- *базові компетенції* – загальні знання та навички, необхідні для виконання базових лікарських функцій.
- *профільні компетенції* – більш спеціалізовані навички, що відповідають певній медичній спеціалізації.

- *інтегровані компетенції* – комплексні вміння, що передбачають поєднання знань із кількох сфер для прийняття ефективних рішень у складних клінічних ситуаціях.

Загалом ця класифікація ґрунтується на вимогах до сучасного медичного фахівця та охоплює всі аспекти його професійної діяльності, забезпечуючи чітке і структуроване визначення рівнів компетенції на різних етапах кар'єри лікаря.

Варто усвідомити, що компетентність спеціаліста не є фіксованим показником, а динамічно змінюється відповідно до вимог сучасного суспільства та умов професійної діяльності. Вона має діяльнісну природу, оскільки базується на здатності застосовувати узагальнені вміння та навички в різноманітних ситуаціях. Професійна компетентність лікаря є інтегрованою системою професійно значущих якостей, знань, умінь і навичок, яка характеризується гуманістичною орієнтацією у взаєминах із пацієнтами та колегами, а також постійною мотивацією до особистісного і професійного розвитку [57].

Формування особистості майбутнього лікаря, його етичних та професійних якостей відбувається в процесі здобуття вищої медичної освіти. Відтак, зміст і структура освітнього процесу, спрямованого на розвиток особистісних характеристик майбутнього медичного фахівця, мають ключове значення. Одним із пріоритетних завдань вищої медичної освіти є створення умов для становлення громадянської відповідальності, правової культури та правової свідомості, ініціативності, самостійності, толерантності, здатності до ефективної соціалізації в суспільстві, а також формування професійної зрілості лікаря [101].

Майбутні медичні фахівці повинні усвідомлювати необхідність постійного вдосконалення та розширення своїх знань, виходячи за межі стандартної навчальної програми. Такий підхід є основою не лише для особистісного й професійного зростання, але й для забезпечення якості медичних послуг у сучасному динамічному суспільстві, що постійно змінюється під впливом нових наукових досягнень [48].

У сучасних умовах швидкого розвитку медичної науки, базових знань, отриманих у межах освітнього процесу, недостатньо для формування

висококваліфікованого лікаря. Постійне оновлення інформації, впровадження інноваційних технологій у діагностику та лікування, а також необхідність міждисциплінарного підходу вимагають від лікаря здатності до самостійного навчання протягом усього життя. Формування цієї здатності є одним із найважливіших завдань медичної освіти, адже лише фахівці, які володіють навичками саморозвитку та критичного мислення, можуть ефективно адаптуватися до сучасних викликів і забезпечувати високий рівень медичної допомоги.

Стратегія розвитку медичної освіти [31], прийнята у 2019 році, підкреслює необхідність синхронізації процесів, пов'язаних з реалізацією численних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, а також потребу в удосконаленні системи підготовки медичних працівників. Це дозволить забезпечити поліпшення якості лікування та медичного догляду пацієнтів. Отже, реалізація цієї стратегії повинна базуватися на управлінських стратегіях, орієнтованих на ефективну підготовку медичних кадрів, що створить необхідні умови для підтримки, відновлення та зміцнення здоров'я населення шляхом надання високоякісної та гарантованої медичної допомоги.

Управлінські стратегії розробляються з врахуванням сучасних змін системи охорони здоров'я, зокрема необхідності формування у майбутніх лікарів нових компетентностей, що охоплюють використання інноваційних технологій, розвиток міждисциплінарної співпраці та ефективну роботу в умовах кризових ситуацій. Важливо, щоб ці стратегії забезпечували інтеграцію сучасних медичних технологій у навчальні програми, а також сприяли розвитку навичок, необхідних для прийняття рішень в умовах швидко змінюваних та непередбачуваних обставин. Крім того, управлінські стратегії повинні зосереджуватися на вдосконаленні міжсекторальної співпраці, яка є необхідною для забезпечення комплексного підходу до охорони здоров'я, а також на розвитку критичного мислення і здатності до адаптації молодих фахівців до нових професійних вимог у медичній практиці.

Терміни “стратегія” та “стратегічне управління” набули широкого поширення як у теоретичних дослідженнях, так і в практичній діяльності у сфері охорони здоров'я. Проте, незважаючи на часте використання цих понять, їхня

сутність залишається складною та багатовимірною. На практиці спостерігається ситуація, коли значна частина управлінців зосереджується на операційному управлінні та мікроменеджменті, не враховуючи стратегічну перспективу розвитку. У зв'язку з цим виникає необхідність уточнення змісту термінів “стратегія” та “стратегічне управління”, а також оцінки їхньої ролі та значущості для забезпечення ефективності підготовки лікарів, а відтак ефективності системи охорони здоров'я.

Термін “стратегія” походить від давньогрецького слова “στρατηγός” (strategos), що означає “генерал” або “воєначальник”. Початково поняття “стратегія” було пов'язане з військовою справою та охоплювало теоретичні основи ведення війни, а також знання і навички, якими мав володіти ефективний командувач. Одним із перших, хто розробив системну європейську теорію стратегії, був Карл фон Клаузевіц (1780–1831), який у своїй праці “Vom Kriege” (“Про війну”) провів чітке розмежування між тактикою та стратегією. За його визначенням, тактика стосується організації та ведення бою безпосередньо на полі бою або поблизу нього, тоді як стратегія охоплює ширший спектр дій, спрямованих на досягнення кінцевої мети – перемоги у війні шляхом використання різноманітних ресурсів і методів.

Клаузевіц виділяє чотири ключові виміри стратегії, які є актуальними не лише для військової сфери, але й знаходять широке застосування в сучасному управлінні. Саме тому його праця “Vom Kriege” вважається класичною і включається до навчальних програм багатьох бізнес-шкіл як базовий підручник зі стратегічного управління [192].

Ці виміри включають такі аспекти:

1. *Довгострокова орієнтація* – стратегія завжди спрямована на досягнення довгострокових цілей та враховує майбутні наслідки прийнятих рішень. Як головнокомандувач у військовій справі, так і керівник в організації повинен зосереджувати увагу на кінцевому результаті, приділяючи менше значення тимчасовим або проміжним досягненням.

2. *Стратегічне лідерство* – відповідальність за формування та реалізацію стратегії лежить винятково на керівництві вищого рівня, оскільки стратегічні рішення впливають на діяльність усієї організації. Поняття “стратегія середнього менеджменту” є некоректним, оскільки стратегія формується та затверджується на рівні топ-менеджменту.
3. *Складність* – оскільки стратегія охоплює всі аспекти діяльності організації та орієнтована на довгострокову перспективу, вона передбачає взаємодію численних елементів і факторів. Це означає, що стратегічне управління має справу з високим рівнем складності та багатовимірністю впливів.
4. *Невизначеність* – стратегія завжди пов’язана з високим рівнем невизначеності, оскільки довгострокові наслідки прийнятих рішень важко передбачити через мінливість зовнішнього середовища та вплив непередбачуваних факторів.

Терміни “складність” і “невизначеність” мають ключове значення для стратегічного управління і також потребують окремого тлумачення. Поняття “складність” походить від латинського “*sum plectrum*”, що означає “поєднаний”, “переплетений” або “взаємопов’язаний”. Система вважається складною не лише через велику кількість елементів, які її утворюють, а насамперед через різноманітність цих елементів та їхню численну взаємодію [114]. Взаємозв’язки між елементами часто мають нелінійний характер або можуть бути прихованими, що значно ускладнює їхній аналіз. Отже, навіть за наявності повної інформації про кожен компонент системи неможливо описати всі її поведінкові характеристики через високу взаємозалежність елементів та непередбачуваність їхньої взаємодії.

Невизначеність стосується неможливості точно передбачити умови зовнішнього середовища або поведінку системи, а також невідомих ймовірностей переходів між її станами. Зі збільшенням часової дистанції між етапами планування та реалізації зростає рівень невизначеності [230]. Частина невизначеності, зокрема природні катаклізми, епідемії чи війна, є зовнішніми факторами, які не піддаються контролю. Інша частина невизначеності виникає внаслідок сукупності численних дрібних рішень і подій, які нагромаджуються з часом і можуть призводити до хаотичної поведінки системи.

Отже, стратегія – це довгостроковий план дій, розроблений керівництвом вищого рівня організації, спрямований на подолання складності та невизначеності системи. Вона передбачає ухвалення управлінських рішень із врахуванням інтересів усіх потенційних зацікавлених сторін.

Операційне управління часто визначають як “здійснення правильних дій”, тоді як стратегічне управління трактують як “здійснення правильних дій правильно” [207]. Проте, з огляду на підхід В. Клаузевіца, цього визначення недостатньо для повного розуміння сутності стратегічного управління. Стратегічне управління доцільно розглядати як “здійснення правильних дій правильно” з урахуванням довгострокових наслідків прийнятих рішень в умовах високої невизначеності та складності. У процесі розробки стратегій неможливо передбачити всі параметри, виникнення нових взаємозв’язків між елементами системи є неминучим, а прийняття управлінських рішень вимагає врахування подій, що мають ймовірний характер. Це особливо важливо під час формування ухвалення рішень у конкурентному середовищі. Таким чином, стратегія виступає як найвищий рівень управлінської діяльності, що вимагає системного підходу та довгострокової перспективи.

У стратегічному управлінні системою професійної підготовки лікарів особливої важливості набуває здатність адаптуватися до змінних умов, приймати рішення в умовах невизначеності та враховувати складність системи. Це набуває особливого значення в системі охорони здоров’я, де швидкий розвиток технологій, зміни суспільних потреб, кризові ситуації (зокрема, війна або пандемії) вимагають від управлінців здатності прогнозувати наслідки своїх дій і реагувати на нові виклики. Відповідно, ефективність управління у сфері медичної освіти залежить від розробки та впровадження стратегій, здатних забезпечити високий рівень підготовки медичних кадрів для сучасних умов.

Зважаючи на важливість ефективного управління медичною освітою в умовах сучасних викликів, особливо в контексті швидких змін у системі охорони здоров’я, необхідно особливу увагу приділити врахуванню державної політики та публічного управління розвитком медичної освіти. Важливою складовою цих

процесів є формування стратегій (рис. 1.3), які не лише адаптують підготовку медичних кадрів до актуальних потреб суспільства, а й забезпечують високу якість навчання в умовах швидкої технологічної еволюції та кризових ситуацій.

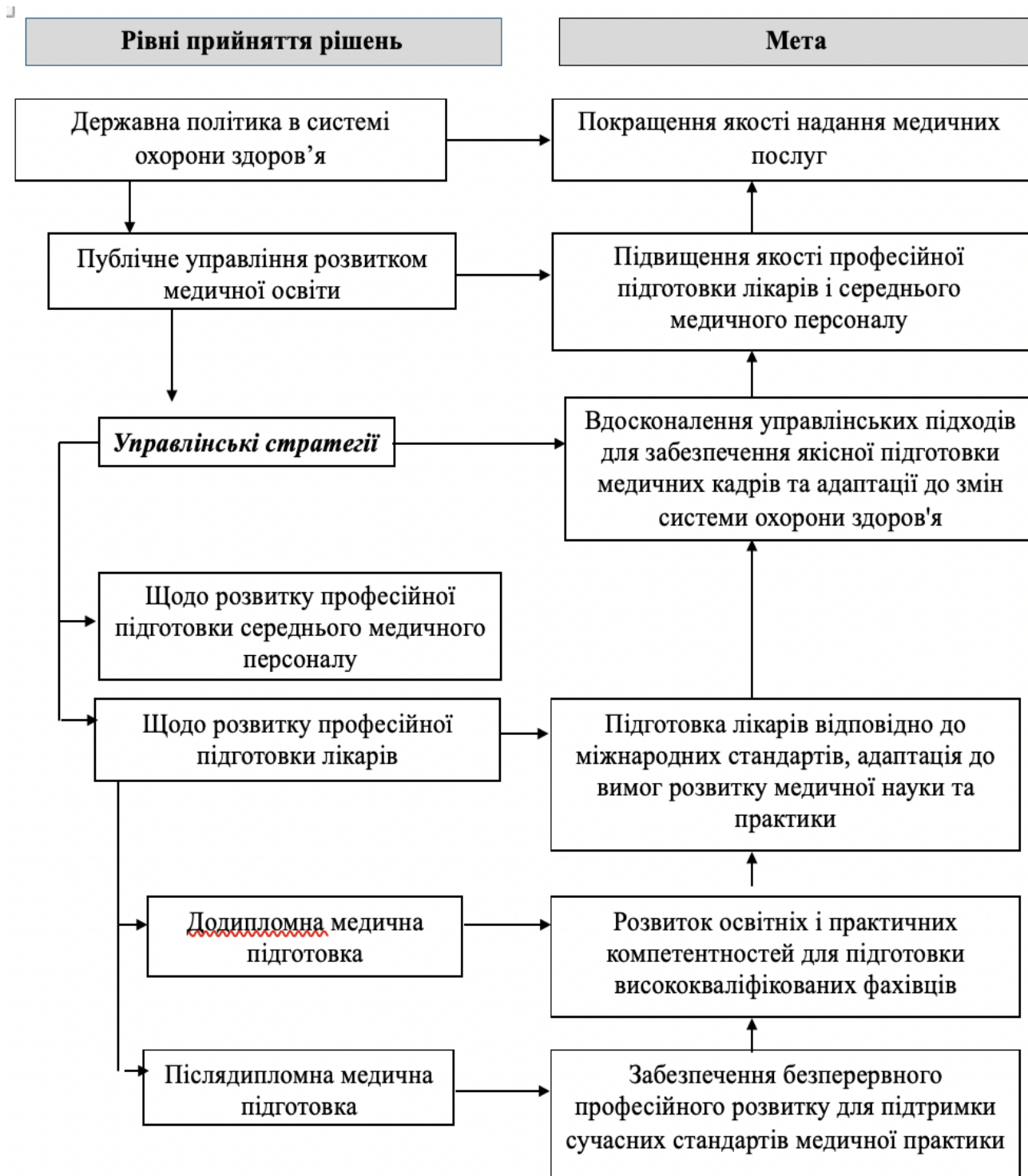


Рис. 1.3. Схема взаємозв'язку державної політики, управлінських стратегій та цілей підготовки медичних кадрів у системі охорони здоров'я (розроблено авторкою).

Рис. 1.3 наочно ілюструє рівні прийняття управлінських рішень, демонструючи, як ефективне управління, засноване на стратегічних підходах, може позитивно вплинути на якість медичних послуг і підготовку фахівців у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи відповідність міжнародним стандартам і вимогам розвитку медичної науки.

З огляду на це, у рамках нашого дослідження ми виокремлюємо управлінські стратегії, орієнтовані на формування адаптивної, стійкої та високоякісної системи підготовки медичних кадрів, здатної ефективно реагувати на сучасні виклики та забезпечувати відповідність сучасним вимогам охорони здоров'я, зокрема:

- Стратегія формування якісного освітнього середовища в медичних університетах;
- Стратегія інтеграції освіти, наукових досліджень та клінічної практики;
- Стратегія міжнародної співпраці та інтеграції медичної освіти в світовий освітній простір.

Ці стратегії відображають необхідність системного підходу, що враховує як внутрішні процеси в медичних університетах, так і зовнішні фактори, які впливають на підготовку фахівців. Успішна реалізація таких управлінських стратегій дозволить не лише забезпечити відповідність медичної освіти сучасним вимогам, але й створити стійку систему підготовки лікарів, здатних ефективно працювати в умовах складності та невизначеності.

1.2. Адаптація медичної освіти до змін системи охорони здоров'я

Глобальні зміни в суспільно-політичних відносинах України, глибока трансформація пріоритетів сучасної економіки та не сформованість ринку праці висунули нові жорсткі вимоги до національної системи вищої освіти, що зумовило необхідність її реформування на нових законодавчих і методологічних засадах. Це створює потребу в розробці якісно нової системи підготовки фахівців із вищою освітою. У сучасних умовах інтенсивного розвитку науки і техніки, а також

динамічних змін у суспільстві та системі публічного управління, до рівня знань і компетентностей фахівців з вищою освітою висуваються підвищені вимоги з боку основних стейкхолдерів сфери охорони здоров'я. Медичну освіту неможливо вивчати поза контекстом загальної системи професійної освіти, оскільки вона тісно пов'язана з особливостями її розвитку на сучасному етапі та традиціями в системі охорони здоров'я, враховуючи при цьому специфіку підготовки медичних фахівців.

Україна, як і інші держави-члени ООН, приєдналася до глобального процесу забезпечення сталого розвитку. Для визначення стратегічних напрямів національного розвитку України на період до 2030 року, заснованих на принципі “Ніхто не залишиться осторонь”, було розпочато інклюзивний процес адаптації Цілей сталого розвитку. Згідно з пунктом 3.8 Цілей сталого розвитку [88], ухвалених на саміті ООН у 2015 році, країна повинна забезпечити загальний доступ до медичних послуг, включаючи доступ до якісних базових медико-санітарних послуг та надання безпечних, ефективних, якісних і доступних лікарських засобів і вакцин для всіх.

Недостатня кількість лікарів та якість їхньої професійної підготовки може обмежити доступність медичних послуг для певних соціальних груп, в той час як надлишок фахівців за окремими спеціальностями може призвести до втрати людського капіталу та збільшення державних витрат через попит, що стимулюється пропозицією. Аналіз та постійний моніторинг таких процесів вимагають наявності стандартизованих та можливих до порівняння даних на всіх рівнях, а також спеціалістів, здатних ефективно аналізувати ці дані. У країнах Європейського Союзу застосовуються різні механізми збору та обробки таких даних, проте спільною рисою успішних систем є наявність реєстраційних чи моніторингових інструментів.

Як вже зазначалося у п. 1.1., визначну роль у процесі реформування охорони здоров'я відіграє кадровий потенціал. Кадрова політика є важливим інструментом реформування, адже вона визначає місце і роль кадрів у суспільстві, основні цілі, завдання, напрямки і принципи роботи державних органів з кадрами, критерії їхньої оцінки, а також шляхи вдосконалення підготовки, перепідготовки та

підвищення кваліфікації медичних працівників, і раціональне використання кадрового потенціалу країни. Якість і своєчасність надання медичних послуг безпосередньо залежать від наявності висококваліфікованих кадрів. Медичні кадри також розглядаються як стратегічний капітал, і близько 70 % всіх інвестицій у світовій охороні здоров'я спрямовуються на кадрове забезпечення. Однак ситуація з кадровим забезпеченням галузі залишається складною та потребує значних удосконалень у рамках реформ. Водночас особливо важливою є підготовка нової генерації медичних працівників високої кваліфікації.

Основним документом, який визначає глобальну політику в сфері медичних кадрів, є “Глобальна стратегія ВООЗ для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2030” [238] та доповідь Комісії високого рівня ООН з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я та економічного розвитку під назвою “Робота для здоров'я та розвитку: інвестиції в трудові ресурси охорони здоров'я” [242]. Стратегія чітко наголошує, що інвестиції в кадри охорони здоров'я сприятимуть покращенню показників здоров'я та економічного розвитку, і не повинні вважатися контрольованими витратами.

Згідно з дослідженнями ВООЗ, важливо для осіб, що займаються плануванням кадрових ресурсів, мати точні дані про чисельність, розподіл та характеристики медичних кадрів. Було відзначено, що методи збору даних в різних країнах суттєво відрізняються, і в більшості країн ЄС збір даних для планування медичних кадрів здійснюють дві або більше організацій.

Результати досліджень показують, що зміни в складі трудових ресурсів охорони здоров'я відбуваються в усьому світі [160], однак виклики варіюються залежно від регіону. Наприклад, дефіцит медичних працівників є критичним в Африці [195] та Південно-Східній Азії, а кілька європейських країн також стикаються із значним браком фахівців [188], що ставить під загрозу якість надання медичної допомоги в певних регіонах.

У 2005-2013 роках щільність кваліфікованих медичних працівників на 10 000 осіб в Європейському регіоні ВООЗ становила лише 71,9, що є низьким показником. Натомість в Африканському регіоні цей показник дорівнював 12,7, а

в регіоні Південно-Східної Азії – 12,5; середній світовий показник складав 25. Тому, оцінка складу трудових ресурсів та дефіциту кадрів повинна проводитися з урахуванням конкретних умов кожного регіону для здійснення обґрунтованих висновків.

Цей аналіз важливо корелювати з даними, представленими на рис. 1.4. де порівнюється щільність лікарів у різних країнах.

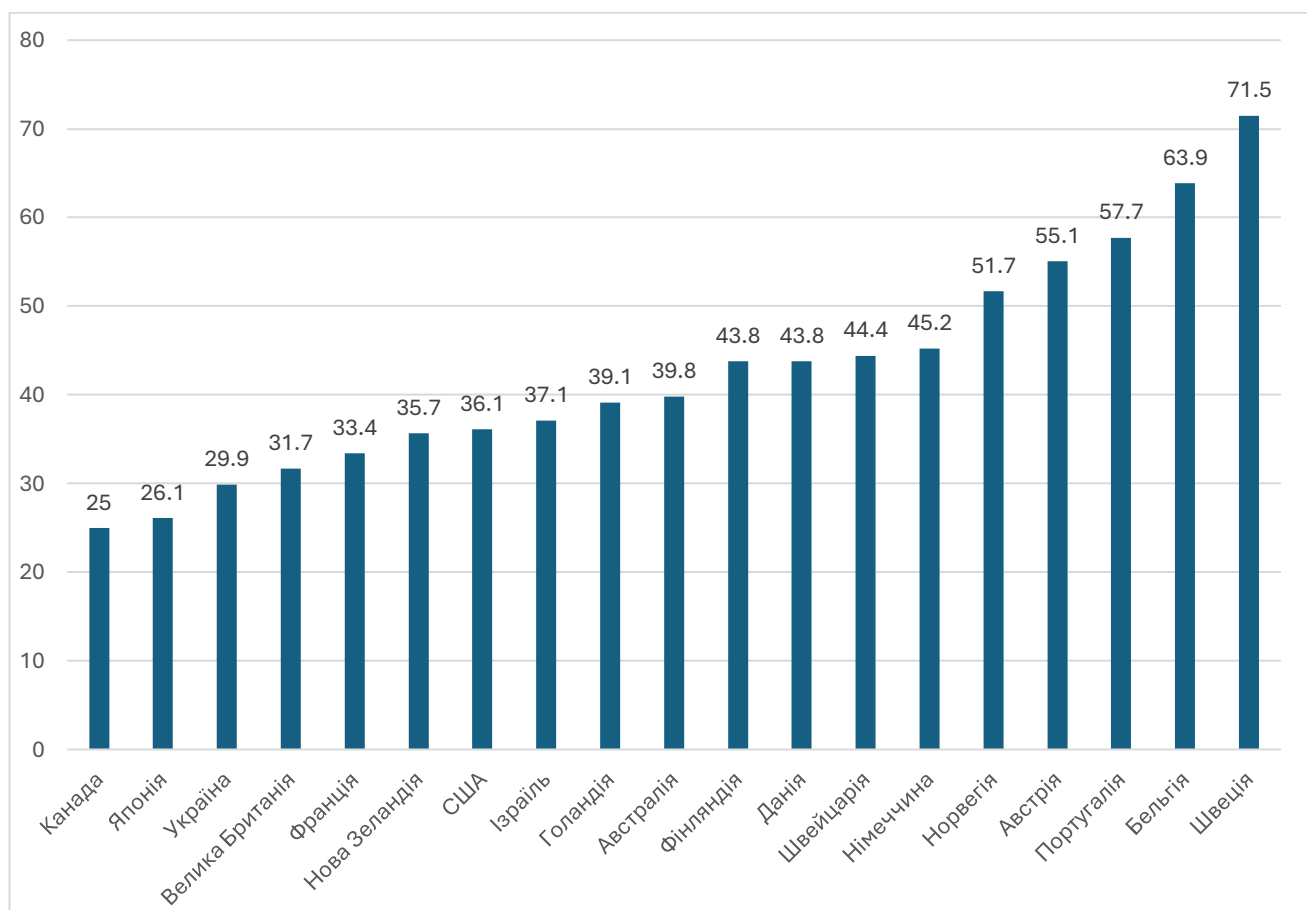


Рис. 1.4. Щільність лікарів на 10000 населення станом на 2021-2022, Україна станом на 2014 (сформовано авторкою за матеріалами [244])

Зокрема, на рисунку відображено дані про кількість лікарів на 10 000 осіб, що надає більш конкретне розуміння дефіциту кадрів у контексті різних країн. Варто зазначити, що на рисунку враховано лише лікарів, а не всіх медичних працівників, що дозволяє зосередитися на певному рівні професіоналів, у той час як інші медичні кадри можуть не бути включеними в цю статистику. Отже, порівняння цих показників дає чітке уявлення про необхідність підвищення кваліфікації і кількості лікарів у країнах з низьким рівнем цього показника.

Рис. 1.4 наочно ілюструє порівняння щільності лікарів на 10 000 осіб у різних країнах світу. Діаграма стовпців демонструє дані про кількість лікарів у 15 країнах, серед яких як розвинені, так і країни з низьким рівнем цього показника. Зокрема, країни, що займають верхні позиції на графіку, такі як Швеція (71,5 лікарів на 10 000 осіб) та Бельгія (63,9), мають високу концентрацію лікарів на душу населення. Це свідчить про сильну медичну інфраструктуру та великий обсяг ресурсів, спрямованих на медичну освіту та охорону здоров'я. Ці країни активно інвестують у медичні кадри, що дозволяє їм забезпечувати високу якість медичних послуг для своїх громадян.

З іншого боку, країни з нижчими показниками, такі як Канада (25 лікарів на 10 000 осіб) та Японія (26,1), хоча й мають значну кількість лікарів, але їхня кількість на душу населення помітно нижча порівняно з лідерами. Це може свідчити про різницю в організації системи охорони здоров'я або про інші фактори, що обмежують кількість лікарів на душу населення, як-от специфіка медичних стандартів, рівень розвитку медичної інфраструктури або проблеми з утриманням лікарів у країні.

Відносно України, на графіку видно, що кількість лікарів на 10 000 осіб становить 29,9. Це показник, який вказує на помірний рівень забезпечення медичними кадрами, порівняно з розвиненими країнами, де цей показник значно вищий. Для порівняння, країни з найвищими показниками, такі як Швеція (71,5) чи Бельгія (63,9), мають майже в два-три рази більше лікарів на душу населення.

Це свідчить про певні труднощі в Україні в забезпеченні необхідної кількості лікарів для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, що може бути наслідком низки факторів, таких як еміграція медичних працівників, недостатнє фінансування галузі, обмежений доступ до медичних освітніх програм, а також низька мотивація працювати в державному секторі через низьку оплату праці та складні умови праці.

Однак, цей показник вказує також на те, що в Україні є потенціал для покращення ситуації. Зважаючи на важливість розвитку медичної освіти, підвищення кількості лікарів та забезпечення їхньої кваліфікації, країна може

збільшити цей показник через впровадження реформ у системі охорони здоров'я, поліпшення умов праці медичних працівників і залучення молодих фахівців до професії.

Зросло усвідомлення важливості точного розрахунку потенційних ресурсів системи охорони здоров'я як передумови для забезпечення рівного доступу до них. Унаслідок цього питання набуло стратегічної ваги та стало центральним у багатьох нарадах і оціночних документах ВООЗ.

Вибір стратегії оцінювання майбутніх кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я має ціннісну природу та значною мірою залежить від того, які цілі медичного обслуговування та очікувані результати для здоров'я населення визначають керівники вищої ланки. У багатьох країнах міжнародні організації, а також окремі уряди вже випробували різноманітні інструменти для оцінювання потреб у медичних кадрах, засновані на аналітичних даних. Зазвичай такий аналіз базується на динаміці змін чисельності, структури та рівня кваліфікації персоналу, що дозволяє більш точно прогнозувати майбутні потреби системи охорони здоров'я

Розрахунок потреби у фахівцях є важливим етапом для забезпечення належної професійної підготовки лікарів, оскільки він дозволяє визначити, скільки кваліфікованих кадрів потрібно для ефективного функціонування системи охорони здоров'я на різних рівнях – галузевому та територіальному. Для цього застосовуються різні методи, серед яких нормативні підходи (штатно-номенклатурні, штатно-нормативні), балансовий, економіко-математичне моделювання, експертні оцінки та порівняння. Ці методи дозволяють здійснити точну оцінку потреби в медичних кадрах, що є основою для оптимізації процесів підготовки лікарів, враховуючи специфічні вимоги кожного регіону або медичної установи.

Проте, варто зазначити, що загальними недоліками цих методів є складність формалізації потреб у кадрах та необхідність інтеграції численних факторів, які можуть впливати на попит і пропозицію кваліфікованих медичних працівників. Зокрема, питання адаптації професійної підготовки лікарів до змінюваних умов

потребує врахування множинних факторів, таких як технологічний прогрес, зміни в демографії та здоров'ї населення, а також вплив соціальних та економічних умов.

Саме тому, в системі охорони здоров'я часто застосовуються методи експертних оцінок для визначення потреби в певних спеціальностях, що дозволяє уточнити розподіл кваліфікованих кадрів між різними медичними напрямками. Використання методу порівняння дозволяє здійснювати аналіз змін у потребах на основі вивчення досвіду інших країн чи регіонів, що дозволяє коригувати стратегії підготовки лікарів та кадрової політики в цілому. Тому ефективне планування потреби у фахівцях безпосередньо пов'язане з визначенням пріоритетів у професійній підготовці лікарів і забезпечує відповідність кількості та якості медичних кадрів вимогам сучасної системи охорони здоров'я.

Доцільно акцентувати увагу на тому, що сам факт наявності медичних кадрів не є достатньою умовою для ефективного функціонування системи охорони здоров'я. Лише за умови, коли медичні працівники рівномірно розподілені та доступні для населення, володіють необхідними компетентностями, мотивовані, мають повноваження на надання якісної допомоги, що відповідає соціокультурним очікуванням суспільства, а також отримують належну підтримку з боку системи охорони здоров'я, теоретичне забезпечення може трансформуватися в ефективне надання медичних послуг. Проте країни на різних етапах соціально-економічного розвитку стикаються з труднощами у підготовці, розміщенні, утриманні та забезпеченні ефективності роботи медичних кадрів. Досягнення глобальних пріоритетів у сфері охорони здоров'я, визначених у Цілях сталого розвитку після 2015 року, таких як зниження рівня материнської смертності, розширення доступу до базових хірургічних послуг, попередження передчасної смертності серед немовлят і дітей до п'яти років, зменшення тягаря неінфекційних захворювань, сприяння психічному здоров'ю, боротьба з хронічними хворобами та забезпечення універсального охоплення медичними послугами (УНС), залишається можливим лише за умови впровадження стратегій, що передбачають глибокі трансформації у розвитку й управлінні людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я.

Країни, які перебувають у стані або виходять з озброєних конфліктів, природних чи техногенних катастроф, а також ті, що приймають біженців чи стикаються з наслідками зміни клімату, мають специфічні виклики у сфері медичних кадрів, які потребують врахування та вирішення. Крім того, кожна країна повинна мати змогу впроваджувати ефективні заходи зниження ризиків катастроф і забезпечення готовності до них, а також виконувати свої зобов'язання відповідно до Міжнародних медичних регламентів. Це вимагає висококваліфікованого, навченого й підтримуваного медичного персоналу [238].

Для того щоб система медичної освіти відповідала сучасним викликам, необхідно переглянути підходи до її організації. Навчальні програми мають бути гнучкими та інтегрувати новітні досягнення науки й техніки. Важливо впроваджувати дисципліни з цифрової медицини, аналізу великих даних, біоінженерії, а також навчати студентів працювати з телемедичними платформами та іншими сучасними технологіями. Такий підхід дозволить забезпечити якісну підготовку лікарів, здатних працювати у цифровому середовищі та використовувати сучасні інструменти для підвищення ефективності лікувального процесу.

Особливої уваги потребує питання готовності системи охорони здоров'я до роботи в умовах глобальних пандемій. Досвід COVID-19 продемонстрував, що медична система має бути здатною швидко адаптуватися до нових реалій, оперативно змінювати підходи до лікування та впроваджувати нові протоколи. Це ставить перед медичною освітою завдання підготовки фахівців, здатних працювати в умовах постійних змін та швидкоплинних обставин. Лікарі повинні не лише володіти сучасними знаннями з епідеміології та інфекційних хвороб, а й мати навички кризового управління та комунікації з населенням у надзвичайних ситуаціях.

У роботі О.В. Астахової [1] висвітлюється, як пандемія та воєнний стан змінили підходи до організації навчання. Авторка наголошує, що цифровізація процесу навчання стала ключовим інструментом підтримки освіти, проте спричинила й труднощі. Серед них – недостатній розвиток навичок вербальної

комунікації студентів, що особливо важливо для лікарів, які працюють з пацієнтами.

Праця О.О. Белова та Н.Г. Пшука [3] акцентує увагу на необхідності психологічного супроводу здобувачів освіти в умовах стресу. Автори зазначають, що понад 59% студентів демонструють депресивні стани, а 68% – тривожні розлади. Впровадження системи медико-психологічного супроводу стало важливим кроком для забезпечення їхньої емоційної стійкості.

Н.В. Белік і співавтори дослідили проблему зниження мотивації серед студентів, зокрема в умовах змішаного навчання. Вони пропонують інтерактивні підходи до навчання, такі як заняття-вікторини, конференції та дослідницькі проєкти, що підвищують зацікавленість і залученість студентів.

У статті Т.Р. Беднарчик [2] підкреслюється значення медичної етики в формуванні особистості лікаря. Зокрема, аналізується японський досвід, що гармонійно поєднує традиційні й сучасні підходи. Особливий акцент зроблено на формуванні у студентів цінностей гуманності та відповідальності перед суспільством.

Не менш важливою складовою підготовки лікарів є формування їхніх етичних принципів і правової обізнаності. Медична професія пов'язана з великою кількістю моральних викликів, що вимагає від лікарів високого рівня етичної свідомості та вміння ухвалювати рішення в складних ситуаціях. Крім того, знання основ медичного права є необхідним для захисту прав як пацієнтів, так і самих медичних працівників.

Отже, для забезпечення відповідності медичної освіти сучасним викликам необхідно впроваджувати системні зміни, спрямовані на оновлення змісту навчальних програм, інтеграцію новітніх технологій, розвиток міждисциплінарних компетентностей і підготовку лікарів до роботи у кризових ситуаціях. Лише за таких умов медична освіта зможе підготувати фахівців, здатних ефективно виконувати свої професійні обов'язки та забезпечувати якісну медичну допомогу населенню.

Однак найбільш серйозним викликом для медичної освіти України є військовий конфлікт, що вимагає радикальних змін у системі підготовки медичних кадрів. В умовах війни перед медичними університетами постають завдання швидкої адаптації навчальних програм до нових потреб охорони здоров'я. Це стосується підготовки лікарів для роботи в екстремальних умовах, перегляду критеріїв набору студентів, створення спеціалізованих програм навчання та підготовки фахівців, здатних працювати у кризових ситуаціях. Крім того, актуальним стає питання вдосконалення методів оцінювання знань і практичних навичок студентів та лікарів-інтернів, а також підвищення кваліфікації викладацького складу.

Професійна підготовка лікарів є багатограним і складним процесом, який передбачає опанування фундаментальних теоретичних знань, набуття практичних навичок, формування клінічного мислення та розвиток етичних принципів, необхідних для належного виконання професійних обов'язків. Цей процес здійснюється відповідно до визначених освітніх стандартів і передбачає наявність сучасної матеріально-технічної бази, висококваліфікованого викладацького складу, а також тісну інтеграцію освітніх та клінічних компонентів. Від того, наскільки якісно система підготовки лікарів відповідатиме викликам сучасності, залежить якість медичної допомоги та, зрештою, здоров'я і життя громадян.

Якість професійної підготовки лікарів сьогодні перебуває в центрі уваги наукової спільноти та практиків охорони здоров'я, оскільки саме вона значною мірою визначає здатність медичної системи реагувати на виклики сучасності. Зростання вимог до рівня медичних послуг, впровадження інноваційних технологій, а також трансформація пацієнтоорієнтованої моделі обслуговування потребують висококваліфікованих фахівців із новим типом компетентностей. Водночас процес реформування національної системи охорони здоров'я супроводжується кадровим дефіцитом, що загострює потребу у вдосконаленні системи підготовки лікарів, здатних ефективно працювати в умовах постійних змін і зростаючих очікувань з боку суспільства.

Поняття “якість освіти” в загальному контексті передбачає задоволення суспільних вимог і очікувань щодо надання освітніх послуг, а також ефективне задоволення освітніх потреб осіб, що навчаються. Якість медичної освіти, в свою чергу, полягає в реалізації державного замовлення на підготовку кваліфікованих медичних працівників, здатних досягати високого рівня професійних компетентностей. У більш широкому сенсі якість освіти означає гармонійне поєднання процесу, результату та освітньої системи, що відповідають визначеним цілям, потребам та соціальним стандартам. Згідно з визначенням Європейської асоціації з забезпечення якості вищої освіти, якість освіти є узгодженістю (зокрема, результату, процесу та освітньої системи) з визначеними вимогами, цілями та стандартами.

У 2019 році було проведено міжнародне моніторингове дослідження якості вищої медичної освіти серед студентів 4 курсів закладів вищої медичної освіти, використовуючи міжнародний тест з основ медицини (International Foundations of Medicine - IFOM). Цей тест оцінює рівень знань у фундаментальних науках, що мають загальноосвітнє значення для медичної практики. Середній результат склав 26,6%, і лише 1,5% учасників отримали бал понад 50%. Для порівняння, міжнародна група, яка проходить цей тест, в середньому демонструє результат на рівні 54%. Така різниця свідчить про значні відмінності у підходах до медичної освіти в Україні та інших країнах. Багато компетенцій, яких набувають студенти, не відповідають сучасним міжнародним вимогам, оскільки викладачі часто не мають міжнародного досвіду, а навчальні матеріали, необхідні для підготовки до міжнародного компонента Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ), обмежені [74].

Якість професійної освіти може бути розглянута з двох аспектів: зовнішнього, де оцінюється відповідність підготовки випускників потребам роботодавців і вимогам стандартів, та внутрішнього, що охоплює зміст навчального процесу, рівень підготовки студентів і викладачів, організаційне забезпечення, матеріально-технічну базу та використання інноваційних навчальних технологій [46]. П. Саух підкреслює, що якість освіти є багатогранною

моделлю соціальних норм і вимог, спрямованих на розвиток особистості в освітньому середовищі та функціонування системи освіти на всіх етапах навчання [94]. Згідно з Р. Кучмою, якість вищої освіти має бути визначена як збалансоване співвідношення освітнього процесу (результатів, процесу, системи освіти) з конкретними потребами, цілями та стандартами, що відповідають вимогам сучасного соціального розвитку [49].

До структурних компонентів якості вищої освіти дослідники відносять: якість викладання (навчального процесу, педагогічної діяльності), якість науково-педагогічних кадрів, якість освітніх програм, матеріально-технічну базу та інформаційно-освітнє середовище, якість абітурієнтів, якість наукових досліджень і управління освітою. Якість професійної освіти визначається рівнем знань, умінь, інтелектуального, фізичного і морального розвитку, яким володіють випускники закладів освіти. Освітню якість трактують як сукупність перевірених практикою результатів пізнання навколишнього світу людиною, здатність особистості ефективно здійснювати певну діяльність на основі отриманих знань і автоматично виконувати відповідні дії; як показники особистісного розвитку майбутнього фахівця, рівень професіоналізму та педагогічної майстерності викладача, його здатність до інтеграції інноваційних освітніх технологій [84]; як сукупність характеристик освітнього процесу, що дозволяють сформувати професійну компетентність особи, що відповідає потребам особистості, суспільства та держави, як сьогодні, так і в перспективі [5]. Якість освіти також розглядається як узагальнений показник розвитку суспільства в певному часовому вимірі, що має бути проаналізований в динаміці змін, які відображають рух держави в контексті глобальних тенденцій: чи прагне вона до консолідації та інтеграції у світову спільноту, чи виступає проти цієї інтеграції, ставлячи на перший план власні інтереси [56].

У контексті якості медичної освіти є актуальним і доцільним розгляд якості освіти як її відповідності соціально-економічним потребам, інтересам особистості, суспільства та держави. Якість освіти визначається через сукупність характеристик особи з вищою освітою, що відображають її компетентність, ціннісні орієнтації,

соціальну спрямованість і здатність задовольняти як особисті моральні та матеріальні потреби, так і потреби суспільства [249]. Якість підготовленості майбутнього фахівця, зокрема лікаря, полягає в поєднанні його професійних та особистісних якостей, що відповідають цілям вищої освіти і взаємодіють між собою. Вона є єдністю внутрішніх і зовнішніх властивостей особистості, що формують зміст якості фахівця, мають динамічний характер і можуть змінюватися та розвиватися [39].

Якість підготовки медичних кадрів визначається рівнем відповідності освітнього процесу міжнародним стандартам, вимогам національної системи охорони здоров'я та очікуванням суспільства. Це поняття охоплює не лише обсяг набутих теоретичних знань і практичних умінь, а й здатність випускників адаптуватися до швидких змін у медичній науці та практиці, ухвалювати обґрунтовані рішення у складних клінічних ситуаціях, а також ефективно працювати у складі міждисциплінарних команд.

Забезпечення високої якості медичної освіти є ключовим фактором для підготовки кваліфікованих лікарів, здатних ефективно виконувати свої професійні обов'язки та відповідати вимогам сучасної системи охорони здоров'я. Враховуючи різноманітність факторів, що впливають на підготовку медичних кадрів, важливо оцінювати якість освіти за кількома основними компонентами, які охоплюють різні аспекти навчання та розвитку майбутніх лікарів.

У нашому дослідженні проблему якості підготовки лікарів буде оцінено за основними чотирма компонентами (рис.1.5.)

Якість професійної підготовки лікарів із позиції управління (*авторське визначення*) – це комплексна характеристика та багатовимірний показник, що відображає ефективність, тобто здатність освітнього процесу забезпечити оптимальне використання ресурсів (кадрових, матеріально-технічних, фінансових) для досягнення освітніх цілей, та результативність, яка означає рівень відповідності результатів навчання встановленим освітнім стандартам і потребам системи охорони здоров'я.

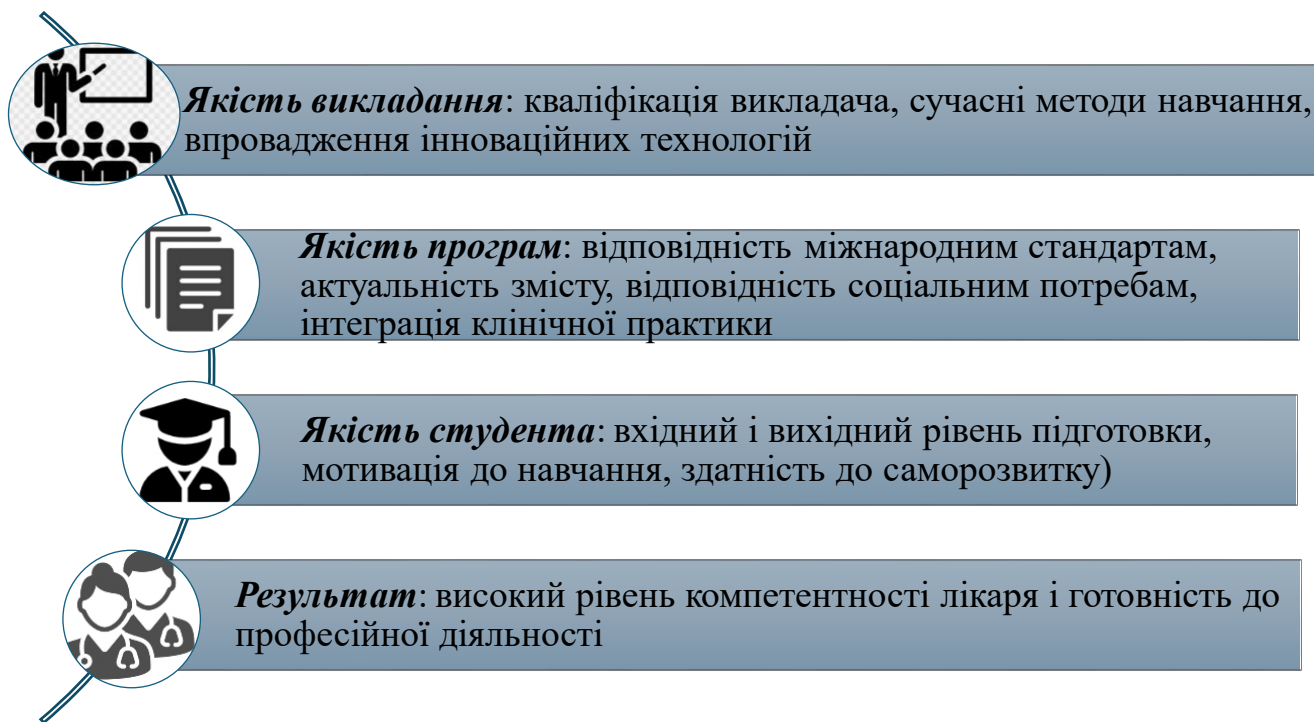


Рис. 1.5. Ключові компоненти якості професійної підготовки лікарів (сформовано і візуалізовано авторкою)

Ця характеристика формується під впливом стратегічного планування, організації освітнього процесу, та моніторингу якості підготовки фахівців, охоплюючи всі рівні навчання — як додипломну, так і післядипломну освіту. Вона охоплює три основні блоки: якість викладання, що визначається кваліфікацією та компетентністю викладацького складу, методами навчання та рівнем інтеграції сучасних освітніх технологій; якість студентського контингенту, яка залежить від критеріїв відбору абітурієнтів, мотивації до навчання та здатності до самостійного оволодіння знаннями; якість освітніх програм, що включає актуальність їхнього змісту, відповідність сучасним вимогам медичної науки та практики, а також наявність інтеграції клінічного компонента.

Адаптація цих компонентів до сучасних умов є пріоритетним завданням для забезпечення конкурентоспроможності медичної освіти та підготовки висококваліфікованих фахівців. Забезпечення якості викладання передбачає збереження та розвиток професорсько-викладацького складу, здатного впроваджувати інноваційні підходи до навчання. Якість студентів, у свою чергу, визначається не лише високими вимогами до їхнього відбору, але й створенням

умов для всебічного професійного розвитку. Якість програм полягає у їхній відповідності сучасним вимогам медичної науки, зокрема через інтеграцію клінічної практики, використання інноваційних технологій та безперервне оновлення змісту навчання.

Для забезпечення стабільного функціонування систем охорони здоров'я критично важливим є ефективне поєднання чисельності та професійно-кваліфікаційної структури медичних працівників. Для забезпечення належного рівня підготовки медичних працівників рекомендоване співвідношення викладачів до студентів становить не менше 1:10 на кожному факультеті, за умови, що викладачі працюють на постійній основі. Проте, в сучасних умовах, обумовлених глобальними викликами та військовими діями в Україні, спостерігається суттєвий дефіцит викладацького складу, викликаний так званим “відтоком мізків”. У більшості закладів вищої медичної освіти фактичне співвідношення викладачів і студентів є нижчим за рекомендоване, що стосується як доклінічних, так і клінічних дисциплін. Особливо гострою є нестача викладачів у сфері профілактичної медицини, що ускладнює реалізацію освітніх стандартів і впливає на якість підготовки фахівців.

Причинами дефіциту викладацького складу є руйнування закладів вищої медичної освіти внаслідок бойових дій, вимушене переселення населення та значна кількість біженців, що призвело до порушення функціонування освітньої системи в багатьох регіонах країни. В таких умовах перед медичними університетами постає завдання створення сприятливих умов для викладання, що включає як підтримку наявного кадрового потенціалу, так і підготовку нових кваліфікованих викладачів [142].

Очікується, що в поствоєнний період відбудеться суттєве покращення умов викладання медицини, а навчальні заклади зіткнуться з необхідністю підготовки більшої кількості викладачів, ніж це було до війни. З огляду на цю перспективу, створення регіональних навчальних центрів для підготовки викладачів стає нагальною потребою. Водночас така підготовка має враховувати актуальні медичні потреби держави, оскільки у різних регіонах пріоритети у підготовці фахівців

можуть суттєво відрізнитися залежно від специфічних соціально-економічних і культурних умов, зумовлених наслідками війни.

Викладачі мають бути забезпечені найширшими можливостями для передачі свого професійного досвіду та знань, що є ключовою умовою підвищення якості медичної освіти. Створення сприятливого освітнього середовища, яке стимулює педагогічну майстерність і підтримує обмін знаннями між викладачами та студентами, сприятиме не лише формуванню компетентних фахівців, але й постійному вдосконаленню освітнього процесу [113].

Належна підтримка викладачів передбачає доступ до сучасних навчально-методичних матеріалів, участь у наукових конференціях, семінарах, міжнародних освітніх проєктах і програмах обміну. Це дозволить їм залишатися обізнаними щодо новітніх досягнень у сфері медицини та передових освітніх методик, що, у свою чергу, сприятиме досягненню стратегічних цілей медичної освіти — підготовці висококваліфікованих лікарів

Сучасні тенденції у сфері медичної освіти демонструють зменшення можливостей для навчання на основі клінічної практики з реальними пацієнтами, що значно впливає на якість підготовки майбутніх лікарів. Водночас підвищуються вимоги до якості діагностики та лікування, зокрема із застосуванням сучасних технологій, у тому числі в умовах дистанційного доступу до пацієнтів. Така ситуація створює певний розрив між необхідністю забезпечення належного рівня практичних навичок і обмеженнями у доступі до реальних клінічних випадків.

Одним із можливих шляхів вирішення цієї проблеми є впровадження інноваційних методів моделювання, зокрема з використанням технологій розширеної реальності (віртуальної, доповненої або змішаної реальності). Такі технології дозволяють створювати реалістичні навчальні середовища, що імітують клінічні ситуації, забезпечуючи ефективне формування практичних навичок студентів і лікарів-інтернів. Впровадження подібних методик є особливо актуальним у системі безперервного професійного розвитку медичних працівників, де якість навчання має вирішальне значення для підвищення рівня медичних послуг.

Сучасна медична освіта потребує постійного вдосконалення та адаптації до вимог динамічного середовища, що висуває підвищені вимоги до компетентності викладацького складу як ключового чинника успішності та ефективності навчального процесу. Високий рівень компетентності викладачів відіграє вирішальну роль у формуванні професійних навичок, клінічного мислення та інноваційного підходу до вирішення завдань майбутніми лікарями. Підвищення професійної компетентності викладачів закладів вищої медичної освіти шляхом впровадження інноваційних навчальних програм є стратегічно важливим завданням, що відповідає сучасним вимогам до освітньої діяльності та медичної практики.

Впровадження інноваційних програм сприяє удосконаленню педагогічних підходів, розширенню методологічного інструментарію викладачів, а також створює умови для формування інноваційного освітнього середовища. Заходи, спрямовані на розвиток компетентності викладачів, зокрема через спеціалізовані тренінги, семінари та онлайн-курси, є важливою складовою забезпечення високої якості медичної освіти та ефективного реагування на глобальні виклики.

Компетентність викладацького складу в медичних університетах охоплює не лише ґрунтовні знання у відповідних медичних галузях, а й володіння сучасними методами навчання, що дозволяють формувати критичне мислення у студентів, розвивати їхні професійні компетенції та стимулювати творчий підхід до вирішення практичних завдань. Основним викликом підвищення якості освітнього процесу є підготовка викладачів до нових завдань у контексті впровадження інновацій. У зв'язку з цим інноваційні навчальні програми повинні включати комплекс заходів підтримки викладачів, таких як професійні тренінги, участь у семінарах і використання онлайн-освітніх платформ для постійного розвитку.

Одним із ключових аспектів удосконалення компетентності викладачів є впровадження сучасних методик та стратегій у навчальний процес. Інноваційні програми орієнтовані на створення сприятливого освітнього середовища, що стимулює розвиток педагогічних навичок і сприяє ефективному засвоєнню матеріалу студентами. Одним із пріоритетних напрямів таких інновацій є

інтеграція технологій у навчання, що дозволяє підвищити якість підготовки майбутніх фахівців та забезпечити їхню готовність до роботи у швидкозмінних умовах сучасної медицини [87].

Особливість викладання клінічних дисциплін полягає у необхідності безпосереднього контакту студентів із пацієнтами та викладачами-клініцистами, які передають власний практичний досвід. Оволодіння навичками фізикального обстеження, формулювання діагнозу, складання історії хвороби та призначення лікування неможливе без живого спілкування, що забезпечує розвиток клінічного мислення у майбутніх лікарів. При цьому особливе значення має емоційна складова взаємодії викладача зі студентом, оскільки під час такого спілкування студент не лише отримує знання, а й засвоює модель поведінки викладача як компетентного фахівця, здатного ефективно діяти в реальних клінічних умовах.

У сучасних умовах суттєво змінюється роль викладача, який вже не обмежується функціями передавача знань, а перетворюється на наставника – тьютора або ментора, що супроводжує студентів у процесі їхнього самостійного навчання. Для ефективного виконання цієї ролі викладач повинен володіти необхідною кваліфікацією та розвинутими інформаційними компетенціями. Це, зокрема, включає вміння ефективно використовувати інтернет-ресурси для пошуку та передачі інформації, оволодіння новими прийомами комунікації, застосування мультимедійних засобів навчання та активну участь у різноманітних формах взаємодії зі студентами [59].

До основних форм такої взаємодії належать форуми, веб-чати, платформи для відеозв'язку, такі як Skype, web-телефонія, а також соціальні мережі, що забезпечують гнучкість і доступність навчального процесу. Викладач стає координатором освітньої діяльності, сприяючи розвитку в студентів навичок самостійного оволодіння знаннями, критичного мислення та здатності ефективно працювати з інформацією. Таким чином, трансформація ролі викладача є одним із ключових елементів модернізації медичної освіти у відповідь на сучасні виклики.

Одним із ключових викликів, що постали перед Україною, є військовий конфлікт, який створює значне навантаження на систему охорони здоров'я,

вимагаючи від неї адаптації до екстремальних умов. В цих обставинах особливої актуальності набуває якісна підготовка лікарів до роботи в умовах надзвичайних ситуацій, що включає надання екстреної медичної допомоги пораненим, роботу у військових шпиталях, реагування на масові травми, а також забезпечення психологічної підтримки як пацієнтам, так і їхнім родинам. Проте традиційні навчальні програми не здатні повною мірою задовольнити сучасні вимоги, оскільки вони мають низку фундаментальних недоліків.

