

Міністерство освіти і науки України
Університет митної справи та фінансів

Факультет управління
Кафедра публічного управління та митного адміністрування

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістр
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»

за темою: РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ
ПІДГОТОВКИ КАДРІВ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я: ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКІ АСПЕКТИ

Виконала: студентка
групи ПУ24-1зм
Спеціальність 281
«Публічне управління та
адміністрування»
Андрєєва Катерина Миколаївна
(прізвище та ініціали)

Керівник
д.н.держ.упр. доц. Квеліашвілі І.М.
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Рецензент «Дніпровська політехніка»
(місце роботи)
професор кафедри державного
управління і місцевого самоврядування
ІНІ державного управління
(посада)
доктор наук з державного управління,
професор ХОЖИЛО Ірина Іванівна
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ**

Факультет / ННІ управління
Кафедра публічного управління та митного адміністрування
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Освітня програма Публічне управління та адміністрування

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри публічного управління
та митного адміністрування

_____ / Антонова О. В. /
” ____ ” _____ 20__ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
здобувачу вищої освіти**

Андрєєва Катерина Миколаївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1

.

Керівник роботи Ірина Миколаївна Квеліашвілі, доктор наук з державного управління доцент.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

М затверджені наказом по УМСФ від “24” листопада 2025 року № 977 кс
а

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 30.12.2025 р. – 06.01.2026 р.

3. Вихідні дані до роботи: чинні нормативно-правові акти України; міжнародні договори, конвенції, стандарти та рекомендації у сфері громадського здоров'я та здоров'я; Закон України “Про систему громадського здоров'я” (№2573-IX),

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, операційний план Реалізація державної політики підготовки кадрів у сфері громадського здоров'я: публічноуправлінські аспекти (розпорядження КМУ №34-р від 17.01.2025), Положення про

систему безперервного професійного розвитку (БПР) (постанова КМУ №725 від 14.07.2021). Стандарт вищої освіти (магістр) за спеціальністю 229 “Громадське здоров'я”, Професійні стандарти / класифікатор професій: зокрема фіксація професії “фахівець з громадського здоров'я” та зміни в

підходах до посад/кваліфікацій, WHO/Europe: Roadmap to professionalizing the public health workforce (професіоналізація кадрів ГЗ).

Всесвітня організація охорони здоров'я

4. Зміст роботи (перелік питань для розробки) –

1. Визначити теоретико-методологічні засади формування управлінських стратегій професійної підготовки лікарів, уточнивши змістово-термінологічний апарат та врахувавши специфіку кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

2. Охарактеризувати інституційну модель управління підготовкою лікарів в Україні та визначити особливості міжсекторальної взаємодії центральних органів виконавчої влади, залучених до регулювання цього процесу.

3. Обґрунтувати стратегічні імперативи управління розвитком професійного потенціалу лікарів в умовах змін і підвищених ризиків функціонування системи охорони здоров'я.

4. Оцінити інституційну спроможність професійних медичних асоціацій щодо участі в удосконаленні системи підготовки лікарів та стандартизації професійних практик.

5. Обґрунтувати необхідність трансформації підходів до управління професійною підготовкою лікарів з урахуванням детермінант професійної мобільності та мотиваційних стратегій..

5. Перелік графічного матеріалу 6 таблиць, 1 рис., що ілюструють ключові аспекти дослідження

6. Дата видачі завдання 13.07.25-19.07.2025

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи *	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	Визначення теми кваліфікаційної роботи	23.01.25-01.02.2025	
	Складання змісту роботи, оформлення та затвердження завдання	13.07.25-19.07.2025	
	Опрацювання літературних джерел, нормативних документів	до 10.11.25	
	Збір та обробка статистичних і звітних даних	до 10.11.25	
	Проведення розрахунків та аналізу	до 10.11.25	
	Написання вступу	до 10.11.25	
	Написання розділу 1	до 10.11.25	
	Написання розділу 2	до 10.11.25	
	Написання розділу 3	до 12.12.25	
	Підготовка висновків	до 20.12.25	
	Оформлення роботи	до 03.01.25	
	Подання на кафедру електронного варіанту роботи для перевірки на плагіат	до 04.01.25	
	Підготовка тексту доповіді і демонстраційного матеріалу	до 16.01.26	
	Подання на кафедру кваліфікаційної роботи	до 06.01.25	

Здобувач освіти _____

Андрєєва К.М.

Керівник роботи _____

Квеліашвілі І.М.

(підпис)

АНОТАЦІЯ

Андреева К.М. Реалізація державної політики підготовки кадрів у сфері громадського здоров'я: публічноуправлінські аспекти

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Університет митної справи та фінансів, Дніпро, 2026.

У кваліфікаційній роботі досліджено, як інструменти публічного управління можуть забезпечити модернізацію підготовки лікарів в Україні в умовах воєнного стану та відновлення, коли одночасно зростають потреби у кризовій медицині, реабілітації та мультидисциплінарних компетентностях. Показано, що університетські клініки у цей період набувають системоутворювальної ролі як інституції «потрійної місії» (освіта–наука–клініка) і можуть функціонувати як центри кризової медицини та реабілітації, підсилюючи практичну підготовку майбутніх лікарів через партнерства й інтеграцію навчання з реальною клінічною практикою.