Перш за все, класичні навчальні програми здебільшого орієнтовані на теоретичну підготовку лікарів, що не враховує сучасного рівня розвитку медичних технологій. У світлі стрімкого прогресу цифрової медицини, впровадження телемедицини, використання штучного інтелекту для діагностики та лікування, а також розробки нових методів терапії, підготовка медичних кадрів потребує суттєвого оновлення. Важливо зазначити, що використання таких інноваційних підходів у клінічній практиці стало невід'ємною частиною сучасної медицини, ігнорування яких у навчальному процесі створює значні прогалини у підготовці майбутніх фахівців.

Крім того, існуючі навчальні програми недостатньо враховують специфіку роботи лікарів в екстремальних умовах. Сьогодні медичні кадри часто змушені діяти в умовах невизначеності та підвищеного ризику, приймаючи рішення, від яких залежать життя людей. Військові дії, техногенні катастрофи, пандемії — це лише частина сучасних викликів, які вимагають від лікарів швидкої реакції, професійної стійкості та навичок кризового менеджменту. Тому однією з ключових вимог до навчальних програм є підготовка лікарів до ефективної роботи у таких складних умовах.

Ще однією проблемою є недостатня увага до розвитку міждисциплінарних компетентностей у процесі підготовки лікарів. Сучасна медична практика передбачає не лише високий рівень фахових знань, а й володіння навичками командної роботи, лідерства, комунікації та управління ресурсами. У багатьох випадках лікар має не лише лікувати пацієнтів, а й координувати діяльність інших медичних працівників, приймати управлінські рішення та забезпечувати ефективну

комунікацію між пацієнтами, їхніми родичами та колегами. Недостатня увага до цих аспектів у навчальному процесі обмежує можливості випускників у реальних умовах роботи, що суттєво впливає на якість медичної допомоги.

Одним із найсуттєвіших викликів сучасної медичної освіти є стрімкий розвиток технологій, який суттєво змінює практику надання медичних послуг. Такі інноваційні досягнення, як телемедицина, роботизовані системи, штучний інтелект та генетичні технології, потребують від медичних фахівців не лише теоретичного розуміння, а й практичного володіння сучасними інструментами та методами лікування. У цьому контексті важливим завданням медичних університетів стає включення відповідних дисциплін у навчальні програми, що дозволить майбутнім лікарям отримати необхідні компетентності для роботи у високотехнологічному середовищі.

Поряд із технологічними викликами, значний вплив на систему медичної освіти мають демографічні зміни. Зростання тривалості життя, старіння населення та збільшення поширеності хронічних хвороб вимагають переорієнтації навчальних програм на ті напрями медицини, які раніше не були пріоритетними. Сучасна підготовка лікарів повинна приділяти більше уваги таким спеціальностям, як геріатрія, паліативна допомога та управління хронічними станами. Така переорієнтація є ключовою умовою для забезпечення якісної медичної допомоги в умовах змінної структури захворюваності.

Важливим аспектом модернізації медичної освіти є вдосконалення підходів до організації навчального процесу та методів оцінювання. Традиційні методи викладання, орієнтовані здебільшого на передачу теоретичних знань, більше не відповідають сучасним вимогам. Для ефективної підготовки фахівців необхідно впроваджувати активні форми навчання, що ґрунтуються на практичних заняттях, симуляційних тренінгах і роботі з реальними клінічними випадками. Акцент на розвиток клінічних навичок та залучення студентів до практичної діяльності є одним із ключових напрямів реформування медичної освіти.

Окрему увагу слід приділити безперервному професійному розвитку медичних працівників. В умовах швидкого оновлення медичних знань та

технологій система післядипломної освіти повинна забезпечувати можливість постійного підвищення кваліфікації фахівців. Університети мають організовувати наукові конференції, семінари, тренінги, а також створювати умови для участі лікарів у міжнародних проєктах, що сприятиме обміну досвідом та інтеграції в глобальний медичний простір.

З огляду на швидкий прогрес інноваційних технологій, розвиток доказової медицини, впровадження у практику нових методів діагностики та лікування, а також застосування сучасних інформаційних і телемедичних рішень, які сприяють інтеграції у світовий і європейський медичний простір, виникає нагальна необхідність реформування системи медичної освіти.

Якість професійної підготовки лікарів є основою ефективної системи охорони здоров'я. Це інтегральна характеристика, що визначає, наскільки рівень знань, практичних навичок, етичних принципів та професійних компетенцій випускників відповідає встановленим стандартам, очікуванням суспільства і вимогам сучасної медичної практики. У складних умовах сьогодення, коли медичні кадри працюють у контексті пандемій, воєн, швидкого розвитку технологій і зростаючих потреб пацієнтів, це поняття стає ключовим для оцінки успішності медичної освіти.

Забезпечення високої якості вищої медичної освіти можливе за умов ефективної організації навчального процесу, що передбачає конструктивну взаємодію викладачів і студентів, розвиток їхньої професійної співпраці та залучення студентів до активної участі у власному освітньому процесі. Особливу роль відіграє створення сучасного освітнього середовища, яке відповідає вимогам професійної підготовки та сприяє розвитку як теоретичних знань, так і практичних навичок майбутніх медиків.

Іншим важливим аспектом є розробка та впровадження інноваційних методик оцінювання та звітування. Традиційні методи оцінювання можуть бути доповнені або замінені більш об'єктивними та сучасними підходами.

Впровадження інформаційних технологій на клінічних кафедрах медичних університетів передбачає інтеграцію новітніх цифрових інструментів у класичну

модель викладання, що дозволяє значно підвищити ефективність освітнього процесу. Насамперед це стосується впровадження технологій дистанційного навчання, які забезпечують можливість отримання студентами доступу до сучасних знань незалежно від фізичної присутності у навчальному закладі. Сучасна дистанційна освіта являє собою багатокомпонентну систему передачі знань із використанням комп'ютерних та інформаційних технологій, спрямовану на здобуття необхідних компетенцій для подальшого їхнього практичного застосування.

На клінічних кафедрах найбільш ефективним є застосування змішаного (гібридного) навчання, яке поєднує традиційні методи, такі як аудиторні заняття, вивчення теоретичного матеріалу, та елементи дистанційної освіти, зокрема онлайн-курси, інтернет-конференції, вебіари та веб-квести. Такий підхід дозволяє максимально використовувати переваги обох форматів навчання: особистий контакт із викладачем-клініцистом забезпечує засвоєння практичних навичок, тоді як цифрові технології сприяють розширенню доступу до інформаційних ресурсів і підвищенню гнучкості навчального процесу.

Крім того, впровадження змішаного навчання дозволяє підвищити рівень автономності студентів у навчальному процесі та сприяє розвитку навичок самостійного оволодіння знаннями, що є необхідним для подальшого безперервного професійного розвитку. Таким чином, інтеграція інформаційних технологій у викладання клінічних дисциплін спрямована на формування сучасної медичної освіти, яка відповідає вимогам цифрової епохи та забезпечує якісну підготовку майбутніх фахівців.

Попит на технології розширеної реальності (що охоплюють будь-які форми комп'ютерно-реалізованої реальності) у професіях із високим рівнем ризику, зокрема в охороні здоров'я, стрімко зріс, що обумовлено необхідністю підготовки висококваліфікованих фахівців і обмеженнями у можливостях практичного навчання [252]. Наприклад, використання доповненої реальності дозволяє лікарям інтегрувати цифрові біомедичні дані, отримані за допомогою комп'ютерної томографії, у клінічну практику. Слід зазначити, що технології розширеної,

віртуальної та доповненої реальності слід розглядати не лише як інноваційний навчальний інструмент для студентів-медиків чи фахівців системи безперервної професійної освіти. Вони також можуть бути ефективними засобами оцінювання рівня знань. Це пояснюється тим, що традиційні стандартизовані тести, які широко застосовуються у додипломній та післядипломній медичній освіті, мають певні обмеження: по-перше, вони не враховують динамічні зміни змісту навчання, а по-друге, не відображають процес формування клінічного мислення. Технології віртуальної реальності можуть стати інструментом поступового розвитку знань і навичок шляхом “повторного тестування, зворотного зв’язку та практики із самоконтролем” [222].

Впровадження інновацій у медичній освіті, однак, стикається із низкою серйозних викликів. Однією з головних проблем є консервативність значної частини викладачів і лікарів, які неохоче змінюють свої звичні підходи до навчання. Враховуючи цю обставину, першочерговим етапом впровадження технологій розширеної реальності є підготовка науково-педагогічного персоналу. Введення нових навчальних технологій у традиційні програми потребує мультидисциплінарного підходу: клініцисти надають необхідну медичну експертизу та підтримують адміністративне забезпечення, проте їм необхідні технічні знання інженерів, досвід викладачів у розробленні освітніх програм і навчальних матеріалів, а також готовність лікарів до використання сучасних технологій для створення дієвих навчальних проєктів.

Потреба у міждисциплінарній співпраці виходить за межі медичних університетів та закладів охорони здоров’я. Викладачі післядипломної освіти, які мають значний досвід у застосуванні інноваційних освітніх технологій, повинні працювати у партнерстві з технологічними компаніями, що займаються розробленням програмного забезпечення для навчання. Така співпраця дозволить не лише адаптувати нові технології до освітнього процесу, а й провести всебічне тестування, оцінити їхню ефективність та забезпечити широке впровадження у систему медичної освіти [77].

Сучасна система медичної освіти має відповідати стрімким змінам у сфері охорони здоров'я, новим технологіям та глобальним викликам, таким як пандемії чи військові конфлікти. У цьому контексті результативність стає ключовим показником якості професійної підготовки лікарів, адже саме вона визначає ефективність освітніх програм і їхній вплив на практичну діяльність фахівців.

Результативність передбачає досягнення конкретних цілей, серед яких найважливішим є забезпечення випускників компетенціями, що дозволяють їм успішно працювати в діагностиці, лікуванні та профілактиці захворювань. Лікар повинен бути не просто носієм знань, а й здатним застосовувати їх у реальних умовах, часто під тиском часу або в кризових ситуаціях. Тому навчальні програми мають бути практикоорієнтованими, а їхній результат — вимірюваним.

Важливою складовою є об'єктивність оцінювання. Стандартизовані екзамени, тестування клінічних навичок, акредитація та сертифікація дозволяють чітко визначити, чи відповідає рівень підготовки випускника вимогам професії. Це не лише підвищує якість освіти, а й сприяє міжнародному визнанню медичних дипломів, що особливо актуально в умовах глобалізації.

Показником результативності є також моніторинг працевлаштування випускників. Високий відсоток зайнятості лікарів у медичній сфері, їхній кар'єрний ріст і задоволеність роботодавців свідчать про те, що освітня програма відповідає реальним потребам ринку праці. Зворотний зв'язок із випускниками та роботодавцями дозволяє коригувати навчальні плани, щоб вони залишалися актуальними.

Не менш важливою є здатність лікарів адаптуватися до змін у професійному середовищі. Сучасна медицина швидко розвивається, і тому лікар повинен бути готовим працювати з новими технологіями, цифровими платформами, освоювати інноваційні методи лікування. Крім того, він має бути підготовленим до роботи в екстремальних умовах, таких як війна чи пандемії, що вимагає спеціальних знань і психологічної стійкості.

Результативність також залежить від системи зворотного зв'язку. Постійний аналіз даних про ефективність освітніх програм, отримання відгуків від студентів,

викладачів і роботодавців дозволяють оперативно вдосконалювати навчальний процес. Це забезпечує гнучкість освітньої системи та її здатність відповідати як поточним, так і перспективним потребам системи охорони здоров'я.

Таким чином, результативність — це не лише критерій оцінювання якості, а й основа для формування ефективної моделі управління медичною освітою. Вона дозволяє створити систему, яка готує лікарів до реальних викликів, сприяє їхньому професійному зростанню та забезпечує потреби суспільства в якісній медичній допомозі.

Під час професійної підготовки майбутні медичні кадри повинні здобувати знання та навички у галузях громадського здоров'я, епідеміології, охорони довкілля, управління охороною здоров'я тощо. Важливим засобом забезпечення якості професійної підготовки лікарів є моніторинг (внутрішній і зовнішній) освітнього процесу, який дозволяє оцінювати його ефективність і вчасно коригувати очікувані результати та шляхи їхнього досягнення. Внутрішній моніторинг є частиною навчального плану і здійснюється в межах закладу вищої освіти з використанням його ресурсів. У системі медичної освіти також передбачена обов'язкова державна перевірка знань за допомогою стандартизованих тестів. Ліцензійний іспит є обов'язковим елементом державної атестації для присвоєння кваліфікації “лікар”. Джерелами інформації для моніторингу якості вищої освіти також є результати комплексних контрольних перевірок знань, дані ліцензійного та акредитаційного процесів, інспектування ЗВО, а також оцінка підготовленості випускників з боку роботодавців. Впровадження тестування для студентів закладів вищої медичної освіти розпочалося в рамках співпраці українських навчальних закладів з медичними школами Німеччини, Франції, США, Великобританії, Канади та інших країн, а також участі в партнерських програмах між українськими та міжнародними навчальними закладами за підтримки USAID / IREX і в рамках освітніх міжнародних програм, зокрема проекту “Стандартизований контроль якості медичної освіти в Україні”. Важливо зазначити, що для досягнення високої кваліфікації лікаря студенту-медику необхідно забезпечити відповідність між

рівнем професійної підготовки в процесі навчання у закладі вищої освіти та реальними вимогами фахової діяльності в медичних закладах. Покращенню якості медичної освіти також сприяє використання викладачами інтерактивних методів навчання, які стимулюють розвиток суб'єкт-суб'єктних відносин, рівноправну участь студентів у навчальному процесі, а також активну професійно спрямовану взаємодію та квазіпрофесійну діяльність майбутніх лікарів. Якість професійної підготовки медичних працівників, включаючи лікарів, повинна відповідати сучасним вимогам до професійної діяльності лікарів та очікуванням і потребам пацієнтів.

Таким чином, якість вищої медичної освіти має критичне значення для інтеграції України в єдиний європейський освітній простір. Підвищенню якості підготовки майбутніх лікарів сприяє ефективний моніторинг знань, який забезпечує зворотний зв'язок для всіх учасників освітнього процесу, дозволяючи вносити необхідні корективи в реалізацію освітньої програми з метою підвищення якості її результатів. Крім того, впровадження інтерактивних освітніх технологій, таких як бінарні лекції з елементами дискусії та групові квазіпрофесійні завдання на кшталт лікарських консиліумів, значно покращує навчальний процес. Якість вищої медичної освіти є комплексом, що включає: 1) професійні вимоги та соціальні очікування до освітньої системи професійної підготовки медичних працівників, зокрема лікарів; 2) державні норми професійних стандартів для конкретної лікарської спеціальності та результатів засвоєння змісту вищої медичної освіти, а також об'єктивність оцінювання професійно орієнтованих досягнень студентів. Професійна підготовка сучасних лікарів повинна відповідати державним стандартам, професійним вимогам та соціальним очікуванням і бути високоякісною [28].

1.3. Інституційна модель управління системою підготовки лікарів

Збалансованість та ефективність державного регулювання у сфері вищої медичної освіти відіграють ключову роль у визначенні перспективних напрямів

підготовки майбутніх медичних кадрів, відповідаючи на сучасні суспільно-економічні виклики та сприяючи зростанню інноваційного потенціалу освітньої галузі. Протягом періоду незалежності України система регулювання вищої освіти зазнала суттєвих трансформацій, які були спрямовані на децентралізацію регуляторних функцій, посилення автономії ЗВО у прийнятті управлінських рішень, розширення фінансових механізмів забезпечення освітнього процесу, а також на впровадження нових принципів забезпечення якості та модернізацію змісту освіти.

Вітчизняна система підготовки майбутніх медичних працівників є невід’ємним складником розвитку національної системи охорони здоров’я та спрямована на забезпечення відновлення і збереження здоров’я громадян України через надання необхідного рівня медичних послуг згідно з прийнятими державними стандартами. Відповідно до Закону України “Про освіту” державну політику у сфері освіти “визначає Верховна Рада України, а реалізують Кабінет Міністрів України, центральний орган виконавчої влади у сфері освіти і науки, інші центральні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування” [9]. Цим же Законом визначено, що основними документами державного прогнозування та стратегічного планування розвитку освіти є “стратегія розвитку освіти України, відповідні державні, регіональні та місцеві цільові програми, плани діяльності у сфері освіти органів влади”.

На розвиток вітчизняної системи вищої медичної освіти суттєвий вплив мають стратегічні документи, такі як Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року, Національна економічна стратегія на період до 2030 року, Державна стратегія регіонального розвитку на 2021–2027 роки, а також регіональні стратегії розвитку, розроблені для кожної області на період 2021–2027 років. Ці документи спрямовані на інтеграцію освітньої політики з національними та регіональними економічними й соціальними потребами, що забезпечує системний підхід до вдосконалення підготовки медичних фахівців.

У 2019 році Кабінет Міністрів України затвердив “Стратегію розвитку медичної освіти в Україні” [31], розраховану на 10 років. Основна мета цього

документа — створення якісної системи медичної освіти, яка забезпечуватиме підготовку висококваліфікованих медичних працівників для сфери охорони здоров'я.

Стратегія має кілька ключових напрямів, спрямованих на покращення різних аспектів медичної освіти:

- *Підвищення якості вищої медичної освіти*, що передбачає створення галузевої системи кваліфікацій, оновлення змісту освітніх програм, посилення вимог до вступників на медичні спеціальності, а також підвищення кваліфікації викладачів закладів вищої медичної освіти (ЗВМО).
- *Реформування післядипломної освіти*, що включає справедливий і прозорий розподіл місць для проходження інтернатури, унормування її змісту, а також підтримку безперервного професійного розвитку лікарів на основі міжнародного досвіду.
- *Ефективне фінансування та управління*, що акцентується на зміні механізмів фінансування медичної освіти, реалізації принципів автономії закладів вищої медичної освіти та вдосконаленні системи управління.
- *Розвиток академічної культури в медичній освіті*, що спрямований на впровадження принципів академічної доброчесності, підтримку інтернаціоналізації освітніх програм, що сприяє інтеграції української медичної освіти в міжнародну освітню спільноту.
- *Поліпшення якості наукових досліджень*, що передбачає модернізацію матеріально-технічної бази для проведення наукових досліджень і стимулювання вітчизняних науковців до створення високоякісних наукових праць, які відповідатимуть вимогам провідних міжнародних наукових видань.

Таким чином, “Стратегія розвитку медичної освіти в Україні” є комплексним документом, що охоплює всі етапи підготовки медичних кадрів — від базової освіти до післядипломного навчання. Її реалізація спрямована на модернізацію освітнього процесу, розвиток наукових досліджень і забезпечення системного підходу до підготовки кваліфікованих фахівців, які відповідають сучасним потребам системи охорони здоров'я.

На основі положень “Стратегії розвитку медичної освіти в Україні” кожен заклад вищої медичної освіти розробляє п’ятирічний стратегічний план розвитку, який визначає стратегічні цілі та пріоритетні напрями діяльності. У цих планах передбачено заходи, спрямовані на вдосконалення освітнього процесу, підвищення конкурентоспроможності наукових досліджень на міжнародному рівні, формування й реалізацію ефективної кадрової політики, оптимізацію управлінських процесів, забезпечення стабільного фінансово-економічного стану та розвиток матеріально-технічної бази закладу.

Згідно з Законом України “Про вищу освіту” управління ЗВО здійснюється, окрім вищезазначених органів влади, ще й Національною академією наук України та національними галузевими академіями наук; засновниками ЗВО; органами громадського самоврядування у сфері вищої освіти і науки; Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти [8, ст. 12]. Особливістю діяльності закладів вищої медичної освіти є те, що вони підпорядковуються безпосередньо Міністерству охорони здоров’я України, до функцій якого також відносять підготовку фахівців для практичної медицини. Органом управління Університету є МОЗ [55]. Клінічні бази для підготовки майбутніх медичних фахівців та проведення науково-дослідницької діяльності як викладачів, так і студентів, функціонують в обласних та міських лікарнях, центрах первинної медико-санітарної допомоги, диспансерах, інститутах Академії медичних наук тощо.

Система підготовки лікарів в Україні має багаторівневу структуру, що включає базову вищу медичну освіту, післядипломну підготовку (інтернатуру), спеціалізацію, а також безперервний професійний розвиток. Вона функціонує в межах національної системи освіти та охорони здоров’я й орієнтована на підготовку фахівців, здатних забезпечити потреби населення в медичній допомозі. Відтак, структура управління підготовкою лікарів в Україні є складною та багаторівневою, яка охоплює декілька ключових органів державної влади (рис. 1.6).

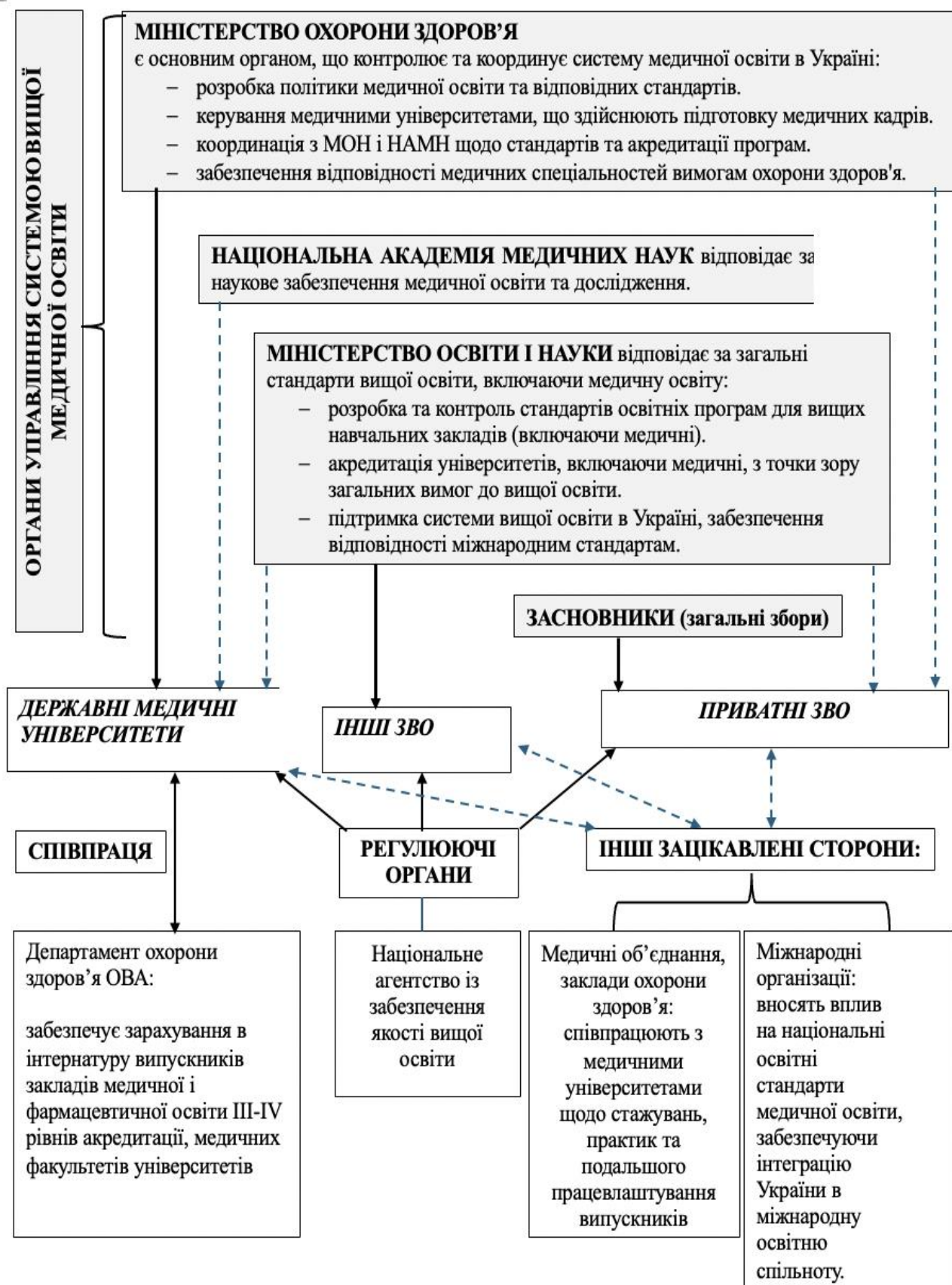


Рис. 1.6. Структура управління вищою медичною освітою в Україні
 (сформовано авторкою за матеріалами [8], [79], [55], [80], [90])

Її координують два міністерства – Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) та Міністерство освіти і науки України (МОН), кожне з яких виконує важливу роль у забезпеченні якості, стандартів і відповідності підготовки лікарів сучасним вимогам медицини та освіти. Обидва міністерства мають у своєму підпорядкуванні установи, які безпосередньо займаються підготовкою медичних кадрів, що підкреслює інтегрованість і багатокомпонентність цієї системи.

У сфері управління МОЗ перебувають 15 медичних університетів, які забезпечують підготовку переважної більшості осіб з вищою медичною освітою рівня магістра залежно від спеціальності (рис. 1.6) в Україні. Крім закладів сфери управління МОЗ, медичну освіту надають медичні факультети окремих ЗВО у сфері управління МОН, приватні ЗВО, а також кілька ЗВО комунальної форми власності.

МОЗ є головним органом, що визначає політику у сфері медичної освіти та забезпечує відповідність підготовки лікарів вимогам системи охорони здоров'я. У його підпорядкуванні перебувають державні медичні університети, які здійснюють підготовку лікарів за затвердженими освітньо-професійними програмами. Установи, підпорядковані МОЗ, співпрацюють із лікарнями, що слугують клінічними базами для практичної підготовки студентів і інтернів. МОЗ забезпечує, щоб підготовка лікарів відповідала актуальним викликам охорони здоров'я, таким як розвиток інноваційних технологій, потреба у фахівцях певного профілю та інтеграція з міжнародними стандартами.

Через свою пряму інтеграцію з лікарнями МОЗ гарантує, що студенти отримують практичний досвід, який є критично важливим для майбутніх лікарів. Також Міністерство займається питаннями інтернатури, забезпечуючи взаємодію між університетами та закладами охорони здоров'я для підготовки молодих спеціалістів.

МОН відповідає за загальні стандарти вищої освіти в Україні, включаючи медичну. У його функції входять:

- *Розробка та контроль освітніх стандартів* (МОН встановлює загальні вимоги до вищої освіти, які поширюються на всі університети, включаючи

медичні). Це забезпечує відповідність освітніх програм міжнародним стандартам.

- *Акредитація університетів* (МОН здійснює акредитацію ЗВО, зокрема й медичних університетів, перевіряючи їхню відповідність встановленим вимогам.
- *Підтримка інтеграції у світову освітню систему*. Завдяки діяльності МОН медичні університети України дедалі більше орієнтуються на міжнародні стандарти, такі як Єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ), який включає міжнародні компоненти.

Університети, підпорядковані МОН, повинні забезпечувати належний рівень якості освітнього процесу, включаючи фундаментальну теоретичну підготовку майбутніх лікарів. Однак у більшості випадків саме практичну складову (клінічну базу) забезпечує МОЗ.

Однією з ключових особливостей системи підготовки лікарів в Україні є необхідність тісної взаємодії між Міністерством охорони здоров'я та Міністерством освіти і науки. Така міжвідомча співпраця дозволяє забезпечити баланс між теоретичною та практичною складовими медичної освіти, проте водночас створює певні труднощі, пов'язані з координацією дій двох відомств, різницею в управлінських підходах. З метою подолання цих викликів і забезпечення ефективного функціонування системи підготовки лікарів до цього процесу залучаються також інші ключові інституції.

Серед них варто виокремити Національну академію медичних наук України (НАМН), яка забезпечує наукову підтримку медичної освіти, проводить дослідження й сприяє впровадженню інновацій. Обласні департаменти охорони здоров'я також відіграють важливу роль, здійснюючи розподіл випускників інтернатури та сприяючи співпраці між університетами й лікарнями.

Однак, попри існування багаторівневої координації у сфері медичної освіти, не всі потенційні учасники цього процесу залучені до його вдосконалення. Зокрема, Молодіжна рада — консультативно-дорадчий орган, що зазвичай створюється при органах виконавчої влади або місцевого самоврядування для

представлення інтересів молоді — наразі не інтегрована в механізми розробки чи реалізації освітньої політики у сфері підготовки лікарів. У чинному Положенні про Молодіжну раду [69] відсутні будь-які згадки про її участь у питаннях реформування медичної освіти. Це вказує на недовикористаний потенціал залучення молодіжних ініціатив до формування сучасної системи медичної освіти, що потребує подальшого перегляду ролі цього органу в освітньому процесі.

Однак, це не означає, що молодіжна рада не може відігравати важливу роль у розвитку освіти. Навпаки, саме така рада має великий потенціал стати тим інструментом, який ініціює або лобіює зміни в освітній сфері. Молодіжні організації часто виступають як представники інтересів молоді, студентів та нової генерації професіоналів, що може сприяти висвітленню актуальних проблем у системі освіти та формуванню рекомендацій щодо нових підходів до її вдосконалення.

Молодіжна рада може активно впливати на процеси, пов'язані з розвитком медичної освіти, і стати важливим гравцем у лобіюванні реформ. Наприклад, рада може виступити з ініціативою щодо удосконалення навчальних програм, введення нових методик викладання, застосування інноваційних технологій у навчальному процесі. Вона могла б організовувати зустрічі між студентами медичних університетів, викладачами, представниками МОЗ та іншими зацікавленими сторонами, щоб спільно виробляти стратегії покращення освітнього процесу.

Крім того, молодіжна рада може стати важливим голосом для студентської спільноти, висловлюючи їхні побажання та пропозиції щодо покращення умов навчання та розвитку професійних навичок. Наприклад, вона може лобіювати питання, пов'язані з доступом до якісних навчальних матеріалів, покращенням умов для практичної підготовки студентів, розширенням можливостей для стажувань та міжнародних обмінів.

Важливо зазначити, що таке лобіювання та ініціативи з боку молодіжної ради можуть допомогти змінити ставлення до медичної освіти в Україні, сприяючи її модернізації відповідно до сучасних вимог та міжнародних стандартів. Молодіжна рада, беручи на себе роль ініціатора змін, може стати ключовим механізмом для

забезпечення високої якості медичної освіти, яка відповідатиме потребам сучасної медицини і здоров'я нації.

Рівень комунікації між закладами вищої освіти (факультетами), закладами охорони здоров'я та органами виконавчої влади є низьким [31]. Водночас варто зазначити позитивні зміни, що спостерігаються у взаємодії між закладами вищої медичної освіти, зокрема Львівським національним медичним університетом імені Данила Галицького, та закладами охорони здоров'я Львівської області. У 2022 році виданий наказ начальника Львівської обласної військової адміністрації [81], що уможливорює співпрацю між медичними установами Львівської області та науково-педагогічними працівниками університету в контексті надання медичної допомоги населенню регіону та внутрішньо переміщеним особам. Очікується, що така співпраця принесе взаємну користь: заклади охорони здоров'я отримають кваліфікованих консультантів, а науково-педагогічні працівники ЗВО зможуть розширити свій практичний досвід, який згодом передадуть своїм студентам та курсантам.

Оскільки рішення щодо майбутньої підготовки кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я приймаються з урахуванням інтересів різних секторів (освіти, охорони здоров'я, фінансів, планування, професійних організацій, роботодавців і громад), уникнути конфліктів між ними практично неможливо. Завдання полягає у досягненні взаємопогоджених домовленостей на галузевих та територіальних рівнях, що дозволить забезпечити збалансованість потреб і можливостей у підготовці медичних кадрів.

Відсутність дієвої методології оцінки потреб у медичних фахівцях створює передумови для низки системних викликів. Зокрема, ЗВО, прагнучи максимізувати прибутки, намагаються збільшити кількість студентів, які навчаються на контрактній основі, часто без належного врахування рівня підготовки вступників і реальних потреб держави у медичних працівниках. Такий підхід не лише негативно впливає на якість підготовки фахівців, але й посилює проблему дисбалансу між кількістю випускників і попитом на певні спеціальності у регіонах.

Ця проблема стає ще більш помітною на тлі міжнародних тенденцій, які демонструють різницю у частці лікарів серед населення в різних країнах. Як видно з наведеного рис. 1.7, у країнах Західної Європи, таких як Бельгія (25,7%), Швеція (21,92%), та Данія (20,57%), спостерігається найвища частка лікарів у розрахунку на загальну чисельність населення. У той час країни з розвинуеною системою охорони здоров'я, такі як Німеччина (7,41%) та Австрія (8,84%), мають нижчі показники, що може вказувати на відмінності у підходах до планування кадрових потреб та використання ресурсів охорони здоров'я.

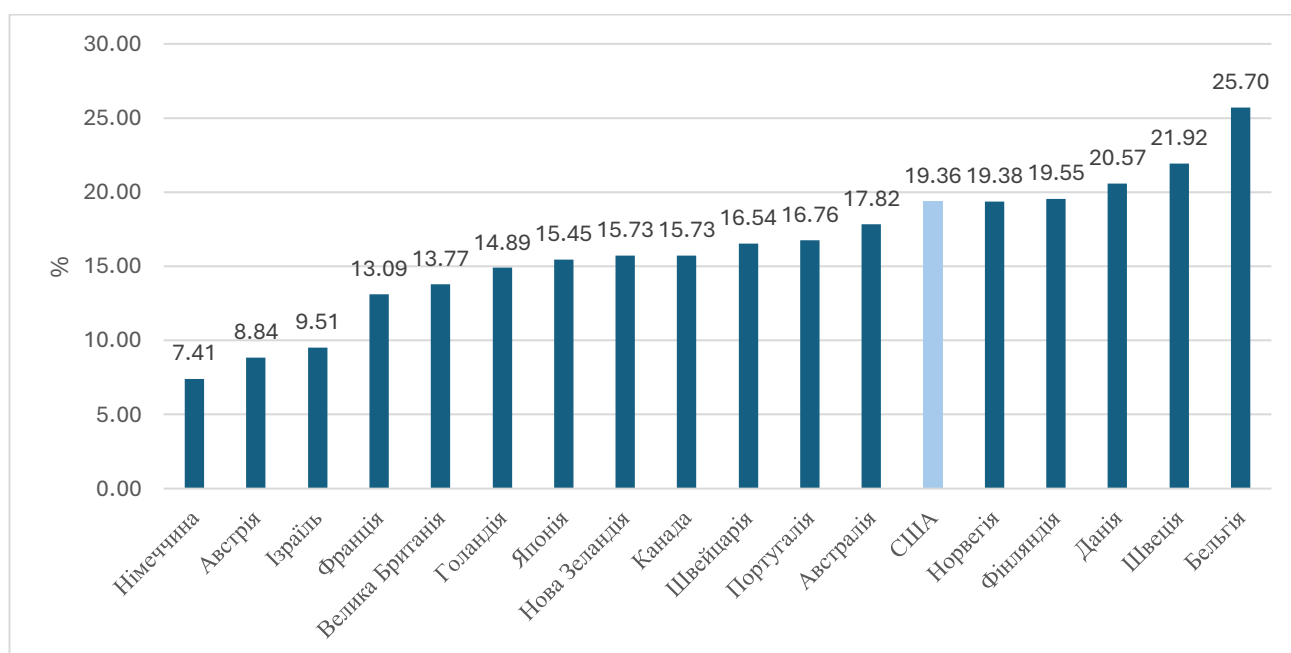


Рис. 1.7. Розподіл випускників за напрямом навчання “охорона здоров'я” (сформовано авторкою за матеріалами²)

Такі дані демонструють, як грамотне управління підготовкою медичних фахівців, зокрема регулювання кількості лікарів, може впливати на забезпечення якісної та доступної медичної допомоги. Для України ця інформація слугує важливим орієнтиром, оскільки дисбаланс між підготовкою випускників і реальними потребами населення залишається гострою проблемою, яку необхідно вирішувати через комплексний підхід до планування медичних кадрів.

² розраховується як частка випускників напрямку від загальної кількості випускників.

Держава намагається частково вирішити цю проблему шляхом встановлення квот на зарахування на місця, що фінансуються за державним (регіональним) замовленням [8, ст. 44]. Відповідно до законодавства, право на першочергове зарахування мають особи, які уклали угоду про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості або селищах міського типу. Для таких випускників передбачено додаткові гарантії, зокрема безоплатне користування житлом із опаленням та освітленням у межах встановлених норм [8, ст. 64].

Проте механізми державного замовлення також мають свої недоліки. Наприклад, загальний обсяг державного замовлення для підготовки медичних кадрів у поточному році визначається на рівні не менш як 51% від кількості випускників загальноосвітніх навчальних закладів, що здобули повну середню освіту [8, ст. 72]. Такий підхід є недостатньо гнучким, оскільки не враховує регіональні потреби та реальні запити системи охорони здоров'я, що ще більше ускладнює питання ефективного розподілу фінансових ресурсів. Через неефективність методології для оцінки потреб у медичних кадрах ЗВО, зважаючи на високий попит на медичні спеціальності, прагнуть збільшити кількість студентів, які навчаються на контрактній основі. Проте цей підхід часто ігнорує як рівень підготовки вступників, так і реальні потреби держави в медичних працівниках. Окрім того, механізми розподілу державного фінансування залишаються недосконалими, що знижує ефективність використання ресурсів [31].

Отже, відсутність ефективної методології оцінки потреб у медичних кадрах, зосередженість закладів освіти на економічній вигоді та недоліки в системі державного замовлення формують виклики, які потребують комплексного вирішення. Створення прозорої й адаптивної системи планування підготовки фахівців, орієнтованої на реальні потреби охорони здоров'я, є нагальним завданням для забезпечення балансу між якістю медичної освіти та доступністю медичних послуг у країні.

Державне замовлення на підготовку фахівців за ступенем молодшого бакалавра, бакалавра або магістра (медичного, фармацевтичного чи ветеринарного спрямування) реалізується через укладення відповідних договорів між державними

замовниками та підпорядкованими їм закладами вищої освіти, що здійснюють підготовку фахівців відповідного спрямування. Такі договори укладаються на основі інформації, наданої ЗВО про вступників, які на конкурсних засадах здобули право на навчання за кошти Державного бюджету України (ст. 72).

На сьогодні ліцензійні умови провадження освітньої діяльності, визначені постановою Кабінету Міністрів України № 1187 [30] не висувають специфічних вимог до ЗВМО. Отримання ліцензії на підготовку лікарів не є складною процедурою в Україні. Відповідність формальним вимогам, які висуваються для отримання ліцензії на провадження освітньої діяльності, не гарантує забезпечення закладів потужними клінічними базами, де студенти змогли б відпрацьовувати навички.

У 2020 році постановою Кабінету Міністрів України було затверджено документ, яким встановлюються основні принципи організації освітнього процесу у закладах вищої освіти в галузі знань “Охорона здоров’я” із залученням клінічних кафедр та науково-педагогічних працівників [32]. Положення акцентує увагу на спільній діяльності закладів вищої медичної освіти та клінічних баз. Згідно з положенням, клінічна база визначається як державні або приватні заклади охорони здоров’я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності у сфері медичної практики, що забезпечує належні умови для реалізації освітнього процесу.

Для забезпечення якісної підготовки лікарів ліцензійні умови для медичних ЗВО мають містити особливі вимоги та ґрунтуватися на міжнародних рекомендаціях, зокрема на рекомендаціях Міжнародної федерації медичної освіти щодо заснування нових медичних шкіл [235].

З 2017 року вступ до ЗВО, зокрема на медичні спеціальності, здійснюється за системою “широкого конкурсу”, що усуває необхідність визначати кількість місць державного замовлення для університетів вручну. Введення цієї системи дозволяє кращим абітурієнтам вступати до більш престижних ЗВО, що впливає на обсяг держзамовлення у наступному році. Університети почали конкурувати між собою за абітурієнтів, і система розподілу місць держзамовлення через широкий конкурс

дає можливість найсильнішим абітурієнтам вступати до бажаних навчальних закладів.

З 2018 року до умов вступу була введена норма, згідно з якою абітурієнти повинні мати не менше 150 балів на зовнішньому незалежному оцінюванні (ЗНО) з другого та третього конкурсних предметів (біологія та математика / хімія). З 2019 року вимоги стали ще суворішими, і абітурієнти повинні мати не менше 150 балів з біології/хімії та фізики/математики, що визначають здатність до логічного мислення та вміння аналізувати. Встановлені вимоги для вступу на медичні спеціальності дозволяють відбирати найбільш мотивованих та здібних вступників до навчання лікарському фаху, одночасно обмежуючи допуск абітурієнтів із низькими балами ЗНО, що можуть знижувати загальний рівень освітнього процесу в університетах. Наприклад, у 2018 році, після введення порогу в 150 балів, набір на спеціальність “Медицина” на контрактну форму навчання знизився на 70% порівняно з 2017 роком [74].

Водночас практика набору на контрактну форму навчання демонструє значну варіативність між закладами вищої освіти, що свідчить про різні підходи до формування контингенту студентів.. Наприклад, різниця у мінімальних балах Національного мультипредметного тесту (НМТ) для вступу на контрактну форму навчання в різних закладах вищої освіти демонструє особливості їхніх стратегій набору студентів. Так, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця встановив найнижчий бал (13), що може свідчити про високу конкуренцію за контрактні місця. У той час як в Одеському національному медичному університеті мінімальний бал (41) може вказувати на меншу конкуренцію, більшу кількість місць або відмінності у політиці закладу щодо формування контингенту студентів (рис. 1.8).

Зменшення кількості абітурієнтів може призвести до зниження конкуренції на місця для контрактників в університетах, що може бути відображено у змінах балів НМТ на контракт. Наприклад, університети з більш високими балами НМТ на контракт, такими як Одеський національний медичний університет (бал НМТ на

контракт = 41), можуть мати більшу кількість вільних місць або меншу конкуренцію через зменшення попиту.

Вищенаведене, з нашого погляду, є додатковим свідченням того, що система управління та фінансування вищої медичної освіти є надмірно централізованою та застарілою, що негативно впливає на її ефективність.



Рис. 1.8. Порівняння результатів вступу до медичних ЗВО України (сформовано авторкою за матеріалами [83])

Загальний обсяг фінансування ЗВО прямо залежить від кількості студентів, що часто призводить до зниження якості освіти, оскільки університети не мають стимулу для відрахування неуспішних студентів. Більшість фінансових потреб вищих навчальних закладів покривається за рахунок платних освітніх послуг, які надаються як українським громадянам, так і іноземним студентам. Таким чином, у межах існуючої моделі фінансування основною метою ЗВО стає забезпечення стабільності штатних посад для викладачів, залучення максимального числа контрактників та отримання державного фінансування через систему держзамовлення. Водночас питання якості освіти та наукової діяльності університетів відходять на другий план [74].

У 2021 році наказом Міністерства освіти і науки України [61] були затверджені Умови прийому на навчання для здобувачів вищої освіти на 2022 рік, які мали ґрунтуватися на результатах зовнішнього незалежного оцінювання (ЗНО). Однак після введення воєнного стану в Україні процедура вступу була адаптована до нових умов. Відповідні зміни були визначені у Порядку прийому на навчання для здобувачів вищої освіти в 2022 році, затвердженому наказом Міністерства освіти і науки України [63] із внесеними змінами 2024 р. Цей Порядок є обов'язковим для ЗВО (включаючи заклади фахової передвищої освіти та наукові установи) незалежно від форми власності та сфери управління, за винятком вищих військових навчальних закладів, ЗВО з особливими умовами навчання та військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів. Відповідно до цього наказу обсяг прийому за державним замовленням на основі повної загальної середньої освіти визначається загалом для всіх виконавців державного замовлення, крім вищих військових навчальних закладів, ЗВО із специфічними умовами навчання, військових навчальних підрозділів ЗВО, окремо за формами здобуття освіти спеціальності 224 “Технології медичної діагностики та лікування”, 227 “Фізична терапія, ерготерапія”, 229 “Громадське здоров’я” галузі знань 22 “Охорона здоров’я”.

Реформування системи вищої освіти в Україні, зокрема медичної освіти, передбачає трансформацію підходів до підготовки та атестації майбутніх фахівців у сфері охорони здоров’я. Зокрема, у 2021 році Міністерство освіти і науки України затвердило Стандарт вищої освіти за спеціальністю 222 “Медицина” для другого (магістерського) рівня вищої освіти [62]. У цьому нормативному документі визначено загальні та спеціальні (фахові) компетентності, а також очікувані результати навчання. Згідно зі стандартом, атестація здобувачів відбувається у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту, що супроводжується публічним захистом кваліфікаційної роботи.

На фоні таких змін важливо проаналізувати ЗВО, які здійснюють підготовку фахівців у галузі знань 22 “Охорона здоров’я” за різними спеціальностями. На рис. 1.9 представлено кількість таких закладів за спеціальностями, зокрема 221

“Стоматологія”, 222 “Медицина”, 225 “Медична психологія”, 227 “Терапія та реабілітація”, 228 “Педіатрія” та 229 “Громадське здоров’я”.

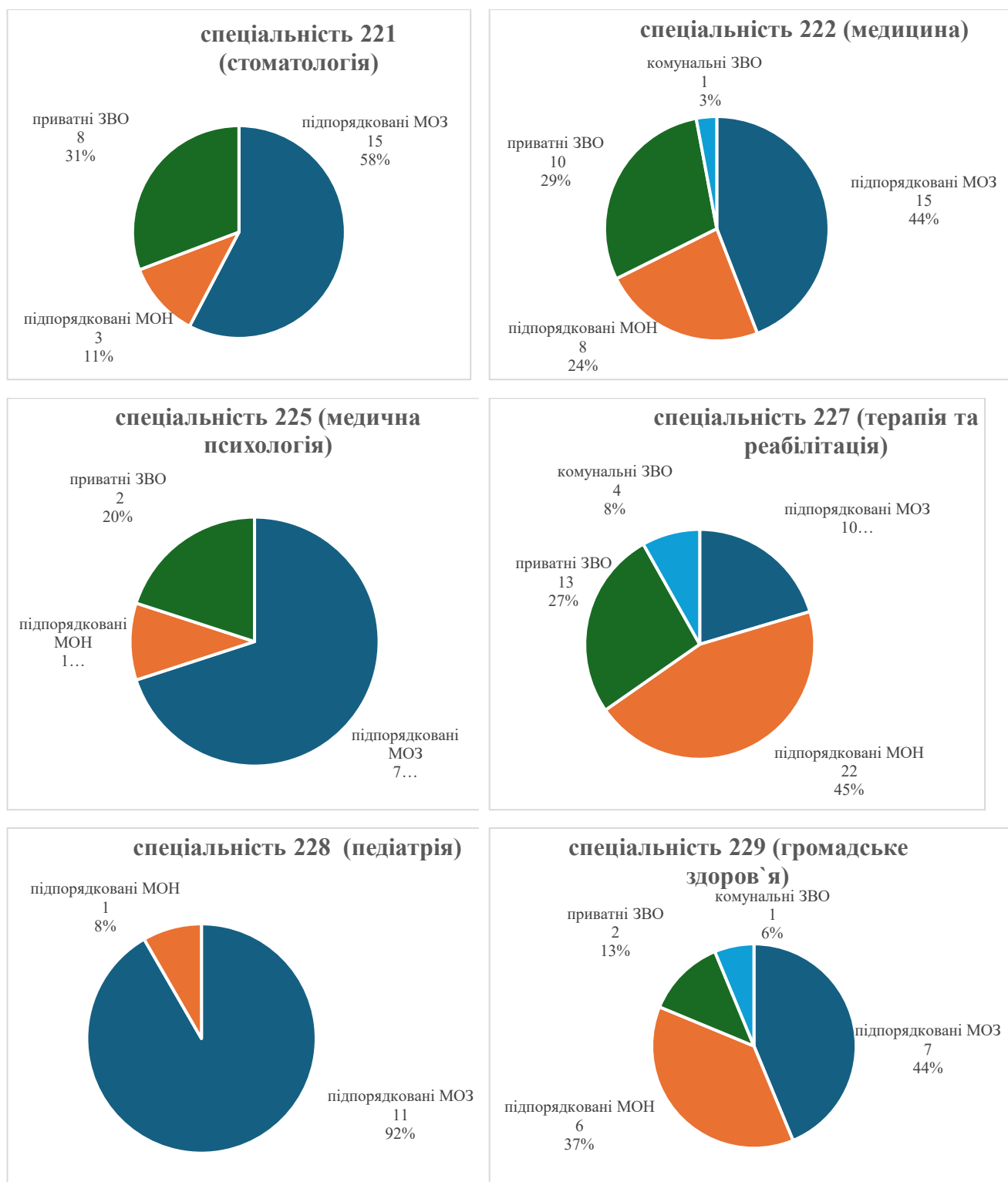


Рис. 1.9. Кількість закладів вищої освіти, які здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти галузі знань 22 “охорона здоров’я” за різними спеціальностями (сформовано авторкою за матеріалами ЕДЕБО (сформовано і візуалізовано авторкою за матеріалами [93]))

Дані, сформовані на основі матеріалів Єдиної державної електронної бази з питань освіти (ЄДЕБО), дозволяють оцінити розподіл між закладами, які підпорядковуються МОЗ, МОН або є приватними чи комунальними ЗВО.

Наприклад, найбільша частка підготовки за спеціальністю 228 “Педіатрія” припадає на заклади, підпорядковані МОЗ (92%), тоді як у спеціальностях, таких як 221 “Стоматологія” та 225 “Медична психологія”, значну частку займають приватні заклади (31% та 20% відповідно). Спеціальності 227 “Терапія та реабілітація” та 229 “Громадське здоров’я” мають більш збалансований розподіл між закладами різних форм підпорядкування, включаючи комунальні, приватні та підпорядковані МОЗ та МОН.

Як було вищезазначено, Україна має доволі розвинуту мережу вищих медичних навчальних закладів різного підпорядкування, які готують спеціалістів для потреб вітчизняної системи охорони здоров’я, а також фахівців для інших країн світу. Підготовка лікарів здійснюється за спеціальностями галузі знань 22 “Охорона здоров’я”. Основними за кількістю студентів і важливістю для підготовки професіоналів і фахівців спеціальностями цієї галузі є:

- 221 “Стоматологія”;
- 222 “Медицина”;
- 225 “Медична психологія”;
- 227 Терапія та реабілітація
- 228 “Педіатрія”

Спеціальності 221, 222, 228 є програмами так званої “наскрізної магістратури”, що означає, що на них вступають абітурієнти на основі повної загальної середньої освіти або медичної освіти рівня молодшого спеціаліста, і впродовж навчання вони не одержують диплома бакалавра. Лише за спеціальністю 226 існують програми підготовки бакалаврів, які згодом можуть вступити в магістратуру.

Тривалість навчання магістрів на основі повної загальної середньої освіти становить: за спеціальностями “Медицина” і “Педіатрія” – шість років; за спеціальностями “Стоматологія” і “Фармація, промислова фармація” – п’ять років.

Підготовка за спеціальностями “Медицина”, “Педіатрія” і “Стоматологія” провадиться тільки за денною формою навчання. Єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ) – основна форма атестації здобувачів галузі знань “22 Охорона здоров’я”. Цей іспит впроваджено у 2019 році для забезпечення високого рівня підготовки медичних працівників та уніфікації стандартів їхньої освіти [72].

Єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ) складається з двох компонентів: тестового та практичного [70].

Тестові компоненти ЄДКІ

- інтегрований тестовий іспит “КРОК” призначений для здобувачів ступеня фахового молодшого бакалавра, бакалавра та магістра.
- іспит з англійської мови професійного спрямування, міжнародний іспит з основ медицини передбачені для здобувачів ступеня магістра.

Практичні компоненти ЄДКІ

- Практично-орієнтований іспит проводиться для здобувачів ступеня фахового молодшого бакалавра та бакалавра.
- Об’єктивний структурований практичний (клінічний) іспит (ОСП(К)І)³: обов’язковий для здобувачів ступеня магістра.

Одним із ключових елементів оцінювання клінічної компетентності є власне ОСП(К)І. Основна мета цього іспиту — визначення відповідності програмних результатів навчання здобувачів вимогам освітньої або освітньо-професійної програми, які неможливо оцінити за допомогою виключно тестових методів.

³ Іспит охоплює 12 станцій на кожному курсі. В ОСП(К)І входять базові клінічні дисципліни: зі спеціальності “Медицина” та “Лікувальна справа”:

- на 3 курсі – пропедевтика внутрішньої медицини (5 станцій), загальна хірургія (4 станції), пропедевтика педіатрії (3 станції);
- на 4 курсі – внутрішні хвороби (3 станції), хірургія (3 станції), педіатрія (3 станції), неврологія (2 станції), психіатрія (1 станція);
- на 5 курсі – внутрішні хвороби (3 станції), педіатрія (3 станції), хірургія (2 станції), акушерство та гінекологія (2 станції), анестезіологія та інтенсивна терапія (1 станція), інфекційні хвороби (1 станція).

зі спеціальності “Стоматологія”:

- на 3 курсі – терапевтична стоматологія (4 станції), ортопедична стоматологія (4 станції), хірургічна стоматологія (4 станції);
- на 4 курсі – дитяча терапевтична стоматологія (4 станції), внутрішня медицина (4 станції), хірургія (4 станції).

Об'єктом оцінювання під час ОСП(К)І виступає сформованість та рівень демонстрації професійних клінічних компетентностей, які стандартизовано ідентифікуються та кількісно оцінюються на основі контрольного листа (чек-листа), складеного відповідно до вимог. До складу ОСП(К)І включаються базові практично-орієнтовані клінічні дисципліни, що дозволяє комплексно оцінити підготовку здобувачів.

Проведення ОСП(К)І заплановано на період з 7-го по 12-й календарний день після складання здобувачами іспиту “КРОК 2” за відповідною спеціальністю (*додаток Г*). Такий підхід забезпечує інтегровану оцінку теоретичних знань і практичних навичок, що є ключовими для формування професійної компетентності майбутніх медичних фахівців.

Головним органом, що забезпечує контроль за якістю освіти в Україні через акредитацію освітніх програм, інституційну акредитацію, моніторинг та оцінку діяльності ЗВО, а також через визначення та погодження стандартів вищої освіти, що забезпечує належний рівень навчання для майбутніх професіоналів є Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти [71].

Національне агентство, як важливий орган у сфері вищої освіти, виконує ряд ключових функцій, що мають суттєве значення для забезпечення якості освітніх програм та інституційної діяльності ЗВО. Його роль полягає в розробці і затвердженні різних положень, що регулюють процес акредитації освітніх програм і закладів освіти, а також в управлінні процесом акредитації. Зокрема, агентство відповідає за підготовку та подання на затвердження до Міністерства освіти і науки України (МОН) положень, які визначають критерії акредитації, а також зміни до цих документів. Це стосується як акредитації освітніх програм, так і інституційної акредитації ЗВО, що є основними елементами забезпечення якості освіти.