Основні результати роботи полягають в обґрунтуванні KPI-орієнтованої моделі управління університетськими клініками та освітньо-клінічними екосистемами, яка охоплює медичний, освітній, науковий, економічний і соціальний виміри; окремо акцентовано доцільність використання OSCE-метрик для оцінки якості клінічної практики та інтеграції пацієнтоорієнтованих показників PREMs/PROMs для переходу від контролю процесів до оцінювання результатів і підзвітності.

Доведено, що цифровізація (зокрема eHealth, телемедицина, інтероперабельність реєстрів, аналітика даних та етичне застосування ШІ) є системним імперативом безперервності навчання і медичної допомоги у кризових умовах, а симуляційні та VR-технології підвищують готовність до високоризикових сценаріїв.

Наукова новизна полягає в інтегрованій управлінській моделі, що поєднує: (1) координацію регуляторних ролей МОН/МОЗ, (2) освітньо-клінічні партнерства (університетські клініки/клінічні бази), (3) управління на основі даних і метрик якості (eHealth, KPI, PREMs/PROMs). Практичне значення – у можливості застосування запропонованої KPI-рамки та підходів до цифрової й симуляційної підготовки для оновлення програм ЗВО та управління якістю в академічних клінічних центрах.

Ключові слова: публічне управління медичною освітою; підготовка лікарів; університетські клініки; KPI; eHealth; безперервний професійний розвиток (БПР/CPD); симуляційне та VR-навчання; OSCE; PREMs/PROMs; кадрова стійкість.

SUMMARY

Andryeva K.M. Implementation of state policy on training personnel in the field of public health : public administration aspects.

Qualification work for the Master's degree in the specialty 281 «Public Management and Administration». University of Customs and Finance, Dnipro, 2026.

This master's research examines how public administration can modernize the training and professional development of physicians in Ukraine under wartime pressure and in preparation for post-war recovery. The study analyzes the institutional architecture of medical education governance (the distribution of responsibilities between central authorities, higher education institutions, and clinical bases), as well as the policy instruments that shape quality assurance and workforce resilience. Special attention is given to the role of university clinics as an integrative model that links education, research, and service delivery, and to the growing importance of digital health, simulation-based learning, and continuous professional development (CPD) in ensuring system continuity during crisis shocks (including restricted access to clinical training sites).

The results substantiate a shift from “contingent-based” management of educational capacity toward strategic governance based on measurable outcomes and risk-informed planning. The research proposes a structured framework for developing physicians' competencies with emphasis on integrated and crisis competencies (emergency care, trauma management, mental health support, and decision-making under uncertainty), alongside mandatory digital competencies for working with EHR/CDSS and telemedicine. It also develops a KPI-oriented approach to managing university clinics, incorporating patient-centered metrics (e.g., patient experience and outcomes measures) to better align training quality with healthcare performance.

Scientific novelty (where applicable) is reflected in the integrated public-management model that connects (1) institutional coordination, (2) competency-based training, and (3) KPI-driven performance management for university clinics within wartime and recovery contexts. The practical significance lies in specific recommendations that may be applied by medical universities, regional health administrations, and national policymakers to update curricula, strengthen CPD requirements, expand simulation/VR learning, and implement transparent performance indicators for academic clinical centers.

Keywords: medical education governance; university clinics; competency-based training; continuous professional development (CPD); digital health (eHealth); simulation-based learning; KPI; patient-centered quality (PREMs/PROMs); post-war recovery; workforce resilience

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	8
ВСТУП	11
РОЗДІЛ 1 ІНСТИТУЦІЙНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ СТРАТЕГІЙ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	17
1.1 Інституційна модель підготовки кадрів у сфері громадського здоров'я	17
1.2 Теоретико-інституційні основи публічного управління адаптацією медичної освіти	27
РОЗДІЛ 2 ФОРМУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПРОФЕСІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛІКАРІВ	37
2.1 Університетські клініки, як модель формування професійної компетентності лікарів у системі управління якістю медичних послуг	37
2.2 Втрати кадрового потенціалу в результаті збройної російської агресії	48
РОЗДІЛ 3 ТРАНСФОРМАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ПІДГОТОВКОЮ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ПОВОЄНОЇ ВІДБУДОВИ	57
3.1 Використання міграції лікарів для модернізації фахової медичної підготовки в Україні	57
3.2 Стратегічні основи трансформації управлінських стратегій	67
ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	84

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БПР — безперервний професійний розвиток
- ДДМУ — Дніпровський державний медичний університет
- ЗВО — заклад(и) вищої освіти
- ЗОЗ — заклад(и) охорони здоров'я
- КМУ — Кабінет Міністрів України
- КПКВК — код програмної класифікації видатків та кредитування державного бюджету
- МОЗ України — Міністерство охорони здоров'я України
- МОН — Міністерство освіти і науки України
- НАМН України — Національна академія медичних наук України
- НАЗЯВО — Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти
- НДІ — науково-дослідний інститут
- НМТ — Національний мультипредметний тест
- НСЗУ — Національна служба здоров'я України
- ОВА — обласна військова адміністрація
- ООН — Організація Об'єднаних Націй
- ОП — освітня програма
- OSCE (ОСКІ) — objective structured clinical examination, об'єктивний структурований клінічний іспит
- ПМА — професійні медичні асоціації
- ЄДКІ — Єдиний державний кваліфікаційний іспит
- ЄКТС — Європейська кредитно-трансферна та накопичувальна система
- ЄС — Європейський Союз
- АМА — American Medical Association
- ALOS — Average Length of Stay (середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі)
- СМЕ — Continuing Medical Education (безперервна медична освіта)

CPD — Continuing Professional Development (безперервний професійний розвиток)

COVID-19 — коронавірусна хвороба 2019 року

DRG — Diagnosis Related Groups, діагностно-споріднені групи

EACCME — European Accreditation Council for Continuing Medical Education

eHealth — електронна система охорони здоров'я України

EPA (EPAs) — Entrustable Professional Activities, доручувані професійні діяльності

ESG — Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в ЄПВО)

G-DRG — German Diagnosis Related Groups, німецька система діагностно-споріднених груп

GPAQ — General Practice Assessment Questionnaire

GPAS — General Practice Assessment Survey

HLMA — Health Labour Market Analysis, аналіз ринку праці у сфері здоров'я

IPEDS — Integrated Postsecondary Education Data System

ISO — International Organization for Standardization

KPI — Key Performance Indicators, ключові показники ефективності

MCI — Mass Casualty Incident, інцидент із численними постраждалими

NHS — National Health Service (система охорони здоров'я Англії)

NIH — National Institutes of Health (Національні інститути здоров'я США)

NIHR — National Institute for Health and Care Research (Національний інститут досліджень охорони здоров'я та догляду, Велика Британія)

OECD (OECF) — Organisation for Economic Co-operation and Development, Організація економічного співробітництва та розвитку

PREMs — Patient-Reported Experience Measures, показники досвіду пацієнтів

PROMs — Patient-Reported Outcome Measures, показники результатів лікування, повідомлених пацієнтом

QS — QS World University Rankings

THE — Times Higher Education World University Rankings

UEMS — European Union of Medical Specialists

UNBROKEN — реабілітаційна екосистема «Незламні» (Unbroken)

VR/AR — Virtual Reality / Augmented Reality, віртуальна реальність / доповнена реальність

WFME — World Federation for Medical Education

ВООЗ (WHO) — Всесвітня організація охорони здоров'я

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасні трансформації системи охорони здоров'я, зумовлені глобалізаційними процесами, соціально-економічними кризами, пандемією COVID-19, а також воєнними викликами, істотно актуалізують потребу в переосмисленні підходів до професійної підготовки лікарів. Якість медичної допомоги, інституційна стійкість сфери охорони здоров'я та досягнення високих стандартів здоров'я населення безпосередньо детермінуються рівнем підготовки медичних кадрів, їхньою мотивацією, професійною мобільністю та здатністю адаптуватися до динамічних ризиків і нових технологічних рішень. У цьому контексті особливої ваги набуває аналіз управлінських стратегій, що формують кадровий потенціал галузі та визначають траєкторії розвитку медичної освіти.

Наразі Україна стикається з комплексом системних проблем кадрового забезпечення: посиленням відтоку фахівців унаслідок трудової міграції, фрагментарністю та неузгодженістю нормативно-правового регулювання, недостатнім рівнем інтеграції між освітніми інституціями та клінічними базами, а також обмеженими можливостями для безперервного професійного розвитку лікарів. Воєнні дії, руйнування інфраструктури, підвищене навантаження на медичні заклади й зростання потреб населення у невідкладній, травматологічній, реабілітаційній та психосоціальній допомозі додатково загострили зазначені виклики, що підсилює запит на стратегічне, доказове та інституційно узгоджене управління підготовкою лікарів.

Міжнародна практика демонструє наявність результативних управлінських рішень у сфері підготовки медичних кадрів, зокрема: інтеграцію університетських клінік із закладами вищої освіти та клінічною практикою; розвиток інститутів безперервної професійної освіти; ефективне функціонування професійних медичних асоціацій як суб'єктів саморегуляції та стандартизації; упровадження інноваційних освітніх підходів, включно з симуляційними технологіями і цифровими інструментами навчання.

Адаптація такого досвіду до українських реалій може стати дієвим ресурсом для подолання структурних дисфункцій і підвищення якості кадрової політики в охороні здоров'я.

Водночас посилення професійної мобільності лікарів, підтримка їхньої мотивації, а також участь у професійних медичних асоціаціях і мережах професійного розвитку створюють додаткові можливості для підвищення якості медичних послуг та формування більш стійкої системи охорони здоров'я. Однак зазначені механізми потребують поглибленого аналізу з позицій публічного управління, зокрема щодо інституційних стимулів, бар'єрів впровадження та очікуваних ефектів для системи підготовки кадрів.

Обраний напрям дослідження дає змогу, з одного боку, ідентифікувати ключові проблеми та ризики в системі професійної підготовки лікарів, а з іншого - сформулювати комплексні рекомендації, спрямовані на вдосконалення управлінських механізмів, підвищення мотивації медичних працівників і забезпечення якісної та доступної медичної допомоги. Отже, тема є актуальною, теоретично значущою та має прикладну цінність у контексті реформування національної системи охорони здоров'я й відновлення країни.