Однією з важливих функцій агентства є аналіз якості освітньої діяльності ЗВО. Такий моніторинг дає змогу виявити сильні та слабкі сторони освітнього процесу та вдосконалити підходи до навчання. На основі цих аналізів Національне агентство проводить інституційну акредитацію, що є важливою складовою системи управління якістю вищої освіти в Україні.

Додатково агентство займається формуванням галузевих експертних рад, до складу яких входять висококваліфіковані фахівці з науковими ступенями та значним практичним досвідом у відповідній галузі. Ці ради відіграють важливу роль у визначенні стандартів якості для окремих освітніх програм і спеціальностей, сприяючи приведенню змісту навчання у відповідність до сучасних вимог професійних спільнот і міжнародної практики.

Окрім цього, агентство також бере участь у погодженні стандартів вищої освіти, що розробляються Міністерством освіти і науки України. Цей процес є ключовим етапом у вдосконаленні системи вищої освіти, адже затверджені стандарти визначають вимоги до змісту навчальних програм, результатів навчання та загального рівня підготовки фахівців за різними спеціальностями.

Не менш важливим є проведення постакредитаційного моніторингу, який дозволяє відслідковувати та оцінювати ефективність реалізації акредитованих освітніх програм та заходів, спрямованих на покращення якості освіти в університетах. Цей моніторинг є необхідним для того, щоб переконатися, що вищі навчальні заклади продовжують відповідати вимогам, що були встановлені під час акредитації.

Висвітлення проблем якості медичної освіти в Україні виявляє низку важливих аспектів, що потребують негайного вирішення. Згідно з результатами складання Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ) студентами медичних спеціальностей, зокрема за напрямками “Медицина”, “Стоматологія” і “Фармація”, можна спостерігати негативну тенденцію у підготовці майбутніх медичних працівників. Багато студентів, що навчаються за цими спеціальностями, не складають іспити “КРОК 1” і “КРОК 2”, причому є ЗВО, де 90% студентів не здатні успішно пройти ці іспити [197]. Це свідчить про суттєві проблеми в навчальному процесі, зокрема щодо відповідності навчальних програм і методик сучасним вимогам медичної практики.

Звісно, результати між державними та приватними закладами вищої освіти мають свою специфіку. Студенти, які навчаються в університетах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, показують кращі

результати на ЄДКІ порівняно з тими, хто отримує освіту в приватних закладах [197]. Це може свідчити про більш високий рівень підготовки в державних медичних університетах, хоча й не виключає проблем, характерних для всієї системи освіти.

Висновки до розділу 1

В умовах трансформації українського суспільства, яке переживає значні адміністративні, соціальні та економічні зміни, питання професійної підготовки лікарів набуває особливої актуальності. Війна додала нові виклики до вже складної системи охорони здоров'я, наголошуючи на важливості ефективної кадрової політики, що спрямована на забезпечення стійкості та адаптивності медичної галузі.

Кадрова політика у сфері охорони здоров'я виступає фундаментом для створення сучасної та ефективної системи надання медичних послуг. Її основою є формування, підготовка та раціональне використання людських ресурсів, які є ключовими для забезпечення високого рівня медичного обслуговування. Саме якість підготовки лікарів, умови їхньої роботи та соціальна підтримка визначають рівень довіри суспільства до медичної системи, її стійкість до зовнішніх викликів та здатність оперативно реагувати на нові загрози.

Професійна підготовка медичних працівників має враховувати не лише сучасні вимоги медицини, а й динамічні умови, що формуються в умовах кризи, таких як війна чи пандемії. Освіта майбутніх лікарів повинна інтегрувати інноваційні технології, міждисциплінарні підходи та навички адаптації до складних і непередбачуваних ситуацій. Саме тому управлінські стратегії у цій сфері мають бути орієнтовані на забезпечення сталого розвитку освітнього середовища та створення умов для безперервного професійного вдосконалення лікарів.

Сучасні реалії вимагають не лише підвищення професійної компетентності лікарів, але й зміцнення їхньої етичної та соціальної відповідальності. Університети повинні формувати майбутніх лікарів не лише як

висококваліфікованих фахівців, а й як активних учасників суспільних процесів, які здатні брати відповідальність за здоров'я своїх пацієнтів та громади загалом.

Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів є ключовим елементом кадрової політики, що визначає напрямок розвитку всієї системи охорони здоров'я. Лише через впровадження стратегічного підходу до освіти медичних працівників можна забезпечити стійкість медичної системи, її здатність адаптуватися до сучасних викликів та відповідати на потреби суспільства. Це завдання вимагає комплексного підходу, що інтегрує державну політику, інновації в освіті та міжнародний досвід, створюючи основу для високоякісного та ефективного надання медичної допомоги.

Медична освіта у світі, а особливо в Україні, стикається зі значними викликами, які диктують необхідність її адаптації до сучасних потреб суспільства та змін у системі охорони здоров'я. Глобальні зміни, такі як демографічні процеси, стрімкий розвиток медичних технологій, загрози пандемій та воєнні конфлікти, ставлять перед системою підготовки медичних кадрів завдання, які потребують комплексних і новаторських рішень.

Важливим аспектом цих змін є потреба у гнучкості освітніх програм, які повинні не лише забезпечувати студентів теоретичними знаннями, але й формувати у них навички роботи в умовах швидкоплинних реалій. Інтеграція цифрових технологій, симуляційних методик та використання віртуальної реальності стає основою для підвищення якості навчання. Це дозволяє не лише компенсувати обмеження в доступі до клінічної практики, а й забезпечувати інноваційний підхід до підготовки лікарів.

Особливу увагу слід приділити підготовці медичних працівників до роботи в екстремальних умовах, таких як військові дії чи стихійні лиха. Військовий конфлікт в Україні створює потребу у спеціалізованих навчальних програмах, які охоплюють не лише екстрену медичну допомогу, але й кризове управління, комунікацію з постраждалими та психологічну підтримку пацієнтів. У цих умовах традиційні навчальні програми часто виявляються недостатніми, що вимагає їхнього суттєвого оновлення та адаптації.

Ще одним важливим аспектом є формування міждисциплінарних компетенцій, які виходять за межі вузької спеціалізації. Лікарі сучасності мають бути не лише висококваліфікованими фахівцями, але й ефективними лідерами, комунікаторами, а також здатними працювати в команді. Це особливо актуально в умовах постійного розвитку технологій і зміни пріоритетів охорони здоров'я, таких як паліативна допомога, геріатрія та управління хронічними захворюваннями.

Розвиток професійної компетентності викладацького складу є ще одним стратегічним завданням медичної освіти. Викладачі мають бути готовими до впровадження інноваційних методик, нових технологій навчання, а також до використання інтерактивних підходів, які сприяють активному залученню студентів до освітнього процесу.

Результативність підготовки лікарів тісно пов'язана з якістю моніторингу освітніх програм. Об'єктивні критерії оцінювання, такі як стандартизовані екзамени, тестування клінічних навичок і моніторинг працевлаштування випускників, є ключовими інструментами для вдосконалення освітнього процесу. Успіх у підготовці медичних кадрів залежить від здатності системи освіти швидко реагувати на зміни в професійному середовищі та забезпечувати адаптивність навчальних програм до сучасних викликів.

Сучасна система підготовки медичних кадрів в Україні перебуває в процесі трансформації, що обумовлено необхідністю реагувати на глобальні виклики та локальні реалії. Інституційний механізм управління цією системою включає багаторівневу структуру, яка охоплює державні органи, заклади вищої медичної освіти, наукові установи та органи місцевого самоврядування. Проте, попри позитивні зміни, такі як децентралізація управління та інтеграція міжнародних стандартів, система залишається надто централізованою та стикається з низкою викликів.

Ще однією проблемою є недостатня ефективність координації між Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) і Міністерством освіти і науки (МОН). Ці два міністерства забезпечують баланс між практичною та теоретичною підготовкою медичних кадрів, однак їхня взаємодія часто характеризується

дублюванням функцій і браком чіткої методології оцінки потреб у кадрах. Це створює ризики для збалансованого розвитку системи підготовки лікарів та не дозволяє повною мірою задовольнити потреби регіонів.

Недостатність дієвих механізмів прогнозування та планування також призводить до дисбалансу між кількістю підготовлених спеціалістів і реальними потребами системи охорони здоров'я. Заклади вищої медичної освіти нерідко акцентують увагу на залученні контрактних студентів, що знижує загальний рівень професійної підготовки, а відсутність відповідності між навчальними програмами та викликами сучасної медицини впливає на якість випускників.

Розвиток клінічних баз, модернізація ліцензійних умов для закладів освіти, впровадження Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ) та інші ініціативи сприяють підвищенню якості підготовки лікарів. Однак для ефективного впровадження цих змін необхідно забезпечити кращу інтеграцію між державними органами, закладами освіти та клінічними установами.

Основні результати першого розділу представлено у наукових публікаціях [20; 21; 104].

РОЗДІЛ 2

СТРАТЕГІЧНІ ІМПЕРАТИВИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПРОФЕСІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛІКАРІВ

2.1. Нормативно-правове забезпечення післядипломної підготовки лікарів

Реалізація Стратегії розвитку медичної освіти в Україні [31] розрахована на десятирічний період. Очікується, що в результаті впровадження цієї Стратегії відбудеться якісна трансформація підходів до формування системи післядипломної освіти та її змісту. Практичне виконання Стратегії розпочалося із суттєвих змін у нормативно-правовому регулюванні післядипломної освіти на всіх етапах її реалізації.

На початковому етапі впроваджено законодавчі зміни, що стосуються проходження інтернатури (первинної лікарської спеціалізації). Інтернатура є важливим етапом у підготовці лікаря, обов'язковим для присвоєння кваліфікації “лікар-спеціаліст” або “провізор-спеціаліст” і подальшого працевлаштування на відповідній посаді. Після завершення навчання в медичному університеті та успішного складання Єдиного державного кваліфікаційного іспиту, студент повинен пройти практичну підготовку у закладі охорони здоров'я.

З метою підвищення якості інтернатури та покращення методичного забезпечення, з 1 січня 2022 року набув чинності новий наказ Міністерства охорони здоров'я [67]. Цей нормативний акт закладає нові підходи до організації та проведення інтернатури, спрямовані на вдосконалення підготовки молодих фахівців у медичній сфері.

Інтернатура є формою післядипломної підготовки випускників за лікарськими та провізорськими спеціальностями, основною метою якої є вдосконалення рівня теоретичної і практичної підготовки лікарів та провізорів-інтернів, а також їхньої професійної готовності до самостійної діяльності за обраною спеціальністю.

Програма підготовки в інтернатурі інтегрує освітні та практичні компоненти в єдиний комплекс, який розробляється і реалізується закладами вищої освіти у співпраці з базами стажування лікарів та провізорів-інтернів. Цей комплекс забезпечує набуття необхідних компетентностей для присвоєння кваліфікації лікаря-спеціаліста або провізора-спеціаліста.

Програма підготовки базується на принципах академічної доброчесності, медичної та фармацевтичної етики, деонтології та доказової медицини, забезпечуючи якісний рівень професійної освіти і підготовки майбутніх фахівців.

Дана модель інтернатури впроваджує справедливий механізм розподілу інтернів та стандартизацію її змісту, що включає такі ключові аспекти:

- скорочення переліку медичних спеціальностей, доступних для інтернатури;
- встановлення чітких вимог до баз, на яких здійснюється проходження інтернатури;
- реформування системи фінансування інтернатури;
- створення національного рейтингу студентів на основі об'єктивних та незалежних критеріїв оцінювання, зокрема, академічної успішності;
- формування національного реєстру інтернатури із зазначенням спеціальностей та баз проходження;
- розроблення програмного забезпечення для забезпечення об'єктивного та прозорого розподілу студентів на місця інтернатури відповідно до рейтингу;
- впровадження механізмів академічної мобільності для інтернів;
- створення інструментів для оцінки ефективності навчання в рамках інтернатури.

Ці зміни спрямовані на покращення якості підготовки майбутніх спеціалістів і забезпечення прозорості процесу організації інтернатури. Наразі тривалість інтернатури в Україні для студентів різних спеціальностей варіюється від одного до трьох років. Програма підготовки в інтернатурі включає дві основні складові (табл. 2. 1):

Таблиця 2.1

Порівняльна характеристика освітньої та практичної частини
підготовки в інтернатурі (сформовано авторкою)

Критерій	Освітня частина	Практична частина
Місце проведення	ЗВО	База стажування
Тривалість	3 міс. за один рік навчання	75% від тривалості часу навчання
Вид навчання	Проходження освітньої частини згідно з програмами інтернатури і навчальними планами, науково-практичні та навчально-методичні конференції	Практична робота відповідно до вимог навчальних планів та програм підготовки в інтернатурі з певної спеціальності
Обов'язки куратора	Керівник групи відповідає за підготовку в інтернатурі з певної спеціальності, надає методичну та консультативну допомогу базам стажування	Лікар-куратор забезпечує підготовку з практичної частини відповідно до індивідуальних навчальних планів, контролює ступінь виконання лікарем-інтерном передбаченої програми підготовки
Контроль	ЗВО проводить поточне та проміжне оцінювання. Після завершення освітньої частини інтернатури проводить проміжний контроль виконання інтернами індивідуальних навчальних планів, їхньої підготовки згідно з планом і програмою інтернатури. Інтерни проходять тестовий контроль рівня знань та співбесіду	Лікар-куратор контролює, як виконується програма підготовки в інтернатурі та індивідуальний навчальний план інтернів, та повідомляє щомісячно про порушення (при їхній наявності) керівника бази стажування інтернів
Організація проживання	ЗВО забезпечує проживання	Місце проживання забезпечує база стажування

1. Освітня частина, яка проводиться в ЗВО, що здійснюють підготовку лікарів (або провізорів)-інтернів. Її тривалість становить три місяці на кожен рік навчання.

2. Практична частина, що реалізується на базах стажування лікарів (або провізорів)-інтернів, де забезпечується набуття клінічних навичок.

Такий підхід до підготовки вимагає вдосконалення для досягнення відповідності міжнародним стандартам і забезпечення конкурентоспроможності українських лікарів на глобальному рівні.

Війна значно вплинула на законодавчу базу України, що зумовило часткове впровадження Положення про інтернатуру. Зокрема, не були створені національний рейтинг студентів на основі об'єктивних та незалежних критеріїв оцінювання, національний реєстр інтернатури із зазначенням спеціальностей та баз проходження, а також програмне забезпечення для прозорого розподілу місць інтернатури на основі рейтингу.

Згідно з новими вимогами, кількість базових спеціальностей в інтернатурі скорочено на дев'ять позицій. Спеціальності, такі як загальна гігієна, клінічна онкологія, нейрохірургія, пульмонологія та фтизіатрія, судово-медична експертиза, урологія, неонатологія, спортивна медицина та дитяча отоларингологія, були переведені до категорії вторинної спеціалізації.

Відповідно до наказу МОЗ [68] відбулися зміни у переліку вторинних спеціальностей, а також у порядку вступу на них і термінах навчання. Наприклад, підготовка в інтернатурі зі спеціальності “Нейрохірургія” більше не проводиться. Замість цього введено вторинну спеціалізацію “Нейрохірургія”, тривалість якої становить 9 місяців, а вступ на неї можливий після завершення інтернатури за спеціальностями “Хірургія” (3 роки) або “Ортопедія і травматологія” (2 роки). Отже, для здобуття кваліфікації лікаря-нейрохірурга після інтернатури зі спеціальності “Хірургія” необхідно 3 роки і 9 місяців навчання: 3 роки підготовки з загальної хірургії та 9 місяців з нейрохірургії. У попередньому законодавстві на підготовку з нейрохірургії відводилося 3 роки, що свідчило про суттєве скорочення часу для опанування вузької спеціальності.

Ситуація ще більш показова для спеціалізації з нейрохірургії після інтернатури зі спеціальності “Ортопедія і травматологія”. У цьому випадку навчання триває 2 роки і 9 місяців, з яких 2 роки присвячено опануванню сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із патологіями опорно-рухової системи, тоді як лише 9 місяців відводиться на вивчення методів лікування, включаючи хірургічні, центральної та периферичної нервової системи. Отже, нові нормативні зміни призвели до скорочення часу на спеціалізацію у вузьких галузях, що може вплинути на рівень підготовки фахівців у таких критично важливих сферах, як нейрохірургія.

Таке скорочення тривалості підготовки у вузьких спеціальностях, як нейрохірургія, підкреслює необхідність впровадження альтернативних підходів до післядипломної освіти, які б відповідали сучасним стандартам і забезпечували належний рівень професійної підготовки. У цьому контексті МОЗ України вперше в історії української медичної освіти впроваджує інститут лікарської резидентури. Цей етап післядипломної медичної підготовки здійснюється після завершення навчання в медичному університеті та отримання сертифіката лікаря-спеціаліста [71]. Основною метою резидентури є формування вузькоспеціалізованих професійних компетентностей у межах обраної лікарської спеціальності, що необхідні для здійснення самостійної професійної діяльності.

У 2024 році резидентура розпочалася за першою спеціальністю – “нейрохірургія”. З 2025 року передбачається поступове розширення кількості спеціальностей, доступних для навчання в рамках лікарської резидентури.

Програми та навчальні плани підготовки лікарів у резидентурі за конкретними спеціальностями розроблятимуть ЗВО та наукові установи із залученням представників профільних медичних асоціацій. Під час розробки враховуватимуться вимоги Європейської спілки лікарів-спеціалістів. Усі програми будуть оприлюднені на офіційних вебсайтах відповідних установ. Практична частина підготовки в резидентурі займатиме щонайменше 80 % загального часу навчання.

Вступ на резидентуру здійснюватиметься на конкурсній основі. Подати заявку можуть лікарі, які відповідають одній із таких категорій:

1. Лікарі, які завершили інтернатуру за спеціальністю “Хірургія” (тривалість резидентури – 3 роки), “Ортопедія і травматологія” або “Неврологія” (тривалість – 4 роки), здали іспит “Крок 3” з результатом щонайменше 85 %, отримали оцінку “відмінно” за практичні навички та вміння, а також мають сертифікат лікаря-спеціаліста.

2. Лікарі, які завершили інтернатуру за відповідною спеціальністю, склали іспит “Крок 3” із результатом не менше 78 %, отримали оцінку не нижче ніж “добре” за практичні навички, мають сертифікат лікаря-спеціаліста, а також стаж роботи за спеціальністю не менше одного року.

3. Лікарі-спеціалісти, які вже працюють за відповідною лікарською спеціальністю щонайменше три роки. Для цієї категорії відсутні додаткові вимоги щодо результатів підготовки в інтернатурі.

Встановлено чіткі вимоги до ЗВО та наукових установ, які будуть здійснювати підготовку лікарів-резидентів, а також до баз лікарської резидентури. Зокрема, ЗВО повинні мати у своєму складі симуляційні центри, що забезпечують можливість відпрацювання клінічних навичок за обраною спеціальністю резидентури. Базы резидентури, у свою чергу, мають гарантувати лікарям-резидентам обсяг клінічної роботи, необхідний для повного виконання програми підготовки.

Кожному резиденту буде призначено досвідченого керівника та клінічного куратора, які відповідатимуть за його навчання. Контроль результатів підготовки включатиме поточний, проміжний і підсумковий етапи (атестацію).

Наразі в Україні підготовка лікарів-спеціалістів здійснюється через проходження інтернатури (для 24 спеціальностей) та вторинної спеціалізації (для 122 лікарських і 8 стоматологічних спеціальностей). Тривалість інтернатури становить від 1 до 3 років, а цикли вторинної спеціалізації тривають від 1 до 9 місяців (рис. 2.1). Такий підхід є недостатнім для якісної підготовки лікарів-спеціалістів і не відповідає європейським стандартам медичної освіти.

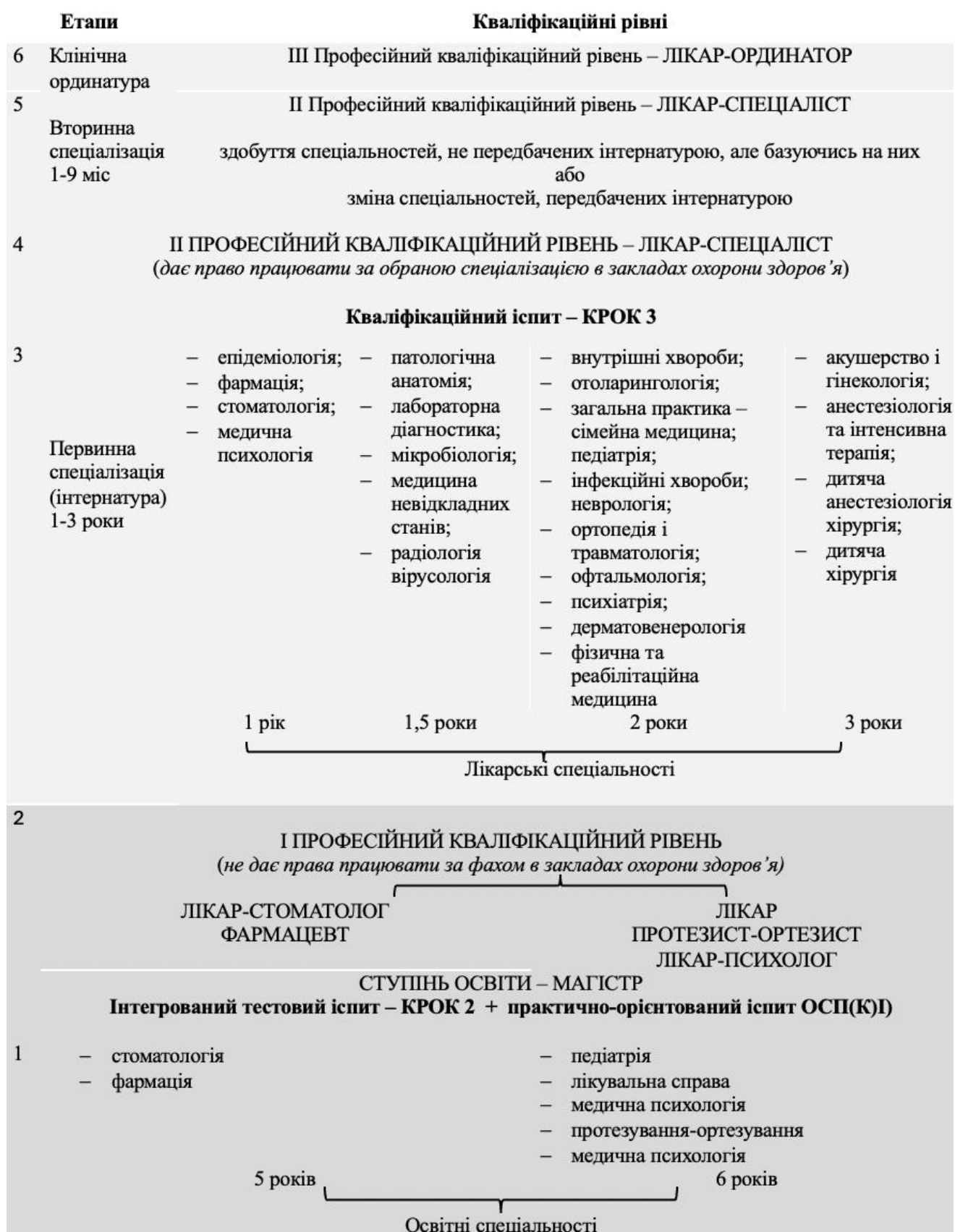


Рис. 2. 1. Етапи здобуття професійних кваліфікаційних рівнів у ступеневій підготовці лікарів: вища (додипломна) освіта (1-2 етапи) та післядипломна освіта (3-6 етапи) (сформовано та візуалізовано авторкою)

Згідно з нормами ЄС, післядипломне навчання лікарів триває в середньому від 3 до 5 років залежно від обраної спеціальності, що значно перевищує поточні терміни в Україні. На сьогодні існує значна різниця у тривалості підготовки лікарів в Україні та інших країнах світу. Зокрема, у США навчання для здобуття кваліфікації лікаря акушера-гінеколога триває 12 років, тоді як в Україні цей період становить лише 9 років. Такий розрив свідчить про невідповідність підготовки українських фахівців міжнародним стандартам і створює суттєві бар'єри для їхньої конкуренції на світовому ринку праці.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 2021 року № 1254 “Про затвердження Положення про інтернатуру” запроваджено механізм зарахування до інтернатури на основі рейтингового розподілу. Ця система електронного розподілу випускників ЗВО в інтернатуру передбачає збір та аналіз даних про успішність випускників і забезпечує автоматизований процес формування рейтингових списків. Розподіл здійснюється на підставі конкурсного бала, який отримує кожен випускник.

Рейтинговий розподіл є обов'язковою умовою для вступу в інтернатуру за рахунок державного бюджету та поширюється на випускників, які:

- навчалися в закладі вищої освіти за державним замовленням;
- здобували освіту за кошти фізичних чи юридичних осіб.

Рейтингові списки оприлюднюються у повному обсязі на офіційних вебсайтах відповідних ЗВО. За підсумками рейтингового розподілу заклади видають випускникам направлення на проходження програми підготовки в інтернатурі. Маршрут вступу випускників до інтернатури подано на рис. 2.2.

Зарахування до інтернатури здійснюється на основі рейтингового розподілу, який проводиться за результатами конкурсного бала випускника. За підсумками рейтингового розподілу випускник закладу вищої освіти (ЗВО) отримує направлення на проходження інтернатури, що є офіційною підставою для видання наказу про зарахування.

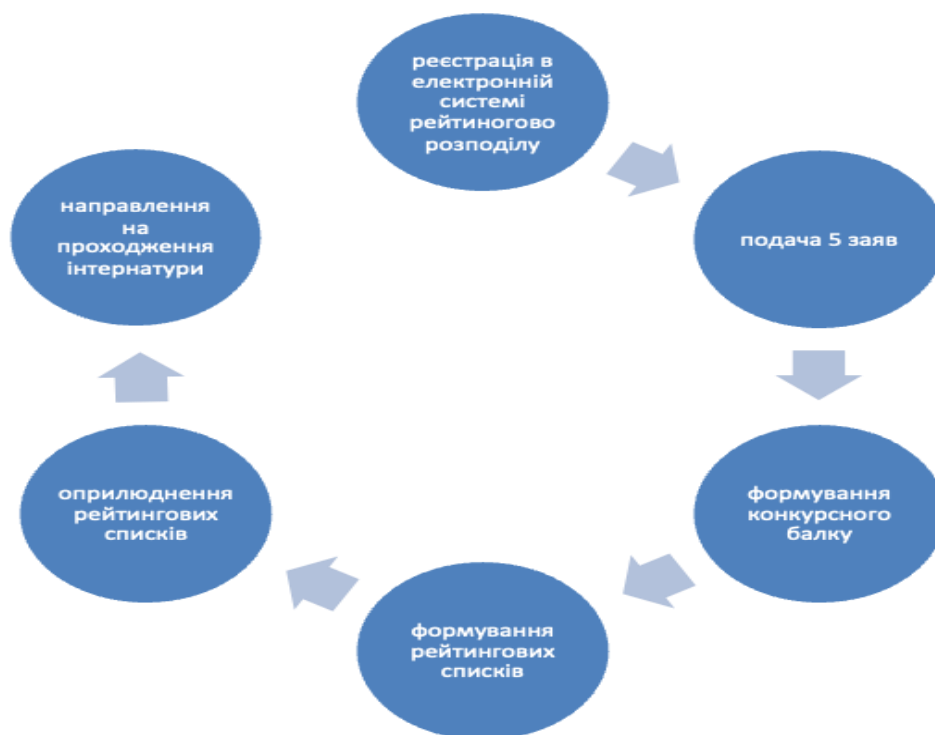


Рис. 2.2. Процес рейтингового розподілу для зарахування до інтернатури (сформовано та візуалізовано авторкою)

До інтернатури можуть вступати як випускники, які навчалися за кошти державного бюджету, так і ті, чиє навчання фінансувалося за рахунок фізичних або юридичних осіб.

Для участі в рейтинговому розподілі випускник повинен подати відповідну заяву, в якій зазначає:

- бажану спеціальність, обрану з переліку, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України;
- пріоритетність заяв від 1 до 5 (де 1 – найвищий пріоритет, 5 – найнижчий), із застереженням, що зміна пріоритетності після подання заяви неможлива;
- заклад вищої освіти (ЗВО);
- базу стажування, відповідно до переліку, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України.

Розподіл до інтернатури за обраною спеціальністю здійснюватиметься на основі конкурсної бала, який розраховується з урахуванням середнього бала

випускника, результатів іспиту “КРОК 2” та оцінки за об’єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ).

Електронна система обробляє заяви випускників у порядку зазначених пріоритетів, починаючи з заяви найвищого пріоритету. У разі, якщо випускник отримує місце за спеціальністю, обраною як перший пріоритет, він автоматично виключається з подальшого процесу рейтингового розподілу. Якщо ж за першою пріоритетністю місце не отримано, система переходить до розгляду заяви з наступним, нижчим пріоритетом.

У випадку, якщо випускник не отримує місця за жодною із зазначених у заяві спеціальностей, МОЗ України пропонує спеціальність, базу стажування та заклад вищої освіти на основі актуальних потреб у фахівцях у поточному році. Якщо випускник не приймає запропоноване місце, він може брати участь у повторному рейтинговому розподілі не раніше, ніж через один рік.

Після обробки заяв електронна система формує рейтинговий список відповідно до таких принципів:

1. У першу чергу до списку включаються випускники, які проходитимуть інтернатуру за рахунок коштів державного бюджету.
2. Далі включаються випускники, які проходитимуть інтернатуру за кошти фізичних чи юридичних осіб.

Рейтинг випускників у списку визначається на основі їхнього конкурсного бала: вищий бал забезпечує вищу позицію у рейтингу. Крім того, враховується пріоритетність заяви: спочатку розглядаються заяви з найвищим пріоритетом, а заяви з нижчими пріоритетами займають відповідно нижчі позиції у списку.

Щодо раціонального використання бюджетних коштів, заклади вищої медичної освіти мають звернути увагу на актуальні потреби медичної галузі у фахівцях. На сьогодні відсутня ефективна методологія оцінки потреб у підготовці медичних працівників, яку б могли використовувати заклади вищої освіти (ЗВО). Не розроблено дієвого інструменту прогнозування потреби держави у медичних кадрах через брак повної та достовірної інформації про кількість лікарів, які

здійснюють практику, як у державних, так і в приватних закладах охорони здоров'я.

Через відсутність такої методології оцінки ЗВО орієнтуються на збільшення кількості студентів-контрактників, не враховуючи рівня їхньої підготовки та реальних потреб ринку праці. Як наслідок, щороку заклади вищої медичної освіти випускають фахівців із медичних спеціальностей, які є перенасиченими на ринку праці, наприклад, “акушерство та гінекологія”, “стоматологія” тощо. Наразі лікарі цих спеціальностей стикаються з суттєвими труднощами у працевлаштуванні, оскільки кількість фахівців, які вже працюють у цих галузях (значна частина з яких ще не досягла пенсійного віку), перевищує потребу системи охорони здоров'я.

Ця ситуація призводить до того, що молоді фахівці змушені самостійно проходити платні курси спеціалізації, щоб змінити обрану спеціальність. Наприклад, перехід із “акушерства та гінекології” на “загальну практику – сімейну медицину” вимагає додаткових фінансових витрат, які становлять близько 20 000 грн за курс. Такий підхід створює додатковий фінансовий і соціальний тягар для молодих спеціалістів та обмежує їхні можливості для ефективного старту професійної кар'єри.

Фінансування підготовки лікарів в інтернатурі здійснюється за трьома основними джерелами:

1. Коштом державного бюджету – для громадян України, які проходять інтернатуру в державних медичних установах.
2. Коштом фізичних або юридичних осіб – для:
 - іноземних громадян або осіб без громадянства, які проходять інтернатуру в Україні;
 - громадян України, які навчалися за державний кошт, але обрали проходження інтернатури в приватних медичних закладах;
 - громадян України, які навчалися за кошти фізичних та юридичних осіб, і обрали проходження інтернатури в державних чи приватних закладах охорони здоров'я;

3. Коштом з інших джерел, не заборонених законодавством – для громадян України.

Відповідно до затвердженого Положення, право на навчання в інтернатурі в Україні мають:

1. Громадяни України, які здобули диплом про вищу освіту за відповідною спеціальністю та отримали направлення для проходження програми підготовки в інтернатурі на основі результатів рейтингового розподілу.

2. Іноземні громадяни та особи без громадянства, які мають диплом про вищу освіту за відповідною спеціальністю та підтверджуючий документ про оплату навчання за кошти фізичних або юридичних осіб.

Отже, післядипломна освіта є першим етапом професійного становлення медичних працівників, який забезпечує набуття базових компетенцій для самостійної діяльності. Однак, стрімкий розвиток медицини, поява нових методів діагностики та лікування, а також зростання вимог до якості медичних послуг підкреслюють необхідність безперервного вдосконалення професійних навичок і знань упродовж усього періоду діяльності лікаря.

Отже, після завершення післядипломної підготовки лікарі вступають у новий етап професійного навчання – безперервний професійний розвиток. Ця система спрямована на підтримку та підвищення рівня їхніх компетенцій відповідно до сучасних стандартів охорони здоров'я.

Згідно з Положенням про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 року № 725, та наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 року № 446 “Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів” (із внесеними змінами), усі фахівці у сфері охорони здоров'я після здобуття відповідної вищої освіти та отримання кваліфікації за результатами навчання в інтернатурі зобов'язані дотримуватись вимог системи безперервного професійного розвитку для проходження подальшої атестації та підвищення кваліфікаційної категорії.

Безперервний професійний розвиток (БПР) визначається як “період освіти та підготовки лікарів, що розпочинається після завершення базової медичної освіти та післядипломного навчання, а потім триває протягом усього професійного життя лікаря” [224].

Безперервна медична освіта визначається як “будь-яка діяльність, яка спрямована на підтримку, розвиток або підвищення знань, навичок, професійної ефективності та відносин, які лікар використовує для надання послуг пацієнтам, суспільству чи професійній спільноті”. Термін CME (Continuing Medical Education) значною мірою замінено на БПР.

Хоча CME описує діяльність, пов'язану із медичними знаннями та навичками, БПР є ширшим поняттям і має ширший контекст [146]. БПР охоплює весь континуум медичної освіти та стосується постійного розвитку численних медичних і немедичних компетенцій, включаючи професіоналізм, міжособистісні, управлінські, комунікативні та соціальні навички.

Набуття всіх цих компетенцій є важливим для того, щоб бути хорошим професіоналом. Іншими словами, БПР охоплює всі формальні та неформальні види діяльності, які лікарі виконують для підтримки, оновлення, розвитку або вдосконалення своїх знань, навичок і ставлення до своєї практики [224].

У світі немає загального консенсусу щодо таких питань, як: чи має безперервний професійний розвиток (БПР) бути обов'язковим; хто повинен регулювати БПР; як його слід впроваджувати; як його слід кількісно оцінювати та моніторити; чи повинні заходи БПР офіційно затверджуватися для забезпечення якості; чи має БПР бути пов'язаний із повторним отриманням ліцензії; а також які наслідки має не дотримання вимог щодо БПР [157].

Лікарі мають професійний обов'язок перед своїми пацієнтами постійно оновлювати знання про найновіші досягнення у своїй галузі. Це не лише сприяє підвищенню якості медичних послуг, але й відповідає інтересам пацієнтів. БПР допомагає лікарям зростати на особистому рівні, що дозволяє їм ефективно адаптуватися до змін у наукових знаннях, потребах пацієнтів, системі охорони здоров'я та вимогах регуляторних органів.

БПР є ключовим елементом у процесі підвищення стандартів медичної допомоги, яку лікарі надають суспільству. Більшість медиків удосконалюють свою професійну діяльність, відповідаючи на нові виклики суспільства та тенденції у сфері медицини. Основною рушійною силою для постійного навчання є прагнення підтримувати високий рівень професійності.

Мотивація до участі в БПР зазвичай обумовлена [224]:

1. Професійною відповідальністю за надання якісної допомоги пацієнтам.
2. Зобов'язанням виконувати вимоги роботодавців і суспільства.
3. Потребою зберігати задоволення від роботи та уникати професійного вигорання.

БПР спрямований на підвищення компетенцій у сфері клінічних навичок та медичних знань для забезпечення найкращої можливої допомоги пацієнтам. Це включає розширення та поглиблення наявних фактичних знань, процедурних навичок та інтуїтивних знань.

Медична практика характеризується високим рівнем невизначеності та непередбачуваності, тому лікарі часто змушені приймати рішення в складних ситуаціях. Це вимагає від них обізнаності та здатності реагувати на суспільні тенденції, які впливають на надання медичних послуг. Вони повинні бути в курсі останніх наукових досліджень, мати здатність критично оцінювати нові знання та використовувати їх для постійного вдосконалення клінічної практики.

Окрім цього, важливим для щоденної практики є знання у галузі поведінкових та соціальних наук, таких як соціологія, біостатистика, громадське здоров'я, економіка охорони здоров'я, політики та соціокультурні детермінанти здоров'я.

Лікарям також важливо розвивати організаційні навички, зокрема адміністративні та управлінські здібності, вміння працювати в команді, лідерські якості, а також комунікативні та міжособистісні навички, які стануть у нагоді в повсякденній діяльності. Знання та розуміння концепцій професійної поведінки,

прийняття рішень та етики є надзвичайно важливими для забезпечення найвищих стандартів медичної практики.

БПР істотно відрізняється від навчання, яке лікарі отримують на етапах дипломної чи післядипломної підготовки. Якщо освітні програми на цих рівнях проводяться відповідно до регламентів та під наглядом, то навчання в рамках БПР переважно є самостійним, автономним і орієнтованим на індивідуальні потреби лікаря [216]. Крім того, тривалий нагляд під час такого навчання зазвичай не передбачається.

У БПР немає універсального підходу. Зміст, контекст та методи навчання залежать від сфери діяльності лікаря, його стилю навчання та особистих уподобань. Важливо враховувати ці індивідуальні особливості, уникаючи жорстких рамок у визначенні найкращих методів професійного розвитку.

Ефективний БПР базується на трьох основних елементах:

1. Аналіз потреб, що означає чітке усвідомлення причини, яка визначає необхідність проходження певного курсу або заходу БПР.
2. Адаптовані навчальні заходи – навчання, яке відповідає конкретним визначеним потребам.
3. Закріплення знань – дії після завершення програми БПР, які сприяють зміцненню отриманих знань і поширенню результатів навчання.

Лікарі найчастіше визначають свої потреби в навчанні через рефлексію над повсякденною клінічною практикою, аналізуючи допущені помилки та виявляючи аспекти, що потребують покращення. Цей процес базується на отриманому зворотному зв'язку від пацієнтів або колег у медичній команді. Постійна поява нових ліків, технологій, обладнання, процедур і методик вимагає від лікарів освоєння нових знань та навичок.

Зміни в клінічних умовах також можуть створювати нові виклики. Наприклад, зростання випадків агресії з боку родичів пацієнтів може спонукати лікарів переглянути свої підходи до комунікації з родинами, а також вивчити медико-правові аспекти, що допомагають захистити себе та своє робоче середовище.

Для визначення прогалин у знаннях чи навичках можна використовувати більш формальні методи, такі як тести, аудит ефективності, оцінка навичок або клініко-патологічні зустрічі. Стандарти компетентності, встановлені організаціями, також можуть слугувати основою для аналізу недоліків. У цьому контексті навчальні потреби визначаються як розрив між наявним рівнем знань чи практики та бажаним. На основі цього окреслюються необхідні компетенції, і здійснюються відповідні заходи для їхнього досягнення.

Моделі БПР можуть різнитися залежно від підходів та цілей. Найбільш поширеними є три типи моделей [157]:

1. Моделі оновлення знань – їхня мета полягає у передачі та поширенні нової інформації.
2. Моделі компетентності – зосереджені на забезпеченні досягнення базових стандартів знань, навичок та професійної поведінки.
3. Моделі продуктивності – спрямовані на допомогу лікарям у подоланні перешкод для впровадження змін у практику та вирішення клінічних проблем.

Моделі, орієнтовані лише на оновлення знань, не завжди забезпечують покращення клінічної практики, тоді як моделі продуктивності набувають дедалі більшої популярності. Централізовані іспити для підтвердження компетентності часто сприймаються як загроза, а також є складними для адаптації до індивідуальних потреб медичної практики [232].

У більшості країн відповідальність за організацію заходів БПР покладається на професійні організації. Медичні асоціації та академії, професійні спілки, державні організації чи академічні установи зазвичай ініціюють, проводять і просувають БПР.

У Великій Британії відповідальність за розробку рамкової структури БПР лежить на Академіях Королівських коледжів [143]. Вони встановлюють освітні стандарти, моніторять, сприяють та оцінюють діяльність, яка проводиться для їхніх членів. Ці програми є гнучкими, що дозволяє лікарям брати участь у заходах та отримувати визнання за внесок у контексті їхньої професійної діяльності.

В Україні організаторами (провайдерами) заходів безперервного професійного розвитку, за участь у яких нараховуються бали, можуть бути: МОЗ України, МОЗ Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, наукові установи, заклади вищої та післядипломної освіти, професійні асоціації, роботодавці, громадські організації, міжнародні організації та їхні представництва в Україні, а також міжнародні професійні асоціації, українські підприємства та інші установи й організації. Вимоги до проведення таких заходів встановлюються Міністерством охорони здоров'я України.

На основі рис. 2.3, який демонструє кількість провайдерів заходів безперервного професійного розвитку (БПР), можна зробити наступний аналіз: громадські організації та спілки є найбільш численною групою провайдерів, їхня кількість становить 79. Це свідчить про їхню значну активність у сфері БПР, що може бути обумовлено широким спектром діяльності таких організацій та їхнім фокусом на розвиток професійної спільноти; товариства з обмеженою відповідальністю (ТзОВ) займають друге місце з 67 провайдерами. Це підкреслює важливість приватного сектору в організації заходів БПР, ймовірно через їхню комерційну зацікавленість і можливість швидко реагувати на потреби ринку; серед інших провайдерів спостерігається значно менша кількість учасників.

Після закінчення медичного університету відповідальність за підтримання відповідних професійних стандартів покладається на лікарів. Роль регуляторних органів полягає в тому, щоб підтримувати їх у цьому процесі та забезпечувати контроль за його виконанням [155]. Певна форма регулювання є необхідною, щоб надати стимул для обов'язкового провадження БПР, і ця функція не може бути недооцінена. Це має важливе значення для клінічного управління [202], повторної атестації та моніторингу незадовільної професійної діяльності. Лікарі, піддані зовнішній перевірці, повинні бути здатні обґрунтувати свою діяльність [146].



Рис. 2.3. Провайдери заходів безперервного професійного розвитку (сформовано авторкою за матеріалами [91])

У деяких країнах існують нормативні вимоги, за якими наявність доказів участі у БПР є обов'язковою умовою для повторного отримання ліцензії. У певних країнах для цього потрібна реатестація, що включає періодичну оцінку знань та навичок. Проте ці регуляторні механізми здебільшого є гнучкими.

Освітні результати БПР рідко мають чіткі кількісні показники, і оцінити здатність лікарів ухвалювати кращі клінічні рішення у професійній практиці є досить складним завданням. Різні системи використовують різні критерії для визначення прийняттого рівня участі у БПР.

Зазвичай кількість годин, витрачених на акредитовані курси, фіксується, і відповідно до цього розподіляються кредитні бали. Перевагою системи кредитних балів є можливість моніторингу та фіксації часу, присвяченого безперервному професійному розвитку (БПР). Однак ця система має і недоліки: вона стимулює учасників до накопичення сертифікатів про участь у заходах БПР без реальної зацікавленості в темі чи значущості змісту. Такий підхід, відомий як “присутність заради присутності”, поширений як серед учасників, так і серед організаторів,

створює ілюзію ефективності заходів БПР, тоді як реальні результати часто залишаються поза увагою.

Якість і актуальність заходів БПР є значно важливішими, ніж просто кількість годин чи учасників [159]. Організатори повинні відповідально підходити до таких питань і забезпечувати професійне управління цими процесами. Зокрема, поширеною практикою є надання сертифікатів реєстрації у стартових наборах для учасників ще до завершення ними заходу. Ця практика є неприйнятною і потребує припинення, а також, можливо, додаткового регулювання.

Систематично керований процес безперервного професійного розвитку пов'язує заходи з особистими та професійними потребами, а також з потребами системи охорони здоров'я, базується на задокументованих доказах ефективного навчання та забезпечує застосування здобутих знань для покращення професійної практики. У цьому процесі можуть бути оцінені кредити за зміст, витрачений час, процес чи результати, а також заохочуються інноваційні підходи. Важливо, щоб заходи БПР були економічно ефективними. Регулювання процесу може здійснюватися на місцевому рівні, але при цьому моніторинг має проводитися на національному рівні [157].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує, щоб БПР/СМЕ регулювався спеціальним статутним органом. Така система повинна бути ефективною, справедливою, прозорою, достовірною та підзвітною. Основні характеристики системи мають бути відомі та доступні всім зацікавленим сторонам. Система повинна забезпечувати визнання, підтримку, співпрацю, координацію та дотримання встановлених рекомендацій [232].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, система повинна використовувати відповідні підходи, засновані на комплексній оцінці потреб, для аналізу таких аспектів, як:

- перспектива лікаря (потреби у навчанні, кар'єрний розвиток, ставлення та сприйняття БПР/СМЕ).
- перспектива пацієнта (очікування від лікаря).

– думки регулюючих органів, професійних асоціацій та аналіз доступних ресурсів.

Ці рекомендації спрямовані на створення цілісної, прозорої та ефективної системи БПР, яка відповідає потребам усіх зацікавлених сторін.

Законодавство та регулювання рідко здатні ефективно контролювати безперервний професійний розвиток (БПР) [234]. Бюрократичні перепони та недостатня своєчасна комунікація між регуляторними органами та професіоналами можуть значно ускладнювати досягнення цілей БПР.

Важливо, щоб аудит та офіційне затвердження заходів БПР здійснювалися з мінімальними бюрократичними процедурами та забезпеченням повної взаємності між академічними організаціями для всіх затверджених подій. Для підвищення рівня дотримання вимог БПР необхідно оптимізувати процес подання документів, зробивши його менш громіздким і більш зручним для користувачів, зокрема спрощенням форм для заповнення.

Такі зміни сприятимуть більш ефективній участі фахівців у БПР і забезпечать кращу організацію процесу без надмірного адміністративного навантаження.

Зрештою, необхідно поступово відходити від підрахунку кредитних балів до впровадження процесу самостійної акредитації та рефлексії. Не існує універсального способу реалізації безперервного професійного розвитку (БПР), оскільки кожен лікар має обирати методи, що відповідають його індивідуальним уподобанням [146]. Важливо не лише навчатися, але й документувати, надавати докази того, що навчання відбулося, і демонструвати його застосування на практиці.

Ефективність навчання підвищується, коли воно має значущість у контексті повсякденної клінічної діяльності. Серед методів навчання можуть бути самооцінка, читання професійних журналів, обговорення з колегами, відвідування спеціалізованих центрів чи академічних установ [158]. Крім того, інші форми навчання, такі як підготовка презентацій, написання наукових публікацій, рецензування статей, викладання, наставництво, самостійне навчання, участь у

громадських консультаціях з питань охорони здоров'я, повинні бути включені до формалізованих форматів БПР.

Значна частина реального БПР не підлягає оцінюванню через систему кредитів і, ймовірно, залишиться такою. Хоча професійним організаціям складно визнати та винагороджувати такі форми навчання, необхідно докладати зусиль для підвищення їхнього визнання, що сприятиме формуванню більш комплексного підходу до професійного розвитку.

З огляду на важливість безперервного професійного розвитку (БПР) для забезпечення якості медичних послуг, необхідно ще на етапі навчання забезпечувати студентів навичками та стратегіями самостійного навчання. Необхідний більш позитивний та прозорий підхід до БПР, який дозволить оцінювати відповідність лікарів професійним стандартам і сприятиме забезпеченню безпеки пацієнтів. Лікарі повинні усвідомити свою відповідальність перед пацієнтами, навчитися розставляти пріоритети у своїй діяльності та інтегрувати БПР у повсякденну практику. Такий підхід сприятиме не лише підвищенню професійної компетентності, але й створенню умов для ефективного і відповідального надання медичної допомоги.

2.2. Професійна компетентність лікарів у системі управління якістю медичних послуг: міжнародний досвід університетських клінік

Освіта є основою формування компетентних фахівців у будь-якій галузі, а в медицині її значення зростає в рази. Сучасна медична освіта не обмежується теоретичними знаннями; вона спрямована на розвиток практичних навичок, критичного мислення, адаптивності та етичної відповідальності. В умовах швидких змін у системі охорони здоров'я якість освіти безпосередньо впливає на підготовку лікарів, а отже, і на рівень медичних послуг, які надаються пацієнтам.

Ефективна система медичної освіти повинна відповідати кільком ключовим критеріям. По-перше, вона має інтегрувати сучасні досягнення науки та технологій у навчальний процес. Використання симуляційних центрів, інтерактивних

платформ і дистанційних технологій дозволяє студентам опановувати складні клінічні сценарії в безпечному середовищі, що сприяє зменшенню ризиків у реальній практиці.

По-друге, медична освіта повинна бути орієнтована на безперервний професійний розвиток (БПР). Це означає, що випускники медичних університетів не лише отримують базові знання, а й навчаються самостійно аналізувати, оцінювати та впроваджувати нові знання у свою практику протягом усього життя. Таким чином, акцент зміщується з накопичення фактів на розвиток здатності до самостійного навчання.

По-третє, важливим елементом якісної медичної освіти є міжнародна співпраця. Участь у програмах академічної мобільності, стажування в іноземних клініках та спільні освітні проєкти дозволяють студентам і лікарям ознайомитися з кращими практиками, обмінюватися досвідом і вдосконалювати свої компетенції відповідно до міжнародних стандартів.

Крім того, не менш важливою складовою є зв'язок між освітньою та практичною підготовкою. Лікарі мають здобувати досвід у реальних клінічних умовах, працюючи під керівництвом досвідчених фахівців. Така взаємодія сприяє не лише формуванню професійних навичок, а й підготовці до реальних викликів медичної практики.

Отже, освіта є ключовим фактором, що визначає якість підготовки лікарів та їхню здатність забезпечувати високий рівень медичних послуг. Інтеграція сучасних методів навчання, орієнтація на безперервний розвиток і міжнародну співпрацю є стратегічними елементами, які дозволяють розвивати систему охорони здоров'я та відповідати сучасним її потребам.

Забезпечення тісного зв'язку між освітньою та практичною підготовкою створює фундамент для формування висококваліфікованих фахівців, здатних успішно адаптуватися до сучасних вимог медицини. Проте для ефективної реалізації цих підходів необхідна відповідна інфраструктура та управлінські механізми, які забезпечують інтеграцію навчального процесу з практикою.

Зміни системи охорони здоров'я вимагають комплексного підходу до управління медичними закладами, особливо університетськими клініками, які виконують багатофункціональну роль у лікуванні, навчанні та наукових дослідженнях. Ці установи є унікальними, оскільки інтегрують медичну практику з академічними та науковими завданнями, що робить їх ключовими гравцями у розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни. Саме тому вивчення ефективності управлінських стратегій, які застосовуються для розвитку університетських клінік, є надзвичайно важливим для адаптації передових практик у різних регіонах, включаючи Україну.

Однією з головних причин дослідження є потреба підвищення якості медичних послуг. Університетські клініки мають потенціал для впровадження інноваційних методів лікування, завдяки чому вони можуть слугувати взірцем для інших медичних закладів. Проте забезпечення високої якості послуг без ефективного управління неможливе. Управлінські стратегії, які охоплюють оптимізацію внутрішніх процесів, ефективне використання ресурсів та інтеграцію новітніх технологій, визначають успіх цих закладів. Дослідження дозволяє ідентифікувати ключові фактори, які сприяють підвищенню ефективності управління, і, як наслідок, якості послуг.

Ще однією причиною є складність фінансового забезпечення університетських клінік. Умови обмежених державних ресурсів і зростаючі витрати на охорону здоров'я вимагають від університетських клінік пошуку альтернативних джерел фінансування. Аналіз міжнародного досвіду дозволяє зрозуміти, як провідні клініки у світі комбінують державне фінансування з приватними інвестиціями, благодійними фондами та доходами від наукових досліджень. Це може бути корисним для розробки фінансових стратегій для університетських клінік в Україні.

Крім того, університетські клініки є осередками інновацій у медицині. Вони активно залучені до розробки та впровадження нових методів лікування, медичних технологій та діагностичних процедур.

Окремим аспектом є роль університетських клінік у навчанні майбутніх медичних фахівців. Ці установи забезпечують інтеграцію теоретичних знань і практичного досвіду, готуючи висококваліфікованих спеціалістів. У багатьох провідних клініках світу запроваджено сучасні освітні моделі, які сприяють підвищенню компетентності медичних кадрів. Аналіз їхніх освітніх програм може бути корисним для вдосконалення навчання в Україні.

Для глибшого розуміння функціонування університетських клінік необхідно спершу проаналізувати провідні університети, при яких ці клініки створюються. Це дозволяє дослідити не лише їхню інфраструктуру, але й освітні програми та управлінські підходи, які застосовуються для підготовки медичних фахівців. У цьому контексті особливу увагу варто приділити методикам оцінювання університетів, які дозволяють ідентифікувати найкращі практики вищої медичної освіти.

Для такого аналізу використовуються дві основні методики рейтингів. Окремим аспектом є роль університетських клінік у навчанні майбутніх медичних фахівців. Ці установи забезпечують інтеграцію теоретичних знань і практичного досвіду, готуючи висококваліфікованих спеціалістів. У багатьох провідних клініках світу запроваджено сучасні освітні моделі, які сприяють підвищенню компетентності медичних кадрів. Аналіз їхніх освітніх програм може бути корисним для вдосконалення навчання в Україні.

Одним із найбільш впливових інструментів для оцінювання університетів є QS (Quacquarelli Symonds) World University Rankings. Цей рейтинг забезпечує комплексну оцінку академічних установ, що допомагає студентам, науковцям і освітнім політикам приймати обґрунтовані рішення. Особливістю QS є акцент на репутації університетів і їхній взаємодії з ринком праці, що робить його важливим інструментом для майбутніх абітурієнтів та роботодавців.

Рейтинг QS є потужним інструментом для вибору університетів, особливо для студентів і роботодавців, які цінують репутацію закладів. Він забезпечує широке охоплення критеріїв, включаючи якість викладання, науковий вплив і міжнародну привабливість. Для університетів рейтинг QS слугує стимулом до

покращення якості освіти та досліджень, а для студентів – надійним орієнтиром у пошуку найкращих навчальних програм у світі.