Протягом останніх десятиліть вітчизняні вчені приділяли значну увагу проблематиці управління персоналом у сфері охорони здоров'я, розкриваючи її різні виміри. Питання вдосконалення підготовки медичних кадрів висвітлювали Т. Авраменко, О. Баєва, М. Банчук, І. Волинкін, І. Фещенко та ін., акцентуючи на адаптації освітніх програм до змін у системі охорони здоров'я й відповідності підготовки сучасним професійним вимогам. Аспекти професійного розвитку медичних працівників і безперервної медичної освіти досліджували М. Білинська, Т. Попченко та інші автори. Формування професійних компетентностей лікарів, їхній вплив на якість медичних послуг і кар'єрні траєкторії аналізували О. Веселовський, І. Кравчук, О. Присяжнюк та ін. Питання раціонального використання людських ресурсів у системі охорони здоров'я розглядали Г. Гасюк, Б. Громовик, О. Кузьмін та інші дослідники, зосереджуючись на кадрових стратегіях і підходах до планування

та розподілу кадрів. Механізми кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я та оцінювання ефективності їх функціонування висвітлювали О. Глушаниця, Р. Ісаєнко, Н. Коба, В. Короленко, В. Лазоришинець, О. Ременник, Н. Колісніченко та ін.

Державне регулювання сфери освіти, зокрема вищої медичної освіти, було предметом наукових розвідок Ю. Журавля, Г. Чирви, О. Шапоренка, Л. Паращенко; ринкові механізми в системі охорони здоров'я аналізувала, зокрема, А. Барзилович. Питання організації змішаного навчання та цифровізації медичної освіти розглядали І. Голованова, Н. Духаніна, О. Краснова, Г. Лесик, Н. Ляхова, Н. Мартиненко, Н. Наливайко, О. Наливайко, Т. Плужнікова та ін., наголошуючи на необхідності інтеграції сучасних технологій у навчальний процес. Діагностику та моніторинг якості освіти досліджували А. Белкіна, Є. Локшина, Дж. Уїлмс, Г. Цехмістрова, пропонуючи інструментарій оцінювання ефективності освітнього процесу. Рейтингові підходи до оцінювання якості університетської освіти та моделювання критеріїв такої оцінки висвітлювали С. Єрмак, В. Дрижак, В. Курило, О. Мещанінов, А. Низков та ін.

Водночас зберігається низка аспектів, що потребують подальшого комплексного опрацювання. Зокрема, недостатньо розробленими залишаються інтегровані моделі взаємодії між освітніми інституціями та медичними установами у підготовці кадрів; потребує поглиблення аналіз розвитку університетських клінік як інструменту інтеграції освітнього, клінічного та наукового компонентів; актуалізується також вивчення моделей управління людськими ресурсами в умовах війни та кризових ситуацій, які формують додаткові ризики для кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є розроблення та наукове обґрунтування ефективних управлінських стратегій професійної підготовки лікарів в умовах трансформації системи охорони здоров'я,

зумовленої сучасними глобальними та національними викликами. Для досягнення визначеної мети поставлено такі завдання:

1. Визначити теоретико-методологічні засади формування управлінських стратегій професійної підготовки лікарів, уточнивши змістово-термінологічний апарат та врахувавши специфіку кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

2. Охарактеризувати інституційну модель управління підготовкою лікарів в Україні та визначити особливості міжсекторальної взаємодії центральних органів виконавчої влади, залучених до регулювання цього процесу.

3. Обґрунтувати стратегічні імперативи управління розвитком професійного потенціалу лікарів в умовах змін і підвищених ризиків функціонування системи охорони здоров'я.

4. Оцінити інституційну спроможність професійних медичних асоціацій щодо участі в удосконаленні системи підготовки лікарів та стандартизації професійних практик.

5. Обґрунтувати необхідність трансформації підходів до управління професійною підготовкою лікарів з урахуванням детермінант професійної мобільності та мотиваційних стратегій.

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

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

Методологія дослідження. Методологічний дизайн роботи ґрунтується на системному підході, що дає змогу розглядати підготовку лікарів як багаторівневий, інституційно зумовлений процес, пов'язаний із кадровою політикою, стандартами якості медичних послуг та логікою реформування системи охорони здоров'я. Застосування системного підходу забезпечує

комплексний аналіз взаємодії суб'єктів управління, закладів освіти, клінічних баз і медичних працівників як ключових стейкхолдерів кадрового відтворення галузі.

Для досягнення мети дослідження використано сукупність взаємодоповнювальних методів. **Компаративний метод** застосовано для зіставлення вітчизняного та міжнародного досвіду організації професійної підготовки лікарів і виокремлення практик, релевантних для адаптації до українських умов. **Логіко-семантичний метод** використано для уточнення базових категорій дослідження (зокрема «управлінські стратегії», «професійна мобільність», «безперервна професійна освіта») та формування коректного наукового апарату.

На теоретичному рівні роботу орієнтовано на аналіз тенденцій розвитку підготовки медичних кадрів у контексті глобальних викликів, а також на узагальнення наукових підходів і практик країн ЄС, США, Великої Британії та інших держав з метою визначення траєкторій інтеграції сучасних освітніх моделей і міжнародних стандартів у національну систему. На емпіричному рівні застосовано **методи статистичного аналізу** для оцінювання показників кадрового забезпечення та їхнього зв'язку з параметрами якості медичних послуг, а також **контент-аналіз** законодавчих і нормативних документів з метою ідентифікації регуляторних прогалин і суперечностей у політиці підготовки кадрів.

Отримані результати узагальнено шляхом застосування **методів теоретичного узагальнення, аналітичного синтезу та прогнозування**, що дало змогу сформулювати обґрунтовані рекомендації щодо підвищення результативності управлінських стратегій у сфері медичної освіти та поліпшення практик кадрового розвитку.

Джерельна база дослідження охоплює законодавчі акти і нормативно-правові документи, аналітичні матеріали та звіти органів управління охороною здоров'я, офіційну статистичну інформацію, наукові публікації, а

також документи й рекомендації ВООЗ, інституцій ЄС та інших міжнародних організацій.

Запропонована методологія має прикладну спрямованість, оскільки поєднує теоретичне осмислення проблеми з розробленням практичних рекомендацій для вдосконалення управлінських стратегій у підготовці лікарів, що є передумовою підвищення стійкості системи охорони здоров'я, її адаптивності до сучасних викликів і зростання якості медичних послуг.

Апробація матеріалів дипломної роботи. Основні положення та висновки дипломної роботи були представлені у доповідях та обговоренні на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях: Міжнародна науково-практична конференція «ЕКОНОМІКО-ПРАВОВІ, УПРАВЛІНСЬКО-ТЕХНОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ВИМІРИ СЬОГОДЕННЯ: МОЛОДІЖНИЙ ПОГЛЯД». (м. Дніпро, 14 листопада 2025 р.) Тези «Інноваційні підходи в системі підготовки та управління кадровим потенціалом в охороні здоров'я». II Міжнародної науково-практичної конференції «СВІТОВИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: МИТНА БЕЗПЕКА ТА ПРОТИДІЯ КОРУПЦІЇ» (м. Дніпро, 16 травня 2025 року). Тези «Адаптація української митниці до вимог Євросоюзу».

Структура дипломної роботи обумовлена метою дослідження і складається із переліку умовних скорочень, вступу, 3 розділів, які включають 6 підрозділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дипломної роботи становить 97 сторінки, із них 75 сторінки основного тексту. Робота містить 6 таблиці, 1 рисунок, список використаних джерел містить 108 найменування.

РОЗДІЛ 1

ІНСТИТУЦІЙНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ СТРАТЕГІЙ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1 Інституційна модель підготовки кадрів у сфері громадського здоров'я

Ефективність та збалансованість публічного регулювання у сфері професійної вищої медичної освіти визначають стратегічні вектори формування кадрового потенціалу медичної галузі, адаптуючи його до актуальних соціально-економічних трансформацій та посилюючи інноваційний потенціал освітньої системи. Протягом періоду державності України регуляторна архітектура вищої освіти претерпіла фундаментальні зміни, спрямовані на децентралізацію адміністративних повноважень, зміцненню самостійності та автономності закладів вищої освіти (ЗВО) у прийнятті стратегічних рішень, диверсифікацію фінансових інструментаріїв забезпечення освітньої діяльності, а також на інституціоналізацію принципів якості та реформування змістових параметрів навчальних програм [1].

Система підготовки медичного персоналу в Україні інтегрується та є однією з основних частин та рушіїв еволюції національної моделі охорони здоров'я, орієнтованою на регенерацію, відтворення та збереження здоров'я населення через реалізацію медичних інтервенцій відповідно до імперативів державних стандартів. Згідно з положеннями Закону України "Про освіту", формування політики у освітній домені здійснює Верховна Рада України, тоді як її імплементація покладається на Кабінет Міністрів України, центральний виконавчий орган у сфері освіти та науки, інші центральні органи виконавчої влади та муніципальні структури [2]. Цей же нормативний акт конкретизує, що інструментарієм державного прогнозування та стратегічного планування

служать стратегія розвитку освіти України, релевантні державні, регіональні та локальні програми, а також плани діяльності владних інституцій у освітній сфері.

На еволюцію української вищої медичної освіти суттєво впливають стратегічні нормативно-правові акти, серед яких Цілі сталого розвитку України до 2030 року [3], Національна економічна стратегія до 2030 року, [4] Державна стратегія регіонального розвитку на 2021–2027 роки [5], а також регіональні стратегії для кожної області на той самий період, в нашому випадку для Дніпропетровської області [6, 7, 8, 9]. Ці документи забезпечують синергію освітньої політики з національними та локальними економічними та соціальними імперативами, формуючи холистичний підхід до оптимізації підготовки фахівців медичної галузі.