Рейтинг QS використовує шість ключових показників для оцінки університетів (рис. 2.4):

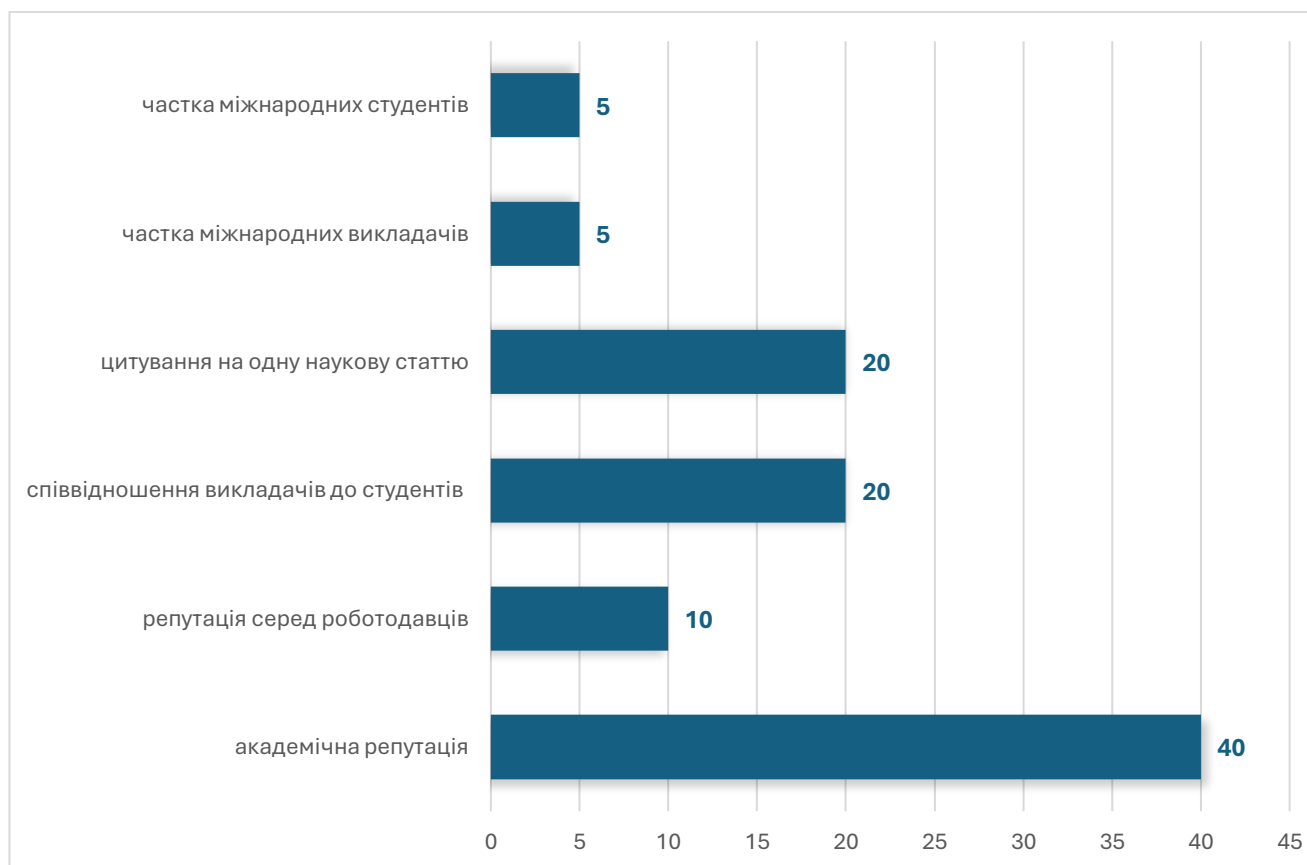


Рис. 2.4. Ключові показники для оцінки університетів за методикою QS у відсотках (сформовано авторкою за матеріалами [226]).

Показник “академічна репутація” базується на глобальному опитуванні викладачів і науковців, які оцінюють університети за якістю викладання та досліджень. Академічна репутація є найвагомим критерієм рейтингу QS. Щодо показника “репутація серед роботодавців” QS опитує роботодавців щодо того, випускники яких університетів є найбільш підготовленими до роботи. Це дозволяє врахувати практичну цінність освітніх програм. Показник “співвідношення викладачів до студентів” оцінює доступність викладачів для студентів, що є важливим фактором для забезпечення якісного навчання. Аналіз цитованості досліджень університету дає змогу оцінити їхній вплив у науковій спільноті. Для

цього використовуються дані з бази Scopus. Показник “частка міжнародних викладачів” демонструє рівень міжнародної інтеграції університету в академічному середовищі, тоді як високий відсоток студентів із різних країн свідчить про глобальну привабливість університету.

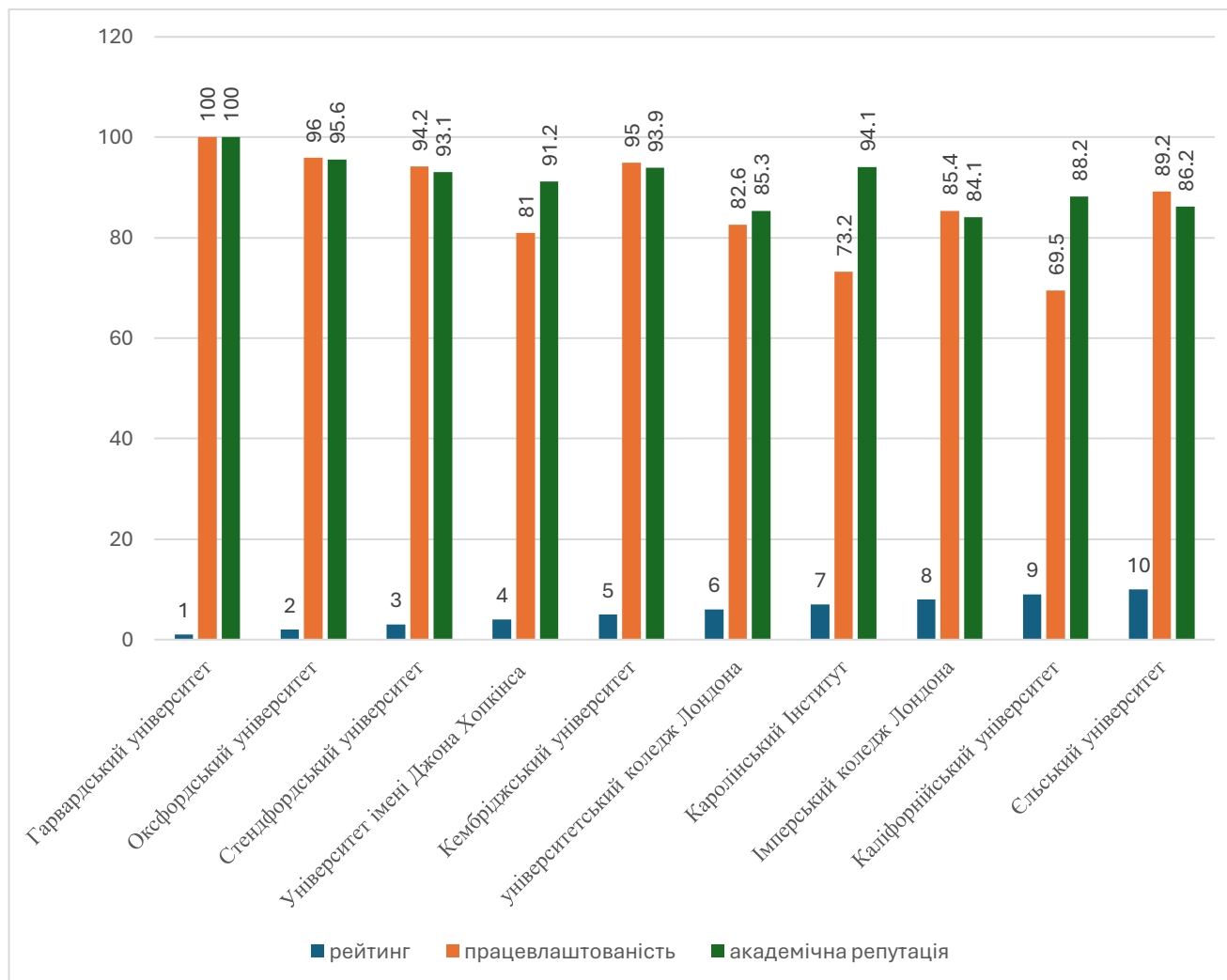


Рис. 2.5. Десять провідних університетів світу у 2024 році за напрямом медицина відповідно до рейтингу QS (сформовано авторкою за матеріалами [226])

Серед провідних університетів у цій категорії традиційно фігурують Гарвардський університет, Оксфордський університет, Стенфордський університет. Університети США та Великої Британії зазвичай займають провідні позиції через:

- високу репутацію серед роботодавців і науковців;

- великі обсяги наукових досліджень, які активно цитуються;
- інтенсивне фінансування освіти та медицини.

Європейські медичні школи забезпечують високу якість освіти, але менше уваги приділяють маркетингу, глобальній співпраці та обсягу публікацій – критеріям, які впливають на позицію в QS. Європейські університети (за винятком Великої Британії) часто поступаються за кількістю досліджень, обсягом фінансування та масштабом інновацій, хоча вони мають сильні академічні традиції. Проте, серед європейських університетів є кілька, які займають високі позиції в рейтингах:

- Гейдельберзький університет (Німеччина) – відомий своїми медичними дослідженнями.
- Цюрихський університет (ETH Zurich) (Швейцарія) – сильний у міждисциплінарних дослідженнях, включаючи медицину.
- Університет Лейдена (Нідерланди) – зосереджується на клінічних дослідженнях і біомедицині.
- Університет Копенгагена (Данія) – має високі результати в сфері біомедицини та клінічної медицини.

Ці університети, хоча й не завжди у топ-10, демонструють стабільну якість освіти та медичних досліджень.

Times Higher Education (THE) World University Rankings є також одним із найвпливовіших рейтингів університетів у світі, який надає детальну оцінку академічним установам на глобальному рівні. Цей рейтинг є важливим інструментом для студентів, дослідників та освітніх політиків, оскільки він дозволяє аналізувати та порівнювати університети за багатьма параметрами. Особливої уваги заслуговують рейтинги THE у сфері клінічної медицини та охорони здоров'я, які є показником якості навчання і досліджень у цій галузі.

THE використовує комплексну методологію, що включає 13 показників, згрупованих у п'ять ключових категорій (рис. 2.6):

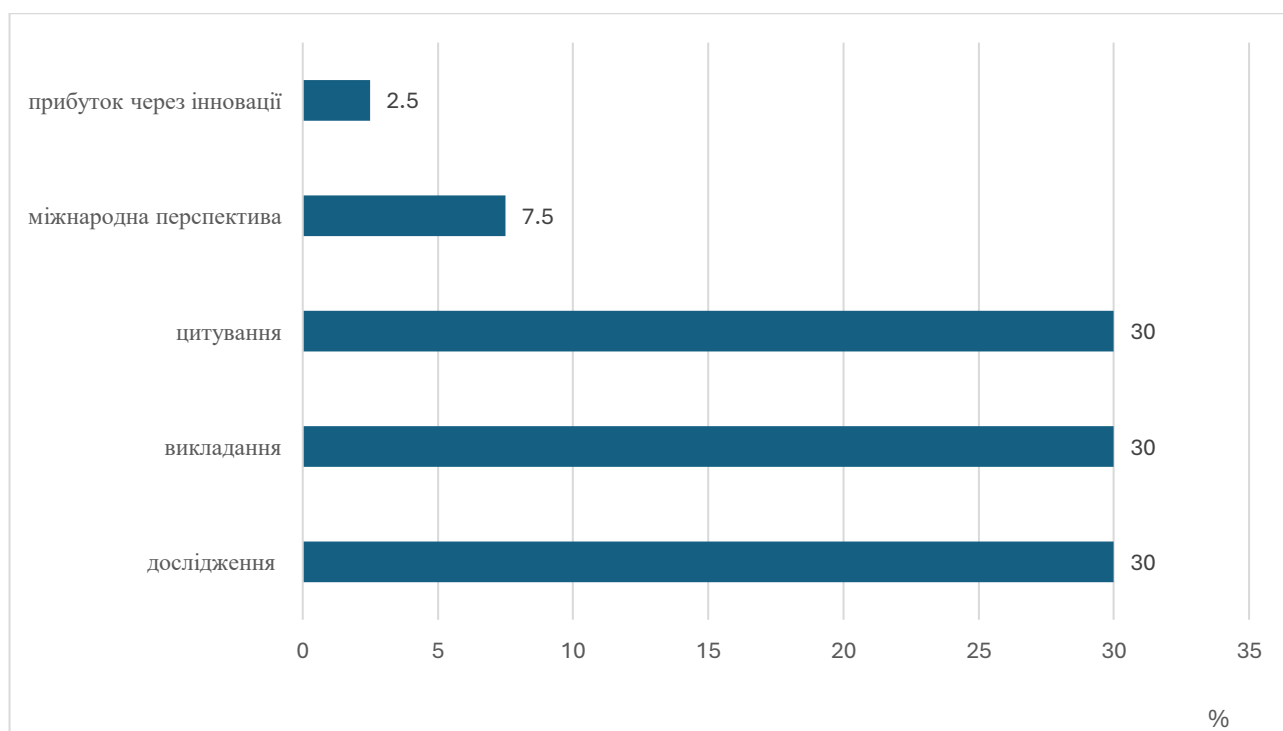


Рис. 2.6. Ключові категорії для оцінки університетів за методикою Times Higher Education (THE) у відсотках (сформовано авторкою за матеріалами [225])

Категорія “викладання” оцінює якість навчального середовища. Вона включає такі аспекти, як репутація викладання (згідно з опитуваннями), співвідношення викладачів до студентів, кількість докторантів і доходи університету на одного викладача. Показник “дослідження” відображає обсяг, дохід і репутацію наукової діяльності. Високий бал за цим критерієм отримують університети, які публікують багато статей у провідних журналах і демонструють успішність у залученні грантів. Критерій “цитування” є індикатором впливу досліджень університету. Він враховує середню кількість цитувань на одну публікацію, що свідчить про значущість і якість наукових праць. Через міжнародну перспективу оцінюється кількість міжнародних студентів і викладачів, а також рівень міжнародної співпраці. Цей показник відображає глобальну інтеграцію університету. Показник “прибуток через інновації” демонструє здатність університету генерувати дохід від промисловості, консалтингові послуги та співпрацю з бізнесом.

На відміну від рейтингу QS, який робить акцент на репутації серед академічної спільноти та роботодавців, рейтинг THE використовує більш збалансовану методологію. Особливо важливим є показник цитованості, що дозволяє об'єктивно оцінити вплив наукових досліджень університету. Крім того, критерій доходу від промисловості, який унікальний для THE, свідчить про здатність університетів перетворювати знання на практичні інновації.

Згідно з рейтингом університетів доклінічних, клінічних і медичних досліджень Times Higher Education за 2019 рік, медична школа Оксфордського університету є найкращою у світі (рис. 2.7).

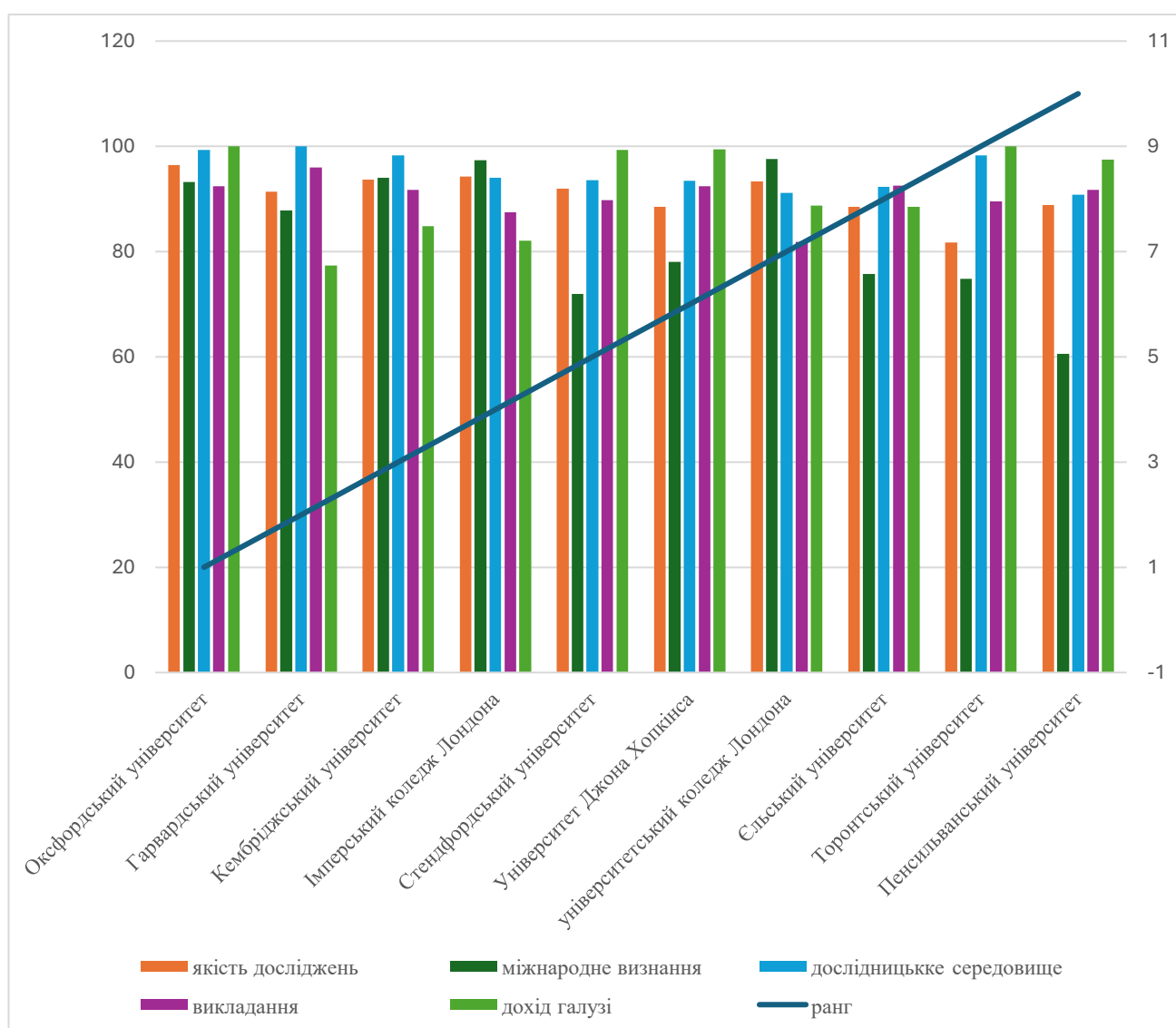


Рис. 2.7. Десять провідних університетів світу у 2024 році за напрямом медицина відповідно до рейтингу THE (сформовано авторкою за матеріалами [225])

Попри те, що обидва рейтинги є авторитетними, між ними існують ключові відмінності:

- QS більше акцентує увагу на репутаційних опитуваннях (академічних і серед роботодавців).
- THE надає більшій ваги цитованості наукових статей, тоді як у QS цей показник є менш значущим.
- QS більше підкреслює важливість міжнародної інтеграції через частку міжнародних студентів і викладачів.

Важливим показником для розуміння конкурентоспроможності та престижу університету є рівень прийому (acceptance rate). У медичних університетах цей показник відображає не лише рівень вимог до абітурієнтів, але й якість освітніх програм. Абітурієнти, які прагнуть вступити до таких закладів, повинні бути готовими до жорсткої конкуренції та високих академічних стандартів. Водночас університети, що демонструють низький рівень прийому, залишаються лідерами у сфері медичної освіти, сприяючи підготовці фахівців найвищого рівня. Рівень прийому вказує на співвідношення між кількістю абітурієнтів, які подали заявки, і тих, хто був зарахований. Наприклад, якщо медичний університет має рівень прийому 9%, це означає, що з кожних 100 заявок лише 9 були успішними. Цей показник є ключовим для розуміння:

- рівня конкуренції – чим нижчий показник, тим вищий рівень конкуренції серед абітурієнтів;
- престижу університету – університети з низьким рівнем прийняття часто мають високу репутацію в академічному середовищі та серед роботодавців.
- якості студентів – відбір найкращих кандидатів підвищує загальний рівень освітнього середовища.

Приклади університетів з низьким рівнем прийому зображені на рис. 2.8.

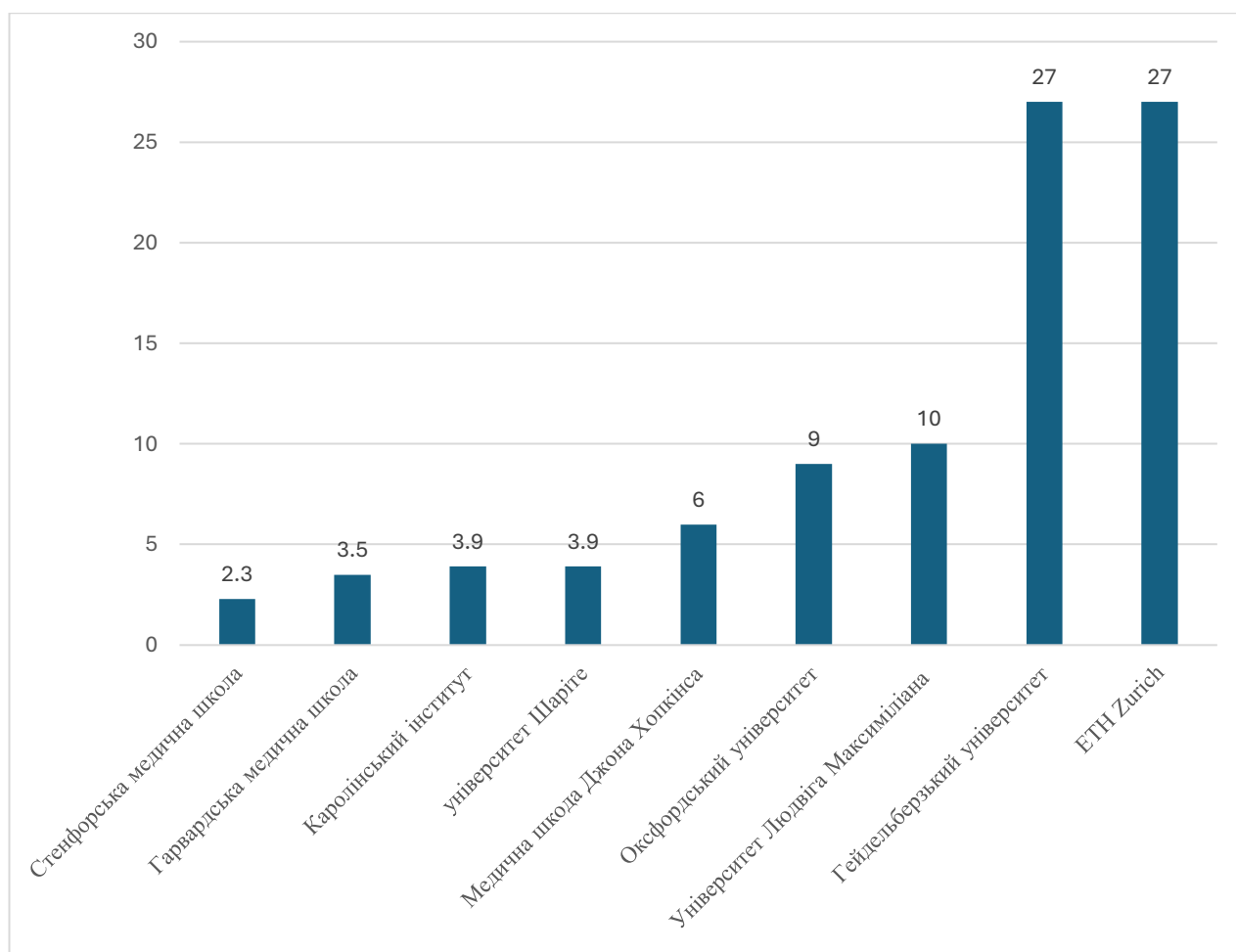


Рис. 2.8. Рівень прийому до провідних медичних та наукових університетів світу у відсотках (сформовано авторкою)

Європейські університети демонструють високі результати в рейтингу TNE, особливо в галузі медицини. Наприклад, Гейдельберзький університет у Німеччині та Цюрихський університет у Швейцарії займають провідні позиції завдяки своїм міждисциплінарним дослідженням і співпраці з міжнародними клініками. Проте університети США та Великої Британії часто випереджають європейських конкурентів через масштабні фінансові інвестиції у дослідження та репутацію на глобальному рівні.

Рівень прийняття залежить від багатьох чинників, до прикладу:

1. Кількості заявок (популярні університети отримують значно більше заявок, ніж можуть прийняти, що автоматично знижує ймовірність вступу);

2. Кількості місць (медичні програми обмежені за кількістю місць через високі витрати на навчання та необхідність забезпечення якісної практичної підготовки);
3. Високі вимоги до абітурієнтів (прохідні бали, додаткові іспити, співбесіди та портфоліо суттєво впливають на доступність вступу);
4. Престиж і репутація (університети зі світовим іменем приваблюють абітурієнтів з усього світу, створюючи додаткову конкуренцію).

Для абітурієнтів низька ймовірність вступу означає необхідність ретельної підготовки, яка ґрунтується на високих балах на іспитах, відмінних оцінках та участі у науковій діяльності, що є обов'язковими. Волонтерство, стажування або участь у медичних проєктах значно підвищують шанси на вступ. Мотиваційні листи, рекомендації та додаткові сертифікати також є важливими елементами.

Університетські лікарні, клініки та медичні центри є унікальними установами, які поєднують навчання, дослідження та надання медичних послуг. Вони відіграють ключову роль у підготовці медичних фахівців, розробці нових методів лікування та впровадженні інновацій у медицину. Такі установи існують у багатьох країнах світу, але їхні функції та організація можуть суттєво відрізнятися залежно від місцевих умов.

Основні функції університетських лікарень:

- | | |
|---------|---|
| Освітня | <ul style="list-style-type: none"> – університетські лікарні слугують базою для практичного навчання студентів медичних університетів; – вони забезпечують можливості для стажування, клінічної практики та безперервного професійного розвитку медичних працівників; – у таких закладах студенти мають змогу взаємодіяти з пацієнтами під керівництвом досвідчених викладачів |
| Наукова | <ul style="list-style-type: none"> – університетські клініки є центрами проведення наукових досліджень, спрямованих на вивчення нових методів діагностики та лікування; |

- вони активно впроваджують результати досліджень у клінічну практику, що дозволяє забезпечити пацієнтам доступ до новітніх технологій;
 - часто такі лікарні є платформою для міждисциплінарних досліджень у галузі медицини, біології, фармакології тощо.
- Медична
- університетські лікарні надають високоспеціалізовану допомогу, особливо у складних випадках, які потребують мультидисциплінарного підходу;
 - вони часто є референтними центрами для регіону чи країни, що означає їхню ключову роль у лікуванні рідкісних або складних захворювань

Університетські лікарні можуть функціонувати за різними моделями залежно від країни, соціально-економічного контексту, рівня державної підтримки та залучення приватного сектора. Кожна з моделей має свої унікальні особливості, які визначають фінансування, організацію, рівень інтеграції з університетами та гнучкість у прийнятті управлінських рішень. На основі детального аналізу функціонування провідних університетських клінік світу ми пропонуємо об'єднану класифікацію, яка враховує як джерела фінансування, так і організаційні підходи (табл. 2.2).

Ця класифікація дає змогу більш чітко розподілити моделі університетських лікарень залежно від їхніх структурних характеристик. Наприклад, державна модель може функціонувати як у базовому форматі (співпраця кількох державних університетів із багатопрофільними лікарнями), так і в інтегрованій формі, коли університет має власну клініку для поєднання освітніх, наукових і клінічних завдань. Такий підхід дозволяє ефективно використовувати державні ресурси, забезпечуючи високу якість медичних послуг і підготовки фахівців.

Таблиця 2.2.

Класифікація університетських клінік за моделями фінансування та організаційною структурою (сформовано авторкою)

Моделі	Фінансування	Організаційні особливості структури	Приклад
Державна	Повністю за рахунок держави	<i>Базова:</i> оптимальна для співпраці кількох державних університетів із багатопрофільними лікарнями, де управління централізоване. <i>Інтегрована:</i> клініка повністю інтегрована в університет із достатнім фінансуванням, що забезпечує освітні, наукові та клінічні потреби.	Шаріте (Німеччина), клініки Каролінського інституту (Швеція).
Змішана	Державні та приватні джерела.	<i>Базова:</i> поєднання державного фінансування та приватних інвестицій, що дозволяє лікарням зберігати часткову автономію. <i>Інтегрована:</i> університет і клініка інтегруються, використовуючи змішане фінансування для реалізації освітніх і наукових завдань. <i>Корпоративна:</i> у співпраці з великими приватними компаніями, які надають фінансування для досліджень чи інфраструктури.	Клініки Великої Британії, пов'язані з NHS, університетські лікарні в Канаді.
Приватна	Повністю забезпечується приватними організаціями чи інвесторами	<i>Приватна:</i> лікарні залишаються під академічним управлінням, але фінансуються приватними структурами. <i>Корпоративна:</i> залучення великих медичних корпорацій для створення клінік і навчальних центрів, орієнтованих на ринок.	Університетські клініки США, деякі клініки у Швейцарії чи Азії.

Приватна модель, навпаки, часто базується на залученні коштів інвесторів або приватних медичних компаній. У цьому контексті клініки можуть реалізовувати корпоративне управління, спрямоване на максимізацію ефективності, або підтримувати академічний контроль університету для

забезпечення освітньої складової. Така структура сприяє адаптації до ринкових умов і дає можливість впровадження інновацій.

Змішана модель є компромісним рішенням, яке поєднує державне фінансування та приватні інвестиції, забезпечуючи гнучкість і стабільність. Вона дозволяє університетським лікарням використовувати переваги обох джерел фінансування, одночасно зберігаючи автономію в управлінні та орієнтацію на суспільні потреби.

Запропонована класифікація не лише відображає існуючі практики, але й дозволяє адаптувати моделі університетських клінік до конкретних потреб різних країн чи регіонів, враховуючи їхні економічні, соціальні та медичні виклики. Вона є універсальним інструментом для аналізу та впровадження найкращих підходів до організації університетських лікарень, спрямованих на підвищення якості медичних послуг і підготовки кадрів.

Шаріте як приклад державної моделі

Клініка Шаріте функціонує за державною моделлю, яка забезпечує її фінансування, управління та інтеграцію з системою охорони здоров'я Німеччини. Ця модель має кілька ключових особливостей:

1. Шаріте фінансується переважно з державного бюджету. Це дозволяє лікарні забезпечувати доступність медичних послуг для всіх пацієнтів, незалежно від їхнього фінансового становища. Додаткові кошти надходять через гранти на наукові дослідження, співпрацю з фармацевтичними компаніями та міжнародні проєкти.
2. Шаріте є частиною системи обов'язкового медичного страхування Німеччини. Це означає, що більшість послуг покриваються страховими фондами, а пацієнти сплачують лише невелику частину вартості лікування. Така інтеграція сприяє рівному доступу до високоякісної медичної допомоги для всіх громадян.
3. Оскільки Шаріте є державною установою, вона підзвітна федеральним органам влади, що забезпечує прозорість у фінансуванні та управлінні.

Регулярна звітність дозволяє контролювати ефективність витрат і впровадження інновацій.

4. Як державна лікарня, Шаріте активно бере участь у громадських програмах, включаючи профілактику захворювань, просвітницьку діяльність і навчання медичних кадрів. Лікарня також відіграє ключову роль у наданні медичної допомоги під час кризових ситуацій, наприклад, під час пандемії COVID-19.
5. Завдяки державному фінансуванню Шаріте може впроваджувати новітні технології та брати участь у масштабних наукових проєктах. Це включає клінічні випробування, розробку нових методів лікування та створення інноваційних рішень у медицині.

Берлінська клініка Шаріте (французькою “Лікарня милосердя” або “Любов до ближнього”) “Шаріте” – найвідоміша німецька університетська лікарня в Європі, заснована в 1710 році та одна з найстаріших традиційних медичних установ і є однією з найбільших університетських лікарень Європи. Її клінічна допомога, дослідження та викладання проводяться найкращими лікарями та дослідниками з міжнародним визнанням. Шаріте з гордістю може похвалитися понад половиною всіх німецьких лауреатів Нобелівської премії з фізіології та медицини, включаючи таких відомих діячів, як Еміль фон Берінг, Роберт Кох і Пауль Ерліх [147].

Шаріте – це більше, ніж просто лікарня. Це інститут, який поєднує традиції, інновації та високу якість медичних послуг. Її успіх базується на синергії освіти, науки та клінічної практики. Як провідна університетська клініка, Шаріте продовжує встановлювати стандарти для медичних закладів у всьому світі, залишаючись прикладом для наслідування у сфері охорони здоров'я та медичної науки.

Шаріте була заснована як шпиталь під час епідемії чуми, але з часом стала центром медичної науки. Її репутація зміцнювалася завдяки численним відкриттям і внескам у світову медицину. Вона є одним із символів німецької медицини і наукового прогресу [132]. Клініка постійно впроваджує інноваційні методи лікування та діагностики. Вона використовує цифрові технології, включаючи штучний інтелект і великі масиви даних, для покращення результатів

лікування [133]. У Шаріте активно використовують мультидисциплінарний підхід, що дозволяє залучати фахівців з різних галузей для вирішення складних клінічних випадків. Наприклад, лікування онкологічних пацієнтів часто супроводжується співпрацею онкологів, хірургів, психологів і реабілітологів [130]. Клініка сприяє сталому розвитку через впровадження екологічних стандартів у своїй діяльності. Вона бере активну участь у просвітницьких і профілактичних програмах для громади, зокрема в заходах, спрямованих на боротьбу з інфекційними захворюваннями [135]. Завдяки інтеграції з університетами, Шаріте є лідером у підготовці медичних фахівців. Студенти отримують не лише теоретичну підготовку, але й практичний досвід у сучасних умовах. У Шаріте заохочується створення стартапів у галузі медицини та біотехнологій, що робить її осередком інновацій [134]. Клініка інвестує значні кошти у впровадження цифрових технологій, таких як штучний інтелект, аналіз даних і телемедицина. Створюються платформи для моніторингу пацієнтів у реальному часі, що дозволяє оптимізувати процес лікування [131].

Успіх клініки Шаріте відображає ключові аспекти управління університетською клінікою, які є показовими для розуміння її ефективності. Кожен із цих факторів демонструє, як управлінські стратегії впливають на її функціонування та результати діяльності. Як ці аспекти корелюють із впровадженими управлінськими підходами можна подивитись в *додатку Д*.

Кожен із пунктів відображає складність і багатогранність управлінських завдань, необхідних для забезпечення ефективного функціонування університетської клініки. Від удосконалення внутрішніх процесів до стратегічного планування та впровадження інновацій, якісне управління стає ключовим елементом досягнення високих стандартів у всіх сферах діяльності клініки.

Каролінська університетська клініка (*Karolinska University Hospital*), розташована у Швеції, є однією з провідних лікарень у світі. Вона також працює за державною моделлю фінансування, яка базується на інтеграції з національною системою охорони здоров'я. Це забезпечує фінансову стабільність лікарні та доступність послуг для населення.

Каролінська університетська клініка фінансується переважно через бюджет регіональної влади Стокгольмського регіону (*Region Stockholm*), яка відповідає за управління та розподіл коштів на охорону здоров'я в межах регіону. Пацієнти оплачують лише невелику частину медичних послуг через систему державного страхування, що значно знижує фінансові бар'єри для доступу до медичної допомоги. Спеціалізовані програми та інноваційні проєкти фінансуються через державні гранти та міжнародні наукові програми.

Лікарня є клінічною базою для Каролінського інституту (*Karolinska Institutet*), який входить до числа провідних медичних університетів світу. Каролінська університетська клініка бере участь у численних дослідницьких проєктах, включаючи клінічні випробування нових методів лікування, що фінансуються як національними, так і міжнародними організаціями [173].

Установу контролюють місцеві органи влади, що забезпечують прозорість використання бюджетних коштів і підзвітність у виконанні завдань системи охорони здоров'я. Регулярні аудити та звітність дозволяють оцінювати ефективність діяльності лікарні [175].

Завдяки державній моделі фінансування лікарня пропонує широкий спектр послуг, включаючи спеціалізовану допомогу, для всіх громадян незалежно від їхнього фінансового становища. Пацієнти з рідкісними чи складними діагнозами мають доступ до високоспеціалізованої допомоги завдяки національній референтній ролі лікарні.

Каролінська університетська клініка є лідером у впровадженні інноваційних технологій, таких як персоналізована медицина, штучний інтелект для діагностики, роботизована хірургія та лікування рідкісних захворювань. Співпраця з фармацевтичними компаніями та біотехнологічними стартапами дозволяє лікарні впроваджувати новітні досягнення науки [236].

Змішана модель фінансування університетських лікарень: досвід Великої Британії

Змішана модель фінансування університетських лікарень є однією з найбільш поширених і ефективних у світі. Вона поєднує ресурси державного бюджету з приватними інвестиціями, що забезпечує фінансову стабільність і гнучкість закладів охорони здоров'я. У Великій Британії ця модель успішно реалізується через клініки, які працюють у межах NHS Foundation Trusts, забезпечуючи високоякісні медичні послуги та підтримуючи університетські програми.

NHS Foundation Trusts – це автономні організації, які є частиною Національної служби охорони здоров'я (NHS). Вони мають право управляти своїм бюджетом, укладати угоди з приватними компаніями та залучати інвестиції [196]. Університетські клініки, що працюють у межах Trusts, поєднують державне фінансування (переважно через NHS) з приватними джерелами доходу, наприклад, платними медичними послугами, грантами чи співпрацею з фармацевтичними компаніями.

Державне фінансування забезпечує базову діяльність лікарень, включаючи оплату праці медичного персоналу, закупівлю обладнання та надання безкоштовних послуг пацієнтам. Приватне фінансування спрямовується на інноваційні проєкти, модернізацію інфраструктури, клінічні дослідження та платні послуги для пацієнтів, які хочуть отримати спеціалізоване лікування поза чергою або додаткові сервіси.

У рамках змішаної моделі клініки NHS Foundation Trusts мають більшу свободу у визначенні пріоритетів фінансування. Це дозволяє адаптуватися до місцевих потреб і ефективніше розподіляти ресурси [151].

Університетські лікарні у Великій Британії, такі як клініки при Оксфордському чи Кембриджському університетах, є важливими базами для навчання студентів і проведення наукових досліджень. Частина фінансування надходить через наукові гранти, що сприяє розробці інноваційних методів лікування [223]. Незважаючи на залучення приватного капіталу, клініки у межах

NHS Foundation Trusts зобов'язані дотримуватися принципу рівного доступу до базових медичних послуг для всіх громадян [229]. Приклади успішних університетських лікарень у межах NHS Foundation Trusts.

1. Оксфордський університетський шпиталь (Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust). Відомий своїми дослідженнями у галузі онкології та трансплантології. Поєднує державне фінансування з грантами від фармацевтичних компаній та дослідницьких фондів [200].
2. Кембриджський університетський шпиталь (Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust). Лідер у геномній медицині та розробці персоналізованих методів лікування. Тісно співпрацює з Академічним центром біомедичних досліджень [126].
3. Imperial College Healthcare NHS Foundation Trust. Один із найбільших центрів у Лондоні, який фокусується на кардіології, нейрохірургії та інноваційних технологіях [166].

Змішана модель фінансування університетських лікарень у Великій Британії демонструє високу ефективність завдяки поєднанню державних ресурсів і приватних інвестицій. Клініки NHS Foundation Trusts забезпечують доступність базових послуг для всіх громадян, одночасно підтримуючи інновації та наукові дослідження. Цей підхід може слугувати прикладом для інших країн, які прагнуть підвищити якість медичних послуг та забезпечити фінансову стабільність системи охорони здоров'я.

Приватна модель університетських лікарень: досвід США

Університетські лікарні у США часто функціонують за приватною моделлю фінансування. Ця модель передбачає фінансування лікарень переважно з приватних джерел, таких як плата за послуги, гранти, благодійні внески та співпраця з фармацевтичними компаніями. Попри це, університетські лікарні залишаються академічними установами, які активно займаються медичною освітою та дослідженнями.

Основні характеристики приватної моделі

1. Переважна частина фінансування надходить від страхових компаній через систему медичного страхування (як приватного, так і державного, наприклад, Medicare та Medicaid). Гранти на наукові дослідження, зокрема від Національного інституту охорони здоров'я США (NIH). Благодійні внески від приватних осіб і фондів. Пацієнти оплачують послуги через страхові компанії або безпосередньо, що забезпечує лікарням додатковий дохід.
2. Приватні університетські лікарні мають високий рівень автономності у прийнятті фінансових та управлінських рішень. Рада директорів або наглядова рада, яка часто включає представників бізнесу, благодійних організацій і університету, керує діяльністю лікарні.
3. Значна частина фінансування спрямовується на наукові дослідження, клінічні випробування та розробку нових технологій. Університетські лікарні є основними центрами інновацій у медицині, активно співпрацюючи з фармацевтичними та біотехнологічними компаніями.
4. Приватні університетські лікарні забезпечують клінічну базу для навчання студентів медичних шкіл, інтернів і резидентів. Вони також пропонують програми безперервної освіти для медичних фахівців.
5. Університетські лікарні часто пропонують ексклюзивні послуги, наприклад, лікування рідкісних захворювань, роботизовану хірургію або персоналізовану медицину.

Приклади успішних університетських лікарень у США

1. Мейо Клініка (Mayo Clinic). Вважається однією з найкращих лікарень у світі завдяки своєму пацієнт-орієнтованому підходу. Основні напрямки: персоналізована медицина, онкологія, кардіологія. Фінансується через благодійні внески, гранти та медичні послуги [186].
2. Клівлендська клініка (Cleveland Clinic). Відома своїми досягненнями в галузі кардіохірургії та трансплантації органів. Активно залучає гранти на дослідження та співпрацює з біотехнологічними компаніями [139].

3. Джонс Гопкінс Медикал (Johns Hopkins Medicine). Лідер у медичній освіті та дослідженнях, зокрема в галузі неврології та генетики. Фінансується через гранти НІН, благодійні внески та приватну практику [170].

Приватна модель університетських лікарень у США забезпечує високий рівень автономії, інновацій та фінансової стабільності. Однак ця модель також стикається з викликами, пов'язаними з фінансовою доступністю та орієнтацією на прибуток. Успіх таких лікарень, як Мейо Клініка чи Джонс Гопкінс Медикал, свідчить про ефективність цієї моделі в поєднанні з орієнтацією на медичну освіту, дослідження та якість обслуговування.

2.3. Формування освітньо-медичної екосистеми на регіональному рівні: управлінський вимір на прикладі Львівської області

Вперше питання щодо необхідності створення університетських клінік в Україні було порушено в Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні [65]. Згодом було затверджено Типове положення про університетську клініку закладу вищої освіти [66] (закладу післядипломної освіти), яке надає закладам вищої медичної освіти право на створення таких клінік.

Основною метою діяльності університетської клініки визначено надання третинної (високоспеціалізованої) та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, забезпечення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників відповідно до стандартів вищої освіти, виконання науково-дослідних робіт, а також розробку, апробацію та впровадження новітніх медичних технологій.

Для забезпечення ефективного функціонування таких клінік МОЗ України здійснює розробку фінансово-економічних механізмів функціонування університетських клінік. У новій редакції Закону України від 01.07.2014 № 1556-VII “Про вищу освіту”, з ініціативи Міністерства охорони здоров'я, було внесено положення, яке регламентує створення університетських клінік та лікарень у структурі закладів вищої медичної освіти.

Зокрема, відповідно до частини 8 статті 33 цього закону, заклади вищої освіти, які здійснюють підготовку фахівців у сфері охорони здоров'я або післядипломну освіту, а також академії, інститути післядипломної освіти можуть спільно з центральними органами виконавчої влади, Національною академією наук України, національними галузевими академіями наук та органами місцевого самоврядування утворювати на базі наукових установ і закладів охорони здоров'я (у тому числі тих, що належать територіальним громадам або передані їм) клінічні бази, університетські клініки та лікарні.

Метою створення клінічних баз закладів освіти у сфері охорони здоров'я, університетських клінік і лікарень є забезпечення освітнього процесу для здобувачів освіти, підвищення кваліфікації медичних працівників, проведення наукових досліджень, а також надання спеціалізованої медичної допомоги. Водночас, порядок утворення та функціонування цих клінічних баз визначається нормативно-правовими актами центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, що забезпечує правову основу для їхньої діяльності.

Аналіз національної системи закладів вищої медичної освіти (ЗВМО) показує, що наявність університетських клінік у структурі закладів є досить нерівномірною. Як видно з графіку, лише 6 ЗВМО (40%) мають багатoproфільні університетські клініки, які дозволяють забезпечувати широкий спектр медичних, освітніх та наукових функцій.

Водночас, 4 ЗВМО (27%) мають монопрофільні клініки, що обмежує їхню функціональність у підготовці медичних кадрів і наданні медичних послуг. Ще 33% закладів (5 ЗВМО) взагалі не мають університетських клінік, що свідчить про необхідність подальшого розвитку цієї інфраструктури (рис. 2.9).

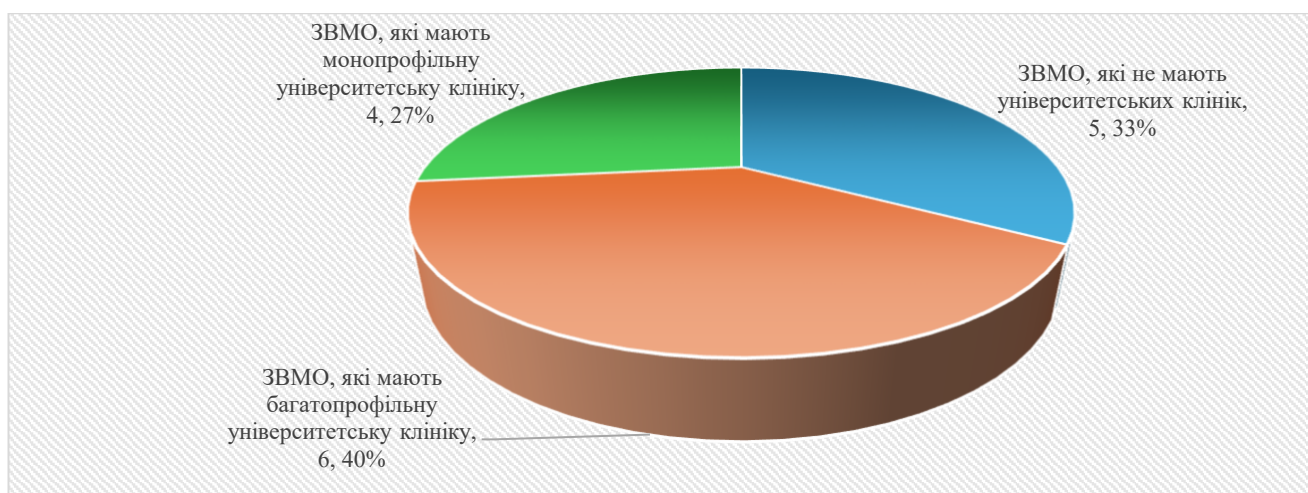


Рис. 2.9. Розподіл закладів вищої медичної освіти (ЗВМО) за наявністю університетських клінік (*сформовано авторкою*)

Ці дані підкреслюють важливість нормативно-правового регулювання для стимулювання створення університетських клінік і вдосконалення їхньої роботи, що є ключовим завданням для підвищення якості медичної освіти та медичних послуг в Україні.

Одним із таких закладів, які мають багатoproфільні університетські клініки, є Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 26 жовтня 2020 року на засіданні Вченої ради НМУ імені О.О. Богомольця було прийнято рішення про створення нового структурного підрозділу – Університетської клініки (відповідно до п. 13 Статуту НМУ) шляхом інтеграції до структури університету Республіканської клінічної лікарні Міністерства охорони здоров'я України.

Університетська клініка виконує важливу роль у наданні консультативно-діагностичної та стаціонарної медичної допомоги населенню. Її стаціонар складається з 11 багатофункціональних відділень, які оснащені всім необхідним для проведення діагностики, лікування та цілодобового медичного спостереження за пацієнтами.

Окрім цього, клініка забезпечує невідкладну медичну допомогу мешканцям Шевченківського та Подільського районів міста Києва за такими спеціалізаціями, як “Загальна терапія (за винятком пневмоній)” та “Гострі неврологічні стани (за винятком гострого порушення мозкового кровообігу)”. Також вона активно сприяє

вирішенню міської кризи, пов'язаної зі скороченням ліжкового фонду, виконуючи важливу соціальну функцію [100].

Ця університетська клініка є прикладом ефективної інтеграції медичної практики, освіти та соціальної відповідальності, демонструючи переваги багатопрофільного підходу до надання медичних послуг.

Стратегічний підхід до трансформації клінічних баз в університетські клініки був окреслений у цитаті Міністра охорони здоров'я України від 26 вересня 2022 року. Він запропонував три можливі сценарії розв'язання цього питання: 1) передача обласних багатопрофільних лікарень у власність медичних університетів; 2) будівництво нових або модернізація наявних лікарень при університетах; 3) законодавче врегулювання роботи університетських кафедр на базі багатопрофільних лікарень із впровадженням мотиваційних стимулів через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Міністр зазначив, що другий і третій варіанти були визначені як пріоритетні, враховуючи їхню очікувану ефективність та економічну доцільність [73].

Однак у 2024 році відбулися зміни у пріоритетах, і перший варіант – передача багатопрофільних лікарень у власність університетів – набув пріоритетного значення. Такий зсув у стратегічному баченні може бути пояснений декількома факторами:

1. Сприяння інтеграції освіти та клінічної практики – включення лікарень до структури університетів забезпечує повну адміністративну та функціональну інтеграцію освітнього й лікувального процесів. Це дозволяє ефективніше реалізовувати освітні програми та науково-дослідну діяльність.
2. Фінансова автономія – лікарні, які перебувають у власності університетів, отримують більше можливостей для гнучкого управління ресурсами та залучення додаткового фінансування, включаючи міжнародні гранти.
3. Забезпечення кадрових потреб – власні лікарні дозволяють університетам швидше адаптувати навчальні програми до потреб медичної практики, готуючи студентів до роботи в умовах реальних клінічних викликів.

З іншого боку, варто зазначити, що така модель вимагає значних адміністративних і фінансових зусиль. Передача лікарень у власність університетів пов'язана з низкою викликів, зокрема потребою у зміні нормативно-правової бази, підвищенні адміністративного навантаження на університети, а також з ризиками нестачі фінансування для забезпечення якості лікувального процесу.

У цілому, зміна пріоритетів у 2024 році свідчить про гнучкість державної політики в сфері медичної освіти та охорони здоров'я, яка враховує реальні потреби та можливості впровадження ефективних моделей взаємодії між університетами й клініками. Вибір першого варіанту, попри його початкову складність, може стати довгостроковим рішенням для розвитку університетських клінік в Україні, забезпечуючи сталий розвиток освіти, науки та медицини.

Створення університетських лікарень в Україні є однією з ключових складових стратегії відновлення медичної інфраструктури в умовах воєнного та післявоєнного періодів. Цей процес виступає вагомим чинником для залучення інвестицій у розвиток медичної галузі, зміцнення інфраструктури охорони здоров'я та підвищення престижу професії медичного працівника. Університетські лікарні сприятимуть не лише соціальному й економічному розвитку, але й зростанню привабливості міст і регіонів, стимулюючи їхній відновлювальний і інноваційний потенціал.

Сучасна медична освіта стикається з численними викликами, які вимагають впровадження нових підходів до організації навчального процесу, інтеграції теоретичних знань із практичною підготовкою та підвищення якості медичних послуг. Відповідаючи на ці виклики, було розроблено порядок реалізації експериментального проекту, спрямованого на модернізацію підходів до медичної освіти [37].

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького виступає учасником цього експериментального проекту. Його завданням є забезпечення автономії закладів вищої медичної освіти та створення умов для ефективного поєднання практичної, освітньої та наукової складових під час навчання здобувачів освіти.

Основна мета проекту полягає у вдосконаленні організації практичної (клінічної) підготовки студентів, підвищенні рівня надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги, а також у створенні умов для реабілітаційної допомоги пацієнтам. Проект передбачає інтеграцію науково-педагогічної діяльності із лікувально-консультативною, що сприятиме якості навчального процесу та професійного зростання медичних працівників.

Крім того, експериментальний проект має на меті розширення можливостей для проведення наукових досліджень, розробок та клінічних випробувань. Усе це спрямоване на створення інноваційної системи медичної освіти, яка відповідає сучасним викликам та потребам суспільства.

Фінансове забезпечення реалізації експериментального проекту базується на поєднанні різних джерел надходжень, що дозволяє створити гнучку та стійку модель фінансування. Зокрема, фінансування учасника проекту, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, здійснюється за такими напрямками:

1. Доходи від договірної діяльності, що включають:
 - проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень, а також науково-технічних (експериментальних) розробок;
 - підготовку фахівців, наукових та науково-педагогічних кадрів у рамках державного замовлення;
 - надання медичних послуг населенню відповідно до положень Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”.
2. Бюджетне фінансування, яке здійснюється за програмами Міністерства охорони здоров’я України в межах затверджених бюджетних призначень, зокрема для:
 - оплати комунальних послуг і енергоносіїв (за винятком тих, що покриваються за рахунок платних послуг для юридичних і фізичних осіб);
 - реалізації програм розвитку та підтримки учасника проекту;

- збереження та розвитку наукових об'єктів, що мають статус національного надбання;
- сплати зборів, пов'язаних із охороною прав на об'єкти інтелектуальної власності;
- розроблення і проведення компонентів єдиного державного кваліфікаційного іспиту;
- організації підвищення кваліфікації медичних і науково-педагогічних кадрів;
- забезпечення стипендіями студентів, аспірантів і докторантів.

Завдяки такому багатокомпонентному підходу до фінансування, експериментальний проект створює сприятливі умови для впровадження сучасних підходів у медичній освіті, забезпечення високої якості освітніх, наукових та медичних послуг, а також для підтримки стійкого розвитку університетської спільноти.

До мережі університетської клініки при ЛНМУ увійде два медичних заклади: Львівська клінічна лікарня на залізничному транспорті та Львівська обласна клінічна лікарня.

Уряд підтримав рішення про передачу майна виробничого підрозділу “Львівська клінічна лікарня на залізничному транспорті” філії “Центр охорони здоров'я” АТ “Укрзалізниця” до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України для створення Університетської лікарні Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького [35].

Львівська обласна клінічна лікарня (ЛОКЛ) є однією з провідних клінічних баз Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Щорічно у цьому медичному закладі проходить навчання значна кількість студентів та лікарів-інтернів за різними спеціальностями. На базі ЛОКЛ активно проводяться науково-практичні дослідження у співпраці з кафедрами ЛНМУ, а більшість співробітників університету здійснюють практичну діяльність, спрямовану на надання високоспеціалізованої медичної допомоги саме у цьому закладі.

Проте створення університетської лікарні на базі ЛОКЛ можливе лише за умови передачі її цілісного майнового комплексу у державну власність, під управління Міністерства охорони здоров'я України [43]. 16 липня 2024 р. постійна комісія з питань охорони здоров'я та материнства Львівської обласної ради ухвалила рішення щодо передачі цілісного майнового комплексу КНП ЛОР “Львівська обласна клінічна лікарня” зі спільної власності територіальних громад Львівської області у державну власність.

Це рішення передбачає передачу майна лікарні, розташованої за адресою вул. Чернігівська, 7, м. Львів, із комунальної у державну власність. Метою цієї передачі є подальше приєднання закладу до структури Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та створення на її базі університетської лікарні [6].

Відповідно до ухваленої Урядом у вересні 2023 року постанови [34] щодо реалізації рамкової угоди про економічне співробітництво між урядами України та Австрії Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького визначений відповідальним замовником одного з проєктів — будівництва національного реабілітаційного центру з комплексом для реконструктивної хірургії, що працюватиме у складі університетської лікарні [75].

Одним із інноваційних підходів є створення університетів на базі лікарень. Цей підхід має декілька стратегічних переваг, які сприяють вдосконаленню медичної практики, освіти та досліджень. Перш за все, лікарні, які створюють університети, забезпечують підготовку висококваліфікованих фахівців. Наявність власного навчального закладу дозволяє лікарні формувати навчальні програми, що враховують її специфічні потреби. Це гарантує постійний приплив кадрів, які не лише володіють сучасними знаннями, але й добре знайомі зі структурою, цінностями та практичними вимогами закладу.

Другою важливою причиною є розвиток інновацій. Лікарні, що мають у своїй структурі університети, створюють унікальну платформу для поєднання науки і практики. Це сприяє розробці нових методів лікування, впровадженню передових технологій і підвищенню ефективності надання медичних послуг. Інтеграція

освітніх і клінічних процесів дозволяє науковцям і медичним працівникам працювати разом над вирішенням актуальних проблем охорони здоров'я.

Крім того, університети сприяють підвищенню бренду та репутації лікарень. Наявність навчального закладу на базі медичного закладу демонструє його амбіції в освітній та науковій діяльності. Це підсилює позиції лікарні не лише серед пацієнтів, але й у професійній спільноті, що позитивно впливає на її престиж і довіру.

І нарешті, створення університетів відкриває лікарням можливості для глобального впливу. Міжнародні студенти та дослідники, залучені до співпраці, приносять не лише знання та досвід, але й нові перспективи для розвитку. Це допомагає лікарням інтегруватися в міжнародну медичну спільноту, залучати гранти, обмінюватися найкращими практиками та впливати на глобальні тренди в охороні здоров'я.

Таким чином, створення університетів на базі лікарень є стратегічним кроком, що дозволяє не лише підвищити якість медичних послуг, але й розвивати науку, освіту та репутацію закладу на міжнародному рівні. Це підхід, який поєднує медицину, науку та освіту для досягнення нових вершин у системі охорони здоров'я.

Так, існують випадки, коли лікарня або група лікарень створили власний університет, часто з акцентом на дослідження та практичну підготовку фахівців. Це дозволяє лікарні забезпечити підготовку кваліфікованих кадрів і проводити інноваційні дослідження, інтегруючи освіту, науку та клінічну практику. До прикладу:

1. Mayo Clinic College of Medicine and Science (США). Одна з найвідоміших лікарень у світі, заснувала власний медичний коледж для підготовки лікарів, медсестер та інших медичних фахівців. Коледж зосереджений на практично-орієнтованій освіті, використовуючи ресурси Мейо Клініки для навчання. Включає кілька шкіл, таких як Медична школа Мейо (Mayo Clinic Alix School of Medicine) і Школа біомедичних наук. Спостерігається ґрунтовна інтеграція навчання та клінічної практики.

2. Cleveland Clinic Lerner College of Medicine (США). Клівлендська клініка створила Lerner College of Medicine у співпраці з Case Western Reserve University. Основна мета – підготовка лікарів, які будуть працювати на передовій медицини. Університет функціонує в межах клініки, що дозволяє студентам отримувати унікальний досвід. Інститут і клініка співпрацюють у навчанні студентів і проведенні медичних досліджень.

3. SingHealth Duke-NUS Academic Medical Centre (Сінгапур). Група лікарень SingHealth у партнерстві з Duke University (США) створила Duke-NUS Medical School. Поєднання американського і азійського підходів до медичної освіти. Тісна співпраця між клінічними відділеннями та академічними програмами. Акцент на міждисциплінарних дослідженнях.

У Львові теж сформувалася така модель, за якої університет створюється на базі лікарні, а не навпаки. Зокрема, прикладом такого підходу є ініціатива створення Unbroken University [53] на базі реабілітаційного центру “Незламні” (Unbroken), який функціонує з 2022 року в структурі Першого медичного об'єднання Львова. До складу об'єднання входять дві дорослі лікарні та одна дитяча, що забезпечує широку клінічну базу для підготовки вузькоспеціалізованих фахівців.

Unbroken University не має на меті конкурувати з іншими медичними університетами, оскільки його головним завданням є створення потужної інституції для проведення комплексних наукових досліджень і розвитку міжнародної співпраці. Як зазначають у Львівській міській раді (ЛМР), ключовою потребою є залучення наукових проєктів і клінічних досліджень, які пропонують закордонні партнери, зокрема з Великої Британії та США. Основними напрямками діяльності університету є хірургія, протезування та реабілітація.

Також підкреслюється, що Unbroken University функціонуватиме як неприбуткова установа без залучення бюджетних коштів, що забезпечує його фінансову незалежність [250].

Реабілітаційний центр “Незламні” став вагомим осередком медичної допомоги під час війни, надавши реабілітаційні послуги понад 15 тисячам пацієнтів, які

втратили кінцівки. Його діяльність, у поєднанні з освітньо-науковим компонентом, є прикладом інноваційного підходу до інтеграції медицини, освіти й досліджень.

Третьою моделлю, яка розвивається у Львові, є приватна ініціатива, реалізована Українським католицьким університетом (УКУ). Відкриття медичної клініки УКУ [99], яка стала освітньо-практичним хабом, відбулося 22 травня 2024 року. Цей медичний заклад поєднує функції надання висококваліфікованої допомоги пацієнтам та підготовки майбутніх медичних фахівців, слугуючи базою для студентів Факультету наук про здоров'я УКУ.

Медична клініка УКУ орієнтована на кілька ключових напрямів роботи:

- Сімейна медицина: забезпечення первинної медичної допомоги, включаючи консультації, діагностику та терапевтичне лікування.
- Психологічна допомога: реалізація проєктів із ментального здоров'я та надання комплексної психологічної терапії.
- Фізична терапія та ерготерапія: вторинна реабілітація ветеранів війни та цивільних осіб, які потребують відновлення фізичної активності після травм або перенесених захворювань.

Медична клініка УКУ є прикладом приватного підходу до інтеграції медичних освітніх і практичних компонентів у єдиній інституції. Її діяльність спрямована не лише на задоволення потреб пацієнтів, але й на розвиток сучасної медичної освіти через практичне навчання студентів. Цей освітньо-практичний хаб відповідає концепції комплексної підготовки фахівців, орієнтованих на індивідуалізований підхід до лікування, реабілітації та психосоціальної підтримки.

Університетські клініки, зокрема такі провідні медичні установи, як Шаріте, активно впроваджують ключові показники ефективності (Key Performance Indicators, KPI) для моніторингу та оцінки своєї діяльності. Використання KPI дозволяє забезпечувати ефективне управління, підвищувати якість медичних послуг, досягати фінансової стабільності, а також сприяти успішній реалізації науково-дослідних і навчальних програм.

Враховуючи проаналізовану інформацію, нами розроблено систему KPI для трьох моделей університетських клінік у Львові: державної, громадської та

приватної (додаток Е). Кожна модель отримала відповідні ключові показники ефективності за основними напрямками діяльності, такими як клінічна та фінансова ефективність, освітня й наукова діяльність, а також впровадження інновацій.

Запропоновані КРІ дозволять здійснювати об'єктивний моніторинг роботи кожної моделі, сприятимуть виявленню сильних і слабких сторін, а також слугуватимуть основою для подальшого розвитку університетських клінік у Львові. Впровадження цієї системи сприятиме оптимізації процесів управління, підвищенню конкурентоспроможності закладів і адаптації найкращих міжнародних практик у вітчизняну систему охорони здоров'я.

Висновки до розділу 2

Реформа післядипломної підготовки лікарів в Україні є важливим етапом трансформації медичної освіти, спрямованим на забезпечення високої якості медичних послуг і відповідність міжнародним стандартам. Затвердження Стратегії розвитку медичної освіти, розрахованої на десятирічний період, стало ключовим кроком до формування нових підходів у підготовці лікарів. Важливу роль у цьому процесі відіграє інтернатура, яка поєднує освітній і практичний компоненти та формує основу для професійної діяльності майбутніх лікарів.

Одним із значних досягнень стало впровадження нового підходу до організації інтернатури, яке передбачає стандартизацію програм, створення чітких вимог до баз стажування та впровадження справедливого рейтингового розподілу. Цей процес базується на об'єктивних критеріях, таких як академічна успішність і результати державних іспитів, що сприяє прозорості та рівним можливостям для всіх студентів. Однак війна внесла корективи в реалізацію реформ, зокрема, ускладнивши створення національного реєстру інтернатури та впровадження електронних систем управління процесом розподілу.

Скорочення переліку базових спеціальностей для інтернатури та переведення деяких із них, наприклад, нейрохірургії, у категорію вторинної спеціалізації викликає неоднозначні відгуки. З одного боку, це дозволяє зосередити підготовку лікарів у найактуальніших галузях, а з іншого – скорочення тривалості підготовки

у вузьких спеціальностях може вплинути на якість здобутих знань і навичок. У цьому контексті запровадження лікарської резидентури, яка стартувала зі спеціальності “нейрохірургія” у 2024 році, виглядає перспективним рішенням, що дозволяє компенсувати скорочення часу підготовки та забезпечити глибше опанування вузькопрофільних компетенцій.

Фінансування інтернатури передбачає фінансування з різних джерел: з державного бюджету, коштів фізичних чи юридичних осіб, а також інших джерел, не заборонених законодавством. Така система дозволяє залучати різні ресурси для забезпечення якісної підготовки, але потребує більш чіткого моніторингу та ефективного управління. Проблеми раціонального використання коштів залишаються актуальними, адже відсутність методології оцінки реальних потреб у медичних кадрах призводить до нерівномірного розподілу ресурсів і надлишку фахівців у перенасичених спеціальностях.

Роль університетських клінік у сучасній системі охорони здоров'я виходить далеко за межі лікування пацієнтів. Ці заклади слугують базами для медичної освіти, наукових досліджень та впровадження інновацій. Саме тому ефективність управлінських стратегій, які застосовуються в університетських клініках, безпосередньо впливає на якість медичних послуг, підготовку фахівців і розвиток медицини в цілому.

Досвід провідних університетських клінік світу демонструє, що інтеграція теорії та практики є фундаментальною для створення конкурентоспроможної системи охорони здоров'я. Наприклад, у клініках Шаріте в Німеччині та Каролінського університету в Швеції система освіти побудована на тісній співпраці між університетами та медичними установами. Це дозволяє студентам та інтернам отримувати практичні навички в реальних умовах під керівництвом досвідчених фахівців, що значно підвищує їхню готовність до самостійної роботи.

Ефективне управління університетськими клініками базується на декількох ключових принципах. Перш за все, це оптимізація внутрішніх процесів. Наприклад, у провідних європейських клініках впроваджуються сучасні цифрові технології для обробки даних пацієнтів, що не лише спрощує адміністративні

процедури, а й підвищує точність діагностики. Використання симуляційних центрів і цифрових платформ також сприяє інтеграції інноваційних методів навчання, дозволяючи студентам опановувати складні клінічні сценарії в безпечному середовищі.

Другим важливим аспектом є фінансове управління. Університетські клініки, незалежно від моделі фінансування, стикаються з викликами обмежених ресурсів. У Німеччині та Швеції клініки фінансуються здебільшого за рахунок державних коштів, що гарантує доступність медичних послуг. У Великій Британії успішно функціонує змішана модель фінансування, яка поєднує державну підтримку з приватними інвестиціями. Університетські клініки США, що працюють за приватною моделлю, забезпечують стабільність завдяки партнерству з фармацевтичними компаніями та благодійними організаціями. Незалежно від обраної моделі, ефективне фінансове управління є визначальним для стійкості цих установ.

Третій елемент ефективного управління – це впровадження інновацій. Університетські клініки є центрами розробки нових методів лікування та діагностики. У Шаріте, наприклад, активно впроваджуються роботизовані системи для хірургії та аналізу великого масиву даних для прогнозування захворювань. У клініках США значна частина ресурсів спрямовується на персоналізовану медицину, що дозволяє забезпечувати індивідуальний підхід до кожного пацієнта.

Особливу увагу слід приділити ролі університетських клінік у підготовці медичних кадрів. Вони не лише забезпечують студентів можливостями практичної підготовки, але й сприяють їхньому розвитку як майбутніх науковців та новаторів. Університети Оксфорда та Кембриджа, наприклад, поєднують практику з дослідницькими програмами, залучаючи студентів до участі в міжнародних проектах і грантах.

Нарешті, університетські клініки є індикатором інноваційності та конкурентоспроможності національної системи охорони здоров'я. Аналіз успіху клінік, таких як Мейо або Шаріте, дозволяє зробити висновок, що якість медичних послуг безпосередньо залежить від інтеграції освіти, науки й практики.

Запозичення цього досвіду може стати основою для розвитку університетських клінік в Україні, забезпечуючи якісну підготовку фахівців і доступ пацієнтів до передових методів лікування.

Створення університетських клінік в Україні є важливим кроком у реформуванні медичної освіти, науки та практики, що дозволяє інтегрувати освітні, наукові й лікувальні процеси. Університетські клініки відіграють важливу роль у забезпеченні якісної медичної допомоги, підготовці майбутніх лікарів та розвитку інновацій. Приклад Львівської області демонструє, як ці заклади можуть бути організовані та функціонувати в умовах української правової та організаційної системи.

Правовий фундамент для створення університетських клінік було закладено у Концепції розвитку вищої медичної освіти України, а також у нормативно-правових актах, таких як Типове положення про університетську клініку та Закон України “Про вищу освіту”. Ці документи визначають університетські клініки як бази для надання спеціалізованої медичної допомоги, реалізації навчальних програм, проведення наукових досліджень та впровадження нових медичних технологій.

Однак, в Україні структура та кількість університетських клінік залишаються нерівномірними. Наприклад, лише 40% закладів вищої медичної освіти мають багатопрофільні клініки, що дозволяють забезпечувати широкий спектр послуг і виконувати всі ключові функції. Водночас у 33% закладів університетські клініки взагалі відсутні, що обмежує можливості студентів та медичних працівників для здобуття практичного досвіду та професійного зростання.

У Львівській області університетська клінічна система перебуває на етапі активного розвитку. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (ЛНМУ) став одним із провідних учасників експериментального проєкту, спрямованого на модернізацію медичної освіти. У рамках цього проєкту щодо створення університетської лікарні ЛНМУ планується інтеграція двох закладів: Львівської клінічної лікарні на залізничному транспорті та Львівської обласної клінічної лікарні. Уряд уже схвалив передачу майнових комплексів цих

лікарень у державну власність під управління Міністерства охорони здоров'я України для створення університетської лікарні.

Цей процес має значний потенціал для покращення освітніх, лікувальних та наукових функцій. Поєднання освітніх програм з клінічною практикою дозволить студентам і інтернам здобувати практичні навички в умовах реальних клінічних викликів. Водночас це сприятиме впровадженню сучасних методів лікування, реабілітації та діагностики в медичну практику регіону.

Львів також демонструє інноваційний підхід до інтеграції медичної освіти та практики через проекти, такі як Unbroken University та медична клініка Українського католицького університету (УКУ). Unbroken University, створений на базі реабілітаційного центру “Незламні”, спеціалізується на реабілітації, протезуванні та хірургії для ветеранів війни. Унікальність цього підходу полягає у створенні неприбуткової установи, яка забезпечує реабілітацію пацієнтів та професійну підготовку лікарів, залучаючи міжнародних партнерів для реалізації спільних проектів.

Медична клініка УКУ є прикладом приватної ініціативи, яка поєднує навчальні та лікувальні функції. Вона орієнтована на сімейну медицину, фізичну терапію та психологічну підтримку, що відповідає концепції комплексної підготовки медичних фахівців і розвитку міждисциплінарного підходу до охорони здоров'я.

Ключовими викликами у розвитку університетських клінік залишаються правові, адміністративні та фінансові питання. Передача лікарень у власність університетів вимагає змін у законодавстві, ефективного управління ресурсами та забезпечення стабільного фінансування. Водночас ця модель створює перспективу для довгострокового розвитку університетських клінік як центрів інтеграції освіти, науки та медицини. Таким чином, досвід Львівської області показує, що створення університетських клінік є не лише викликом, але й можливістю для зміцнення медичної системи, сприяючи розвитку регіону та підготовці висококваліфікованих фахівців, які відповідають сучасним потребам суспільства.

Основні результати першого розділу представлено у публікаціях [22; 165].

РОЗДІЛ 3

КОМПЛЕКСНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ
ПІДГОТОВКОЮ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ЗМІН СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я3.1. Професійна мобільність лікарів як чинник модернізації їхньої фахової
підготовки

Розвиток, підготовка та зміцнення потенціалу людських ресурсів у сфері охорони здоров'я є ключовим компонентом реалізації Цілей сталого розвитку, що впроваджуються у рамках Глобальної стратегії ВООЗ щодо людських ресурсів у сфері охорони здоров'я [238]. Ця стратегія передбачає удосконалення системи медичної освіти, професійної підготовки та створення можливостей для професійного розвитку, а також сприяння міжсекторальній співпраці як механізму підвищення якості медичних послуг і покращення результатів у сфері охорони здоров'я.

МОЗ прогнозує глобальний дефіцит медичних працівників різного фаху до 2030 року. Днями глава профільного міністерства Віктор Ляшко заявив, що “жодна держава світу не скаже, що в нас вистачає лікарів”. Попри це, Україна має три кейси, які називає інструментами у боротьбі з майбутніми викликами. Завдяки їм вдасться запобігти наслідкам та збалансувати ситуацію у галузі медицини протягом наступних 5 років [42]. Міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко, коментуючи прогнозований глобальний дефіцит медичних працівників до 2030 року, зазначив три основні стратегії, спрямовані на подолання цього виклику:

1. *Співпраця з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ):* Україна тісно співпрацює з ВООЗ для розробки стратегії зменшення наслідків дефіциту медичних кадрів. Експерти ВООЗ аналізують підготовку медичних фахівців та демографічну ситуацію в країні, допомагаючи Міністерству охорони здоров'я визначити необхідну кількість спеціалістів до 2030 року.
2. *Формування державного замовлення на підготовку медичних кадрів:* з урахуванням тривалого періоду навчання лікарів, який включає шість років

дипломної підготовки та інтернатуру, вже зараз планується державне замовлення на навчання в медичних університетах. Це забезпечить випуск необхідної кількості лікарів у 2030, 2031 та 2032 роках для поповнення можливого дефіциту кадрів.

3. *Розробка демографічної стратегії*: спільно з Міністерством соціальної політики МОЗ створює демографічну стратегію для оцінки чисельності населення та його вікової структури. Це дозволить визначити необхідні спеціальності та відповідно планувати підготовку медичних фахівців.

Завдяки цим заходам Україна прагне запобігти наслідкам дефіциту медичних працівників та збалансувати ситуацію в галузі охорони здоров'я протягом наступних п'яти років. За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 1 січня 2020 року в країні не вистачало 33 707 лікарів і 35 тис. фахівців середнього медичного персоналу. За даними електронної системи охорони здоров'я НСЗУ, з квітня 2020 року в Україні звільнилися понад 5 тис. лікарів спеціалізованої ланки, при цьому нових лікарів у системі зареєстровано лише близько тисячі [98].

Система охорони здоров'я в Україні дедалі гостріше відчуває брак кваліфікованих медичних кадрів. Аналіз тенденції скорочення чисельності медичних працівників з наступною екстраполяцією даних свідчить, що до 2030 р. укомплектованість медичних закладів України лікарями становитиме 75 % [11]. Міжнародна організація праці зазначає, що вирішення проблем кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я може відбуватись двома шляхами: поліпшенням умов праці та вдосконаленням управлінського механізму [60]. Підвищення ефективності використання кадрових ресурсів можна досягти шляхом посилення спроможності національних установ розробляти та впроваджувати дієвіші стратегії розвитку [25] та здійснювати відповідне регулювання кар'єрних траєкторій працівників охорони здоров'я, реалізовувати моделі кадрової політики, що б передбачали створення “запасу” медичних працівників [238].

Сучасна система охорони здоров'я України потребує ефективного стратегічного планування ресурсів, визначення пріоритетних напрямів розвитку з

урахуванням майбутніх викликів, а також оптимізації розподілу робочого навантаження між лікарями різних спеціальностей. Це обумовлено зміною епідеміологічної структури захворювань, зокрема зростанням поширеності одних нозологій та скороченням інших.

Одним із ключових аспектів стратегічного планування є вирішення кадрових питань, що є основою адаптації системи охорони здоров'я до сучасних викликів. В Україні наразі впроваджуються обласні та регіональні програми розвитку сфери охорони здоров'я, які, серед іншого, спрямовані на вирішення проблеми забезпечення галузі кваліфікованими кадрами (зокрема, у Львівській [54] та Івано-Франківській областях [29]). Однак ці програми є фрагментарними і не забезпечують комплексного підходу до вирішення кадрових проблем. Україні бракує цілісної концепції підготовки та мотивації медичних працівників, а також загальнонаціональної програми, спрямованої на системний розвиток людських ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Відсутність цілісної концепції кадрового розвитку та системного підходу до підготовки медичних працівників значно ускладнює адаптацію до сучасних викликів у сфері охорони здоров'я. Особливо це стає очевидним в умовах розвитку інформаційного суспільства, де швидке оновлення професійної інформації та швидке застарівання знань висувають нові вимоги до підготовки та навчання фахівців.

Розвиток сучасного інформаційного суспільства, інтенсивне накопичення новітньої професійної інформації та систематичне застарівання професійних знань зумовлюють постійну та безперервну потребу у навчанні фахівців 21-го століття. Факт того, що щорічно оновлюється 20% професійних знань, а американські дослідники розглядають одиницю застарівання знань спеціаліста як період напіврозпаду компетентності, тобто зменшення її рівня на 50%, свідчить про зниження професійної компетентності майже кожні п'ять років [211].

Перехід до концепції навчання протягом усього життя, коли базова освіта періодично піддається доповненням і коригуванням, що вимагає від випускників

ЗВО опанування професійних знань, а також формування соціальної та професійної мобільності, нині визнається аналітиками як рішення цієї проблеми.

Мобільність медичних працівників є важливим чинником, що впливає на їхній професійний розвиток та формує якість надання медичних послуг у глобальному масштабі [205]. Переміщення лікарів та інших фахівців між країнами і медичними установами відкриває перед ними унікальні можливості для збагачення знань, удосконалення навичок і впровадження інновацій.

Професійні знання та підвищення кваліфікації. Однією з ключових переваг міжнародних програм професійної мобільності (МППМ) є можливість здобуття нових знань і навичок, які відповідають сучасним вимогам професійної діяльності. Учасники таких програм опановують передові методи, технології та підходи, що використовуються у їхніх професійних сферах. У медичній галузі це, зокрема, включає навчання новітнім діагностичним і терапевтичним технікам, що забезпечує підвищення ефективності лікування.

Крім того, МППМ сприяють розвитку трансформаційного досвіду навчання, який стимулює адаптивність та інноваційність фахівців. Завдяки цьому медичні кадри можуть інтегрувати нові підходи у свою практику, що підвищує якість їхньої роботи як у локальних, так і в міжнародних контекстах. Робота в іншому культурному, соціальному та економічному середовищі дозволяє їм ознайомлюватися з найсучаснішими медичними технологіями, стандартами та підходами до діагностики і лікування.

Такий досвід не лише розширює професійні горизонти учасників, але й зміцнює їхні компетенції, які можуть бути використані для вдосконалення системи охорони здоров'я у рідних країнах. У результаті, МППМ стають важливим інструментом для підвищення рівня медичних послуг на глобальному та національному рівнях.

Міжкультурна компетентність. Участь у міжнародних програмах дозволяє фахівцям зануритися в нові культурні середовища. Це сприяє розвитку міжкультурної компетентності, яка є критично важливою в умовах глобалізації. Фахівці вчаться ефективно спілкуватися з представниками інших культур, що

знижує ризик конфліктів і сприяє побудові довірливих відносин. Наприклад, лікарі, які працюють у мультикультурних командах, краще розуміють потреби пацієнтів з різних етнічних груп, що підвищує якість надання медичної допомоги. Такий досвід формує глибше розуміння глобальних проблем і сприяє розвитку емпатії.

Кар'єрний розвиток. МППМ відкривають нові можливості для кар'єрного зростання. Завдяки участі в таких програмах фахівці отримують доступ до міжнародних проєктів, стажувань і грантів. Це сприяє швидшому просуванню кар'єрними сходами і формуванню мережі професійних контактів. Здобутий досвід стає конкурентною перевагою на ринку праці. Учасники програм стають більш привабливими для роботодавців, які цінують міжнародний досвід і здатність адаптуватися до змін.

Вплив на організації та спільноти. Програми професійної мобільності не лише сприяють індивідуальному розвитку, але й позитивно впливають на організації. Учасники після повернення впроваджують нові практики, діляться знаннями і сприяють покращенню внутрішніх процесів. Це укріплює організаційну культуру і сприяє обміну найкращими практиками. У ширшому контексті МППМ допомагають формувати міжнародні партнерства, сприяючи співпраці між країнами. Це особливо актуально для медичної сфери, де спільна робота може вирішувати глобальні виклики, такі як боротьба з пандеміями.

Значну роль відіграє також обмін знаннями та інноваціями. Лікарі, які повертаються до своїх країн після роботи за кордоном, привозять із собою не лише нові практичні навички, а й передовий досвід організації медичної допомоги. Це дозволяє їм бути агентами змін, адаптувати найкращі міжнародні практики до локальних умов і сприяти модернізації охорони здоров'я.

Мобільність також підвищує рівень задоволення роботою серед медичних працівників. Перебуваючи в умовах, де цінують їхній професіоналізм і створюють комфортні умови праці, вони стають більш мотивованими та продуктивними. Це не лише зменшує ризик професійного вигорання, а й сприяє їхньому особистісному розвитку.

Таким чином, мобільність медичних працівників є потужним інструментом професійного зростання, який сприяє обміну досвідом, підвищенню якості медичних послуг і зміцненню глобальної системи охорони здоров'я. Вона не лише відкриває нові горизонти для кожного окремого фахівця, а й дозволяє ефективніше відповідати на виклики сучасного світу.

Попри численні переваги, реалізація МППМ супроводжується низкою викликів, які можуть впливати на ефективність їхньої реалізації. Наприклад, високі витрати на участь, мовні бар'єри та недостатнє врахування культурних особливостей знижують доступність і якість програм. У той же час, глобальний дефіцит медичних працівників, викликаний дисбалансом між пропозицією та попитом, додає додаткових складнощів у сферу професійної мобільності.

Загалом попит на медичних працівників забезпечується через наявний кадровий потенціал, випускників медичних спеціальностей, а також іноземних фахівців, проте цього часто недостатньо для подолання існуючих дисбалансів. Саме ці дисбаланси породжують дедалі гострішу конкуренцію між країнами за залучення медичних працівників, яка вже значно посилилася за останні два десятиліття. Ця боротьба ставатиме дедалі інтенсивнішою, і низка заможніших європейських країн виграють за рахунок бідніших.

Зростання тривалості життя та старіння населення створюють додаткове навантаження на систему охорони здоров'я. Останні демографічні зміни свідчать про те, що в низці європейських країн спостерігається збільшення тривалості життя населення. Старіння населення та зростання тривалості життя створюють різноманітні виклики для країн ЄС. Ці виклики чинять тиск не лише у фінансовому аспекті через зростання витрат, але й унаслідок зростання попиту на медичних працівників. Серед країн ЄС існують значні відмінності у витратах на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення. Деякі заможніші європейські країни, такі як Швейцарія та Норвегія, а також Німеччина, Швеція та Австрія, витрачають на охорону здоров'я в три рази більше на душу населення, ніж країни Центральної та Східної Європи, які є членами ЄС, наприклад, Латвія, Польща та Угорщина (OECD, 2019). Витрати на охорону здоров'я особливо зростають у багатших країнах, а

також у тих, де старіння населення є більш вираженим [198]. Таким чином, у країнах ЄС, ймовірно, виникатимуть дисбаланси не лише щодо надання медичних послуг, але й стосовно залучення та утримання медичних працівників.

У європейських країнах прогнозується дефіцит медичних працівників через стрімке зростання попиту, яке випереджає темпи збільшення пропозиції у цій категорії фахівців. Тому країни застосовують різні стратегії та політики, щоб задовольнити свої поточні та майбутні потреби у медичних працівниках. У низці європейських країн для подолання дефіциту медичних працівників активно залучають персонал, який пройшов навчання в інших країнах. З розширенням ЄС внутрішньоєвропейська мобільність медичних фахівців значно посилилася, проте кількість медичних працівників із третіх країн також постійно зростає. Міжнародна мобільність медичних працівників стала перевагою для багатьох країн ЄС, які є їхніми основними отримувачами. Однак для інших країн, які є їхніми відправниками, це завдало шкоди та посилило дефіцит медичних працівників.

Адаптація теорій професійної міграції до лікарів в Україні може слугувати основою для розробки ефективних управлінських стратегій у сфері підготовки та утримання медичних кадрів. Означені нижче фактори разом формують важливий контекст для розуміння міграційних процесів серед українських лікарів і визначають напрямки, в яких держава повинна впроваджувати ефективні стратегії утримання кадрів. Ось як ці теорії можуть бути застосовані:

Теорія мотиваційного підходу

Лікарі з України мігрують через низьку заробітну плату, відсутність сучасного обладнання, невідповідність робочих умов міжнародним стандартам, а також через соціальні чи політичні фактори, такі як війна або нестабільна економічна ситуація. Етична мотивація також має значення: лікарі прагнуть працювати в системах охорони здоров'я, де цінують їхній професіоналізм і забезпечують гідні умови праці.

У деяких випадках міграція лікарів може бути ініційована державними програмами інших країн (Government-Induced Migration), які активно рекрутують медичних працівників з України. Наприклад, спрощені програми отримання

дозволу на роботу або грантові програми, які включають контрактні зобов'язання на певний період роботи за кордоном.

Під час пандемії COVID-19, у зв'язку з необхідністю посилення медичних кадрів у Польщі, уряд вирішив тимчасово спростити процес отримання права на професійну діяльність (PWZ). Відповідно до Закону від 28 жовтня 2020 року [220], лікар або стоматолог, який здобув кваліфікацію за межами Польщі, міг отримати рішення, видане Міністерством охорони здоров'я, на виконання певного обсягу професійної діяльності у визначений період і в конкретному місці працевлаштування в медичному закладі.

Додаткові зміни були запроваджені Законом від 27 листопада 2020 року [219], згідно з яким лікарі та стоматологи могли отримати “умовне PWZ” для роботи в медичних закладах, які надавали допомогу пацієнтам із COVID-19. Іншою можливістю було отримання умовного PWZ для лікарів або стоматологів без спеціалізації [190]. Ці спрощення дозволяли отримати PWZ строком до 5 років, протягом яких кандидат міг нострифікувати диплом і здобути спеціалізацію.

Ще однією зміною стало введення вимоги подавати декларацію про відповідний рівень володіння польською мовою замість складання іспиту з медичної польської мови [191].

1 січня 2021 року також були запроваджені Лікарський Верифікаційний Іспит (LEW) та Лікарсько-Стоматологічний Верифікаційний Іспит (LDEW) для вищезазначених осіб. Ці іспити проводилися в університетах і були необхідними для отримання PWZ.

На практиці для значної кількості медичних фахівців з-поза меж ЄС, які почали працювати в Польщі на основі умовного права на медичну практику, що надається на 5 років, Лікарський Верифікаційний Іспит (LEW) стає серйозним бар'єром [112]. У 2023 році лише близько 7% осіб успішно склали цей іспит, що пов'язано з відмінностями у навчальних програмах медичної освіти та мовними компетенціями [212]. Ця проблема може мати численні причини, які потребують окремого дослідження. Продовження мовних курсів і підвищення обізнаності щодо системи охорони здоров'я (введене у 2022 році медичними палатами) може

покращити загальні результати [233]. Особа, яка не отримала позитивного результату, має право повторно скласти іспит в інший термін [128].

Лікар, який закінчив навчання за межами Європейського Союзу, повинен або нострифікувати свій диплом, або скласти Лікарський Верифікаційний Іспит (LEW). Успішне складання LEW підтверджує відповідність мінімальним вимогам освіти, встановленим законодавством ЄС. Найчастіше до цього іспиту підходять лікарі з України, які отримали умовне право на виконання професійної діяльності в Польщі на 5 років. Якщо протягом цього періоду вони не складуть LEW, вони втратять можливість продовжувати працювати в Польщі. Для багатьох цей іспит є надзвичайно складним.

Економічна теорія

Українські лікарі та інші медичні працівники часто мігрують до країн із вищим рівнем заробітної плати, кращими фінансовими стимулами та розширеними можливостями для професійного розвитку. Така тенденція пояснюється класичними підходами економічної теорії міграції, згідно з якими основними факторами переміщення трудових ресурсів є різниця в доходах, умовах праці та соціальних гарантіях між країнами-донорками та країнами-реципієнтами.

Особливої актуальності це набуває у сфері охорони здоров'я, де кваліфіковані кадри стають об'єктом міжнародної конкуренції. Вищі заробітні плати у сусідніх державах формують потужний економічний стимул для українських медичних працівників шукати кращі умови за кордоном. Цей процес відомий як "відтік мізків" (Brain Drain) – явище, що передбачає втрату висококваліфікованих спеціалістів, підготовлених у країні походження, які реалізують свій професійний потенціал в інших державах.

На рис. 3.1 наведено порівняння рівня заробітної плати медичних працівників у деяких сусідніх країнах щодо України. Зокрема, видно, що в Чехії середній рівень заробітної плати у медичному секторі перевищує український у 8,1 рази, в Угорщині – у 6,1 рази, у Польщі – у 5,8 рази. Навіть у Молдові цей показник є у 2,2 рази вищим.

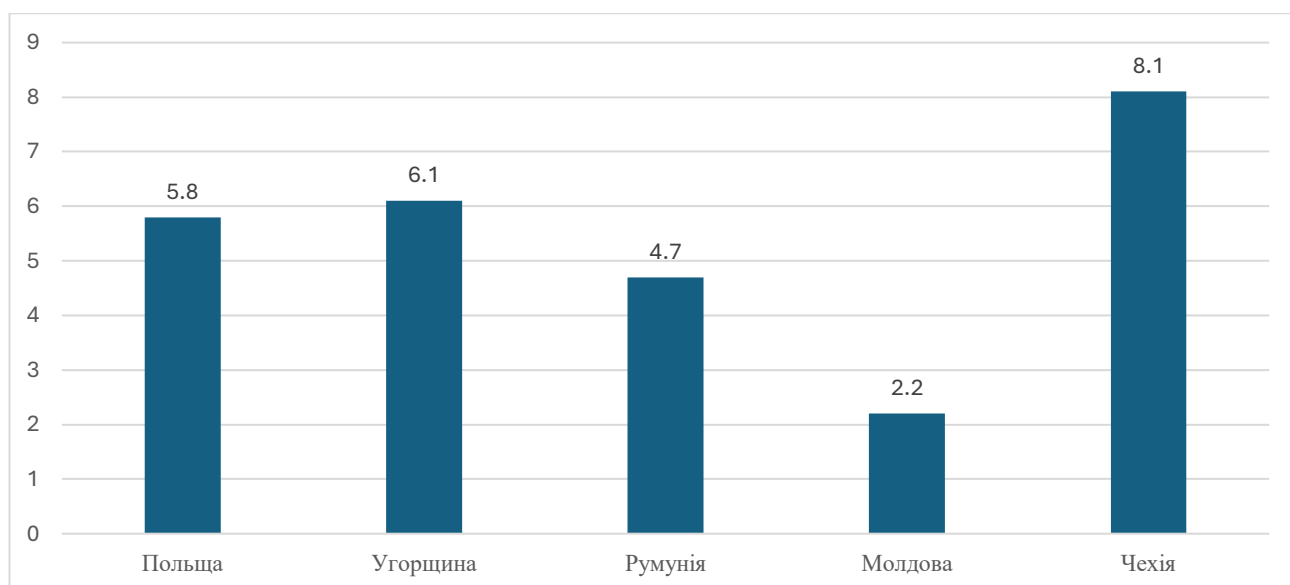


Рис. 3.1. Перевищення заробітних плат медичних працівників у деяких сусідніх країнах у порівнянні із Україною (сформовано авторкою за матеріалами [11])

Ці цифри підтверджують, що рівень оплати праці виступає одним із ключових пуш-факторів зовнішньої міграції. Країни Центральної та Східної Європи активно використовують цей чинник у своїй кадровій політиці, залучаючи українських фахівців не лише конкурентною заробітною платою, але й соціальними пільгами, кращою матеріальною базою та можливостями для підвищення кваліфікації.

Інституційна теорія

Програми рекрутингу з боку іноземних медичних установ, які активно пропонують українським лікарям роботу, сприяють міграції. Наприклад, спеціалізовані агентства допомагають з легалізацією документів, ліцензуванням і пошуком роботи. Уряди іноземних країн пропонують спрощені програми отримання робочих віз і ліцензій для лікарів з України.

Інші мотиви стосуються робочого середовища, організаційної якості та культури, а також характеристик професії, таких як професійні ризики, понаднормова робота, дисбаланс між професійним і сімейним життям, фізичний та психологічний стрес або незадовільна якість управління робочими процесами, що

призводить до негативних наслідків для набору, утримання кадрів, продуктивності, ефективності та результатів у сфері охорони здоров'я.

Робоче середовище можна описати як поєднання характеристик, які визначають місце роботи, або як “багатовимірну концепцію, що охоплює аспекти чи характеристики функцій, які сприймаються працівником, такі як природа завдань, характеристики організації, кар’єрні перспективи та можливі винагороди”. Позитивне робоче середовище впливає на задоволеність роботою, професійний розвиток і культуру, а також є важливим чинником залучення та утримання кадрів. Воно створює умови, які стимулюють професіоналів залишатися у сфері охорони здоров'я, сприяючи підвищенню якості медичних послуг і результатів у сфері здоров'я [122], [123].

З цього приводу Кантер стверджувала, що “структурне розширення можливостей пов’язане з вищим рівнем задоволеності роботою, нижчим рівнем стресу, вищою професійною відданістю та ефективністю, що сприяє кращому розвитку навичок і утриманню людських ресурсів у сфері охорони здоров'я”.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) підтримує створення “позитивних практичних середовищ”, які сприяють добробуту, безпеці та мотивації професіоналів, підвищують продуктивність, ефективність і якість надання медичної допомоги. Такі середовища також сприяють організаційній якості, роботі в команді, співпраці та задоволеності роботою. Крім того, ВООЗ наголошує на необхідності впровадження безпечних умов праці, що має забезпечуватися керівниками, роботодавцями, регуляторними органами, професійними організаціями та навчальними закладами [122].

Теорія міжнародної мобільності

Глобалізація ринку праці в галузі медицини дозволяє українським лікарям швидше інтегруватися в іноземні системи охорони здоров'я. Високий попит на лікарів у країнах ЄС та США стимулює мобільність українських медичних фахівців. Лікарі з України також отримують можливість навчатися і працювати за кордоном завдяки міжнародним грантам, стипендіям і обміну кадрами.

Серед медичних працівників у Європі один із десяти є народженим за кордоном, хоча в окремих країнах спостерігаються значні відмінності. В Ірландії майже половина лікарів народжені за кордоном. У Швеції та Швейцарії кожен третій лікар має іноземне походження, тоді як у таких країнах, як Німеччина, Данія та Франція, частка лікарів, народжених за кордоном, близька до середнього рівня по ЄС. Австрія та Італія вирізняються серед країн із низькою часткою іноземних лікарів, що є нижчою за середній рівень по ЄС – близько 5% в Австрії та 1% в Італії. Також низка країн Центральної та Східної Європи, які є членами ЄС, таких як Польща, Литва, Румунія, Хорватія та Естонія, належать до групи з низькою часткою лікарів-іноземців, де цей показник не перевищує 2%.

Оскільки навчання нових лікарів і медсестер займає багато років, їхнє залучення з-за кордону може забезпечити швидше вирішення нагальних проблем із дефіцитом, хоча це може посилити нестачу медичних працівників у країнах їхнього походження. Декілька країн ОЕСР, зокрема Австралія, Канада, Ірландія, Ізраїль, Нова Зеландія, Швейцарія, Велика Британія та США, традиційно покладаються на міжнародний набір лікарів і медсестер, і частка медичних працівників, які пройшли навчання за кордоном, зросла в більшості країн ОЕСР з 2010 року. Якщо країни ОЕСР не почнуть навчати більше лікарів і медсестер і довше утримувати їх у своїх системах охорони здоров'я, можна очікувати подальшого зростання кількості іноземних медичних працівників у багатьох країнах.

Рисунок 3.2 демонструє значну залежність окремих країн від залучення лікарів, які пройшли навчання за кордоном. Лідерами за цим показником є Ізраїль (57,8%), Нова Зеландія (42,1%), Норвегія (42,1%) та Ірландія (40,5%). Водночас у таких країнах, як Італія (0,9%) та Польща (2,7%), частка іноземно підготовлених лікарів залишається незначною. Це свідчить про різні підходи до кадрової політики у сфері охорони здоров'я: одні держави активно компенсують внутрішній дефіцит фахівців за рахунок зовнішніх ресурсів, інші – орієнтуються переважно на власну систему підготовки медичних кадрів.

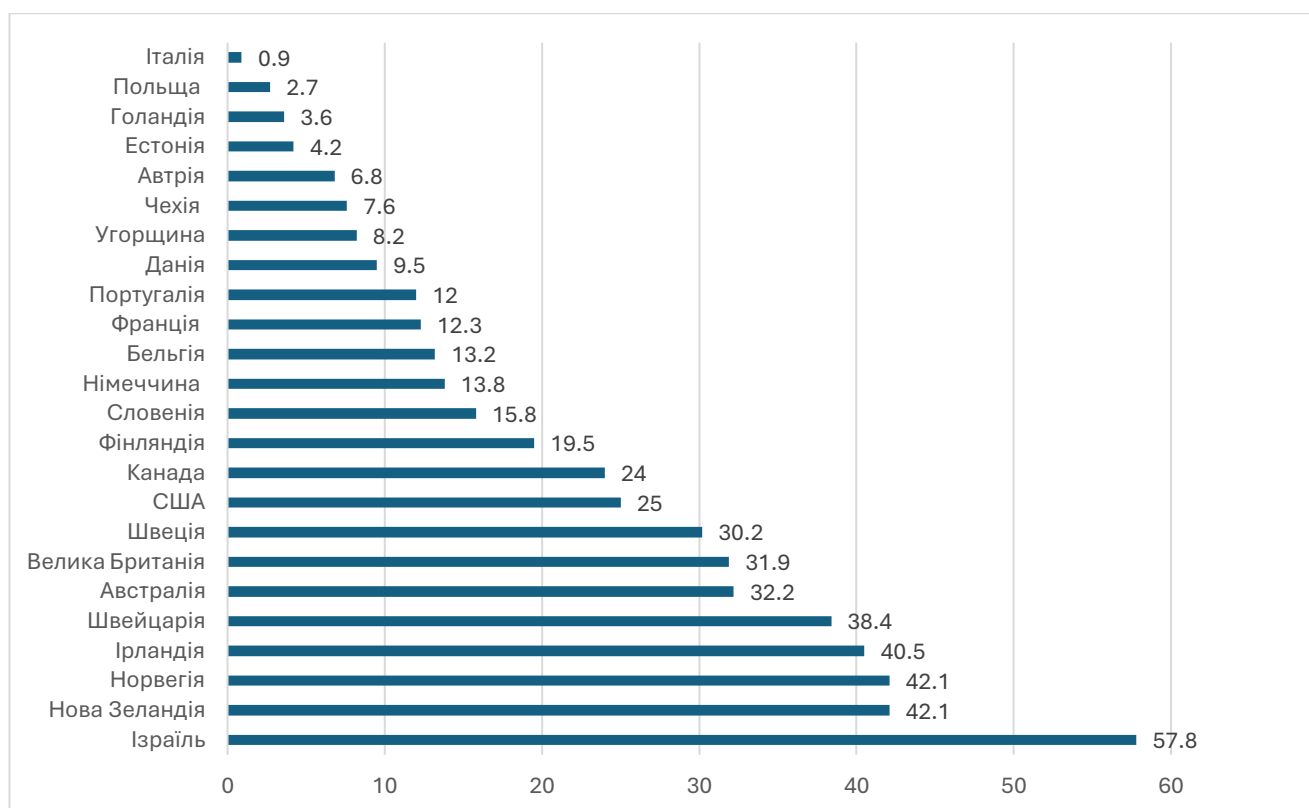


Рис. 3.2. Відсоток лікарів, які пройшли навчання за кордоном, 2021 рік (сформовано авторкою за матеріалами [199]).

У країнах із високим рівнем доходу, зокрема в Ізраїлі, є поширеною практика, коли лікарі проходять період стажування за кордоном. Цей етап є визначальним для їхньої кар'єри, і ті, хто успішно його завершує, часто представляють еліту у своїй галузі. Після повернення вони стають основою для майбутнього професійного лідерства у своїй дисципліні.

Рішення повернутися до країни походження після завершення стажування не є очевидним, оскільки нові кар'єрні можливості відкриваються в країні, де вони проходили підготовку. Система охорони здоров'я країни походження має розглянути найефективніші способи “повернення” цих лікарів. Це виходить за межі звичайної міграції та включає складний процес демонтажу життя, встановленого в іншій країні, для повернення на батьківщину. Важливо зрозуміти перешкоди і водночас посилити чинники, які здатні “повернути” цих лікарів із міжнародною підготовкою. Це є ключовим для систем охорони здоров'я. Ефективне використання ресурсів для надання необхідної підтримки таким лікарям може

посилити їхню відданість поверненню та сприяти їхньому внеску в систему охорони здоров'я країни походження після завершення стажування.

Було проведено дослідження [221], у якому проаналізовано ключові фактори, що впливають на рішення ізраїльських лікарів повернутися до країни після закордонного стажування. На основі отриманих даних було зроблено висновки, які є критично важливими для систем охорони здоров'я, що прагнуть зберегти та розвивати майбутнє лідерство. Зокрема, підкреслено, що ефективне використання ресурсів для надання необхідної підтримки таким лікарям може посилити їхню відданість поверненню та сприяти їхньому внеску в систему охорони здоров'я країни походження після завершення стажування.

Середній вік на момент початку стажування становив 38,4 роки. Жінки складали 41% респондентів. Середня тривалість стажування становила 24,2 місяці. Значна більшість (93,3%) проходила стажування в супроводі чоловіка/дружини та/або дітей, середня кількість яких становила 2,4 (2-3) дитини на сім'ю.

Респонденти оцінили переваги своїх стажувань у 4,6 бала за шкалою від 1 до 5. Загалом, 72% повідомили, що в їхній спеціалізації в Ізраїлі немає акредитованого стажування, а 54% зазначили, що в Ізраїлі немає стажувань, як акредитованих, так і неакредитованих, у їхній конкретній підспеціальності. На запитання про три основні мотиви участі в міжнародному стажуванні, 73% зазначили, що прагнули ширшого клінічного досвіду порівняно з Ізраїлем, 47% вказали на важливість знайомства з різними системами охорони здоров'я, а 46% шукали пригод (особистий та сімейний досвід за кордоном). Лише 6,4% назвали бажання емігрувати з Ізраїлю головним мотивом. Перед від'їздом середній рівень впевненості в поверненні до Ізраїлю становив $4,2 \pm 1,0$ за шкалою від 1 до 5 балів. Лише 25,8% розпочинали стажування з низькою або середньою впевненістю (≤ 3 бали).

Було оцінено підтримку ізраїльської системи охорони здоров'я під час підготовки до стажування, зокрема аспекти, у яких респонденти стикалися з суттєвими труднощами. Складність процесу подання заявки була серйозною перешкодою для стажерів, і 47% зазначили це як основну проблему. Водночас 66%

отримали певну форму допомоги в процесі подання заявки, здебільшого через зв'язок із програмою стажування за посередництвом ізраїльського лікаря-наставника або колишнього ізраїльського стажера в цій самій програмі. Лише 2% брали участь у стажуванні за офіційною угодою між ізраїльським закладом та програмою стажування за кордоном.

Фінансовий тягар також став значною проблемою, про що заявили 40% опитаних. Середні прямі особисті витрати зі своїх заощаджень або позик, пов'язані зі стажуванням, становили 35 546 доларів США, не враховуючи непрямі втрати доходів, такі як зменшення доходу під час стажування та зниження внесків до пенсійних рахунків. Загалом 40% отримали фінансову підтримку від ізраїльського фонду, свого роботодавця або зовнішнього гранту. Середній розмір покриття витрат становив 10% від загальної суми витрат на стажування. Більшість опитаних (72%) уявляють своє майбутнє в Ізраїлі протягом наступного десятиліття. Проте серед тих, хто зараз проживає за кордоном, цей показник нижчий і становить лише 56%.

Респонденти оцінили десять факторів, які впливають на їхнє бажання залишитися в країні стажування (push factors) або повернутися на батьківщину (pull-back factors). Для аналізу було підсумовано кількість учасників, які включили кожен із факторів у трійку найважливіших.

Основними push-факторами, що сприяють залишенню за кордоном, були:

- фінансові можливості та вищі заробітні плати в країні стажування (59%),
- політичний і соціальний клімат у країні походження (49%),
- покращений баланс між роботою та особистим життям за кордоном (39%).

Основними pull-back факторами, які могли б стимулювати повернення до Ізраїлю, зазначалися:

- можливість використати навички, набуті під час стажування (67,3%),
- висока заробітна плата після повернення до Ізраїлю (63,3%),
- можливості кар'єрного зростання (57,6%).

Ланцюгова мобільність медичних працівників завдала особливої шкоди країнам Центральної та Східної Європи, які є членами ЄС. Ланцюгова мобільність

означає відтік медичних працівників із певної країни – як місцевих, так і іноземних лікарів, які залишають країну, – та їхню часткову заміну іншими лікарями, що пройшли навчання за кордоном. Прикладом ланцюгової мобільності може бути відтік медичних працівників із Німеччини, які переїжджають до Швейцарії, Великої Британії або США, та одночасний приплив лікарів, які пройшли навчання за кордоном, з Австрії, Румунії або інших країн ЄС до Німеччини. Така мобільність компенсує відтік місцевих медичних працівників завдяки надходженню нових фахівців, які навчалися за кордоном. Серед цих країн виділяється Румунія, яка має найвищий рівень відтоку лікарів. У низці інших країн Центральної та Східної Європи, таких як Польща, Угорщина, Болгарія та Словаччина, чистий ефект від міграції лікарів також був негативним. Внутрішня мобільність до цих країн була незначною і не змогла компенсувати відтік медичних кадрів. Чехія залучала переважно лікарів зі Словаччини та України, Угорщина – медичних кадрів із Румунії, Румунія приймала фахівців із Молдови. Окрім того, щільність медичних працівників у країнах Центральної та Східної Європи залишається досить низькою.

Ірландія та Швейцарія є країнами, які найбільше залежать як від лікарів, так і від медсестер, що пройшли навчання за кордоном. У Швейцарії частка лікарів, які пройшли навчання за кордоном, зросла з приблизно 25% у період між 2000 і 2010 роками до майже 40% через десятиліття [149].

Економісти, експерти з охорони здоров'я та громадські організації висловлюють занепокоєння щодо “відтоку мізків” із регіонів з нижчим рівнем доходу, оскільки заможні країни переманюють їхніх працівників.

Хоча медичні фахівці можуть отримати вигоду у вигляді вищої заробітної плати та кращих умов праці в країнах-магнітах, їхні рідні країни втрачають інвестиції, вкладені у підготовку кадрів, і залишаються з меншою кількістю власних ресурсів.

Це створює цикл, у якому менше лікарів працюють у певних регіонах, що призводить до зменшеного доступу до медичних послуг, нижчої якості обслуговування, довших черг та загального невиконання потреб населення. Велика Британія є країною, яка прийняла найбільшу кількість медичних працівників із-за

кордону, з чистим приростом лікарів у 45 000 осіб у період з 2010 по 2017 рік. Хоча Велика Британія прийняла понад 53 000 лікарів, вона також відправила за кордон понад 8 000. Велика Британія, отримали значні переваги від мобільності медичних працівників як у межах ЄС, так і з третіх країн. Згідно з даними ОЕСР, понад половина лікарів у Великій Британії походить із країн, що не входять до ЄС, особливо з Пакистану та Індії; 27% прибули здебільшого з Італії, Греції, Ірландії, Іспанії та Німеччини – ще 16% походять із країн Центральної та Східної Європи, які є членами ЄС, зокрема з Румунії, Польщі, Угорщини та Чехії.

Деякі країни, наприклад Німеччина, мають високий рівень обміну лікарями. Кількість німецьких лікарів, які виїжджають за кордон, досить велика, але це компенсується приблизно такою ж кількістю лікарів, які пройшли навчання за кордоном – близько 15 000 осіб, – які переїхали до Німеччини. Однак чистий ефект є негативним, що свідчить про те, що Німеччина є країною, яка втрачає лікарів. Водночас кількість іноземних медсестер, які переїжджають до Німеччини, удвічі перевищує кількість тих, які виїжджають.