У 2019 році Кабінет Міністрів України затвердив "Стратегію розвитку медичної освіти в Україні" [1], розраховану на декаду. Фундаментальна амбіція цього документа полягає у конструюванні якісної екосистеми медичної освіти, спрямованої на генерування висококваліфікованих кадрів для сектору охорони здоров'я. Стратегія артикулює низку пріоритетних векторів, орієнтованих на трансформацію ключових сегментів медичної освіти:

- Підвищення якості вищої медичної освіти, що охоплює конфігурацію галузевої системи кваліфікацій, актуалізацію змісту освітніх програм, посилення селективних критеріїв для абітурієнтів медичних дисциплін, а також підвищення кваліфікації педагогічного корпусу ЗВО медичного профілю.

- Трансформація післядипломної освіти, що передбачає прозорий розподіл квот для інтернатури, нормалізацію її контенту, а також фаховий розвиток лікарів на базі глобального досвіду.

- Оптимізація фінансування та governance, акцентуючи на парадигмальному зсуві фінансових механізмів, імплементації автономії медичних ЗВО та реінжинірингу управлінських архітектур.

– Культивування академічної культури в медичній освіті, спрямоване на домінування принципів академічної доброчесності, інтернаціоналізацію програм, що фасилітує інтеграцію української медичної освіти в глобальний освітній континуум.

– Поліпшення якості наукових студій, що включає покращення матеріально-технічної інфраструктури для досліджень та стимулювання вітчизняних учених до продукування публікацій, конформних до стандартів елітних міжнародних видань.

Отже, "Стратегія розвитку медичної освіти в Україні" репрезентує комплексний конструкт, що охоплює весь цикл підготовки медичних кадрів – від фундаментальної освіти до постдипломного етапу. Її операціоналізація спрямована на покращення освітнього ландшафту, акселерацію наукових студій та забезпечення системної парадигми формування компетентних фахівців, адаптованих до імперативів сучасної охорони здоров'я.

На базі директив "Стратегії розвитку медичної освіти в Україні" кожен медичний ЗВО конструює п'ятирічний стратегічний план розвитку, що артикулює стратегічні цілі та домінантні траєкторії активності. Ці плани інкорпорує ініціативи з реінжинірингу освітнього процесу, покращення конкурентоспроможності наукових студій на глобальному рівні, конфігурації та імплементації кадрової політики, оптимізації управлінських процесів, стабілізації фінансово-економічного статусу та модернізації матеріально-технічної бази.

Відповідно до Закону України "Про вищу освіту", управління ЗВО реалізується, окрім згаданих владних інституцій, Національною академією наук України, національними галузевими академіями, засновниками ЗВО, органами громадського самоврядування у освітньо-науковій сфері та Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти [10, ст. 12]. Специфікація діяльності медичних ЗВО полягає в підпорядкуванні їх безпосередньо Міністерству охорони здоров'я України (МОЗ), чий мандат включає підготовку фахівців для клінічної практики.. Клінічні платформи для

формування навичок майбутніх медиків та науково-дослідницької активності педагогів і студентів функціонують в обласних та муніципальних лікарнях, центрах первинної медико-санітарної допомоги, диспансерах, інститутах Академії медичних наук тощо.