Австрія, Італія та Голландія – це також країни, де відтік лікарів перевищує притік. Норвегія та Швейцарія значною мірою покладаються на лікарів із країн ЄС. Ці дві країни отримали значний приплив лікарів, які пройшли навчання за кордоном, при цьому відправивши лише незначну кількість лікарів за кордон. Приплив лікарів з-за кордону значно перевищує кількість місцевих випускників, і в результаті ці дві країни мають найвищу частку лікарів, які пройшли навчання за кордоном (після Ірландії) – близько 40% у Норвегії та 35% у Швейцарії. Особливо Швейцарія, яка пропонує значно вищу заробітну плату порівняно з країнами ЄС, стала магнітом для лікарів і медсестер з Німеччини, а також з Італії, Франції та Австрії. Норвегія, своєю чергою, стала привабливою для медичних працівників із Швеції, Данії та Іспанії, а також з Польщі, Литви та Угорщини [183].

Деяким країнам вдалося задовольнити свій попит шляхом залучення медичних працівників, які навчалися за кордоном. Боротьба за медичних працівників серед країн ЄС призвела до появи “переможців” і “переможених”. Це означає, що для групи країн, зокрема країн Центральної та Східної Європи, які

переважно є країнами-донорами медичних працівників, мобільність медичних фахівців має значні негативні наслідки. Статистика також виявляє цікавий “парадокс”, а саме: висока щільність випускників медичних спеціальностей поєднується з низькою щільністю робочої сили у сфері охорони здоров’я. Цю закономірність значною мірою можна пояснити транскордонною мобільністю медичних працівників у Європі. Група країн із найнижчою щільністю медичних працівників включає країни Західних Балкан і низку країн Центральної та Східної Європи. Особливо Словаччина, Угорщина, Хорватія та Румунія мають вищу щільність випускників – як лікарів, так і медсестер – порівняно із середнім рівнем по ЄС, але доступність медичних працівників в цих країнах є нижчою за середню по ЄС.

Тому, щоб визначити мобільність медичних працівників, науковці оцінили гравітаційну модель⁴, яка враховує ці аспекти попиту і пропозиції в секторі охорони здоров’я, включаючи як грошові, так і негрошові фактори мобільності [123], [183], [205]. Дані дозволили аналізувати мобільність медичних працівників у 32 країнах, включаючи 27 країн-членів ЄС, Велику Британію, країни Європейської асоціації вільної торгівлі (Норвегія, Швейцарія та Ісландія) та Албанію.

Логіка гравітаційної моделі полягає в тому, що індивід вирішує, чи переїжджати за кордон, залежно від своїх очікувань щодо можливостей працевлаштування або рівня заробітної плати у своїй країні походження порівняно з іншими країнами. Окрім економічних чинників, можна враховувати й інші фактори, які можуть сприяти мобільності, такі як географічна близькість або культурна й мовна спорідненість.

У контексті медичних працівників застосування гравітаційної моделі дозволяє охопити фактори “виштовхування” та “притягування”, які впливають на мобільність цієї конкретної групи працівників. Очікування щодо можливостей

⁴ У застосуванні до медичних працівників ця модель виглядає так: чим більша економічна привабливість країни-реципієнта (наприклад, високий рівень зарплат у сфері охорони здоров’я, кращі умови праці, стабільність), тим сильніше вона “притягує” медичних працівників; чим вищі бар’єри або більша “відстань” (географічна, мовна, культурна, правова), тим менший потік медичних кадрів між країнами. Країни з великою кількістю медичних працівників і слабкою економікою (наприклад, Україна, Індія, Філіппіни) — це “донори”, від яких залежить напрямок потоку.

працевлаштування або здатності приймаючої країни утримувати або залучати медичних працівників визнаються важливими факторами притягування для цієї групи. Вищі рівні заробітної плати у цьому секторі в потенційній приймаючій країні та відносно високі відмінності у рівнях оплати праці між країнами-відправниками та країнами-одержувачами, як очікується, позитивно впливають на залучення медичних працівників до приймаючих країн.

Крім того, попит на медичних працівників, ймовірно, буде зумовлений потребами населення у медичних послугах.

Як зазначено вище, старіння населення створює більшу потребу у медичному обслуговуванні. Таким чином, демографічна структура населення та її відмінності між країнами, як очікується, будуть важливими рушіями попиту на медичних працівників. Країни, де попит на медичних працівників високий і фінансові ресурси більш доступні (наприклад, для можливості працевлаштування або можливості запропонувати вищу заробітну плату медичним працівникам), зазвичай є більш успішними в утриманні лікарів, підготовлених на місцевому рівні, а також у залученні медичних працівників, які пройшли навчання за кордоном, порівняно з країнами, які стикаються з фінансовими обмеженнями або пропонують нижчу заробітну плату в цьому секторі.

Окрім попиту, важливим є також аспект пропозиції. Пропозиція медичних працівників, тобто наявна робоча сила у сфері охорони здоров'я, залежить від контингенту студентів і випускників медичних спеціальностей, які виходять на ринок праці, від внутрішньої та зовнішньої мобільності медичних працівників, а також від рівня виходу цієї групи працівників на пенсію. Важливість ефективної підготовки власних кадрів підтверджується результатами економетричного аналізу, що дозволяє оцінити залежність між цими факторами.

Зокрема, коефіцієнт у моделі відображає силу та напрямок зв'язку між кількісними показниками. Негативне значення коефіцієнта вказує на зворотний взаємозв'язок: збільшення одного показника призводить до зменшення іншого. Отримані результати демонструють негативний і статистично значущий коефіцієнт для показника чисельності випускників у приймаючій країні, що свідчить про те,

що зі зростанням кількості лікарів, які виходять на ринок праці після навчання у цій країні, зменшується потреба у лікарях, які здобули освіту за кордоном. Таким чином, країни з розвиненою системою підготовки медичних кадрів та високим щорічним випуском лікарів і медсестер є менш залежними від залучення іноземних фахівців. Інтерпретація значення коефіцієнта показує, що збільшення кількості випускників лікарів на 10% асоціюється зі зниженням чисельності лікарів, які навчалися за кордоном, на 1,5%, а для медсестер цей показник становить 1,9% [183].

З точки зору країни-відправника спостерігається позитивний взаємозв'язок між чисельністю випускників лікарів і чисельністю лікарів із цієї країни, які працюють за кордоном. Цей результат свідчить про те, що країни з великою кількістю випускників лікарів, як правило, відправляють більше лікарів за кордон.

Крім економічних та демографічних чинників, важливу роль у мобільності медичних працівників відіграє так званий мережевий ефект. Результати аналізу показують, що коефіцієнти для частки лікарів і медсестер, які вже пройшли навчання за кордоном, є позитивними і статистично значущими для приймаючих країн. Це означає, що держави, де вже сформувалася значна частка іноземно підготовлених медичних працівників, мають тенденцію залучати ще більше таких фахівців. Така ситуація пояснюється саме дією мережевого ефекту: наявність діаспори або професійних спільнот іноземних медиків полегшує інтеграцію нових працівників, створює підтримку, сприяє поширенню інформації про можливості працевлаштування та адаптацію. Іншими словами, коли в країні вже працює багато лікарів і медсестер, які навчалися за кордоном, це стає додатковим стимулом для нових медичних працівників приїжджати саме сюди.

Особливо показовим є те, що позитивні коефіцієнти для лікарів перевищують значення одиниці, що вказує на посилений мережевий ефект — кожне подальше залучення лікарів, які навчалися за кордоном, відбувається легше та у більшому обсязі завдяки вже наявній спільноті таких фахівців.

Аналіз також виявив цікавий взаємозв'язок між внутрішньою залежністю від іноземно підготовлених медичних працівників і зовнішньою міграцією власних

лікарів. Зокрема, країни, які активно залучають лікарів та медсестер із закордонною освітою, як правило, менше відправляють своїх власних медичних працівників за кордон. Це може свідчити про збалансовану кадрову політику або про те, що такі країни компенсують дефіцит переважно за рахунок імпорту кадрів.

Ще одним важливим фактором є демографічна структура населення. Великий розмір коефіцієнта для показника частки осіб віком понад 65 років свідчить, що в країнах із старіючим населенням спостерігається вищий попит на медичні послуги. Відповідно, такі країни частіше залучають лікарів, які навчалися за кордоном, щоб задовольнити зростаючі потреби у сфері охорони здоров'я. Таким чином, демографічний фактор – а саме більша частка літніх людей – прямо пов'язаний із підвищеною залежністю від іноземних медичних працівників.

Результати оцінки впливу рівня оплати праці медичних працівників свідчать про значну роль цього фактору у мобільності медичних працівників. Вищий рівень заробітної плати в приймаючій країні приваблює більше лікарів із-за кордону, що підтверджується значним позитивним коефіцієнтом для приймаючої країни.

Разом із тим, з точки зору країн-відправників, вищі зарплати у секторі охорони здоров'я в країні походження можуть супроводжуватися зменшенням кількості лікарів і медсестер, які виїжджають за кордон. Таким чином, рівень заробітної плати у секторі охорони здоров'я виступає не лише вагомим чинником, що стимулює еміграцію, але й може виконувати стримувальну роль щодо зовнішньої міграції медичних працівників. Щодо розміру коефіцієнтів, підвищення заробітної плати на батьківщині на 10% може скоротити кількість лікарів і медсестер, які працюють за кордоном, на 7%.

Описані вище теорії відображають ключові причини міграції лікарів з України, а також показують необхідність формування стратегій для утримання медичних кадрів та їхнього повернення. Це може включати підвищення заробітної плати, покращення умов праці, фінансування медичних закладів і створення програм мотивації для лікарів, які вирішили залишитися в країні.

3.2. Професійні медичні асоціації як суб'єкти управлінських змін у підготовці лікарів

З історичної точки зору, професійні медичні асоціації (ПМА) виникли як групи зі спільними науковими інтересами або були створені владою для виконання функцій регуляторного органу [203]. ПМА виконують різні ролі залежно від країни, в якій вони діють, і системи охорони здоров'я, у межах якої вони функціонують. ПМА можуть брати участь у таких сферах, як освіта і навчання, включаючи безперервну медичну освіту (Continuing Medical Education, CME), ліцензування, регулювання, етичні питання, встановлення стандартів, зокрема клінічних настанов, а також представлення інтересів лікарів [120].

Щодо освіти, ПМА можуть відповідати за різні аспекти освітніх стандартів, такі як навчальні програми для студентів медичних факультетів, післядипломна медична освіта, включаючи інтернатуру та резидентуру, а також безперервна медична освіта [115].

Багато професійних медичних асоціацій (ПМА) розробляють етичні кодекси, які слугують орієнтирами для вирішення проблем, з якими можуть стикатися лікарі у своїй медичній практиці [180], включаючи питання конфлікту інтересів із фармацевтичною індустрією. Наприклад, Європейське товариство кардіологів [148] регламентує, що всі промоційні та освітні заходи, які підтримуються фармацевтичною індустрією, повинні відповідати правилам, розробленим Європейською федерацією фармацевтичних індустрій і асоціацій та Міжнародною федерацією фармацевтичних виробників і асоціацій, а також національним нормам, якщо такі існують.

Враховуючи ці обов'язки, ПМА відіграють ключову роль у проведенні реформ у сфері охорони здоров'я у всьому світі [246]. Однак, попри їхню важливу роль, дослідження ПМА в країнах із низьким та середнім рівнем доходу є обмеженими. Наприклад, в Україні було виявлено, що дуже небагато ПМА були активними у виконанні ключових функцій, описаних вище.

Однією з головних проблем для ПМА в Україні була нестача фінансування. Це пояснювалося відсутністю чітких переваг для членів асоціації, що призводило до замкненого кола: відсутність переваг знижувала доходи, а менші доходи, у свою чергу, обмежували можливість забезпечення нових переваг. Через нестачу доходів від членських внесків ПМА змушені були шукати фінансування у фармацевтичних компаній, що, як виявилось, не регулювалося жодними етичними стандартами. Це викликало питання щодо можливого конфлікту інтересів.

Професійні медичні асоціації ПМА в Україні, з огляду на експертність їхніх членів, мають потенціал для значущого внеску у розвиток системи охорони здоров'я. Однак, окрім браку ресурсів, існує також відсутність чіткої візії з боку Міністерства охорони здоров'я, системи охорони здоров'я та лікарів щодо функцій і відповідальності таких асоціацій. Для трансформації цього сприйняття необхідна зміна професійної культури, де лікарі повинні брати ініціативу в просуванні ролі своєї професії для покращення здоров'я населення. В Україні експертність часто зосереджена серед невеликої групи фахівців, які поєднують кілька ролей: національних експертів, клініцистів, викладачів і консультантів. Ці фахівці надають рекомендації, розробляють настанови та проводять навчання для лікарів відповідних спеціальностей.

Цікавим уроком із досвіду України є створення специфічних асоціацій за підтримки донорів для сприяння реформам у системі охорони здоров'я. Зокрема, реформи у цій сфері зумовили необхідність створення таких неурядових організацій, як Асоціація сімейних лікарів, Асоціація лікарень та Комісія з медичної акредитації. Їхня діяльність охоплювала реорганізацію надання медичних послуг, впровадження нових механізмів оплати, а також розробку нових форм обліку та звітності. Попри значну залежність від донорської допомоги, ці асоціації показали ефективність у співпраці з урядом у питаннях реформування охорони здоров'я та регулювання медичної практики, а також у вирішенні завдань, пов'язаних із наданням державних послуг. Досвід України демонструє важливість таких організацій у покращенні надання медичних послуг, а також їхню роль у вирішенні специфічних потреб у певному контексті.

Очевидно, що для розвитку ПМА у країнах із низьким і середнім рівнем доходу ще необхідно зробити багато. Це відкриває потребу в інвестиціях у цей сектор з боку ВООЗ та Всесвітньої медичної асоціації. Одним із підходів для розвитку ПМА в таких країнах може бути впровадження програм партнерства (*twinning programmes*) [247], які об'єднують медичні асоціації з країн із низьким та середнім рівнем доходу із відповідними організаціями у країнах із високим рівнем доходу. ПМА відіграють ключову роль у формуванні людських ресурсів для системи охорони здоров'я. Проте в умовах країн із низьким і середнім рівнем доходу їхній потенціал досі залишається недостатньо використаним для покращення здоров'я населення.

Щоб краще зрозуміти роль ПМА, варто розглянути різноманітні типи професійних організацій, класифікованих за їхніми основними цілями. До них належать захист і просування професійних інтересів лікарів, визначення та впровадження стандартів у медичній освіті та практиці, сприяння науковим дослідженням і обміну досвідом, а також залучення громади. У подальшому тексті представлено приклади кожного з цих типів організацій.

Сучасні медичні професійні організації виникли у XIX столітті за григоріанським календарем у Європі та Америці з основною метою захисту інтересів своїх членів. Вони також виконували додаткову роль у створенні та забезпеченні дотримання професійних кодексів [206], однак ця функція часто розподілялася з урядовими або напівурядовими організаціями. Серед перших професійних організацій, створених для захисту та просування прав лікарів, були Британська медична асоціація (ВМА) у Великій Британії, Американська медична асоціація (АМА) у США та Канадська медична асоціація (СМА) у Канаді.

Попередником ВМА була організація, заснована у 1832 році як профспілка лікарів у Великій Британії, яка отримала свою сучасну назву у 1856 році. Вона публікує *British Medical Journal* та організовує різноманітні освітні програми для своїх членів [121]. Американська медична асоціація була створена у 1847 році, представляє більшість лікарів у США та видає *Journal of the American Medical Association* (JAMA). Основна діяльність АМА полягає у захисті інтересів своїх

членів: лобіювання сприятливого законодавства на федеральному та державному рівнях, захист приватної медичної практики [111]. Канадська медична асоціація, заснована у 1867 році, є найбільшою організацією лікарів у Канаді. Вона бореться за права лікарів і управляє пенсійним фондом для них [127].

Професійні організації, які регулюють реєстрацію та дисциплінарну відповідальність лікарів, існують у всіх країнах та є урядовими або напівурядовими. Однією з найперших таких організацій була Генеральна медична рада (General Medical Council, GMC) у Великій Британії, створена парламентом у 1856 році. Вона встановлює стандарти для реєстрації лікарів, підтримує професійні стандарти, дисциплінує лікарів та регулює стандарти освіти на рівні бакалаврату й післядипломної підготовки [154]. У Сполучених Штатах роль GMC виконують статутні органи на рівні штатів. У Саудівській Аравії ці функції виконує Комісія з медичних спеціальностей Саудівської Аравії (Saudi Commission for Health Specialties), створена Королівським указом № М/2 від 6/2/1413 АН, яка займається реєстрацією та підготовкою медичних працівників [215].

Післядипломна медична освіта у Великій Британії, США, Канаді, Австралії та Новій Зеландії контролюється приватними неурядовими коледжами, кожен із яких відповідає за певну спеціальність. Деякі з цих коледжів були створені ще кілька століть тому, наприклад, Королівський коледж лікарів Лондона (Royal College of Physicians of London) засновано у 1518 році, а Королівський коледж хірургів Единбурга (Royal College of Surgeons of Edinburgh) – у 1505 році. Лікарі, які завершують післядипломну підготовку, отримують членство в королівському коледжі (у Великій Британії, Канаді, Австралії та Новій Зеландії) або в Американській раді (American Board) за відповідною спеціальністю.

Кожна академічна медична дисципліна створює професійну академічну асоціацію, яка публікує науковий журнал та організовує семінари і конференції. Кількість таких асоціацій щодня зростає, оскільки розвиток знань сприяє появі більшої кількості вузьких спеціалізацій, кожна з яких потребує власної асоціації. Основною діяльністю цих організацій є проведення досліджень і забезпечення академічного обміну між членами. Вони також сприяють розвитку професійної

мережі серед учасників. Академічні асоціації можуть об'єднуватися в регіональні та міжнародні федерації.

Деякі професійні організації створюються на основі релігійної приналежності, наприклад, Християнська медична асоціація [138] або Єврейська медична асоціація [169]. Ісламські медичні асоціації (ІМА) відіграють важливу роль у наданні медичної допомоги, боротьби з голодом та інших гуманітарних програм. Перша ІМА була створена у США та Канаді у 1975 році [167]. За нею були створені ІМА в Йорданії, Малайзії, Єгипті, Пакистані, Південній Африці, Уганді та інших країнах. У 1981 році ці асоціації об'єдналися у Федерацію ісламських медичних асоціацій (FIMA). ІМА також цікавляться ісламською перспективою в медицині [176].

Стаття 17 Конституції Республіки Польща передбачає створення професійних асоціацій, які об'єднують представників однієї професії з метою здійснення самоврядування, організації підготовки фахівців, нагляду та контролю за професійною діяльністю, а також надання юридичної підтримки і захисту професійних інтересів.

Відповідно до цього положення, професійним самоврядним органом лікарів у Польщі є Лікарська палата (Izba Lekarska), яка наділена законодавчо визначеними повноваженнями. Її діяльність є повністю незалежною, але здійснюється в межах чинного законодавства згідно із Законом про Лікарську палату, прийнятим 2 грудня 2009 року [218].

Лікарські палати в Польщі мають чітко визначену структуру, що складається з 23 регіональних лікарських палат та Головної лікарської палати. Крім того, існує Військова лікарська палата, яка функціонує для всієї країни. Управління діяльністю регіональних палат здійснює Головна лікарська палата, розташована у Варшаві. Польська система об'єднує як лікарів, так і стоматологів, тоді як у Німеччині та Австрії для цих спеціальностей існують окремі лікарські палати.

Кількість регіональних лікарських палат, їхній територіальний поділ та розташування офісів визначаються Головною медичною радою з урахуванням історичних обставин та адміністративного устрою держави. При цьому

територіальна діяльність палат не завжди співпадає з адміністративним поділом Польщі: у 16 воєводствах діють 23 регіональні лікарські палати.

Кожен лікар у Польщі, від моменту початку професійної діяльності до виходу на пенсію, є обов'язковим членом однієї з регіональних лікарських палат і зобов'язаний дотримуватися її статуту. Представники регіональних палат обирають членів Головної лікарської палати.

У більшості країн Європейського Союзу членство лікарів у лікарських палатах також є обов'язковим. Винятком є країни Балтії та Скандинавії, де показники членства складають приблизно 90%. У деяких країнах, наприклад, в Угорщині, членство лікарів у таких організаціях становить лише 30% [106].

Одним із ключових завдань професійного самоврядування є представництво та захист професійних інтересів медичних працівників на різних рівнях. Лікарська палата Польщі, як орган професійної виконавчої влади, виконує важливу суспільну та громадську функцію, зосереджуючись на відстоюванні інтересів медичної спільноти.

Основні напрями діяльності Лікарської палати включають участь у розробленні та впровадженні законопроектів з питань охорони здоров'я, причому державні органи зобов'язані враховувати позицію палати. Крім того, палата сприяє інтеграції медичних працівників через організацію зустрічей, екскурсій, спортивних заходів, а також надає соціальну допомогу медичним фахівцям. Важливою складовою її діяльності є співпраця з науковими установами та медичними закладами Польщі, що сприяє розвитку професійної освіти, наукових досліджень та вдосконаленню системи охорони здоров'я загалом.

Реформування системи охорони здоров'я України є однією з ключових складових процесу трансформації суспільства, спрямованого на адаптацію до європейських стандартів та побудову ефективної, прозорої і стійкої системи управління. У цьому контексті особливу роль відіграє імплементація моделі медичного та фармацевтичного самоврядування, що передбачає створення правових засад для функціонування самоврядних організацій у сфері охорони здоров'я.

Проект Закону України “Про самоврядування у сфері охорони здоров’я в Україні” [10] було розроблено Міністерством охорони здоров’я України на виконання Указу Президента України [89]. Основною метою є створення концепції розвитку медичного самоврядування як ефективного механізму регулювання професійної діяльності, захисту прав та інтересів медичних працівників і забезпечення їхньої участі у формуванні політики в системі охорони здоров’я.

Запропонована модель самоврядування базується на міжнародному досвіді, зокрема на практиках країн Європейського Союзу, таких як Польща, Бельгія, Німеччина та Чехія [76], де самоврядним організаціям делеговано регулятивні функції, включаючи питання доступу до професії, оцінки якості надання медичних послуг та розвитку медичної освіти. Крім того, концепція моделі враховує принципи, закріплені у “Мадридській декларації” (1987 р.), що акцентують важливість професійної автономії як механізму забезпечення якісної медичної допомоги.

Імплементація моделі професійного самоврядування у сфері охорони здоров’я є ключовим елементом створення ефективної та стійкої системи охорони здоров’я України. Вона спрямована на забезпечення належних умов для здійснення медичної практики, захист прав пацієнтів на безпечну та якісну медичну допомогу, а також на підвищення прозорості та відповідальності у функціонуванні системи охорони здоров’я.

На сьогодні в Україні самоврядні організації діють виключно у формі громадських об’єднань, що позбавляє медичних і фармацевтичних працівників суб’єктності у формуванні політики та управлінні системою охорони здоров’я. Нормативно не врегульовано статус, місце і роль таких організацій, що унеможливорює їхню ефективну участь у вирішенні актуальних питань галузі, захисті прав працівників та пацієнтів.

Прийняття проекту Закону створить передумови для формування кваліфікованих професійних організацій, здатних вирішувати ключові проблеми охорони здоров’я, здійснювати контроль якості та безпеки медичних послуг, а також впливати на розвиток медичної освіти і захист прав усіх учасників системи.

Для медичних і фармацевтичних працівників це означатиме економічну свободу, мобільність, юридичний захист, а також можливість впливати на управління сферою через представництво в самоврядних організаціях.

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну загострило проблему збереження і відновлення людського капіталу, який є фундаментом для післявоєнної реконструкції країни. Зростання попиту на медичні послуги, руйнування інфраструктури та міграція населення потребують системних рішень, які б сприяли розвитку професійного середовища, збереженню медичних кадрів і забезпеченню доступу громадян до якісної допомоги.

Прийняття проекту Закону сприятиме створенню умов для розвитку, правового та соціального захисту професійної спільноти, а також забезпечить її представникам реальні інструменти впливу на формування політики, управління системою охорони здоров'я та визначення стратегічних напрямів її розвитку.

У 2024 році до Верховної Ради України було внесено два проекти законів, які стосуються впровадження професійного медичного самоврядування:

- Проект Закону України «Про лікарське самоврядування» від 07.05.2024 № 10388, авторства Савчук О.В.,
- Альтернативний Проект Закону «Про медичне самоврядування» від 08.01.2024 № 10372-1, ініційований Климпуш-Цинцадзе І.О.

Обидва законопроекти були зняті з розгляду, однак їх аналіз становить практичний і науковий інтерес, оскільки вони демонструють спробу впровадити інституційну модель професійного самоврядування в сфері охорони здоров'я.

Проект Закону передбачає створення п'яти організацій професійного самоврядування (палат), зокрема: палати лікарів сімейної медицини, палати лікарів-спеціалістів, палати стоматологів, палати медичних сестер/братів та палати фармацевтів. Варто зазначити, що створення системи професійного самоврядування є поступовим процесом. На початковому етапі до неї будуть залучені професійні групи, які найбільш підготовлені до впровадження такої моделі, — стоматологи та фармацевти. Інші фахівці будуть долучені після формування та пілотного впровадження перших двох палат [76].

Попри наведені позитивні аспекти, важливо звернути увагу на недоліки проекту Закону, які потребують доопрацювання для забезпечення його відповідності конституційним принципам та ефективності впровадження, зокрема:

1. Аналіз положень статті 12 проекту Закону № 10388 “Членство в Організації самоврядування лікарів” свідчить, що набуття членства в організації має автоматичний і примусовий характер. Такий підхід викликає занепокоєння, оскільки може суперечити частині 4 статті 36 Конституції України, яка гарантує право на добровільність участі в об'єднаннях. Згідно з частиною 1 статті 12 проекту Закону № 10388, з моменту державної реєстрації організації самоврядування лікарів її членами автоматично стають усі практикуючі лікарі, які мають сертифікат лікаря-спеціаліста або інший документ, прирівняний до нього. До складу членів також включаються особи, які здобули диплом лікаря та продовжують навчання для отримання сертифікату лікаря-спеціаліста.

2. Одним із невирішених питань залишається поширення дії цього нормативно-правового акта на інші категорії працівників сфери охорони здоров'я, окрім лікарів. Відсутність чітких положень щодо залучення інших медичних фахівців спричиняє правову невизначеність, що може ускладнити реалізацію їхніх професійних прав та інтересів у межах запропонованого механізму самоврядування. Назва проекту Закону № 10388 у запропонованій редакції, а також положення статті 11 свідчать про те, що дія документа поширюється виключно на лікарів, тобто фахівців із повною вищою медичною освітою. Водночас у тексті проекту закону проведено розмежування між лікарями загального профілю та лікарями-стоматологами. Проте до кола суб'єктів, на яких поширюється дія проекту Закону, з незрозумілих причин не включено інших працівників охорони здоров'я. Варто зазначити, що *Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників* (Випуск 78 “Охорона здоров'я”) [64] включає розділ “Професіонали”, в якому зазначено різні напрями підготовки спеціалістів. Зокрема, він охоплює професіоналів у галузі лікувальної справи (включаючи педіатрію), стоматології, фармації, медико-профілактичної справи та інших медичних напрямів. Такий

широкий спектр професій вказує на необхідність перегляду сфери дії проєкту Закону № 10388 для врахування всіх категорій медичних працівників.

3. Згідно з преамбулою проєкту Закону № 10388, лікарське самоврядування визначається як інститут охорони здоров'я, що діє в інтересах пацієнтів. Проте, для забезпечення більш комплексного підходу до формування системи самоврядування, доцільно уточнити це формулювання. Рекомендуємо викласти його у наступній редакції: *“Лікарське самоврядування — інститут охорони здоров'я, який діє в інтересах працівників охорони здоров'я та пацієнтів”*. Це дозволить забезпечити врахування прав та інтересів усіх залучених сторін та сприятиме створенню стійкої моделі самоврядування.

4. У пункті 1.1. частини 1 статті 6 проєкту Закону № 10388 до завдань лікарського самоврядування віднесено “здійснення нагляду і опіки за лікарями-інтернами, лікарями-резидентами при проходженні ними інтернатури, резидентури”. Використання терміна “опіка” у цьому контексті видається некоректним, оскільки він зазвичай асоціюється із забезпеченням захисту або піклуванням над особами, які не володіють достатньою самостійністю. У сфері охорони здоров'я процес навчання та професійного становлення лікарів-інтернів і резидентів передбачає активну взаємодію з досвідченими фахівцями, що включає не лише контроль, але й передачу знань, практичного досвіду, надання рекомендацій і підтримки. Термін “наставництво” краще відображає суть цього завдання, оскільки він передбачає процес керівництва, супроводу та сприяння професійному розвитку молодих фахівців. Наставництво акцентує увагу на взаємодії, яка спрямована на передачу компетенцій і розвиток професійної спроможності, що є важливим елементом у підготовці лікарів до самостійної практики. Замінюючи термін “опіка” на “наставництво”, законодавець забезпечить більш точне відображення завдань лікарського самоврядування у сфері підготовки молодих фахівців, що відповідатиме сучасним стандартам медичної освіти та практики. Такий підхід також узгоджується з міжнародною практикою, де наставництво вважається ключовим елементом у формуванні професійних компетенцій майбутніх лікарів.

5. Повноваження Організації самоврядування лікарів, визначене пунктом 1.9 частини 1 статті 9 проєкту Закону № 10388, сформульоване як “визначення необхідності підготовки лікарів, умов спеціалізації та безперервного професійного розвитку”. Однак така редакція містить елементи суб’єктивізму, що може призвести до неоднозначного трактування поняття “необхідність підготовки лікарів” та спричинити різне розуміння завдань і підходів до організації цього процесу. Для уникнення правової невизначеності та забезпечення прозорості реалізації цього повноваження, доцільно викласти його у наступній редакції: “розробка програм безперервного професійного розвитку лікарів, визначення термінів, обсягів та критеріїв реалізації заходів безперервного професійного розвитку”. Такий підхід дозволить чітко окреслити межі діяльності Організації самоврядування лікарів, забезпечити єдині стандарти професійного розвитку, зменшити ризики неоднозначного тлумачення положень закону та сприятиме підвищенню якості медичних послуг через систематичний підхід до навчання та розвитку лікарів.

Останніми роками активно вдосконалюється організація післядипломного навчання лікарів із чітким визначенням провайдерів, які мають право на проведення освітніх заходів [33]. Провайдер виконує ключову роль в організації таких заходів, розробляючи робочі програми, що базуються на принципах доказової медицини, забезпечуючи сучасними матеріалами та засобами для набуття практичних навичок і компетенцій, а також здійснюючи контроль за засвоєнням знань.

На провайдера покладається моральна, етична та юридична відповідальність за достовірність матеріалів, що використовуються під час заходів, а також за вибір кваліфікованих модераторів. Особлива увага приділяється уникненню конфлікту інтересів у взаємодії зі спонсорами, зокрема запобіганню особистим контактам між спонсорами та модераторами, які беруть участь у заходах.

Важливим принципом є те, що провайдерами освітнього процесу післядипломного навчання не можуть бути підприємства та компанії, які займаються виробництвом лікарських засобів, медичних інструментів або

обладнання, через потенційний конфлікт інтересів. У випадках прийняття спонсорської допомоги, така підтримка повинна бути юридично прозорою та нейтральною. Акредитація провайдерів має базуватися на юридично обґрунтованих принципах із використанням загальних положень і критеріїв, що забезпечують єдиний стандарт якості освітніх заходів [58].

Політика держави передбачає забезпечення вільного вибору та доступу лікарів до заходів, спрямованих на їхній безперервний професійний розвиток. Відповідно до статті 5 Закону України “Про професійний розвиток працівників”, професійні спілки, організації роботодавців та їхні об’єднання беруть безпосередню участь у забезпеченні професійного розвитку працівників [7].

Одним із ключових елементів у системі неформального професійного навчання можуть стати професійні асоціації лікарів. Ці організації мають тривалу історію існування, багатий досвід та спроможність оперативно реагувати на сучасні виклики, потреби медичної спільноти та органів охорони здоров’я.

В умовах стрімкого розвитку медичної науки, несприятливого епідемічного стану та високої необхідності в постійному оновленні теоретичних знань і практичних навичок, роль лікарських асоціацій значно зростає. Завдяки своїй історії та досвіду, вони можуть стати основними центрами професійного розвитку, ефективно реагуючи на потреби суспільства та сприяючи підвищенню якості медичних послуг. Створення та розвиток таких асоціацій традиційно є відповіддю на актуальні виклики, що постають перед системою охорони здоров’я.

3.3. Мотиваційні детермінанти професійної підготовки лікарів в умовах соціально-економічних криз: управлінський дискурс

Огляд літератури свідчить, що багато емпіричних досліджень у сфері управління охороною здоров’я зосереджувалися на питаннях фінансування, а також на реформах у секторі охорони здоров’я в різних країнах [168]. Крім того, існує низка досліджень, присвячених мотивації працівників охорони здоров’я до початку пандемії [152]. Однак спостерігається брак досліджень, спрямованих на

вивчення мотивації медичних фахівців під час кризи, викликаной COVID-19, а також системних рішень для покращення мотивації, що є надзвичайно важливим, враховуючи, що такі фахівці знаходяться на передовій у боротьбі з цією хворобою.

Водночас війна в Україні значно посилила виклики, з якими стикається система охорони здоров'я, особливо у контексті підтримки мотивації медичних працівників у воєнний час. Постійні загрози життю, руйнування інфраструктури, масова міграція медичного персоналу та збільшення попиту на медичну допомогу ускладнюють ефективне функціонування системи охорони здоров'я. У цих умовах забезпечення належної мотивації працівників охорони здоров'я набуває критичного значення для підтримання стійкості системи. Важливою є також інтеграція стратегій мотивації, які враховують специфіку роботи у зонах активних бойових дій та у місцях масового переміщення населення.

Найважливішими теоріями для цього дослідження є аналіз піраміди потреб Абрагама Маслоу та двофакторної теорії мотивації Фредеріка Герцберга, які обидві належать до групи змістовних теорій мотивації. Відповідно до теорії Маслоу, для задоволення потреб вищого рівня (наприклад, любові, приналежності, поваги та самореалізації) спершу необхідно задовольнити базові потреби, такі як фізіологічні та потреби у безпеці [185]. Інакше кажучи, якщо людина не задовольнила свої базові фізіологічні потреби та потреби у безпеці, вона не буде зосереджена на задоволенні потреб вищого рівня.

Згідно з теорією Маслоу, фізіологічні потреби та потреби у безпеці для медичних працівників в Україні стають пріоритетними. Умови роботи в небезпечних регіонах, недостатнє забезпечення медичними засобами, нестача належної інфраструктури та психологічний тиск є основними викликами, які потрібно враховувати при формуванні стратегій мотивації. Наприклад, забезпечення базових умов праці, таких як належне медичне обладнання, захисні засоби та фізична безпека на робочих місцях, є критично важливими для мотивації працівників у зоні бойових дій або поблизу фронту.

Фредерік Герцберг у своїй двофакторній теорії мотивації виокремлює два типи факторів, які впливають на поведінку людей в організації: гігієнічні фактори

та мотиватори. Він вважав, що мотиваційні фактори (досягнення, визнання, кар'єрне зростання, розвиток, сама робота) впливають на присутність чи відсутність задоволення працівників. У той же час гігієнічні фактори (зарплата, умови праці, політика та процедури компанії, відносини з керівником, безпека роботи, міжособистісні стосунки) впливають на присутність чи відсутність незадоволення [162].

Двофакторна теорія Герцберга також має значний прикладний аспект в українських реаліях. Гігієнічні фактори, такі як зарплата, умови праці та стабільність роботи, стали особливо актуальними для медичних працівників, багато з яких змушені працювати в умовах підвищеного ризику. Наприклад, відсутність конкурентного рівня заробітної плати спричиняють високий рівень вигорання серед лікарів та медсестер.

У контексті цієї теорії можна зробити висновок, що незадоволені фахівці матимуть низьку продуктивність, тоді як задоволені фахівці демонструватимуть більшу ефективність та залученість до роботи. У цьому ж аспекті Летем стверджує, що зв'язок між досягненнями на роботі та задоволенням є взаємозалежним процесом, де задоволення може бути як причиною, так і наслідком [178].

Щодо мотиваційних факторів, війна та криза створюють ситуації, коли досягнення стають не лише індивідуальними, а й соціально значущими. Багато медичних працівників відчують сильне почуття місії — допомагати людям у найкритичніші моменти, що стає ключовим елементом їхньої внутрішньої мотивації. Для підтримки цього рівня залучення важливими є визнання зусиль, надання можливостей для кар'єрного зростання та професійного розвитку.

Серед усіх ресурсів закладів охорони здоров'я, кадрове забезпечення визнано найціннішим чинником, що впливає на якість медичної допомоги, відповідно до позиції Всесвітньої організації охорони здоров'я. У доповіді Генерального директора Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я наголошується, що лікарі відіграють одну з ключових ролей у прискоренні прогресу досягнення Цілі сталого розвитку — “Забезпечення здорового способу життя і сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці” [15].

Однак, кадрові ресурси та система їхнього управління залишаються одними з основних факторів, які створюють ризики для якості надання медичної допомоги. Ефективність функціонування систем охорони здоров'я та їхня здатність реагувати на сучасні виклики значною мірою залежить від достатньої кількості кваліфікованих медичних працівників, підготовлених для роботи в регіонах з найбільшою потребою у лікарях [239]. Кадрова криза не минула й Україну. На нестачу медичних кадрів у державі акцентується увага в сучасних наукових дослідженнях українських учених.

Таким чином, наростаючий дефіцит медичних кадрів у світі та Україні висуває на перший план необхідність вивчення причин кадрових ризиків. Зокрема, оцінка чинників, які впливають на залучення та утримання медичних працівників, є неможливою без аналізу та оцінки внутрішнього стимулу, представленого професійною мотивацією.

Розглядаючи представлені на графіку дані (рис.3.3), можна помітити значні розбіжності в рівнях професійної мотивації лікарів залежно від місця їхньої роботи (міські чи сільські поселення).

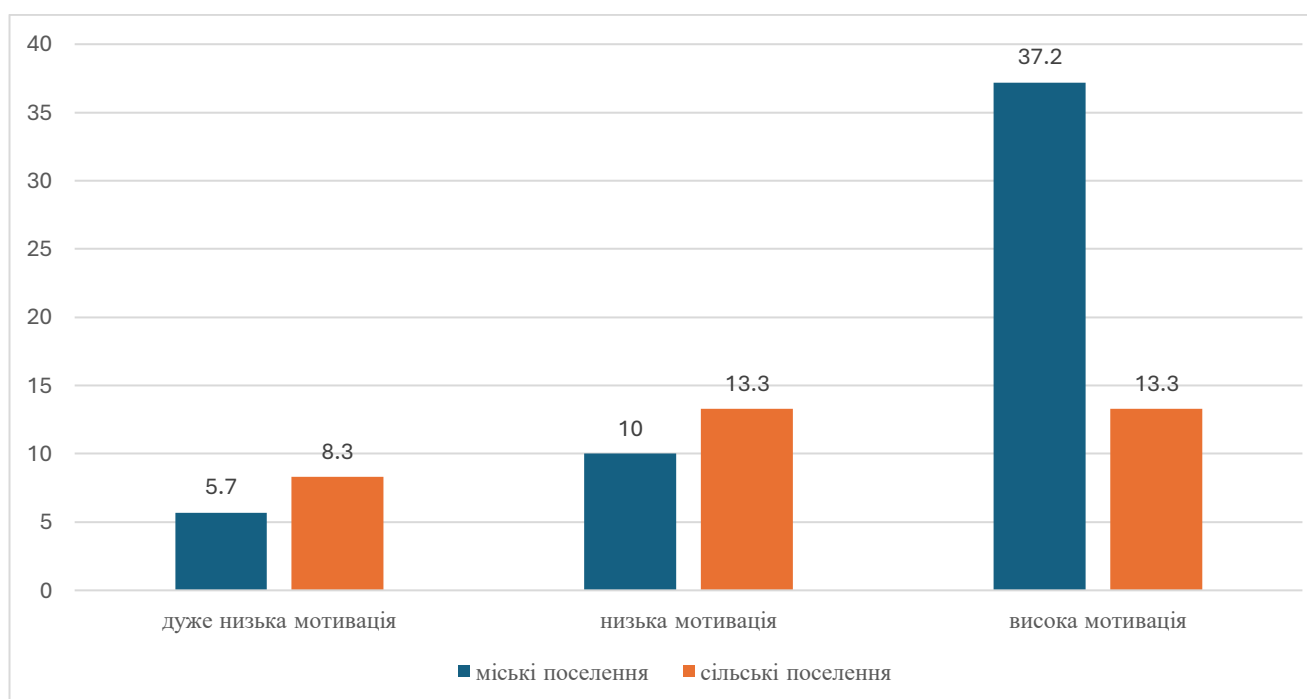


Рис. 3.3. Рівні професійної мотивації лікарів до медичної діяльності у міських та сільських поселеннях Закарпатської області (сформовано авторкою за матеріалами [38])

Високий рівень мотивації лікарів у містах може бути пов'язаний із кращими умовами для професійного розвитку, такими як доступ до інноваційних освітніх програм, навчальних центрів, практичних семінарів та можливості взаємодії з досвідченими фахівцями. Натомість низька мотивація в сільській місцевості може вказувати на обмежений доступ до таких можливостей. Це свідчить про необхідність удосконалення системи безперервної професійної освіти лікарів, особливо у сільській місцевості. Наприклад, запровадження дистанційних освітніх програм, регіональних навчальних центрів або систем наставництва може сприяти підвищенню професійної мотивації. Крім того, інтеграція освіти з мотиваційними програмами, які враховують специфіку роботи в різних регіонах, може стати важливим інструментом для залучення й утримання лікарів. Таким чином, розвиток освітніх можливостей стає ключовим фактором у розв'язанні кадрових проблем в охороні здоров'я.

Аналізуючи дані табл. 3. 1, стає очевидним, що рівень професійної мотивації лікарів значно варіюється залежно від віку та місця проживання.

Таблиця 3.1

Рівні професійної мотивації лікарів у міських та сільських поселеннях у межах вікових груп (сформовано авторкою за матеріалами [38])

	Міські поселення						Сільські поселення					
	вік											
Рівні мотивації	до 35	35-45	45-50	50-55	55-60	60-65	до 35	35-45	45-50	50-55	55-60	60-65
дуже низька												
низька												
середня												
висока												

Зокрема, високий рівень мотивації переважає серед лікарів молодшого віку в міських поселеннях, тоді як у сільській місцевості ця тенденція менш виражена. Це може бути пов'язано з кращими умовами для професійного розвитку та доступом

до освітніх ресурсів у містах. Натомість, у сільських регіонах спостерігається більша частка лікарів із низьким або дуже низьким рівнем мотивації, особливо серед представників старших вікових груп.

Ці результати підкреслюють необхідність цільового підходу до удосконалення системи безперервної освіти лікарів, адаптованого до потреб різних регіонів. Наприклад, молоді лікарі в міських поселеннях можуть потребувати доступу до спеціалізованих програм, які дозволяють їм підвищувати свою кваліфікацію в обраних напрямках. У сільській місцевості варто розглянути створення регіональних навчальних центрів або розширення дистанційної освіти для лікарів, що дозволить компенсувати обмежений доступ до професійних можливостей.

Важливим є також розвиток програм наставництва, які допоможуть лікарям старших вікових груп передавати свій досвід молодшим колегам, одночасно підтримуючи їхню мотивацію. Інтеграція таких ініціатив із загальною стратегією професійного розвитку може сприяти вирішенню кадрових проблем у системі охорони здоров'я, особливо в умовах дефіциту медичних кадрів у сільській місцевості.

Розвиток програм наставництва та професійного розвитку повинен також враховувати ключові чинники, що впливають на професійну мотивацію лікарів, і які можуть створювати бар'єри для їхнього залучення та утримання в професії. Як показано на рисунку 3.4, основними негативними факторами є нестабільна економічна ситуація (81,4%), низький рівень відповідності отриманих знань світовим стандартам (32,5%), зневіра суспільства до роботи лікаря (65,1%) та епідемічна ситуація (55,8%), що знижує привабливість медичної діяльності.

Аналізуючи ці дані, можна зробити висновок, що економічні чинники мають найвагоміший вплив на мотивацію лікарів. Тому стратегії професійного розвитку повинні передбачати інструменти для стабілізації фінансових умов роботи медиків, наприклад, підвищення рівня заробітної плати, створення додаткових стимулів та компенсацій для роботи в умовах підвищеного ризику.

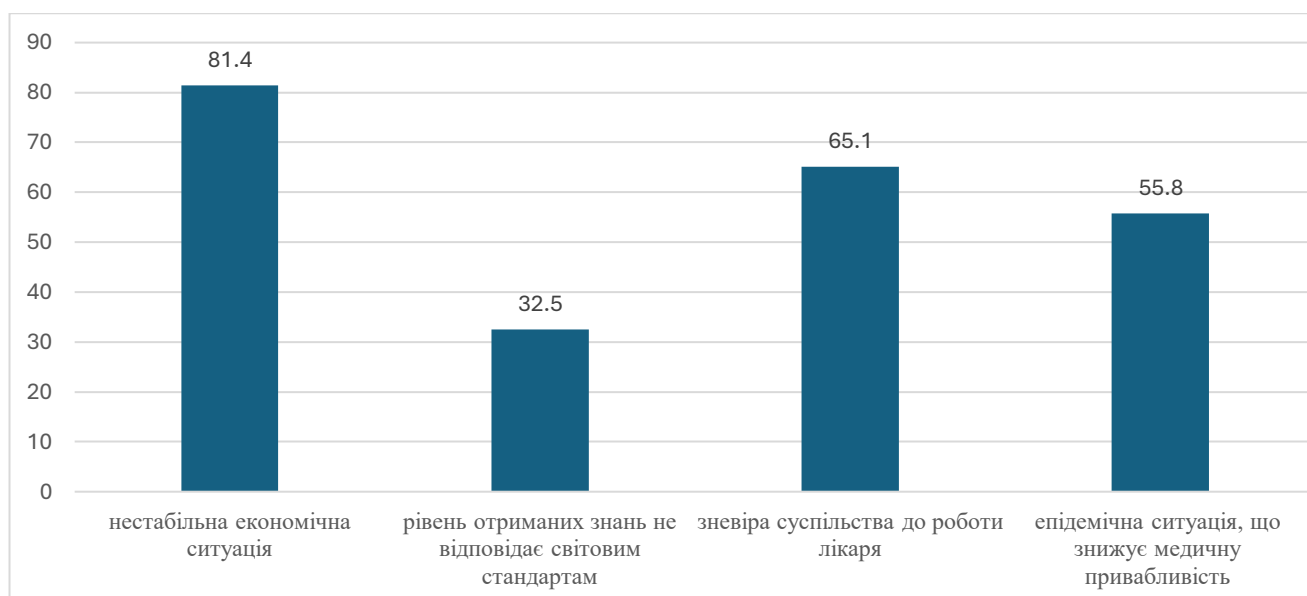


Рис. 3.4. Основні фактори впливу на професійну мотивацію лікарів Закарпатської області (сформовано авторкою за матеріалами [38])

Недостатній рівень відповідності знань світовим стандартам вказує на необхідність реформування системи медичної освіти, зокрема розширення доступу до міжнародних освітніх програм та підвищення якості безперервної освіти для лікарів. Водночас, важливим є і питання зміцнення довіри суспільства до медичних працівників через інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності про складність і значущість їхньої роботи.

Епідемічні виклики вимагають посилення захисту медиків та впровадження нових форматів навчання, спрямованих на розвиток навичок роботи в екстремальних умовах. Отже, врахування цих аспектів може сприяти не лише підвищенню мотивації медичних працівників, а й забезпеченню стійкості системи охорони здоров'я.

Низька мотивація персоналу може бути одним із головних чинників низької якості послуг у закладах охорони здоров'я та, ймовірно, асоціюється з нетерпимістю персоналу до пацієнтів, прогулами, тривалим часом очікування, неформальними оплатами [193], [109].

Згідно з нещодавнім звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку близько 2,6 мільйона пацієнтів помирають внаслідок медичних помилок,

особливо в країнах, що розвиваються, і країнах з низьким рівнем доходу [240]. У звіті також зазначається, що більшість цих смертей можна було б уникнути, застосувавши коригувальні заходи для покращення ситуації з медичними помилками. У глобальному вимірі соціальні, економічні та особисті наслідки медичних помилок призводять до збитків, що обчислюються трильйонами доларів. Без сумніву, медичні помилки є серйозною проблемою охорони здоров'я в сучасному світі. Найбільш критичні медичні помилки пов'язані з неправильною діагностикою, використанням медикаментів, неналежним поведінням із пацієнтами та призначеннями. У світі збитки понад 40 мільярдів доларів США пов'язано з медичними помилками [243]. Окрім того, близько 25% ускладнень у пацієнтів спричинені неякісними хірургічними процедурами, що призводить до одного мільйона смертей щорічно. У порівнянні з розвиненими країнами, ситуація в країнах, що розвиваються, є тривожною: щодня понад 700 пацієнтів помирають через різні медичні помилки [231].

Вищезазначена дискусія достатньо ілюструє критичність проблеми медичних помилок у системі охорони здоров'я. Однак, на жаль, універсального рішення для зниження рівня медичних помилок у системі охорони здоров'я не існує. Навіть якщо таке рішення існувало, забезпечити його стабільність і ефективність було б досить складно [201]. Проте існує загальний консенсус серед дослідників, що підвищення безпеки пацієнтів можливе через вивчення таких подій, які призводять до медичних помилок [209]. Несподіванкою не є й те, що стресове робоче середовище, у якому працює більшість медичного персоналу, є однією з ключових причин професійного вигорання, що, у свою чергу, збільшує кількість медичних помилок [228]. Теоретично професійне вигорання в організаційному контексті є психологічною відповіддю на робочий стрес. Зважаючи на критичну важливість професійного вигорання, за останні два десятиліття інтерес дослідників до розуміння факторів, що його викликають, значно зріс.

Науковці також досліджували чинники, які можуть пом'якшити негативний вплив вигорання. Серед різних факторів, можливо, найефективнішим

організаційним фактором є стиль трансформаційного лідерства, який значно знижує рівень вигорання серед працівників [163]. Трансформаційний лідер (ТЛ) – це людина, яка вміє мотивувати працівників вийти за межі буденних турбот і надихнути їх на досягнення спільної мети [124]. Ефективний стиль лідерства в організації є ключем до її успіху.

Хоча роль ТЛ у впливі на результати працівників була встановлена в деяких дослідженнях, однак в контексті охорони здоров'я вони залишаються недостатньо вивченими. Більшість таких досліджень зосереджувалися на розвинених країнах або на країнах, які наближаються до статусу розвинених (наприклад, Китай), залишаючи поза увагою контекст країн, що розвиваються [137].

Внутрішня мотивація визначається як особиста характеристика людини, що спонукає її виконувати дії заради внутрішнього задоволення, а не через зовнішні причини [210]. Ми вважаємо, що внутрішня мотивація може пом'якшити сприйняття вигорання працівниками в певному організаційному контексті, і, оскільки ТЛ позитивно впливає на внутрішню мотивацію, доцільно дослідити цей умовний опосередкований ефект.

Дослідження показали, що кілька організаційних факторів впливають на розвиток вигорання в організаційному контексті. Робота Cordes and Dougherty [140] пропонує три категорії, які підвищують ризик вигорання: характеристики роботи та ролі, організаційні характеристики та особистісні характеристики. Maslach та ін. [184] додали, що перші дві категорії (ситуаційні фактори) є більш критичними причинами вигорання порівняно з третьою. Прикладами різних ситуаційних факторів є характеристики роботи, ясність ролі та перевантаження ролі.

З точки зору лідерства, ясність ролі означає, що працівники в організації повністю усвідомлюють свої обов'язки, завдання та ролі в організації чи групі. Крім того, працівники розуміють, що від них очікує керівництво. Таким чином, поведінка лідера в організації відіграє ключову роль у формуванні ясності ролі. Дійсно, ясність ролі забезпечує краще розуміння роботи працівниками, що підвищує їхню продуктивність [248]. Посилаючись на модель “вимога-контроль”, запропоновану Karasek [172], можна стверджувати, що краще розуміння роботи

(ясність ролі) сприяє зменшенню стресових умов для працівників, що знижує ризик вигорання. Навпаки, відсутність ясності ролі підвищує ризик стресу та тривожності серед працівників.

У цьому контексті трансформаційне лідерство забезпечує чітке визначення ролей для працівників, оскільки такі лідери надають належне керівництво щодо виконання завдань. Крім того, ТЛ демонструє повагу до працівників і турботу про них, що забезпечує справедливий розподіл робочих завдань між усіма працівниками, завдяки чому кожен чітко розуміє свою роль (ясність ролі). У відповідності до попередніх досліджень [204], очікується, що лідер з трансформаційною орієнтацією забезпечуватиме достатню ясність ролей для працівників, які перебувають під його/її керівництвом, і надаватиме їм необхідну підтримку. Таким чином, ясність ролі не лише безпосередньо знижує ризик вигорання, але й виступає медіатором у відносинах між ТЛ і вигоранням.

Професійне вигорання тісно пов'язане з освітою, оскільки рівень підготовки, професійний розвиток і підтримка в навчальному процесі відіграють ключову роль у запобіганні вигоранню серед працівників, особливо в медичній сфері. Розглянемо, як ці аспекти взаємодіють:

1. Якість професійної освіти та підготовки – недостатня підготовка фахівців у закладах вищої освіти може спричинити стрес і невпевненість у власних знаннях та вміннях. Якщо працівники не мають чіткого розуміння своїх обов'язків або відчують, що рівень їхньої підготовки не відповідає вимогам роботи, це збільшує ризик професійного вигорання.
2. Безперервна професійна освіта – відсутність можливостей для підвищення кваліфікації або здобуття нових знань може призвести до відчуття застою у професійному розвитку, що негативно впливає на мотивацію працівників. Безперервна професійна освіта, яка враховує новітні досягнення науки, є важливим інструментом у боротьбі з вигоранням, оскільки вона допомагає фахівцям бути впевненими у своїй компетентності.
3. Навчання навичкам управління стресом – програми професійної освіти повинні включати елементи, спрямовані на навчання стратегіям управління

стресом і емоційною витривалістю. Наприклад, тренінги з розвитку психологічної стійкості, тайм-менеджменту та комунікаційних навичок можуть зменшити ризик вигорання.

4. Наставництво і підтримка молодих фахівців – освітні програми, що інтегрують наставництво, сприяють створенню підтримувального середовища, де молоді фахівці можуть отримати практичні знання від більш досвідчених колег. Це не лише сприяє професійному розвитку, а й зменшує психологічне навантаження.
5. Освітні програми щодо профілактики вигорання – спеціальні навчальні курси або семінари з питань профілактики професійного вигорання можуть допомогти працівникам і керівникам усвідомити важливість цієї проблеми та вчасно вживати заходів для її запобігання.
6. Зв'язок мотивації та освіти – освіта, що орієнтована на підтримку професійної мотивації, допомагає фахівцям бачити сенс своєї роботи і прагнути до самореалізації. Наприклад, надання можливостей для спеціалізації, участь у дослідницьких проектах чи професійних об'єднаннях сприяє підвищенню задоволеності від роботи.

Таким чином, якісна професійна освіта та постійні можливості для навчання є ключовими інструментами для профілактики професійного вигорання, оскільки вони забезпечують працівників необхідними знаннями, впевненістю у своїй компетенції та можливістю долати професійні виклики.

Поганий доступ до медичної допомоги вважається одним із головних бар'єрів для збалансованого розвитку в бідних країнах [213]. Основна ідея цього твердження полягає в тому, що якщо бідне, недостатньо забезпечене населення мало б доступ до якісної медичної допомоги, воно було б здоровішим [156], що дозволило б йому більше часу приділяти дохідогенеруючим діяльностям [217]. Це, у свою чергу, сприяло б їхній участі у більш прибуткових заняттях і дозволило б їм інвестувати більше ресурсів у своїх дітей, одночасно покращуючи можливості навчання для дітей [189].

Ця логіка сприяла безпрецедентному зростанню уваги та фінансування, спрямованих на досягнення цілей у сфері охорони здоров'я, визначених Цілями розвитку тисячоліття. Наразі основний підхід до покращення системи охорони здоров'я зосереджується на розвитку потенціалу, зокрема на підготовці лікарів, будівництві медичних закладів, покращенні доступу до медичного обладнання та ліків. Однак ці елементи є лише необхідними, але не достатніми для збереження життів.

У дослідженні [179] проаналізовано розрив між знаннями лікарів (здатність дотримуватися медичних протоколів) і їхньою практичною діяльністю (фактичне дотримання цих протоколів) на вибірці з 80 клініцистів у регіоні Аруша, Танзанія, які працюють у 40 медичних закладах, що належать до семи різних типів організацій. Аналіз охоплює два аспекти якості практики: дотримання діагностичних протоколів та ефективність комунікації з пацієнтами.

Результати показали, що поведінка лікарів залежить від їхнього рівня підготовки (кадровий склад) і типу організації, в якій вони працюють. Для оцінки знань рівень підготовки виявився найважливішим фактором, тоді як для діагностичної та комунікаційної якості важливу роль відіграє тип організації. Також встановлено, що мотивація лікарів впливає на їхню готовність працювати відповідно до своїх знань. Ця мотивація значною мірою залежить від структури організації, зокрема рівня децентралізації управління.

Використовуючи дані про децентралізацію повноважень у різних організаціях (місцевий, регіональний чи національний рівень), створено індекс децентралізації. Аналіз показав, що децентралізація сприяє підвищенню якості діагностики та комунікації. Лікарі, які працюють у приватних практиках, демонструють вищий рівень комунікації, але діагностична якість у них не перевищує аналогічний показник у децентралізованих закладах.

Отримані результати свідчать, що певні організації, зокрема благодійні, які надають доступну медичну допомогу бідному населенню, можуть досягати ефективності приватних практик за умов обмежених ресурсів. Це підкреслює

важливість управлінських реформ і децентралізації для підвищення мотивації та продуктивності лікарів, навіть за умов обмеженого фінансування [179].

Інтервенції, політики та реформи постійно впроваджуються для стимулювання медичних працівників до надання якісної медичної допомоги [136], тому важливо, щоб програми підвищення якості не заважали, а гармоніювали з робочою мотивацією професіоналів. У науковій спільноті триває давня дискусія щодо того, чи негативно впливають зовнішні фактори та впроваджені реформи на мотивацію працівників охорони здоров'я. Це може проявлятися у вигляді небажаних наслідків, таких як відчуття надмірного контролю, обмеження автономії, порушення самовизначення та збільшення адміністративного навантаження [110].

Мотивація медичних працівників формується під впливом численних джерел, а також індивідуальних, організаційних і культурних факторів [177]. Індивідуальні фактори включають бажання працівників піклуватися про пацієнтів, усвідомлення важливості їхньої роботи, прагнення досягати результатів, а також відповідність робочих цілей особистим. На організаційному рівні важливими мотиваційними факторами є характеристики робочого середовища, такі як співпраця, позитивний колективний дух, професійна автономія, належне лідерство, різноманітність робочих завдань, а також умови праці, включаючи оплату праці та стабільність зайнятості [208]. Культурні аспекти, такі як демографічні особливості населення, структура сім'ї та суспільне визнання, також впливають на мотивацію працівників.

Окрім зазначених чинників, дослідження показують, що мотивація медичних працівників може знижуватися внаслідок впровадження управлінських рішень за принципом "зверху вниз" (top-down). Такий підхід передбачає встановлення цілей і вимог керівництвом без належного врахування думки фахівців на місцях і реалій клінічної практики. Особливо демотивуючим фактором стають завдання, які виходять за межі раціональних стандартів і перевищують можливості забезпечення якісної медичної допомоги. Відсутність залучення медичних працівників до процесу ухвалення рішень і нереалістичні цілі можуть викликати професійне

вигорання, втрату залученості та зниження ефективності роботи. Це відбувається на протигагу стратегіям знизу вгору (bottom-up), які залучають працівників охорони здоров'я до процесу реалізації [182].

Проте залишається недостатньо вивченим, як і за яких умов формується мотивація до роботи, а також її зв'язок із реформами та іншими втручаннями. Для підвищення ефективності досліджень мотивації до роботи необхідно встановити більш чіткі зв'язки між чинниками, які визначають мотивацію, та потенційними інтервенціями, зокрема реформами. Іншими словами, потрібно розкрити механізми, через які реформи інтегруються у щоденну практику, і зрозуміти, як індивідуальні, організаційні та суспільні фактори впливають на посилення мотивації працівників. Реформи в охороні здоров'я часто створюють виклики, що підкреслює необхідність аналізу ефективності добре функціонуючих медичних закладів, здатних успішно реагувати на такі виклики.

Мотивація до роботи є результатом складного та динамічного процесу, який включає взаємодію між індивідумом, робочим середовищем та суспільною культурою. Таким чином, мотивація до роботи не є виключно особистою характеристикою, а виникає в результаті взаємодії професіонала з робочим середовищем: “Мотивація працівників охорони здоров'я існує тоді, коли спостерігається узгодженість між індивідуальними та організаційними цілями, і вони усвідомлюють, що можуть виконувати завдання”. Franco та співавтори розробили концептуальну модель, яка ілюструє різні рівні мотивації до роботи [152].

Модель визначає три рівні впливу або механізми, які впливають на мотивацію до роботи: індивідуальний рівень, безпосередній організаційний контекст роботи та соціокультурний контекст.

1. Індивідуальний рівень включає такі фактори, як цінності та цілі, самооцінка та когнітивні очікування. Ці фактори визначають час і зусилля, які витрачаються на досягнення мети.

2. Організаційний контекст впливає на те, як цілі адаптуються в організації, і включає організаційну структуру та процеси, управління людськими ресурсами та організаційну культуру.
3. Соціокультурний контекст стосується більш віддалених впливів, таких як культурні уявлення про відносини між медичними працівниками та пацієнтами.

Ця концептуальна модель широко використовується для аналізу мотивації працівників у контексті реформ сектору охорони здоров'я, особливо в країнах із низьким і середнім рівнем доходу, з метою “з'ясувати, як саме мотивація працівників піддається впливу та як реформи в секторі охорони здоров'я можуть впливати на мотивацію” [153].

Однак модель переважно використовувалася для представлення результатів якісних досліджень індуктивного характеру або для розробки кількісних анкет, які базувалися на трьох основних категоріях: індивідуальний, організаційний та соціокультурний контексти. Проте дослідження рідко враховували всі фактори одночасно, і немає жодного відомого випадку, де ця модель використовувалася б як дедуктивний інструмент для аналізу даних чи структуризації дослідницьких даних відповідно до розроблених Franco категорій.

Фактори, які впливають на професійну мотивацію, зокрема індивідуальні, організаційні та культурні аспекти, взаємодіють та підсилюють один одного у багаторівневій взаємодії. Виявлено, що організаційні аспекти добре узгоджуються з індивідуальними, що, ймовірно, позитивно впливає на мотивацію працівників.

На перший погляд може здатися, що хороші умови праці залежать від характеристик окремих лідерів. Однак такий підхід є надто вузьким: лідерство розглядається як соціальний процес, який дозволяє професіоналам працювати разом як згуртовані групи та досягати колективних результатів [187]. Згідно з Drath [144], лідерство в організації є результатом спрямованості, узгодженості та відданості.

- спрямованість передбачає наявність спільної згоди в організації щодо загальних цілей, завдань і місій.

- узгодженість – це координація професіоналів, структур, процесів та систем для досягнення спільних цілей;
- відданість – це готовність членів організації підпорядковувати власні інтереси колективним завданням. Відданість також може розглядатися як мотивація, що дуже схоже на концепцію Franko та співавторів щодо узгодження індивідуальних і організаційних цілей.

Спрямованість вимагає спільного розуміння цінності загальної мети, яке створюється через практики, такі як збори персоналу та семінари з розвитку. Важливим є те, щоб менеджери обговорювали цілі, переосмислювали та трансформували їх у завдання, спрямовані на якісне обслуговування, тим самим пов'язуючи державні реформи з професійними цінностями.

У досліджуваних підрозділах медичні кадри докладають значних зусиль для координації своїх дій через неієрархічні відносини між професійними групами та співпрацю в рамках командної роботи. У цих підрозділах існує сильна культура професійної автономії, яка підтримується за допомогою делегування відповідальності, довіри, підтримки та зворотного зв'язку. Ці аспекти сприяють координації зусиль і спільній роботі медичних фахівців. Цей підхід відповідає дослідженням, які демонструють, як реформи у Великій Британії привели до змін у клінічній організації і покращення командної роботи. Проте ці результати суттєво контрастують із шведським дослідженням, у якому медичні сестри первинної ланки висловили почуття недооцінення свого потенціалу як ресурсу. Водночас командний підхід до співпраці є зростаючою тенденцією і був ідентифікований як один із найефективніших підходів для зміни практики у сфері первинної медичної допомоги [136].

Незважаючи на те, що деякі професіонали визнають, що не всі однаково зацікавлені у своїй роботі або покращенні якості в підрозділах, учасники дослідження відзначали спільну відповідальність і відданість роботі заради загального блага. Дослідження підтверджують, що залучення фахівців до процесів прийняття рішень та надання їм автономії в організації власної роботи позитивно впливає на рівень їх мотивації. У тих організаціях, де підтримується високий рівень

залученості та відданості справі, професіонали готові гнучко реагувати на потреби колег і системи, виділяючи свій час і ресурси за потребою. Це також було відображено у дослідженні – учасники продемонстрували готовність працювати інтенсивніше в критичних ситуаціях, що свідчить про високий рівень професійної відповідальності та мотивації [144].

Згідно з результатами дослідження, проведеного Drath та співавторами (2008), медичні кадри демонструють високий рівень мотивації, що пов'язана з прагненням покращити стан своїх пацієнтів, підтримкою з боку колег, а також професійними викликами. Дослідники наголошують, що ключовим мотивуючим чинником для респондентів є можливість удосконалювати свою роботу. Якість роботи вдосконалюється як на індивідуальному, так і на груповому рівні в межах підрозділів, і реформа стала інструментом для досягнення високих стандартів роботи. Це відповідає попереднім висновкам, які свідчать, що реформи є більш ефективними, коли вони включають можливості для покращення робочих умов і інтегрують постійні заходи з підвищення якості.

Важливою особливістю є впровадження системного підходу, заснованого на принципах теорії мікросистем. Ця концепція передбачає фокус на невеликих автономних командах – клінічних мікросистемах, у межах яких формується основна якість медичних послуг завдяки самоорганізації, командній взаємодії та постійному вдосконаленню. Використання цього підходу сприяло розвитку культури безперервного покращення, забезпеченню професійної автономії та гнучкій інтеграції реформ у повсякденну практику.

Важливу роль у цьому процесі відіграло лідерство, зокрема здатність керівників узгоджувати цілі реформ із професійними цінностями персоналу, надаючи працівникам свободу дій і залучаючи їх до прийняття рішень. Важливим чинником успіху стало створення сприятливого середовища співпраці, відсутність жорсткої ієрархії та підтримка командної роботи.

Теоретичний внесок дослідження полягає у демонстрації того, що мотивація персоналу підвищується через поєднання реформ із внутрішніми професійними

цінностями та інтересами. Дедуктивний аналіз мотиваційних чинників дозволив розкрити механізми ефективної інтеграції змін у клінічну практику.

Соціально-політичний висновок підкреслює необхідність адаптації реформ при їх переході з національного на регіональний рівень, де формуються конкретні регуляторні механізми. Практичний аспект вказує на важливість розуміння місцевим лідерством мотиваційних факторів персоналу та активної підтримки процесів адаптації, що забезпечує перетворення стратегічних цілей у реальні покращення якості медичних послуг.

Результати дослідження підтверджують існування трьох вимірів державних стимулів, де вимір “можливості навчання” має найбільший вплив на мотивацію медичних працівників та стійкість системи охорони здоров’я. Ці висновки узгоджуються з фактом, що нематеріальні стимули мають довгостроковий вплив на мотивацію працівників порівняно з матеріальними стимулами [141].

Створення адекватної мотиваційної системи, а також застосування відповідної програми стимулювання забезпечують вищу ефективність і якість медичних послуг. Крім того, це сприяє утриманню існуючого персоналу або залученню нових кадрів, що є особливо складним завданням у державному секторі охорони здоров’я, особливо в умовах пандемії.

Фахівці у сфері охорони здоров’я стикалися з численними викликами, особливо в умовах пандемії COVID-19. Медичний персонал зазнає високого рівня стресу, який посилюється постійними оновленнями протоколів у спробах подолати вірус [214]. Низька якість умов праці, неадекватне управління, дефіцит кваліфікованого персоналу, обмежене обладнання, відсутність належного навчання, а також професійне вигорання є обтяжуючими обставинами, які можуть сприяти низькому рівню мотивації працівників.

Крім того, низька мотивація працівників тягне за собою зниження якості надання медичних послуг, підвищення ризику захворювань серед медичних працівників у період пандемії та їхню відсутність на роботі, що негативно впливає на стійкість системи охорони здоров’я. Зазначені проблеми часто призводять до економічної міграції кадрів, що є особливо актуальним, враховуючи зростаючий

дефіцит працівників, який впливає на функціонування систем охорони здоров'я та якість медичних послуг [194].

Міграція та нестача трудових ресурсів роблять системи охорони здоров'я вразливими, особливо в умовах пандемії. Для України ці виклики набувають ще більшого значення, враховуючи вплив війни, яка додатково загострила кадрову кризу. Ефективні управлінські стратегії, спрямовані на покращення умов праці, розвиток програм навчання та підтримку професійного розвитку, є необхідними для збереження кадрового потенціалу та забезпечення стабільного функціонування системи охорони здоров'я у кризові та післякризові періоди.

Висновки до розділу 3

Професійна мобільність лікарів є не лише важливим інструментом розвитку медичної освіти, а й ключовим фактором адаптації системи охорони здоров'я до сучасних викликів. У глобалізованому світі вона сприяє інтеграції передових знань і технологій, покращенню якості медичних послуг та забезпеченню більш ефективного використання людських ресурсів у галузі охорони здоров'я. Проте мобільність також породжує виклики, які вимагають стратегічного підходу з боку державних інституцій та міжнародної спільноти.

Глобальний дефіцит медичних працівників, прогнозований Всесвітньою організацією охорони здоров'я, стає серйозною проблемою, що вимагає комплексних рішень. Україна, як і багато інших країн, стикається з викликами, пов'язаними зі скороченням медичного персоналу через трудову міграцію, низький рівень оплати праці та недостатні можливості для професійного зростання. Попри це, держава визначила три основні стратегії для подолання цих проблем: співпраця з ВООЗ, формування державного замовлення на підготовку фахівців та розробка демографічної стратегії.

Розвиток професійної мобільності відкриває нові можливості для лікарів. Міжнародні програми стажувань, участь у яких дозволяє лікарям здобути нові знання, оволодіти сучасними медичними технологіями та підвищити свою

міжкультурну компетентність, сприяють не лише індивідуальному зростанню, а й підвищенню якості медичних послуг у країнах походження. Проте такі програми потребують збалансованого підходу, щоб запобігти негативному впливу на національні системи охорони здоров'я, що страждають від “відтоку мізків”.

Фінансові та організаційні фактори відіграють ключову роль у формуванні мотивації лікарів залишатися у країні чи виїжджати за кордон. Дані свідчать, що підвищення рівня заробітної плати, покращення умов праці та забезпечення можливостей для кар'єрного зростання є потужними інструментами утримання медичних кадрів. З іншого боку, несприятливий політичний та соціальний клімат, недоліки у фінансуванні медичних закладів і низька якість управлінських процесів стимулюють міграцію.

Аналіз міжнародних практик показує, що країни, які активно інвестують у розвиток людських ресурсів, впроваджують програми мотивації для лікарів та створюють сприятливі умови для роботи, досягають вищого рівня задоволеності медичних працівників, що позитивно впливає на їхню продуктивність та якість медичних послуг. Успішні приклади таких країн можуть стати основою для вдосконалення системи охорони здоров'я України.

Професійні медичні асоціації (ПМА) відіграють важливу роль у формуванні стандартів медичної освіти, професійної етики, розробці клінічних рекомендацій та захисті інтересів лікарів. Їхній внесок у систему підготовки медичних кадрів є ключовим для забезпечення високої якості медичних послуг та підвищення рівня охорони здоров'я в суспільстві.

З історичної точки зору, ПМА виникли як добровільні об'єднання лікарів, які прагнули обмінюватися знаннями, вдосконалювати професійні навички та розробляти спільні підходи до лікування. Протягом часу їхній функціонал значно розширився: сьогодні вони не лише визначають освітні стандарти для студентів-медиків, але й активно беруть участь у післядипломній підготовці лікарів, розробляють програми безперервного професійного розвитку та здійснюють моніторинг дотримання етичних норм у медичній практиці.

Особливе значення ПМА набувають у країнах, де система охорони здоров'я потребує реформування або стикається з дефіцитом ресурсів. В Україні, наприклад, медичні асоціації мають великий потенціал для розвитку системи підготовки лікарів, але їхня діяльність обмежується низкою викликів. Серед головних проблем – брак фінансування, відсутність чіткої візії щодо їхньої ролі з боку держави та недостатній рівень мотивації лікарів до активної участі в асоціаціях.

Фінансові труднощі, з якими стикаються українські ПМА, часто змушують їх звертатися за підтримкою до фармацевтичних компаній, що може створювати конфлікт інтересів. Ця ситуація підкреслює важливість впровадження прозорих механізмів фінансування та розробки етичних кодексів для взаємодії з бізнесом. Крім того, відсутність системної підтримки з боку Міністерства охорони здоров'я України обмежує можливості асоціацій впливати на формування освітньої політики та стандартів медичної практики.

Проте навіть за умов браку ресурсів українські ПМА демонструють приклади ефективної роботи. Зокрема, створення спеціалізованих асоціацій за підтримки міжнародних донорів, таких як Асоціація сімейних лікарів чи Асоціація лікарень, доводить важливість таких організацій у реформуванні медичної системи. Їхній досвід підтверджує, що ПМА можуть не лише підтримувати професійний розвиток лікарів, але й активно сприяти впровадженню структурних змін, зокрема нових форм фінансування та стандартів звітності.

Міжнародний досвід свідчить, що успішні ПМА виконують комплексні завдання, включаючи моніторинг якості медичних послуг, розробку освітніх програм і підтримку лікарів у їхньому професійному розвитку. Наприклад, британська General Medical Council та американська АМА активно формують освітні й етичні стандарти, регулюють доступ до професії та сприяють розвитку клінічних досліджень. У багатьох країнах Європейського Союзу ПМА виконують ключові функції професійного самоврядування, що сприяє підвищенню рівня прозорості та довіри в системі охорони здоров'я.

Роль ПМА у розвитку медичної освіти не обмежується лише регуляторними функціями. Ці організації створюють простір для професійного зростання,

формують спільноти лікарів та сприяють обміну досвідом. Їхня здатність адаптуватися до сучасних викликів, таких як впровадження цифрових технологій у медичну освіту чи реагування на глобальні пандемії, свідчить про необхідність їхнього посилення.

Професійна мотивація медичних працівників є ключовим фактором забезпечення ефективності системи охорони здоров'я, особливо в умовах соціально-економічних криз. Війна, пандемія COVID-19 та інші виклики поставили систему охорони здоров'я України в надзвичайно складні умови, що потребують переосмислення підходів до управління мотивацією лікарів. Адже саме вони є ядром системи, від якого залежить якість медичних послуг, стійкість сектору та загальний рівень здоров'я населення.

Сучасні теорії мотивації, такі як піраміда потреб Абрагама Маслоу та двофакторна теорія Фредеріка Герцберга, пропонують розуміння, як забезпечити задоволення базових і професійних потреб лікарів. У контексті України, де медичний персонал працює у зоні бойових дій або в умовах руйнування інфраструктури, першочерговими є фізіологічні потреби та потреби безпеки. Забезпечення належного обладнання, засобів індивідуального захисту та умов праці стає основою для підтримання мотивації.

Однак одними лише базовими потребами неможливо забезпечити довготривалу залученість лікарів до професійної діяльності. Гігієнічні фактори, як-от гідна заробітна плата, стабільність роботи та належне управління, повинні бути доповнені мотиваторами — визнанням, можливостями для професійного зростання та відчуттям місії. Для багатьох лікарів відчуття соціальної значущості їхньої роботи у воєнний час стає потужним джерелом внутрішньої мотивації.

Дані досліджень свідчать, що рівень мотивації значною мірою залежить від місця роботи. Лікарі, які працюють у містах, мають більше можливостей для професійного розвитку через доступ до освітніх програм, навчальних центрів та мережевих можливостей. У сільських регіонах спостерігається знижена мотивація через обмежений доступ до ресурсів та недостатню підтримку. У таких умовах доцільним є впровадження дистанційних освітніх програм, створення регіональних

навчальних центрів і програм наставництва, які допоможуть компенсувати цей розрив.

Важливу роль у підвищенні мотивації лікарів відіграє лідерство. Трансформаційний стиль керівництва, що включає чітке визначення ролей, справедливий розподіл завдань і повагу до персоналу, довів свою ефективність у зменшенні вигорання та підвищенні залученості. Керівники, здатні інтегрувати національні реформи у практичну діяльність лікарів, допомагаючи їм усвідомлювати цінність їхньої роботи, створюють умови для підтримання мотивації навіть у кризових ситуаціях.

Неможливо ігнорувати вплив економічних чинників. Низька заробітна плата та нестабільність сприяють високому рівню вигорання та міграції медичного персоналу за кордон. Це особливо актуально для України, яка стикається з кадровим дефіцитом на тлі війни. У таких умовах фінансове стимулювання, включно з підвищенням заробітної плати, виплатами за ризики, стає необхідним заходом для утримання кадрів.

Зміцнення довіри суспільства до лікарів є ще одним аспектом підвищення мотивації. Інформаційні кампанії, які демонструють важливість та складність роботи медиків, сприяють підвищенню суспільного визнання, що, у свою чергу, мотивує лікарів до професійного вдосконалення.

Таким чином, мотивація лікарів у кризових умовах є складним і багатокомпонентним процесом, що потребує цілісного управлінського підходу. Забезпечення базових потреб, підтримка належних умов праці, розвиток внутрішніх стимулів, ефективне лідерство та адекватне фінансове заохочення формують основу для зміцнення стійкості медичної сфери. В умовах війни та соціально-економічної нестабільності такі заходи не лише сприяють зростанню мотивації персоналу, але й виступають ключовим чинником стабільного функціонування системи охорони здоров'я загалом.

Основні результати першого розділу представлено у наукових публікаціях [22; 23; 164; 165].

ВИСНОВКИ

Результати наукових розробок за темою дослідження дають підстави сформулювати такі висновки та рекомендації:

1. Визначено теоретичні основи управлінських стратегій професійної підготовки лікарів, з урахуванням змістовно-термінологічного уточнення та особливостей кадрової політики в охороні здоров'я. Установлено, що ефективність управлінських стратегій визначається здатністю досягти оптимального балансу між державним регулюванням, автономією освітніх інституцій і вимогами (динамічними потребами) ринку праці. Доведено, що кадрова політика у сфері охорони здоров'я визначає стратегічні вектори професійної підготовки лікарів, зокрема розвиток компетентнісного підходу, який передбачає вдосконалення не лише фундаментальних медичних знань і практичних навичок, а й інтегрованих компетенцій, таких як комунікативна взаємодія, критичне мислення, цифрова грамотність та здатність ухвалювати обґрунтовані клінічні рішення в умовах високої невизначеності. Формування багатовимірного компетентнісного профілю лікаря сприяє не лише підвищенню якості надання медичних послуг, а й забезпечує адаптивність фахівців до змін у системі охорони здоров'я та їхню інтеграцію в глобальний професійний простір. Разом із тим, кадрова політика у сфері охорони здоров'я ще не в повній мірі базується на синергії стратегічного планування та соціально-економічних потреб, що зумовлює необхідність врахування глобальних викликів, зокрема професійної мобільності лікарів, дефіциту кваліфікованих кадрів та впровадження інноваційних технологій. Вивчення управлінських стратегій засвідчило, що результативність професійної підготовки лікарів значною мірою детермінується здатністю системи охорони здоров'я до інституційної трансформації, що передбачає розбудову ефективної освітньої екосистеми, вдосконалення регуляторних механізмів та розвиток сучасної інфраструктури підготовки фахівців. Доведено, що ефективне управління кадровими ресурсами є фундаментальним чинником забезпечення високої якості медичних послуг та стійкого розвитку сфери охорони здоров'я в умовах соціально-

економічних та військових викликів, що актуалізує необхідність удосконалення стратегічних підходів до формування компетентнісного потенціалу лікарів відповідно до сучасних вимог галузі.

2. Охарактеризовано інституційну модель управління підготовкою лікарів в Україні та визначено особливості міжсекторальної взаємодії центральних органів виконавчої влади, зокрема Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, медичних університетів, закладів охорони здоров'я та професійних медичних асоціацій. Встановлено, що чинна система управління професійною підготовкою лікарів демонструє недостатню інтеграцію між освітньою та практичною складовими, що ускладнює синхронізацію теоретичної підготовки з реальними вимогами клінічної практики. Існуючі механізми управління характеризуються відсутністю єдиного інформаційного простору для моніторингу професійного розвитку, сертифікації та працевлаштування лікарів, а також браком ефективних механізмів прогнозування кадрових потреб, що спричиняє регіональну диспропорцію медичних фахівців та обмежує можливості їхньої професійної мобільності. Виявлено критичну необхідність адаптації освітніх програм до сучасних викликів, зокрема цифровізації, соціально-економічних трансформацій, потреби у лікарях, здатних працювати в екстремальних умовах військових конфліктів та надзвичайних ситуацій. Визначено, що компетентнісна модель підготовки лікарів має бути розширена, з особливим акцентом на розвиток цифрової компетентності (використання електронної медичної документації, телемедицини, штучного інтелекту), формування навичок кризового управління (прийняття рішень в екстремальних умовах, реагування на надзвичайні ситуації, військова медицина), зміцнення комунікативних стратегій (взаємодія в мультидисциплінарних командах, робота з пацієнтами в стресових ситуаціях) та підвищення адаптивності лікарів до нестандартних умов праці.

3. Обґрунтовано стратегічні імперативи управління розвитком професійного потенціалу лікарів і визначено, що воно потребує комплексного підходу, що охоплює безперервний професійний розвиток (БПР), удосконалення

освітніх стандартів, реформування механізмів професійної сертифікації та адаптацію кращих міжнародних практик у національну систему медичної освіти. Встановлено, що БПР є основоположним механізмом підтримки професійної компетентності лікарів та їхньої адаптації до сучасних викликів, включаючи впровадження новітніх клінічних протоколів, цифрових технологій та розвиток міждисциплінарної взаємодії. Доведено, що чинна система БПР в Україні характеризується фрагментарністю, недостатнім контролем якості навчальних програм, обмеженою доступністю освітніх можливостей для лікарів, особливо у віддалених регіонах, а також відсутністю ефективного моніторингу результатів післядипломного навчання. Визначено, що стратегічні імперативи управління розвитком професійного потенціалу лікарів мають ґрунтуватися на таких основних напрямках: *модернізація системи БПР* шляхом створення єдиної національної системи оцінювання професійного розвитку лікарів, що включає портфоліо компетентностей, персоналізовані освітні траєкторії, стандартизовані механізми навчальних програм відповідно до міжнародних стандартів; *цифровізація безперервної освіти*, що передбачає розширення можливостей дистанційного навчання, інтеграцію цифрових інструментів у систему післядипломного навчання, включаючи віртуальні клінічні симуляції та моделі змішаного навчання; *адаптація міжнародного досвіду* шляхом гармонізації національної системи безперервного професійного розвитку з міжнародними практиками, зокрема через інтеграцію компетентнісного підходу, багаторівневої оцінки професійних знань і навичок, а також використання міжнародних сертифікаційних механізмів, що сприятимуть взаємному визнанню кваліфікацій. Також доведено необхідність реформування системи атестації лікарів шляхом запровадження стандартизованих процедур оцінювання компетентностей, що включають об'єктивні структуровані клінічні іспити, використання симуляційних методів оцінювання, аналіз реальних клінічних випадків та механізми зворотного зв'язку щодо ефективності освітніх програм. Обґрунтовано, що впровадження визначених стратегічних імперативів сприятиме підвищенню якості професійної підготовки лікарів, забезпеченню

ефективного кадрового планування в системі охорони здоров'я, а також гармонізації національної системи медичної освіти з міжнародними стандартами.

4. Сформовано концепцію освітньо-медичної екосистеми на регіональному рівні (на прикладі Львівської області), ґрунтуючись на міжнародному досвіді функціонування університетських клінік. Встановлено, що університетські клініки є центральними структурними елементами освітньо-медичної екосистеми, яка забезпечує інтеграцію освітнього, клінічного та наукового компонентів у єдиний функціональний простір, що сприяє підготовці висококваліфікованих медичних кадрів, розвитку доказової медицини та впровадженню інноваційних технологій у клінічну практику. Враховуючи міжнародний досвід та специфіку розвитку освітньо-медичної екосистеми у Львівській області, виокремлено чотири організаційні моделі університетських клінік. *Державна модель* передбачає інтеграцію університетських клінік у систему державного фінансування, що забезпечує їхню стабільність та довгострокову підтримку, проте водночас обмежує фінансову автономію та можливості для гнучкого управління ресурсами. *Приватна модель* орієнтована на повне самофінансування та незалежне управління, що створює умови для швидкого впровадження інноваційних технологій та автономного прийняття управлінських рішень, однак може ускладнювати доступ до державних ресурсів та системи соціальних гарантій. *Комунальна модель* передбачає функціонування університетських клінік у межах медичних установ, що перебувають у підпорядкуванні місцевих органів влади, що, з одного боку, дозволяє адаптувати освітні програми до регіональних потреб та оптимізувати використання наявних ресурсів, а з іншого – створює ризики нерівномірного фінансування та залежності від місцевих бюджетів. *Змішана модель*, яка гіпотетично може бути найбільш адаптивною до українських реалій, передбачає поєднання державного фінансування із залученням приватного капіталу та міжнародних інвестицій, що сприяє підвищенню фінансової стійкості, технологічного розвитку та інституційної автономії університетських клінік. Водночас аналіз ефективності цих моделей в Україні можливий лише гіпотетично, оскільки їхнє практичне впровадження

знаходиться на початкових етапах розвитку та потребує додаткових досліджень щодо їхньої адаптивності до регіональних особливостей системи охорони здоров'я. Аналіз міжнародного досвіду свідчить, що ефективність функціонування університетських клінік значною мірою визначається рівнем їхньої інституційної автономії, ступенем інтеграції у систему охорони здоров'я, механізмами диверсифікованого фінансування та наявністю системи моніторингу ефективності діяльності. Впровадження ключових показників ефективності (KPI), що охоплюють якість надання медичних послуг, рівень професійної підготовки лікарів, ефективність управління ресурсами та динаміку інноваційної активності, є необхідною передумовою для забезпечення прозорості, підзвітності та стратегічного розвитку університетських клінік. Таким чином, формування освітньо-медичної екосистеми у Львівській області вимагає інституційного закріплення університетських клінік як ключових освітніх, клінічних і наукових центрів, впровадження єдиних стандартів оцінювання їхньої діяльності та розбудови цифрової інфраструктури для координації освітнього процесу та клінічної практики відповідно до міжнародних стандартів медичної освіти.

5. Оцінено інституційну спроможність професійних медичних асоціацій в удосконаленні системи підготовки лікарів та обґрунтовано, що її ефективність визначається рівнем нормативно-правової інтеграції цих асоціацій у систему охорони здоров'я, наявністю дієвих механізмів взаємодії з державними регуляторами, фінансовою стабільністю, а також організаційним потенціалом у сфері розроблення освітніх програм і регулювання професійної діяльності лікарів. Аналіз міжнародного досвіду засвідчив, що у країнах ЄС та Північної Америки медичні асоціації виконують функції акредитації програм БПР, сертифікації лікарів, моніторингу їхньої професійної діяльності, а також активно залучені до розроблення клінічних протоколів та стандартів надання медичної допомоги. Водночас в Україні їхня роль у цих процесах залишається обмеженою через недостатню нормативно-правову визначеність та відсутність механізмів офіційного визнання їхнього регуляторного впливу. Встановлено, що удосконалення системи підготовки лікарів через розширення функцій професійних

медичних асоціацій потребує кількох стратегічних підходів. По-перше, доцільно офіційно делегувати їм повноважень щодо акредитації навчальних програм та розроблення професійних стандартів. По-друге, розширити функції асоціацій у сфері оцінювання компетентностей лікарів шляхом впровадження незалежних сертифікаційних механізмів за участю експертних комісій, а також запровадження системи регулярного підтвердження кваліфікації на основі об'єктивних структурованих клінічних іспитів та портфоліо професійного розвитку. По-третє, важливим напрямом є інтеграція українських медичних асоціацій у міжнародні професійні мережі, що сприятиме гармонізації освітніх стандартів із провідними світовими практиками, розширенню можливостей міжнародних стажувань і підвищенню мобільності лікарів. Запровадження таких підходів сприятиме підвищенню прозорості та підзвітності професійних медичних асоціацій, що дозволить їм відігравати провідну роль у забезпеченні високих стандартів підготовки лікарських кадрів, адаптації медичної освіти до сучасних викликів та розширенні міжнародної співпраці у сфері професійного розвитку лікарів.

6. Обґрунтовано необхідність трансформації підходів до управління професійною підготовкою лікарів з урахуванням детермінант професійної мобільності та мотиваційних стратегій. Встановлено, що ефективне управління професійною підготовкою лікарів вимагає системного врахування чинників, що впливають на мобільність медичних кадрів, їхню кар'єрну траєкторію, рівень залученості до безперервного професійного розвитку та готовність адаптуватися до змін у системі охорони здоров'я. Доведено, що професійна мобільність лікарів є стратегічним інструментом оптимізації кадрових ресурсів, що сприяє зменшенню їхніх регіональних диспропорцій, підвищенню якості надання медичних послуг та інтеграції фахівців у міжнародний медичний простір. Водночас аналіз чинної системи підготовки лікарів в Україні засвідчив її недостатню гнучкість щодо сприяння професійній мобільності, що зумовлено обмеженими можливостями участі лікарів у програмах ротації, стажувань та міжнародних обмінах, а також відсутністю ефективних механізмів визнання професійних кваліфікацій. Встановлено, що стимулювання професійної мобільності вимагає удосконалення

регуляторної бази, створення системи фінансового й організаційного сприяння для участі лікарів у міжнародних освітніх програмах, запровадження механізмів ротації фахівців у межах регіональних медичних закладів та розширення інституційних можливостей для участі у програмах професійного розвитку. Також обґрунтовано, що мотиваційні стратегії впливають на рівень залученості медичних кадрів до безперервного навчання, їхню готовність до професійного вдосконалення та прагнення до кар'єрного зростання.

Отже, у ході дослідження нами запропоновано чотири основні управлінські стратегії, спрямовані на вдосконалення професійної підготовки лікарів:

- *Стратегія інтеграції освітніх, клінічних і наукових компонентів.* Ця стратегія передбачає створення єдиної платформи співпраці між університетами, клінічними базами та професійними медичними асоціаціями. Її реалізація сприятиме розвитку університетських клінік, впровадженню моделей спільного управління та інноваційних методів підготовки медичних кадрів, орієнтованих на потреби сучасної системи охорони здоров'я.
- *Стратегія запобігання професійному вигоранню та підвищення мотивації лікарів.* Зосереджена на створенні умов, які забезпечують матеріальну і нематеріальну мотивацію лікарів. До них належать: підвищення заробітної плати, створення можливостей для кар'єрного зростання, впровадження програм наставництва, забезпечення психологічної підтримки та визнання досягнень медичних працівників.
- *Стратегія управління професійною мобільністю лікарів.* Спрямована на забезпечення обміну знаннями та досвідом через розвиток програм міжнародних стажувань і обмінів. Стратегія також включає заходи для утримання кадрів в Україні шляхом створення конкурентних умов праці, професійного розвитку та соціального забезпечення.
- *Стратегія вдосконалення нормативно-правового регулювання.* Ця стратегія передбачає оновлення стандартів післядипломної освіти, створення єдиної системи моніторингу та оцінювання якості навчальних програм, а також

розробку механізмів публічно-приватного партнерства для залучення ресурсів у розвиток медичної освіти.

Реалізація цих стратегій дозволить покращити якість професійної підготовки лікарів, адаптувати систему медичної освіти до сучасних викликів і підвищити стійкість охорони здоров'я України в умовах соціально-економічних і військових криз.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Астахова, О. В. (2024). Підготовка медичних кадрів у надзвичайних умовах. *Матеріали науково-практичної конференції ВНМУ ім. М. І. Пирогова*. https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tezy_konf_07-02-2024.pdf
2. Беднарчик, Т. Р., & Беднарчик, М. В. (2024). Медична етика Японії як об'єкт вивчення в курсі "Етика та деонтологія в медицині". *Матеріали науково-практичної конференції ВНМУ ім. М. І. Пирогова*. https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tezy_konf_07-02-2024.pdf
3. Белов, О. О., & Пшук, Н. Г. (2024). Комплексна система медико-психологічного супроводу здобувачів вищої медичної освіти в умовах воєнного часу. *Матеріали науково-практичної конференції ВНМУ ім. М. І. Пирогова*. https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tezy_konf_07-02-2024.pdf
4. Брижань І. А. (2022). Формування професійної компетентності майбутніх лікарів у системі післядипломної медичної освіти. *Вісник післядипломної освіти*, 20(2), 74–80.
5. Булах, І. Є., & Мруга, М. Р. (2006). *Створюємо якісний тест: навчальний посібник*. Київ.
6. Варіанти Львів. (n.d.). *Комісія Львівської обласної ради погодила передачу обласної клінічної лікарні у державну власність*. <https://varianty.lviv.ua/publikatsiyi/komisiia-lvivskoi-oblrady-pohodyla-peredachu-oblasnoi-klinichnoi-likarni-u-derzhavnu-vlasnist>
7. Верховна Рада України. (2012, 12 січня). *Про професійний розвиток працівників: Закон України № 4312-VI*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4312-17#Text>
8. Верховна Рада України. (2014). Про вищу освіту: Закон України № 1556-VII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>
9. Верховна Рада України. (2017). Про освіту: Закон України № 2145-VIII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

10. Верховна Рада України. (2024, 6 червня). *Про прийняття за основу проекту Закону України про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні: Постанова № 3790-IX.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3790-IX#top>
11. Власенко, Р. В. (2021). Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. *Національний інститут стратегічних досліджень.* <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf>
12. Власенко, Р. В. (2021). Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. *Національний інститут стратегічних досліджень.* <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf>
13. Воронько, О. (2004). Кадрова політика – універсальний важіль державного будівництва. *Вісник УАДУ*, (2), 141–152.
14. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). (2020). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
15. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2019). *Кадровые ресурсы здравоохранения. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Доклад Генерального директора.* https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_24-ru.pdf
16. Гладун, З. С. (2000). *Державне управління в галузі охорони здоров'я.* Тернопіль: Академкнига.
17. Гончар, С. В. (2018). Пропозиції модернізації механізмів реалізації державної кадрової політики в Україні. У *Філософські обрії сьогодення: зб. наук. праць* (с. 283–290). Херсон: ДВНЗ “ХДАУ”.
18. Гончаренко, С. У., Зязюн, І. А., & Ничкало, Н. Г. (2000). *Професійна освіта: словник: навч. посіб.* Київ: Вища школа.
19. Гриньова М. В. (2021). Професійна підготовка медичних працівників в умовах сучасних викликів системи охорони здоров'я України. *Публічне управління та адміністрування в Україні*, 24, 53–58.
20. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2023). Державне регулювання процесу адаптації вищої медичної освіти до сучасних геополітичних викликів. У *Розвиток публічного*

управління в контексті європейської інтеграції України: Матеріали науково-практичної конференції (28 квітня 2023 р., м. Львів) (с. 115–116). Львів: НУ “Львівська політехніка”.

21. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2023). Університетська клініка як важлива складова в організації розвитку вищої медичної освіти. У Є. Г. Матвійшин та К. М. Бліщук (упоряд.), *Перспективи регіонального та місцевого розвитку: Матеріали 2-ї конференції молодих учених (23 листопада 2023 р., м. Львів) (с. 19–21). Львів: НУ “Львівська політехніка”.*
22. Гукова-Кушнір, Г. (2023). Оцінка кваліфікації лікарів як інструмент управління якістю медичної допомоги в Україні. *Наука і освіта: досвід, проблеми, перспективи розвитку*, (20), 200–213. <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2023/jun/30679/nadoi-200-213.pdf>
23. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2021). Поняття та соціальне призначення державної політики забезпечення якості медичної освіти та професійної підготовки лікарів в Україні. У *Розвиток публічного управління в Україні: Матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю (28 травня 2021 р., м. Львів) (с. 110–112). ЛРІДУ НАДУ.*
24. Дубічинський, В. В. (2006). *Сучасний тлумачний словник української мови*. Харків: ВД “Школа”.
25. Дудник, С. (2018). Кадрова криза медичній галузі України не загрожує? *Ваше здоров'я*. <https://www.vz.kiev.ua/kadrova-kryza-medychnij-galuziukrayiny-ne-zagrozhuye>
26. Дьомін, О., Леліков, Е., & Сороко, В. (2001). Державна кадрова політика: система роботи з кадрами. *Вісник державної служби України*, (2), 65–84.
27. Жук, Н. Б. (n.d.). *Державна кадрова політика: творча робота*. <http://kds.org.ua/blog/zhuk-n-b-tvorcha-robota-derzhavna-kadrova-politika>
28. Закусилова, Т. (2020). Шляхи забезпечення якості освіти майбутніх лікарів у процесі професійної підготовки в закладах вищої медичної освіти. *Актуальні*

- питання гуманітарних наук, (27), [без стор.]. https://aphn-journal.in.ua/archive/27_2020/part_1/49.pdf
29. Івано-Франківська обласна державна адміністрація. (2021). *Комплексна програма “Здоров’я населення Прикарпаття на 2021–2025 роки”*. <https://www.if.gov.ua/regionalni-cilovi-programi/programi-departamentu-ohoroni-zdorovya>
30. Кабінет Міністрів України. (2015, 30 грудня). *Про затвердження Ліцензійних умов провадження освітньої діяльності: Постанова № 1187*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1187-2015-%D0%BF#Text>
31. Кабінет Міністрів України. (2019, 27 лютого). *Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні: Розпорядження № 95-р*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#Text>
32. Кабінет Міністрів України. (2020, 28 грудня). *Про затвердження Положення про організацію освітнього процесу у закладах охорони здоров’я за участю науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти у сфері охорони здоров’я: Постанова № 1337*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1337-2020-%D0%BF#Text>
33. Кабінет Міністрів України. (2021, 14 липня). *Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров’я: Постанова № 725*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>
34. Кабінет Міністрів України. (2023, 12 вересня). *Деякі питання реалізації Рамкової угоди між Урядом України та Урядом Республіки Австрія про економічне співробітництво у розвитку проектів: Постанова № 1026*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1026-2023-%D0%BF#Text>
35. Кабінет Міністрів України. (2023, 29 грудня). *Про відчуження шляхом передачі майна у державну власність: Розпорядження № 1229-р*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1229-2023-%D1%80#Text>

36. Кабінет Міністрів України. (2024, 23 січня). *Про внесення змін до Статуту Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти: Постанова № 71*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/71-2024-%D0%BF#top>
37. Кабінет Міністрів України. (2024, 3 грудня). *Про реалізацію експериментального проєкту щодо запровадження сучасних підходів в медичній освіті: Постанова № 1370*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1370-2024-%D0%BF#top>
38. Керецман, А. О. (2022). Основні фактори впливу на професійну мотивацію лікарів у Закарпатській області. *Україна. Здоров'я нації*, (1), 88–91.
39. Кільова, Г. О. (2012). Якість освіти як ключова категорія менеджменту освіти. *Освіта та педагогічна наука*, (5–6[154–155]), 22–26.
40. Кірдан О. І. (2021). Професійний розвиток фахівців системи охорони здоров'я в контексті державної політики. *Державне управління та місцеве самоврядування*, 3(50), 118–125.
41. Ковбасюк, Ю. В., Ващенко, К. О., Сурмін, Ю. П., та ін. (2012). *Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку: наук. доп.* (За заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, К. О. Ващенка, Ю. П. Сурміна). Київ: НАДУ.
42. Комерсант. (n.d.). В Україні назриває глобальний дефіцит лікарів у найближчі роки: Ляшко розповів, як уряд планує долати кризу. <https://www.komersant.info/v-ukraini-nazrivaie-hlobalnyy-defitsyt-likariv-u-nayblyzhchi-roky-liashko-rozpoviv-iak-uriad-planuie-dolaty-kryzu/>
43. Конгрес. (n.d.). *Із комунальною у державну: Львівська обласна лікарня стане університетською клінікою*. <https://www.congress.gov.ua/iz-komunalnoiu-v-derzhavnu-lvivska-oblasna-likarnia-stane-universytetskoiu-klinikoju/>
44. Костенко, О. О., & Грущинська, Н. М. (2020). Формування та реалізація кадрової політики в органах публічної влади: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Економічний простір*, (158), 77–82.
45. Кремінь, В. І. (Ред.). (2008). *Енциклопедія освіти* [Акад. пед. наук України]. Київ: Юрніком Інтер.

46. Кубанов, Р. А. (2013). Якість освіти: суть поняття та особливості оцінювання. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*, (13[272]), 25–31.
47. Кульбашна, Я. А. (2013). Принцип безперервності освіти у формуванні професійної компетентності майбутніх стоматологів. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*, (3–4), 85–89.
48. Кульбашна, Я. А. (2013). Формування науково-дослідної компетентності у майбутніх стоматологів. *Педагогічний процес: теорія і практика*, (3), 109–116.
49. Кучма, Р. М. (2010). Сучасні системи управління якістю вищої освіти в контексті вимог Болонського процесу. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Філософія. Політологія*, (94–96), 87–93.
50. Лисенко Л. І. (2022). Організаційно-управлінські засади кадрової політики в системі охорони здоров'я України. *Публічне урядування*, 18(3), 39–45.
51. Лібанова, Е. М. (ред.). (2012). *Науково-методичні засади формування та реалізації Стратегії державної кадрової політики. Методичні рекомендації*. Київ: Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України.
52. Луговий В. І., Сизоненко О. Л. (2021). Інституціональні засади професійної підготовки кадрів у медичній сфері. *Освіта і управління*, 24(3–4), 7–13.
53. Львівська міська рада. (2024, 12 вересня). *Про розвиток екосистеми “Unbroken”*: Ухвала № 521130, сесія 8-го скликання. [https://www8.city-adm.lviv.ua/inteam/uhvaly.nsf/\(SearchForWeb\)/BE86C9F5C80BE841C2258B9C0049D080?OpenDocument](https://www8.city-adm.lviv.ua/inteam/uhvaly.nsf/(SearchForWeb)/BE86C9F5C80BE841C2258B9C0049D080?OpenDocument)
54. Львівська обласна рада. (n.d.). *Про затвердження Комплексної програми підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021–2025 роки*. <https://lvivoblrada.gov.ua/programi-2021-2025-rokiv>
55. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. (2023). *Статут Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького* (затверджено 22 червня 2023 р.).

https://new.meduniv.lviv.ua/uploads/repository/dept/law_dept/01.%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%82/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%82%202023%D1%80.pdf

- 56.Ляшенко, О. (2005). Якість освіти як основа функціонування й розвитку сучасних систем освіти. *Педагогіка і психологія*, (1[46]), 5–12.
- 57.Магрламова, К. Г. (2018). Особливості професійної підготовки майбутніх лікарів у вітчизняній системі медичної освіти. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*, 151, 94–98. https://repo.dma.dp.ua/3899/1/VchdpuP_2018_151%281%29_23.pdf
- 58.Марушко, Р. В. (2020). Впровадження акредитації провайдерів в Україні: роль та обов'язки провайдерів безперервного професійного розвитку. *Перинатологія і педіатрія*, (3)83, 7–15. <https://doi.org/10.15574/PP.2020.83.7>
- 59.Михайловська, Н. С., & Стецюк, І. О. (2020). Зміни педагогічних аспектів при впровадженні інформаційних технологій на клінічних кафедрах медичних вузів. (*інформація про джерело неповна – за потреби можу допомогти уточнити*)
- 60.Міжнародна організація праці (МОП). (1977). *Nursing Personnel Convention, 1977 (No. 149): Convention concerning employment and conditions of work and life of nursing personnel*. Geneva: International Labour Office. http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312294
- 61.Міністерство освіти і науки України. (2021, 13 жовтня). *Про затвердження Умов прийому на навчання для здобуття вищої освіти в 2022 році: Наказ № 1098*. <https://mon.gov.ua/npa/pro-zatverdzhennya-umov-prijomu-na-navchannya-dlya-zdobuttya-vishoyi-osviti-v-2022-roci>
- 62.Міністерство освіти і науки України. (2021, 8 листопада). *Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти: Наказ № 1197*. <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2021/11/09/222-Medytsyna.mahistr.09.11.pdf>

63. Міністерство освіти і науки України. (2022, 27 квітня). *Про затвердження Порядку прийому на навчання для здобуття вищої освіти в 2022 році: Наказ № 392.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0487-22#Text>
64. Міністерство охорони здоров'я України. (2002, 29 березня). *Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78: Охорона здоров'я: Наказ № 117.* <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>
65. Міністерство охорони здоров'я України. (2008, 12 вересня). *Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні: Наказ № 522/51.* <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0522282-08#Text>
66. Міністерство охорони здоров'я України. (2015, 6 липня). *Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти): Наказ № 408.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1104-15#Text>
67. Міністерство охорони здоров'я України. (2021, 22 червня). *Про затвердження Положення про інтернатуру: Наказ № 1254.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1081-21#Text>
68. Міністерство охорони здоров'я України. (2023, 25 липня). *Про затвердження Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за лікарськими та фармацевтичними (провізорськими) спеціальностями: Наказ № 1347.* <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-25072023-1347-pro-zatverdzhennja-pereliku-cikliv-specializacii-ta-tematicchnogo-udoshkonalennja-za-likarskimi-ta-farmaceutichnimi-provizorskimi-specialnostjami>
69. Міністерство охорони здоров'я України. (2023, 7 листопада). *Положення про Молодіжну раду при МОЗ України: Наказ № 1916.* https://moz.gov.ua/uploads/11/55890-dn_1916_07112023_dod.pdf
70. Міністерство охорони здоров'я України. (2024, 24 травня). *Про затвердження Змін до Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів: Наказ № 900.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0873-24#top>

71. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). *В Україні вперше запроваджується лікарська резидентура за спеціальністю “нейрохірургія”*. <https://moz.gov.ua/uk/v-ukrayini-vpershe-zaprovadzhuetsya-likarska-residentura-za-specialnistyu-nejrohirurgiya>
72. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). *ЄДКІ: Єдиний державний кваліфікаційний іспит*. <https://moz.gov.ua/uk/dev-yedki>
73. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). *МОЗ продовжує працювати в напрямі створення в Україні університетських клінік та лікарень* [Віктор Ляшко]. <https://moz.gov.ua/uk/moz-prodovzhue-pracjuvati-v-naprjami-stvorennja-v-ukraini-universitetskih-klinik-ta-likaren-viktor-ljashko>
74. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). *МОЗ України: Що було, є і буде*. https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf
75. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). *Ухвалено рішення про передачу майна Львівської залізничної лікарні для створення університетської лікарні*. <https://moz.gov.ua/uk/uhvaleno-rishennja-pro-peredachu-majna-lvivskoi-zaliznichnoi-likarni-dlja-stvorennja-universitetskoi-likarni>
76. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). *Черговий крок до впровадження самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні: Законопроект прийнято у першому читанні*. <https://moz.gov.ua/uk/chergovij-krok-do-vprovadzhennya-samovryaduvannya-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-zakonoprojekt-prijnyato-u-pershomu-chitanni>
77. Мінцер, О. П., & Бабінцева, Л. Ю. (2020). Підготовка науково-педагогічних працівників у системі післядипломної медичної освіти лікарів і провізорів на основі стратегії гібридної реальності. [Електронне джерело]. <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/bitstream/lib/2728/1/11187-Article%20Text-40921-1-10-20200713.pdf>
78. Нагірна І. В. (2020). Державна кадрова політика в охороні здоров'я: виклики та напрямки модернізації. *Науковий вісник Ужгородського нац. ун-ту. Серія: Політологія. Соціологія. Філософія*, 2(46), 56–61.