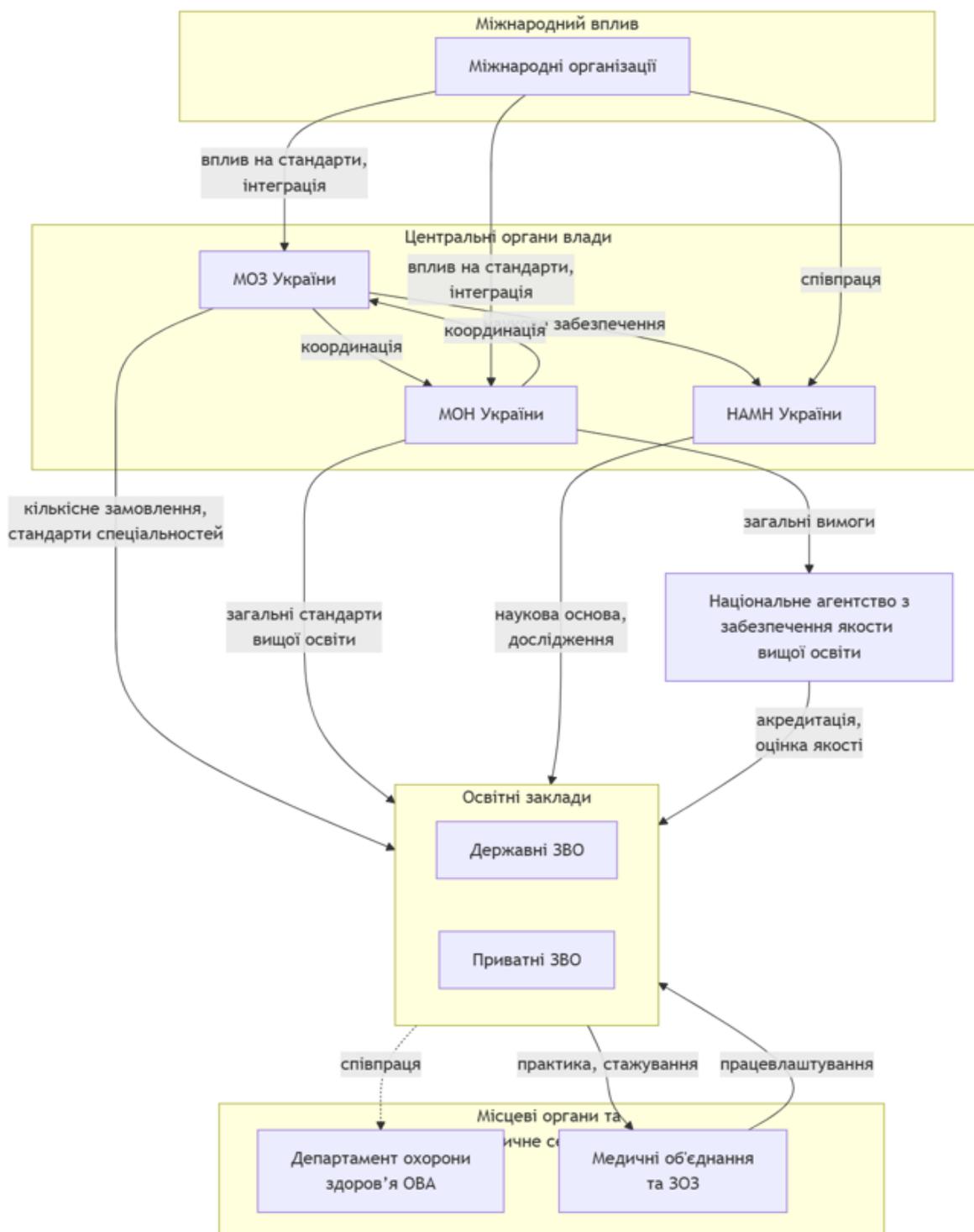


Рис. 1.1 Конфігурація управління вищою медичною освітою в Україні

Узагальнено автором на основі [1;2;10].

Архітектура підготовки лікарів в Україні характеризується багат шаровою конфігурацією, що інтегрує базову вищу медичну освіту, післядипломну підготовку (інтернатуру), спеціалізацію та континуальний професійний розвиток. Вона оперує в координатах національної освітньо-медичної системи, фокусуючись на генеруванні фахівців, здатних задовольняти попит населення на медичну асистенцію. Таким чином, управлінська структура підготовки лікарів в Україні є складною та полівекторною, охоплюючи ключові владні органи (рис. 1.1).

Координація цієї системи здійснюється двома доміантними міністерствами – МОЗ та Міністерством освіти і науки України (МОН), кожне з яких виконує критичні ролі у гарантуванні якості, стандартизації та конформності підготовки лікарів сучасним медичним та освітнім парадигмам. Обидва відомства керують установами, безпосередньо залученими до формування медичного персоналу, що підкреслює інтегративність та мультикомпонентність моделі.

У юрисдикції МОЗ перебувають 15 медичних університетів, що забезпечують домінуючу частку підготовки магістрів з медичної освіти залежно від спеціалізації. Поряд з установами під егідою МОЗ, медичну освіту реалізують факультети медичного профілю окремих ЗВО під МОН, приватні ЗВО та кілька комунальних установ.

МОЗ виступає центральним органом у конфігурації політики медичної освіти, забезпечуючи відповідність підготовки лікарів вимогам охорони здоров'я. У його підпорядкуванні – державні медичні університети, що оперують затвердженими освітньо-професійними програмами. Установи МОЗ взаємодіють з клінічними закладами, що слугують платформами для практичної апробації студентів та інтернів. МОЗ гарантує адаптацію підготовки до актуальних викликів охорони здоров'я, таких як еволюція інноваційних технологій, дефіцит профільних фахівців та гармонізація з глобальними стандартами [11].

Завдяки тісній інтеграції з клінічними мережами МОЗ забезпечує есенціальний практичний досвід для студентів. Крім того, міністерство курирує інтернатуру, фасилітуючи синергію між університетами та медичними установами для формування молодих спеціалістів в медичній галузі, відповідності їх встановленим стандартам та безперервності надання медичної допомоги громадянам України.

МОН реалізує загальні стандарти вищої освіти, включаючи медичний сегмент. Його компетенції охоплюють:

- Концептуалізацію та моніторинг освітніх стандартів (МОН встановлює універсальні вимоги до вищої освіти, апліковані до всіх ЗВО, включно з медичними, забезпечуючи конформність глобальним нормам).

- Акредитацію університетів (МОН проводить валідацію ЗВО, зокрема медичних, верифікуючи їхню відповідність критеріям).

- Фасилітацію інтеграції в глобальний освітній простір. Завдяки МОН медичні університети України дедалі більше орієнтуються на інтернаціональні стандарти, як-от Єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ) з його міжнародними елементами.

Університети під МОН мусять гарантувати високий рівень освітньої якості, фокусуючись на фундаментальній теоретичній підготовці. Водночас практичний компонент (клінічні бази) переважно курирується МОЗ.

Ключовою специфікою моделі підготовки лікарів є імператив тісної міжвідомчої взаємодії між МОЗ та МОН. Така кооперація забезпечує взаємозв'язок та взаємопроникнення між теоретичним та практичним вимірами медичної освіти, хоча й генерує виклики координації, зумовлені відмінностями управлінських парадигм. Для оперативного та якісного нівелювання цих викликів, а також, в деяких випадках арбітування та примирення, заради кращого функціонування всієї системи підготовки фахівців медичної галузі, можуть підключатись, в межах своєї компетенції додаткові інституції.