79. Національна академія медичних наук України. (n.d.). *Статут Національної академії медичних наук України*.
<https://drive.google.com/file/d/1QiHoihJPbeWDgDgdmGdj5cjg2uE6mfkm/view>
80. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. (n.d.). *Статут Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*.
<https://drive.google.com/file/d/1fFtY39dgc71nDrhXFJRHGkcarwldhDhp9/view>
81. Начальник Львівської обласної військової адміністрації. (2022, квітень). *Про залучення науково-педагогічних працівників Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького до надання медичної допомоги населенню області: Наказ № 59*.
https://old.loda.gov.ua/upload/doc/2022/04/59_1649776106.pdf
82. Оболенський, О. Ю. (2003). *Державна служба: Навч. посіб.* Київ: КНЕУ.
83. Освіта.ua. (n.d.). *Найкращі медичні заклади вищої освіти України*.
<https://osvita.ua/vnz/rating/42226/>
84. Островерхова, Н. (2005). Оцінка якості освіти. *Освіта і управління*, 8(1), 109–113.
85. Паламаренко, І. О. (2014). Вимоги до підготовки лікарів загальної практики у Великій Британії. *Вісник Національного університету оборони України*, (5[42]), 120–125.
86. Петраш, А. І., & Юркова, В. П. (2014). Організація самостійної навчальної діяльності майбутніх перекладачів з використанням засобів інформаційно-комунікаційних технологій. *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки*, (4[73]), 298. http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnapv_ppn_2014_4_27
87. Пірвердієва, І. С., Байдюк, І. А., & Ткаченко, О. В. (2024). Підвищення компетентності викладачів медичних вузів через інноваційні навчальні програми. *Редакційна колегія*, 216. (уточніть, будь ласка, назву видання, якщо потрібно точне оформлення)

- 88.Президент України. (2019). *Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року: Указ Президента України №722/2019.* <https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825>
- 89.Президент України. (2021, 18 червня). *Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників: Указ № 261/2021.* <https://www.president.gov.ua/documents/2612021-39229>
- 90.Приватний вищий навчальний заклад “Львівський медичний університет”. (n.d.). *Статут вищого приватного навчального закладу “Львівський медичний університет”.* <https://medinstytut.lviv.ua/wp-content/uploads/Statut-LMI.pdf>
- 91.Провайдери заходів БПР: центр тестування МОЗ. (n.d.). <https://www.testcentr.org.ua/uk/provaidery>
- 92.Равен, Д. (2022). *Компетентность в современном обществе. Выявление, развитие и реализация.* Litres.
- 93.Реєстр суб'єктів освітньої діяльності. (n.d.). *Єдина державна електронна база з питань освіти (ЄДЕБО).* <https://registry.edbo.gov.ua/search/>
- 94.Саух, П. (2006). Якість освіти як індикатор рівня життя інформаційного суспільства. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка*, 3–7.
- 95.Сіроштан І. С. (2021). Актуальні напрями професійної підготовки кадрів для сфери охорони здоров'я в контексті забезпечення якості медичних послуг. *Публічне право*, 4, 103–109.
- 96.Скрипник, І. М., Гопко, О. Ф., & Маслова, Г. С. (n.d.). *Формування клінічного мислення як засіб удосконалення якості освіти лікарів. Удосконалення якості підготовки лікарів у сучасних умовах.* http://elib.umsa.edu.ua/jspui/bitstream/umsa/2740/1/formuv_klin_mysl_jak_zasib.pdf

- 97.Ткаченко О. В. (2022). Державне управління якістю вищої медичної освіти: сучасні виклики та напрями удосконалення. *Інвестиції: практика та досвід*, 14, 59–63.
- 98.Українська асоціація медичних працівників. (n.d.). Україна втрачає лікарів. <https://ampua.org/novyny/ukraina-vtrachaie-likariv/>
- 99.Український католицький університет. (n.d.). Медична клініка УКУ. <https://clinic.ucu.edu.ua/about-us/>
100. Університетська клініка НМУ імені О. О. Богомольця. (n.d.). Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. <https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/klinichni-bazy/universytetska-klinika/>
101. Хоменко, К. П. (2015). Формування професійної компетентності майбутніх лікарів. *Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету ім. Григорія Сковороди*, (36[62]), Т. 2, Дод. 1, 321–330.
102. Хоменко, К. П. (2015). Формування професійної компетентності майбутніх лікарів. *Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету ім. Григорія Сковороди*, (36[62]), Т. 2, Дод. 1, 321–330.
103. Хоружа Н. О. (2020). Державна політика України у сфері кадрового забезпечення охорони здоров'я: проблеми та перспективи. *Державне управління: теорія та практика*, 2(30).
104. Худоба О. В., Гукова-Кушнір Г. Є. (2025). Управлінські механізми підвищення якості медичних послуг через професійну підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я
105. Шигонська, Н. (2006). Сучасні тенденції професійної підготовки медичних працівників в Україні. У О. А. Дубасенюк, Л. В. Калініна, & О. Є. Антонова (Ред.), *Актуальні проблеми професійно-педагогічної освіти та стратегії розвитку: Збірник наукових праць* (с. 70–73). Житомир.
106. Ярема, Н. І. (2014). Лікарська палата (Ізба лікарська) як орган професійного самоврядування медиків у Польщі. У А. Р. Вайда (Ред.),

Євроінтеграційна конференція “Післядипломна освіта та лікарське самоврядування за європейськими стандартами”: Збірник матеріалів .

107. Ярова В. І. (2021). Система підвищення кваліфікації медичних працівників як інструмент підвищення якості медичних послуг. *Науковий журнал «Публічне управління»*, 4(36), 92–97.
108. Ященко, Ю. (2013). Аналіз існуючих підходів щодо визначення понять компетентність і компетенція в освіті. *Наукові записки [Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка]*. Серія: Педагогічні науки, (121[2]), 319–325.
109. Alhassan, R. K., Spieker, N., van Ostenberg, P., Ogink, A., Nketiah-Amponsah, E., & de Wit, T. F. R. (2013). Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana. *Human Resources for Health*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-37>
110. Allen, T., Whittaker, W., & Sutton, M. (2017). Does the proportion of pay linked to performance affect the job satisfaction of general practitioners? *Social Science & Medicine*, 173, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.031>
111. American Medical Association (AMA). (n.d.). *Our history*. <https://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-history.page>
112. Andriiashenko, L., Zabdyr-Jamróz, M., Lipowski, P., & Domagała, A. (2024). Immigration of medical personnel from Ukraine to Poland—context, regulations, and trends. *Health Policy*, 128, 105241. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105241> (якщо DOI дійсний, додати; якщо ні — залишити без)
113. Atsma, F., Elwyn, G., & Westert, G. (2020). Understanding unwarranted variation in clinical practice: A focus on network effects, reflective medicine and learning health systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(4), 271–274. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa041>
114. Beer, S. (1970). Managing modern complexity. *Futures*, 2, 245–257. [https://doi.org/10.1016/S0016-3287\(70\)80001-3](https://doi.org/10.1016/S0016-3287(70)80001-3)

115. Blackmer, J. (2007). *Professionalism and the medical association*. Ferney-Voltaire: World Medical Association.
116. Boelen, C. (2018). Coordinating medical education and health care systems: The power of the social accountability approach. *Medical Education*, 52(1), 96–102. <https://doi.org/10.1111/medu.13482>
117. Boelen, C., & Woollard, B. (2009). Social accountability and accreditation: A new frontier for educational institutions. *Medical Education*, 43(9), 887–894. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x>
118. Boelen, C., & Woollard, R. (2011). Social accountability: The extra leap to excellence for educational institutions. *Medical Teacher*, 33(8), 614–619. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.590248>
119. Boelen, C., Pearson, D., Kaufman, A., Rourke, J., Woollard, R., Marsh, D. C., & Gibbs, T. (2016). Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. *Medical Teacher*, 38(11), 1078–1091. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1210117>
120. Borow, M., Levi, B., & Glekin, M. (2013). Regulatory tasks of national medical associations—international comparison and the Israeli case. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(1), 8. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-2-8>
121. British Medical Association (BMA). (n.d.). *Who we are*. <http://bma.org.uk/about-the-bma/who-we-are/our-history>
122. Buchan, J., & Perfilieva, G. (2016). *Health work migration in the European Region: Country studies and policy implications*. WHO Regional Office for Europe.
123. Buchan, J., Wismar, M., Glinos, I. A., & Bremner, J. (2014). *Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses*. WHO Regional Office for Europe.
124. Burns, J. M. (1978). Emotional intelligence and transformational leadership in retailing. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(6), 309–317.

125. Bilyk, L. V., Kaminskyi, V. V., & Bashkirova, L. M. (2023). Адаптація до глобальних змін і викликів часу медичної освіти України. *Академічні візії*, (25).
126. Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust. (n.d.). *Homepage*. <https://www.cuh.nhs.uk/>
127. Canadian Medical Association (CMA). (n.d.). *History, mission, vision, values*. <https://www.cma.ca/aboutcma/history-mission-vision-values>
128. Centrum Egzaminów Medycznych (CEM). (n.d.). *Lekarski Egzamin Weryfikacyjny (LEW)* [Medical Verification Examination]. https://cem.edu.pl/lew_info.php
129. Charité – Universitätsmedizin Berlin. (n.d.). *Charité at a glance: Factsheet*. https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal_relaunch/Mediathek/publikationen/Factsheet/Factsheet_Kennzahlen_EN.pdf
130. Charité – Universitätsmedizin Berlin. (n.d.). *Comprehensive Cancer Center*. <https://www.charite.de/en/>
131. Charité – Universitätsmedizin Berlin. (n.d.). *Digital health at Charité*. <https://www.charite.de/en/>
132. Charité – Universitätsmedizin Berlin. (n.d.). *History of Charité*. <https://www.charite.de/en/>
133. Charité – Universitätsmedizin Berlin. (n.d.). *Innovations at Charité*. <https://www.charite.de/en/>
134. Charité – Universitätsmedizin Berlin. (n.d.). *Startup support*. <https://www.charite.de/en/>
135. Charité – Universitätsmedizin Berlin. (n.d.). *Sustainability at Charité*. <https://www.charite.de/en/>
136. Chauhan, B. F., Jeyaraman, M. M., Mann, A. S., Lys, J., Skidmore, B., Sibley, K. M., Abou-Setta, A. M., & Zarychanski, R. (2017). Erratum to: Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice – An overview of reviews. *Implementation Science*, 12(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8>

137. Chen, J., Ghardallou, W., Comite, U., Ahmad, N., Ryu, H. B., Ariza-Montes, A., & Han, H. (2022). Managing hospital employees' burnout through transformational leadership: The role of resilience, role clarity, and intrinsic motivation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10941. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710941>
138. Christian Medical & Dental Associations (CMDA). (n.d.). *About us*. <http://www.cmda.org/wcm>
139. Cleveland Clinic. (n.d.). *Homepage*. <https://my.clevelandclinic.org/>
140. Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621–656. <https://doi.org/10.5465/amr.1993.9402210153>
141. Ćulafić, S., Janovac, T., Jovanović, S. V., Tadić, J., Jaganjac, J., Milošević, A., & Bibić, A. (2021). State incentives and sustainable motivation system in the health sector. *Sustainability*, 13(24), 13592. <https://doi.org/10.3390/su132413592>
142. Deac, A. A., Zaviryukha, I., Rozanova, J., Zeziulin, O., Kiriazova, T., Shenoi, S., ... & Yariy, V. (2023). Treatment system adaptations during war: Lessons from Ukrainian addiction treatment providers. *Substance Use & Misuse*, 58(11), 1447–1450. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2200717>
143. Department of Health. (1998). *A first class service: Quality in the new NHS*. London: The Stationery Office. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4006902
144. Drath, W. H., McCauley, C. D., Palus, C. J., Van Velsor, E., O'Connor, P. M., & McGuire, J. B. (2008). Direction, alignment, commitment: Toward a more integrative ontology of leadership. *The Leadership Quarterly*, 19(6), 635–653. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2008.09.003>
145. du Boulay, C. (1996). Audit of continuing medical education for pathologists: Strategies and implications. *Journal of Clinical Pathology*, 49(2), 100–101. <https://doi.org/10.1136/jcp.49.2.100>

146. du Boulay, C. (2000). From CME to CPD: Getting better at getting better? *BMJ*, 320(7232), 393–394. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7232.393>
147. Epione Health. (n.d.). *University hospital Charité*. https://epionehealth.co.uk/uk/clinic/university-hospital-charite?utm_source
148. ESC Board. (2012). Relations between professional medical associations and healthcare industry, concerning scientific communication and continuing medical education: A policy statement from the European Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(7–8), 529–538. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2012.04.015>
149. Euronews. (2024, October 6). *Which European countries rely the most on foreign doctors and nurses*. <https://www.euronews.com/health/2024/10/06/which-european-countries-rely-the-most-on-foreign-doctors-and-nurses>
150. European Health Management Association (EHMA). (n.d.). <https://ehmaconference.org/>
151. Foundation trust capital resource limits – statutory guidance. (n.d.). *NHS England*. <https://www.england.nhs.uk/long-read/foundation-trust-capital-resource-limits-statutory-guidance/>
152. Franco, L. M., Bennett, S., & Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54(8), 1255–1266. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00094-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00094-6)
153. Franco, L. M., Bennett, S., & Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54(8), 1255–1266. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00094-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00094-6)
154. General Medical Council (GMC). (n.d.). *Our role*. <http://www.gmc-uk.org/about/role.asp>
155. General Medical Council. (2010). *Final report of the education and training regulation policy review: Recommendations and options for the future regulation of education and training (Section 15)*. London: General Medical Council. <https://www.gmc-uk.org/education/reports>

156. Gertler, P., & Gruber, J. (2002). Insuring consumption against illness. *American Economic Review*, 92(1), 51–76.
<https://doi.org/10.1257/000282802760015603>
157. Grant, J. (2011). *The good CPD guide: A practical guide to managed continuing professional development in medicine* (2nd ed.). London: Radcliffe Publishing.
158. Grant, J. (2011). *The good CPD guide: A practical guide to managed continuing professional development in medicine* (2nd ed.). London: Radcliffe Publishing.
159. Grant, J., & Stanton, F. (2001). The effectiveness of continuing professional development. *Postgraduate Medical Journal*, 77(910), 551–552.
<https://doi.org/10.1136/pmj.77.910.551>
160. Harp, J. J. (2023). The shortage of healthcare workers in the United States: A call to action. In *Assessing the Need for a Comprehensive National Health System in the United States* (pp. 123–138). IGI Global.
<https://doi.org/10.4018/978-1-6684-6815-5.ch007>
161. Health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) in selected countries as of 2023. (n.d.). *Statista*.
<https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries/>
162. Herzberg, F. (2008). *One more time: How do you motivate employees?* Watertown, MA: Harvard Business Review Press.
163. Hildenbrand, K., Sacramento, C. A., & Binnewies, C. (2018). Transformational leadership and burnout: The role of thriving and followers' openness to experience. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 31–43. <https://doi.org/10.1037/ocp0000051> (приклад DOI – уточніть, якщо бажасте)
164. Hukova-Kushnir, H. (2021). Development of postgraduate education of doctors in the context of the health care system reforming in Ukraine. *Public Administration and Law Review*, (4), 13-19.

165. Hukova-Kushnir, H. (2023). The university clinic as a factor in ensuring the quality of medical education: Administrative aspect. *Democratic Governance*, 2(16), 148-156.
166. Imperial College Healthcare NHS Trust. (n.d.). *Homepage*. <https://www.imperial.nhs.uk/>
167. Islamic Medical Association of North America (IMANA). (n.d.). *About us*. <http://myimana.site-ym.com/?AboutUs>
168. Jeppsson, A., & Okuonzi, S. A. (2000). Vertical or holistic decentralization of the health sector? Experiences from Zambia and Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), 273–289. [https://doi.org/10.1002/1099-1751\(200010/12\)15:4<273::AID-HPM591>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1099-1751(200010/12)15:4<273::AID-HPM591>3.0.CO;2-9)
169. Jewish Medical Association UK. (n.d.). *Homepage*. <http://jewishmedicalassociationuk.org/>
170. Johns Hopkins Medicine. (n.d.). *Homepage*. <https://www.hopkinsmedicine.org/>
171. Kalashnyk, N., Yukalo, V., Yukalo, M., Meduna, B., & Hukova-Kushnir, H. (2022). Changing public policy emphasis: Aspects of ethics and publicity in health care. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 12(1), 240–243. http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf
172. Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
173. Karolinska Institutet. (n.d.). *Karolinska University Hospital governance*. <https://ki.se/>
174. Karolinska Institutet. (n.d.). *Research at Karolinska Institutet*. <https://ki.se/en/research>
175. Karolinska University Hospital. (n.d.). *Homepage*. <https://www.karolinska.se/?splitoption=splitdecision>

176. Kasule, O. H. (2013). Medical professionalism and professional organizations. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 8(3), 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2013.01.001>
177. Korlén, S., Essén, A., Lindgren, P., & von Thiele Schwarz, U. (2017). Managerial strategies to make incentives meaningful and motivating. *Journal of Health Organization and Management*, 31(2), 126–141. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2016-0034>
178. Latham, G. P. (2012). *Work motivation: History, theory, research, and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
179. Leonard, K. L., Masatu, M. C., & Vialou, A. (2007). Getting doctors to do their best: The roles of ability and motivation in health care quality. *Journal of Human Resources*, 42(3), 682–700. <https://doi.org/10.3368/jhr.XLII.3.682>
180. Linker, B. (2005). The business of ethics: Gender, medicine, and the professional codification of the American Physiotherapy Association, 1918–1935. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 60(3), 320–354. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jri033>
181. Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
182. Mannion, R., & Davies, H. T. (2008). Incentives in health systems: Developing theory, investigating practice. *Journal of Health Organization and Management*, 22(1), 3–6. <https://doi.org/10.1108/14777260810876354>
183. Mara, I. (2020). *Health professionals wanted: Chain mobility across European countries* (No. 445). WIIW Research Report. <https://wiiw.ac.at/health-professionals-wanted-chain-mobility-across-european-countries-dlp-5511.pdf>
184. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
185. Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
186. Mayo Clinic. (n.d.). *Homepage*. <https://www.mayoclinic.org/>

187. McCauley, C. D., Van Velsor, E., & Ruderman, M. N. (2010). *The Center for Creative Leadership handbook of leadership development* (3rd ed.). Jossey-Bass & Center for Creative Leadership.
188. Michel, J. P., & Ecartot, F. (2020). The shortage of skilled workers in Europe: Its impact on geriatric medicine. *European Geriatric Medicine*, 11(3), 345–347. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00313-6>
189. Miguel, E., & Kremer, M. (2004). Worms: Identifying impacts on education and health in the presence of treatment externalities. *Econometrica*, 72(1), 159–217. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0262.2004.00481.x>
190. Ministerstwo Zdrowia. (2022). *Komunikat dla osób posiadających zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty w podmiocie przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19* [Announcement for persons with the consent of the Minister of Health to practice as a doctor or dentist in an entity intended to provide health services to patients suffering from COVID-19].
191. Ministerstwo Zdrowia. (n.d.). *Uzyskaj prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* [Obtain the right to practice as a doctor/dentist for a specific scope of professional activities, time and place of employment in the territory of the Republic of Poland]. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/uzyskaj-prawo-wykonywania-zawodu-lekarzalekarza-dentysty-na-okreslony-zakres-czynnosci-zawodowych-czas-i-miejsce-zatrudnienia-w-polsce>
192. Müller-Stewens, G., & Lechner, C. (2016). *Strategisches Management: Wie strategische Initiativen zum Wandel führen*. Stuttgart, Germany: Schäffer-Poeschel.
193. Mutale, W., Ayles, H., Bond, V., Mwanamwenge, M., & Balabanova, D. (2013). Measuring health workers' motivation in rural health facilities: Baseline results from three study districts in Zambia. *Human Resources for Health*, 11(8). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-8>

194. Muthuri, R. N. D. K., Senkubuge, F., & Hongoro, C. (2020). Determinants of motivation among healthcare workers in the East African Community between 2009–2019: A systematic review. *Healthcare*, 8(2), 164. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020164>
195. Naicker, S., Plange-Rhule, J., Tutt, R. C., & Eastwood, J. B. (2009). Shortage of healthcare workers in developing countries—Africa. *Ethnicity & Disease*, 19(1 Suppl 1), 60–64. <https://ethndis.org/edonline/index.php/ethndis/article/view/756>
196. NHS England. (2017). *NHS foundation trusts: Consolidated accounts 2016/17*. <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-foundation-trusts-consolidated-accounts-2016-17/>
197. Obozrevatel. (n.d.). *В Україні погіршилась якість медичної освіти: у деяких університетах “КРОК” не склали 90% студентів*. <https://shkola.obozrevatel.com/ukr/news/v-ukraini-pogirshilas-yakist-medichnoi-osviti-v-deyakh-universitetah-krok-ne-sklali-90-studentiv.htm>
198. OECD. (n.d.). *Tertiary graduates by field*. OECD Data. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/tertiary-graduates-by-field.html>
199. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (n.d.). *Health workforce*. <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/health-workforce.html>
200. Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust. (n.d.). *Homepage*. <https://www.ouh.nhs.uk/>
201. Oyebode, F. (2013). Clinical errors and medical negligence. *Medical Principles and Practice*, 22(4), 323–333. <https://doi.org/10.1159/000346296>
(приклад DOI – перевірити за потреби)
202. Parboosingh, J. (1998). Revalidation for doctors: Should reflect doctors' performance and continuing professional development. *BMJ*, 317, 1094–1095. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7162.1094>

203. Pellegrino, E. D., & Relman, A. S. (1999). Professional medical associations: Ethical and practical guidelines. *JAMA*, 282(10), 984–986.
<https://doi.org/10.1001/jama.282.10.984>
204. Peng, J., Chen, X., Zou, Y., & Nie, Q. (2021). Environmentally specific transformational leadership and team pro-environmental behaviors: The roles of pro-environmental goal clarity, pro-environmental harmonious passion, and power distance. *Human Relations*, 74(11), 1864–1888.
<https://doi.org/10.1177/0018726720961234>
205. Pereira, P. A. (2020). Health professional mobility effects on professional development, job satisfaction and empowerment. *Health Science Journal*, 14(2).
(No DOI or URL provided — optional to include if available)
206. Perlis, C., & Shannon, N. (2012). Role of professional organizations in setting and enforcing ethical norms. *Clinics in Dermatology*, 30(2), 156–159.
<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2011.09.012>
207. Rämö, H. (2002). Doing things right and doing the right things: Time and timing in projects. *International Journal of Project Management*, 20, 569–574.
[https://doi.org/10.1016/S0263-7863\(01\)00075-X](https://doi.org/10.1016/S0263-7863(01)00075-X)
208. Razee, H., Whittaker, M., Jayasuriya, R., Yap, L., & Brentnall, L. (2012). Listening to the rural health workers in Papua New Guinea: The social factors that influence their motivation to work. *Social Science & Medicine*, 75(5), 828–835.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.004>
209. Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2021). *Medical error reduction and prevention*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
210. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
211. Rymarchuk, M., & Vakaliuk, L. (2019). Role of postgraduate education in the provision of social and professional mobility of health specialists. *Galician*

- Medical Journal*, 26(1). <https://doi.org/10.21802/gmj.2019.1.2> (якщо є DOI або посилання – додати)
212. Rynek Zdrowia. (2023). *Egzamin dla lekarzy z zagranicy zdało zaledwie 6 na 100 osób. “To potwierdza nasz niepokój”* [Only 6 out of 100 people passed the exam for doctors from abroad. “This confirms our concern”]. <https://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Egzamin-dla-lekarzy-z-zagranicy-zdalo-zaledwie-6-na-100-osob-To-potwierdza-nasz-niepokoj,246454,9.html>
 213. Sachs, J. D. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/924154550x>
 214. Salas-Vallina, A., Ferrer-Franco, A., & Herrera, J. (2020). Fostering the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic: Shared leadership, social capital, and contagion among health professionals. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(6), 1606–1610. <https://doi.org/10.1002/hpm.3015>
 215. Saudi Commission for Health Specialties (SCFHS). (n.d.). *About us*. http://english.scfhs.org.sa/en/pages/About_Us.html
 216. Schostak, J., Davis, M., Hanson, J., Schostak, J., Brown, T., Driscoll, P., et al. (2010). ‘Effectiveness of Continuing Professional Development’ project: A summary of findings. *Medical Teacher*, 32(7), 586–592. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.490861>
 217. Schultz, P., & Tansel, A. (1997). Wage and labor supply effects of illness in Côte d’Ivoire and Ghana: Instrumental variable estimates for days disabled. *Journal of Development Economics*, 57(2), 251–286. [https://doi.org/10.1016/S0304-3878\(98\)00089-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3878(98)00089-2)
 218. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2009, 2 grudnia). *Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich*. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20092191708>
 219. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2020, November 27). *Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób*

zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2157) [Law of 27 November 2020 amending the Act on special solutions related to the prevention, counteraction and combating of COVID-19, other infectious diseases and crisis situations caused by them, and some other acts (Journal of Laws, item 2157)].

220. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2020, October 28). *Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19* [Law of 28 October 2020 amending the Act amending certain acts in connection with counteracting crisis situations related to the occurrence of COVID-19]. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200002113/O/D20202113.pdf>
221. Seluk, L., Weltsch, D., Segal, G., & Gilboa, M. (2024). Motivations of Israeli physicians to return, or not, to Israel after their fellowship abroad. *Israel Journal of Health Policy Research*, 13(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13584-024-00665-w>
222. Stanford Medicine. (2019). *Stanford neurosurgical simulation and virtual reality center*. <https://med.stanford.edu/neurosurgery/divisions/vr-lab.html>
223. The Health Innovation Network. (n.d.). *Innovation for healthcare inequalities programme*. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/aac/what-we-do/innovation-for-healthcare-inequalities-programme/health-innovation-network/>
224. The World Federation for Medical Education (WFME). (n.d.). <https://wfme.org/>
225. Times Higher Education. (2024). *World University Rankings 2024: Clinical, pre-clinical and health*. <https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/2024/subject-ranking/clinical-pre-clinical-health>
226. TopUniversities. (n.d.). *QS World University Rankings by Subject: Medicine*. <https://www.topuniversities.com/university-subject-rankings/medicine>
227. TopUniversities. (n.d.). *QS World University Rankings*. <https://www.topuniversities.com/university-rankings>

228. Tsiga, E., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2017). Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach. *Burnout Research*, 6, 1–8.
229. UK Government. (n.d.). *Introduction to the NHS Constitution*. <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>
230. Vercelli, A. (1999). The recent advances in decision theory under uncertainty. In L. Luini (Ed.), *Uncertain Decisions* (pp. 237–260). Boston, MA: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5021-8_10
231. Waqar, B. (2021, November 28). Medical errors one of leading causes of death in healthcare facilities. *The News International*. <https://www.thenews.com.pk/print/914477-medical-errors-one-of-leading-causes-of-death-in-healthcare-facilities>
232. WHO Regional Office for South-East Asia. (2010). *Regional guidelines for continuing medical education (CME)/continuing professional development (CPD) activities*. New Delhi: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205913>
233. Wielkopolska Izba Lekarska. (2023). *Kontynuujemy kursy języka polskiego dla lekarzy z Ukrainy* [We continue Polish language courses for doctors from Ukraine]. <https://wil.org.pl/kontynuujemy-kursy-jezyka-polskiego-dla-lekarzy-z-ukrainy>
234. World Federation for Medical Education (WFME). (2003). *Continuing professional development (CPD) of medical doctors: WFME global standards for quality improvement*. Copenhagen: WFME. <https://wfme.org/publications/wfme-global-standards-for-cpd/>
235. World Federation for Medical Education (WFME). (n.d.). *Criteria for establishment of a new medical school: Guidance for governments, regulators and universities*. <https://wfme.org/download/new-medical-school/?wpdmdl=825&refresh=5d7123a12999f1567695777>

236. World Health Organization (WHO) & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Sweden: Health system review 2023*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>
237. World Health Organization (WHO). (2010). *Regional guidelines for continuing medical education (CME)/continuing professional development (CPD) activities*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205913>
238. World Health Organization (WHO). (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
239. World Health Organization (WHO). (2018). *Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017–2021)*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272941/9789241514149-eng.pdf>
240. World Health Organization (WHO). (2019, September 13). *WHO calls for urgent action to reduce patient harm in healthcare*. <https://www.who.int/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare>
241. World Health Organization. (2016a). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
242. World Health Organization. (2016b). *Working for health and growth: Investing in the health workforce*. <https://iris.who.int/handle/10665/250047>
243. World Health Organization. (2017, March 29). *WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years*. <https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>
244. World Health Organization. (n.d.). *Health workforce data indicator: CCCEBB2/217795A*. <https://data.who.int/indicators/i/CCCEBB2/217795A>

245. World Scholars Hub. (n.d.). *Best universities in Europe for medicine*.
<https://worldscholarshub.com/uk/best-universities-in-europe-for-medicine/>
246. Yamey, G. (2011). Scaling up global health interventions: A proposed framework for success. *PLoS Medicine*, 8(6), e1001049.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001049>
247. Yudkin, J. S., Holt, R. I., Silva-Matos, C., & Beran, D. (2009). Twinning for better diabetes care: A model for improving healthcare for non-communicable diseases in resource-poor countries. *Postgraduate Medical Journal*, 85(999), 1–2.
<https://doi.org/10.1136/pgmj.2008.074153>
248. Záborská, K., Mudrák, J., Šolcová, I., Květon, P., Blatný, M., & Machovcová, K. (2018). Burnout among university faculty: The central role of work–family conflict. *Educational Psychology*, 38(7), 800–819.
<https://doi.org/10.1080/01443410.2018.1426832>
249. Zakusilova, T. (2020). Шляхи забезпечення якості освіти майбутніх лікарів у процесі професійної підготовки в закладах вищої медичної освіти. *Актуальні питання гуманітарних наук*, 2020(27), 6–12. (номер сторінок умовний, уточніть, якщо потрібно точно)
250. Zaxid.net. (n.d.). На базі Першого ТМО Львова створять медичний університет *Unbroken*.
https://zaxid.net/na_bazi_pershogo_tmo_lvova_stvorit_medichniy_universitet_unbroken_n1593603
251. Zweifach, S. M., & Triola, M. M. (2019). Extended reality in medical education: Driving adoption through provider centered design. *Digital Biomarkers*, 3(1), 14–21. <https://doi.org/10.1159/000497234>

Додаток А


ЗАТВЕРДЖУЮ
 Перший проректор з науково-педагогічної роботи
 Львівського національного медичного університету
 імені Данила Галицького
 доц. Содонинко І.Г.

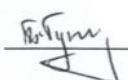
_____ 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в умовах трансформації системи охорони здоров'я»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Національний університет "Львівська Політехніка", м. Львів, Україна. **Автор:** Гукова-Кушнір Г. Є.
3. **Джерело інформації:** Основні положення та результати дисертаційної роботи Гукової-Кушнір Гретти Євгенівни на тему "Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в умовах трансформації системи охорони здоров'я"
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
5. **Терміни впровадження:** 2024-2025 н.р.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджені в навчальний процес студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 073 «Менеджмент» освітньо-професійної програми «Менеджмент в охороні здоров'я» Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
7. **Ефективність впровадження:** Впровадження результатів дослідження сприяє удосконаленню навчального процесу та розвитку управлінських компетенцій у контексті реформування системи охорони здоров'я.
8. **Зауваження та пропозиції:** у навчальному процесі застосовуються такі результати дисертаційної роботи Гукової-Кушнір Г.Є.:
 - аналіз управлінських стратегій для підвищення якості професійної підготовки лікарів в умовах реформування системи охорони здоров'я (дисципліна "Соціальна медицина", теми: "Основні законодавчі засади охорони здоров'я та організації медичної допомоги населенню України", "Реформування у системі охорони здоров'я. Сімейна медицина. Цифрова трансформація охорони здоров'я України");
 - матеріали щодо адаптації управлінських стратегій до сучасних викликів трансформації системи охорони здоров'я, в тому числі дослідження міжнародного досвіду впровадження інновацій в управління в системі охорони здоров'я (дисципліна "Економіка охорони здоров'я та фінансовий менеджмент", теми: "Фінансовий менеджмент в медичній сфері: виклики сьогодення", "Теоретичні та організаційні основи фінансового менеджменту").

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини,
економіки та організації охорони здоров'я
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
к.мед.н., доцент


 Т.Г. Гуттор



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор з наукової роботи
Національного університету
«Львівська політехніка»
д.т.н., професор Іван ДЕМИДОВ
«19» 03 2025 р.

АКТ

про використання результатів дисертаційної роботи
Гукової-Кушнір Гретти Євгенівни
на тему: "Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в умовах
трансформації системи охорони здоров'я", представленої на здобуття наукового ступеня
доктора філософії, при виконанні науково-дослідної роботи кафедри публічного
врядування Інституту адміністрування, державного управління та професійного
розвитку Національного університету "Львівська політехніка"

- Комісія у складі голови — начальника НДЧ, д.т.н., ст. досл. Небесного Р. В., та членів:
- завідувача відділу науково-організаційного супроводу наукових досліджень, к.т.н. Лазько Г. В.,
 - в.о. заступника начальника планово-фінансового відділу Фаст І. І.,
 - завідувача кафедри публічного врядування, к.політ.н., доцента Буника М. З.,

цим актом підтверджують, що результати дисертаційної роботи здобувачки кафедри публічного врядування Гукова-Кушнір Г. Є. використані при виконанні науково-дослідної роботи кафедри публічного врядування, Національного університету "Львівська політехніка" за темою "Наукові засади забезпечення сталого розвитку територіальних громад і територій в умовах національних викликів та повоєнного відновлення України" (номер державної реєстрації № 0124U000016).

Зокрема, Гуковою-Кушнір Г. Є. розроблено та запропоновано організаційно-управлінський підхід до стратегічного управління професійною підготовкою лікарів у системі охорони здоров'я в умовах сталого розвитку територіальних громад, що передбачає інституціоналізацію міжсекторальної взаємодії між закладами вищої освіти, медичними установами та органами місцевого самоврядування як ключовий інструмент забезпечення кадрової стійкості та територіальної доступності якісної медичної допомоги.

Голова комісії:

начальник НДЧ, д.т.н., ст.досл.

Роман НЕБЕСНИЙ

Члени комісії:

зав. відділу науково-організаційного супроводу
наукових досліджень, к.т.н.

Галина ЛАЗЬКО

в.о. заст. нач. планово-фінансового відділу

Ірина ФАСТ

зав. кафедри публічного врядування,
к.політ.н., доцент

Микола БУНИК



**ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

вул. Конопницької, 3, м. Львів, 79005 тел. (032) 276 45 92, тел./факс (032) 275 60 37,

e-mail: doz@loda.gov.ua, web: <https://loda.gov.ua>

Код ЄДРПОУ 02013047

14.03.2025 № 01-12-03/05/01/04

на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Гукової-Кушнір Гретти Євгенівни
на тему: «Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в умовах
трансформації системи охорони здоров'я»

Результати дисертаційного дослідження Гукової-Кушнір Гретти Євгенівни знайшли практичне застосування в діяльності департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації. Зокрема, одним з напрямів впровадження стало використання результатів дослідження при підготовці аналітичних матеріалів для Комплексної програми підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021-2025 роки. Дослідження підкреслює необхідність інтеграції сучасних управлінських стратегій, спрямованих на адаптацію професійної підготовки лікарів до нових вимог системи охорони здоров'я в умовах її реформування.

Особливу увагу приділено розробці рекомендацій для організації круглих столів і дискусій з керівниками закладів охорони здоров'я та фахівцями освітніх установ. Це сприяло забезпеченню кращої інтеграції у процес підготовки медичних кадрів новітніх управлінських підходів, що відповідають вимогам реформ та сучасним викликам у сфері охорони здоров'я.

Дослідження також стало основою для вдосконалення аналітичних матеріалів, спрямованих на оцінку ефективності чинних програм професійної підготовки лікарів. Це, у свою чергу, сприяє раціональному розподілу бюджетних коштів у межах державних програм, мінімізуючи неефективні витрати та оптимізуючи фінансування освітніх ініціатив. Крім того, впровадження удосконалених стратегій професійної підготовки забезпечує більш високий рівень компетентності медичних працівників, що безпосередньо впливає на якість надання медичних послуг і загальний стан системи охорони здоров'я.

Таким чином, реалізація результатів дисертаційної роботи Гукової-Кушнір Г.Є. сприяє підвищенню ефективності управлінських процесів у галузі охорони здоров'я, розвитку професійної підготовки медичних працівників та оптимізації процесів, що відповідають вимогам реформування системи охорони здоров'я на місцевому рівні.

Директор департаменту



Наталія ЛІТВІНСЬКА



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

ЗАХІДНИЙ МІЖРЕГІОНАЛЬНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, тел.: (044) 426-67-77, (044) 290-06-91

E-mail: info@nszu.gov.ua, сайт: www.nszu.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 42032422

від 02.04.2025 р. № 1

На № _____ від _____ 20__ р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Гукової-Кушнір Гретти Євгенівни
на тему: «Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в умовах
трансформації системи охорони здоров'я»

Результати дисертаційного дослідження Гукової-Кушнір Гретти Євгенівни розглянуті Національною службою здоров'я України (НСЗУ) в контексті фінансування університетських лікарень в рамках Програми медичних гарантій. Запропоновані управлінські стратегії та рекомендації щодо оптимізації професійної підготовки лікарів слугуватимуть основою для аналізу та порівняння різних моделей фінансування, що будуть відповідати вимогам системи медичних гарантій.

Дослідження акцентує увагу на необхідності детального аналізу моделей фінансування університетських лікарень, які повинні забезпечувати їх фінансову стійкість та сприяти розвитку в умовах реформування системи охорони здоров'я. У цьому контексті важливим є комплексне вивчення переваг і недоліків наявних підходів до фінансування, що дозволить визначити оптимальні механізми для удосконалення надання медичних послуг і модернізації інфраструктури цих закладів.

Зокрема, у дослідженні оцінений потенціал Програми медичних гарантій щодо фінансування підготовки лікарів та модернізації матеріально-технічної бази університетських лікарень. Аналіз цих моделей дасть можливість НСЗУ розробити більш ефективну стратегію фінансування, яка відповідає вимогам медичних реформ.

Реалізація результатів дослідження сприятиме формуванню ефективної системи фінансування університетських лікарень, підвищенню якості медичних послуг та підтримці розвитку медичної освіти в умовах трансформації охорони здоров'я.

Директор Західного
міжрегіонального департаменту

Тетяна КУДИК



Львівська обласна рада
Комунальне некомерційне підприємство
Львівської обласної ради
«ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»
(КНП ЛОР «ЛОКЛ»)

вул. Чернігівська 7, м. Львів, 79010, тел. (032) 275-50-20, тел./факс (032) 275-78-15

e-mail: lokl@ukr.net; web: hospital.lviv.ua

Код ЄДРПОУ 01996711

№ _____ На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
 Гукової-Кушнір Гретти Євгенівни
 на тему: «Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в умовах
 трансформації системи охорони здоров'я»

Результати дослідження Гукової-Кушнір Гретти Євгенівни на тему: «Управлінські стратегії професійної підготовки лікарів в умовах трансформації системи охорони здоров'я» перебувають в процесі інтеграції в роботу Львівської обласної клінічної лікарні, яка стала учасником національного проєкту щодо розвитку університетських лікарень. Запропоновані управлінські стратегії розглянуті при формуванні нової Стратегії розвитку лікарні та будуть використані для адаптації навчальних програм і вдосконалення підготовки медичних кадрів відповідно до вимог сучасної медичної практики та міжнародних стандартів.

Одним із ключових аспектів впровадження стане використання міжнародного досвіду для розробки програм підвищення кваліфікації медичних працівників та інтеграції інноваційних методик у навчальний процес. Це сприятиме створенню міждисциплінарних освітніх заходів, спрямованих на вдосконалення професійної підготовки лікарів відповідно до міжнародних стандартів медичної освіти та клінічної практики.

У рамках проєкту також буде впроваджено систему ключових показників ефективності (КПІ), що дозволить лікарні ефективно оцінювати і контролювати управлінські процеси, а також забезпечувати високий рівень надання медичних послуг. Ці методи оцінки ефективності будуть використані для подальшої оптимізації робочих процесів та вдосконалення внутрішніх механізмів управління лікарнею.

Використання результатів дослідження сприятиме підвищенню якості медичних послуг, розвитку професійної підготовки медичних працівників та забезпеченню стабільного розвитку Львівської обласної клінічної лікарні в умовах реформування системи охорони здоров'я.



В. о. генерального директора

Михайло ГИЧКА

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України

1. Hukova-Kushnir, H. (2023). The university clinic as a factor in ensuring the quality of medical education: Administrative aspect. *Democratic Governance*, 2(16), 148-156.
2. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2023). Оцінка кваліфікації лікарів як інструмент управління якістю медичної допомоги в Україні. *Наука і освіта: досвід, проблеми, перспективи розвитку*, (20), 200–213. <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2023/jun/30679/nadoi-200-213.pdf>
3. Худоба, О. В., & Гукова-Кушнір, Г. Є. (2025). Управлінські механізми підвищення якості медичних послуг через професійну підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я. *Національні інтереси України* 4(9), 1039-1052. <http://perspectives.pp.ua/index.php/niu/article/view/22502/22472>

Особистий внесок автора: виконала аналітичний огляд нормативно-правової бази та сучасних управлінських практик у сфері професійної підготовки медичних кадрів, здійснила порівняльний аналіз підходів до забезпечення якості медичних послуг, а також підготувала пропозиції щодо вдосконалення управлінських механізмів на основі виявлених тенденцій і викликів.

Внесок Худоби О. В.: здійснила розробку теоретичної концепції дослідження, визначила методологічні підходи до аналізу управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я, провела систематизацію наукових підходів щодо підвищення якості медичних послуг через професійну підготовку кадрів, а також забезпечила наукове редагування та узагальнення основних висновків.

Публікації у періодичному науковому виданні іншої держави, яке входить до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або Європейського Союзу, яке індексується у наукометричній базі Web of Science

4. Kalashnyk, N., Yukalo, V., Yukalo, M., Meduna, B., & Hukova-Kushnir, H. (2022). Changing public policy emphasis: Aspects of ethics and publicity in health care. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 12(1), 240–243. http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf

Особистий внесок автора: аналіз взаємозалежності між рівнем підготовки медичних кадрів та ефективністю реформування системи охорони здоров'я в Україні; обґрунтування необхідності удосконалення програм підготовки лікарів відповідно до європейських стандартів та підвищення професійних вимог до медичного персоналу; аналіз механізмів державного регулювання професійної сертифікації лікарів та заходів для забезпечення їхньої постійної кваліфікаційної підготовки).

Внесок Юкало М.: дослідження розвитку механізмів публічного управління медичним обслуговуванням, зокрема, як державні органи можуть сприяти підвищенню якості медичних послуг через прозорість у фінансуванні, раціональне використання ресурсів та модернізацію системи охорони здоров'я; аналіз викликів реформування галузі в контексті пандемії COVID-19; дослідження державного фінансування медичних послуг, розподілу коштів через Національну службу здоров'я України та переходу до моделі «гроші йдуть за пацієнтом».

Внесок Медуни Б.: дослідження принципу публічності в управлінських рішеннях, обґрунтування його важливості у сфері публічного управління та медичного обслуговування; аналіз способів забезпечення громадського доступу до інформації про реформування системи охорони здоров'я, включно з оцінкою правових нововведень, прогнозами експертного середовища та міжнародним досвідом; дослідження проблеми врівноваження публічності та права громадян

на приватність, що є ключовим аспектом у регулюванні державних механізмів медичного обслуговування; дослідження ефективності правових інструментів, що забезпечують публічність у сфері охорони здоров'я (зокрема залучення громадськості до процесу прийняття управлінських рішень та їхньої оцінки).

Внесок Калашник Н.: аналіз публічного управління у сфері охорони здоров'я, обґрунтування необхідності збалансованого врахування інтересів різних соціальних груп; дослідження взаємозв'язків між державним регулюванням, приватними медичними ініціативами та потребами населення; висвітлення проблеми забезпечення рівного доступу до медичних послуг, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я, зокрема децентралізації.

Внесок Юкало В.: дослідження біоетичних аспектів у сфері медичних послуг, з акцентом на важливості дотримання етичних норм у прийнятті державно-управлінських рішень щодо охорони здоров'я, зокрема розвитку програм допоміжних репродуктивних технологій; дослідження питання балансу між правом громадян на доступ до медичної допомоги та моральними аспектами надання послуг, зокрема в контексті надання платних медичних послуг; аналіз міжнародних підходів до біоетики, включно з положеннями Міжнародного кодексу медичної етики, що регламентують відповідальність лікарів перед пацієнтами, колегами та суспільством.

Інших закордонних виданнях

5. Hukova-Kushnir, H. (2021). Development of postgraduate education of doctors in the context of the health care system reforming in Ukraine. *Public Administration and Law Review*, (4), 13-19.

Опубліковані праці апробаційного характеру

6. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2021). Поняття та соціальне призначення державної політики забезпечення якості медичної освіти та професійної підготовки лікарів в Україні. *Розвиток публічного управління в Україні:*

матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю (28 травня 2021 р., м. Львів) (с. 110–112). ЛРІДУ НАДУ.

7. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2023). Державне регулювання процесу адаптації вищої медичної освіти до сучасних геополітичних викликів. *Розвиток публічного управління в контексті європейської інтеграції України: матеріали науково-практичної конференції (28 квітня 2023 р., м. Львів) (с. 115–116). Львів: НУ “Львівська політехніка”.*

8. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2023). Університетська клініка як важлива складова в організації розвитку вищої медичної освіти. *Перспективи регіонального та місцевого розвитку: матеріали 2-ї конференції молодих учених (23 листопада 2023 р., м. Львів) (с. 19–21). Львів: НУ “Львівська політехніка”.*

9. Гукова-Кушнір, Г. Є. (2025). Управлінські підходи до формування мотивації медичних працівників в умовах воєнного часу. *Європейська інтеграція та трансформація публічного врядування в Україні: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 4 квітня 2025 р.) (с. 190). Львів: Національний університет «Львівська політехніка».*
<https://lpnu.ua/sites/default/files/2024/pages/27385/konferenciya-2025ostvar0.pdf>

Додаток В

Таблиця 1.

Класифікація компетенцій лікаря за рівнями (розроблено авторкою)

Категорія компетенції	Значення	Рівні
1 <i>Діагностична</i>	– охоплює здатність лікаря здійснювати клінічне обстеження, формулювати діагнози, проводити диференційну діагностику та застосовувати сучасні методи діагностування.	– базовий – профільний
2 <i>Лікувальна</i>	– включає знання та навички, необхідні для вибору та реалізації оптимальної тактики лікування пацієнтів, призначення медикаментозної та немедикаментозної терапії, оперативного втручання, а також моніторинг ефективності лікування.	– базовий – профільний – інтегрований
3 <i>Профілактична</i>	– спрямована на проведення заходів із профілактики захворювань, пропагування здорового способу життя, участь у скринінгових програмах та ранньому виявленні патологій.	– базовий – профільний
4 <i>Організаційно-управлінська</i>	– охоплює здатність лікаря організовувати роботу медичного закладу чи окремого підрозділу, брати участь у плануванні та управлінні медичними ресурсами, дотримуватися стандартів та протоколів лікування	– інтегрований
5 <i>Комунікативна</i>	– визначає здатність лікаря ефективно взаємодіяти з пацієнтами, їхніми родичами, колегами та іншими фахівцями. Це також включає навички етичного спілкування та розв'язання конфліктних ситуацій	– базовий – інтегрований

6	<i>Етична та деонтологічна</i>	– охоплює знання та дотримання етичних норм і принципів лікарської діяльності, зокрема повагу до прав пацієнтів, забезпечення конфіденційності, дотримання лікарської таємниці	– базовий – профільний
7	<i>Науково-дослідницька</i>	– передбачає здатність лікаря здійснювати наукову діяльність, аналізувати та критично оцінювати нові дані, впроваджувати сучасні досягнення науки в клінічну практику	– базовий – профільний – інтегрований
8	<i>Навчальна</i>	– полягає у здатності лікаря до самонавчання, підвищення кваліфікації, передання знань молодшим колегам і студентам, участі в освітньому процесі	– базовий – профільний
9	<i>Соціальна та психологічна</i>	– охоплює здатність лікаря враховувати соціальні, культурні та психологічні особливості пацієнтів, що впливають на їхній стан здоров'я та поведінку, а також забезпечувати психологічну підтримку	– інтегрований

Додаток Г

Таблиця 1.

Етапи та обов'язкові компоненти ЄДКІ (сформовано авторкою за матеріалами МОЗ [72])

Спеціальність	Етапи та обов'язкові компоненти кваліфікаційного іспиту			
	перший етап (на другому році навчання)	перший етап (на третьому році навчання)	другий етап (на п'ятому році навчання)	другий етап (на шостому році навчання)
<i>для спеціальностей, з яких здійснюється прийом на навчання за ступенем магістра на основі повної загальної середньої освіти та ступеня фахового молодшого бакалавра</i>				
221 Стоматологія		КРОК 1; англійська мова професійного спрямування	КРОК 2; ОСП(К)І	
222 Медицина		КРОК 1; міжнародний іспит з основ медицини (фундаментальні дисципліни); англійська мова професійного спрямування		КРОК 2; міжнародний іспит з основ медицини (клінічні дисципліни); ОСП(К)І
225 Медична психологія		КРОК 1; англійська мова професійного спрямування		КРОК 2
226 Фармація, промислова фармація		КРОК 1; англійська мова професійного спрямування	КРОК 2	
228 Педіатрія		КРОК 1; міжнародний іспит з основ медицини (фундаментальні дисципліни); англійська мова		КРОК 2; міжнародний іспит з основ медицини (клінічні дисципліни); практичний

		професійного спрямування		(клінічний) іспит
<i>для спеціальностей, з яких здійснюється прийом на навчання за ступенем магістра на основі ступеня бакалавра</i>				
224 Технології медичної діагностики та лікування	КРОК 2			
227 Фізична терапія, ерготерапія	КРОК 2; практичний (клінічний) іспит			
229 Громадське здоров'я	КРОК 2			

Додаток Д

Таблиця 1.

Ключові управлінські аспекти успішності клініки Шаріте у 2023 році

(сформовано авторкою на основі [129])

1	Кількість працівників (23 479 працівників)	Управління такою кількістю персоналу потребує розробки чіткої організаційної структури, систем мотивації, рекрутингу та управління талантами. Важливим аспектом є створення умов для міжкультурного співробітництва, оскільки працівники представляють 125 країн.
2	Географічна структура (4 кампуси)	Наявність декількох кампусів вимагає інтегрованого підходу до координації діяльності між локаціями. Управління включає транспортну логістику, стандартизацію медичних послуг, а також єдину IT-інфраструктуру.
3	Багатопрофільність (>100 департаментів та інститутів)	Розмаїття департаментів і спеціалізацій вимагає створення ефективної управлінської структури, яка сприяє координації між різними відділами, збереженню фокусу на інституційних цілях і використанню спільних ресурсів.
4	Пацієнтська база (137 825 стаціонарних і 787 757 амбулаторних пацієнтів)	Ці дані підкреслюють важливість управління потоками пацієнтів, доступності медичних послуг, оптимізації розкладу роботи лікарів, а також впровадження цифрових технологій для електронного запису та обробки даних.
5	Участь у міжнародних проєктах (47 проєктів ЄС, 28 грантів Європейської дослідницької ради)	Участь у цих проєктах свідчить про стратегічне управління дослідницькою діяльністю. Це включає планування і реалізацію наукових проєктів, пошук джерел фінансування та забезпечення відповідності міжнародним стандартам
6	Медичний персонал (5 671 особа дослідників і лікарів, 6 188 медсестер)	Управління великою кількістю медичного персоналу вимагає системного підходу до розподілу навантаження, безперервного професійного розвитку, а також забезпечення балансу між роботою та особистим життям.
7	Академічна діяльність (321 професор, 9 879	Клініка виконує роль навчальної бази, що вимагає управління освітніми програмами, забезпечення

	студентів, 15 освітніх програм)	доступу студентів до практики та гармонізації навчальних процесів із клінічною роботою.
8	Ліжковий фонд (3 293 ліжка)	Оптимізація використання ліжкового фонду є важливою частиною операційного управління. Це включає управління тривалістю перебування пацієнтів у стаціонарі, забезпечення доступності ліжок та мінімізацію простоїв.
9	Лідерство (12 разів № 1 серед найкращих лікарень Німеччини)	Досягнення такого статусу свідчить про стратегічне управління брендом клініки, забезпечення високих стандартів якості та ефективного зворотного зв'язку з пацієнтами.
10	Фінансування (295 мільйонів євро зовнішніх надходжень)	Залучення таких коштів свідчить про наявність продуманої фінансової стратегії, яка включає отримання грантів, співпрацю з фармацевтичними компаніями та ефективне управління витратами.
11	Професійна підготовка (871 стажист з 23 спеціальностей)	Управління стажуванням вимагає координації між різними департаментами, забезпечення якісного навчання та впровадження сучасних освітніх методик.
12	Дослідницькі центри (31 центр у рамках 4 міждисциплінарних науково-дослідних ініціатив, що підтримуються Німецьким науково-дослідним товариством)	Участь у таких ініціативах вимагає управління науковою діяльністю, залучення талановитих дослідників і створення сприятливих умов для міждисциплінарної співпраці.

Додаток Е

Таблиця 1

Ключові показники ефективності (KPI) моделей університетських клінік
(сформовано авторкою)

	Модель і мета	Напрями діяльності	KPI
1	Державна модель Мета: забезпечення спеціалізованої медичної допомоги, інтеграція освітнього, клінічного та реабілітаційного компонентів	клінічна ефективність	рівень смертності; частота повторної госпіталізації; середня тривалість перебування в стаціонарі; задоволеність пацієнтів; середній час очікування на послуги
		фінансова ефективність	ефективність використання бюджетних коштів; баланс доходів і витрат; частка платних послуг.
		освітня діяльність	кількість студентів і інтернів; рівень задоволеності студентів; кількість освітніх програм; кількість студентів та інтернів, які проходять практику; відсоток студентів, що успішно здають кваліфікаційні іспити.
		наукові результати	кількість дослідницьких проєктів; обсяг залученого фінансування через гранти.
		реабілітаційна складова	кількість пацієнтів, які пройшли курс реабілітації; тривалість відновлення після реабілітації.
2	Комунальна модель (Unbroken University) Мета: створення освітньої бази для підготовки вузькоспеціалізованих фахівців, включаючи реабілітаційний компонент, із	розвиток міжнародної співпраці	кількість спільних проєктів з іноземними партнерами; кількість закордонних грантів.
		підготовка фахівців	кількість програм з реабілітації, протезування, хірургії; частка випускників, які працюють у сфері реабілітації.

	залученням міжнародної співпраці	реабілітаційна складова	кількість ветеранів і цивільних осіб, які завершили реабілітацію; рівень задоволення пацієнтів послугами реабілітації.
		соціальний вплив	відгуки пацієнтів про якість послуг; кількість інноваційних підходів до реабілітації.
3	Приватна модель (УКУ) Мета: інтеграція медичної освіти, практики та соціальної підтримки через ефективне управління приватною клінікою	якість медичної допомоги	середній час прийому пацієнтів; частка позитивних відгуків.
		інтеграція освіти і практики	кількість студентів, які проходять практичне навчання; кількість адаптованих освітніх програм
		фінансова ефективність	частка доходів, спрямованих на інновації; обсяг залучених коштів через партнерські проєкти.