Серед них окреме місце займає Національна академія медичних наук України (НАМН), що надає науковий бекграунд медичній освіті, курує дослідження та імплементує інновації та кращій закордонний досвід, а також опікується підтриманням стандартів на високому рівні. Обласні департаменти охорони здоров'я виконують функції розподілу інтернів, слугуючи своєрідним громовідводом та концентратором негативу та стимулюють партнерства між університетами та клініками.

Незважаючи на полівекторну координацію, не всі стейкхолдери повноцінно інтегровані в реформування, впровадження інновацій та впровадження найкращих світових практик. Зокрема, Молодіжна рада як консультативний орган при владних структурах не задіяна в розробці освітньої політики для медиків. Положення про Молодіжну раду [12] ігнорує її роль у трансформації медичної освіти, що сигналізує про недооцінений потенціал молодіжних ініціатив, який потребує ревізії в контексті освітнього governance.

Водночас Молодіжна рада володіє потенціалом стати каталізатором змін, репрезентуючи інтереси студентства та нової когорти професіоналів. Вона може артикулювати критичні проблеми та генерувати рекомендації щодо інноваційних методик. Рада здатна ініціювати лобіювання реформ, як-от удосконалення програм, інтеграцію технологій чи організацію форумів за участю студентів, педагогів, МОЗ та стейкхолдерів для конструювання стратегій енхансменту освіти.

Більше того, рада може резонувати голос студентської спільноти, адвокуючи необхідність прямого доступу до ресурсів, та необхідності покращення й вдосконалення практичної підготовки, розширення стажувань та інтернаціональних обмінів. Таке лобіювання трансформує дискурс медичної освіти, адаптуючи її до глобальних стандартів та імперативів національного здоров'я.

Рівень міжінституційної комунікації між ЗВО (медичними факультетами/університетом), закладами охорони здоров'я та виконавчою владою загалом оцінюється як недостатній у порівнянні з потребами після

2022 року [1]. Водночас у регіоні фіксуються сталі позитивні зрушення, що свідчать про поступову інституціалізацію співпраці.

По-перше, Дніпровський державний медичний університет (ДДМУ) системно розширює мережу клінічних баз і працює у форматі університетської лікарні та медичного центру, а також на базі низки обласних закладів (онкологічний диспансер, центри діагностики, офтальмологічна лікарня тощо), що забезпечує регулярний доступ науково-педагогічних працівників до практики та спільних консультацій пацієнтів [13]. У 2023–2024 рр. університет публічно звітував про участь клінічних кафедр у розвитку практичної охорони здоров'я та про поглиблення співпраці з обласними закладами (зокрема з Регіональним медичним центром родинного здоров'я як базою восьми кафедр; відкриття оновленої навчальної бази в дитячій лікарні) [14, 15, 16]. Ці кроки створюють двосторонні вигоди: заклади охорони здоров'я отримують доступ до консультативної експертизи, а викладачі - до релевантного клінічного досвіду, який далі інтегрується в освітній процес, подібно до логіки, описаної у львівському кейсі.

По-друге, на рівні публічної адміністрації в Дніпропетровській області у 2022 р. департамент охорони здоров'я ОВА ухвалив низку наказів, що регулюють організаційні питання у сфері надання допомоги в умовах воєнного стану (у т. ч. порядок обігу гуманітарної та благодійної допомоги для закладів охорони здоров'я). Хоча ці документи спрямовані насамперед на логістику ресурсів, вони водночас задають формальні канали взаємодії між обласними закладами, департаментом та залученими стейкхолдерами системи охорони здоров'я [17]. На загальнодержавному рівні додатковий правовий механізм для інтеграції академічних кадрів у практичну систему надання допомоги забезпечив наказ МОЗ України від 05.09.2022 № 1597 щодо відрядження медичних працівників, зокрема науково-педагогічних працівників закладів вищої та післядипломної освіти, що уможлиблює гнучке залучення університетських фахівців у клінічну роботу на запит регіону [18].

У підсумку, незважаючи на збереження системних «вузьких місць» комунікації, доказові ознаки нарощування партнерства (розширення клінічних баз ДДМУ, відкриття нових навчально-клінічних платформ, унормування процедур взаємодії та відрядження фахівців) формують у Дніпропетровській області підґрунтя для більш сталої моделі «освіта–клініка–адміністрування». Оскільки рішення щодо кадрової політики охорони здоров'я агрегує інтереси множинних секторів (освіта, медицина, фінанси, планування, профільні асоціації, роботодавців, громадянське суспільство), конфлікти неминучі. Ключовим є досягнення консенсусу на галузевому та територіальному рівнях для балансування попиту та ресурсів.

Відсутність валідної методології оцінки кадрових потреб провокує системні дизфункції. ЗВО, мотивовані прибутковістю, розширюють контрактний контингент, ігноруючи селективність абітурієнтів та державні потреби, що ерозує якість та провокує дисбаланс спеціальностей регіонально.

Ця дилема акцентується на тлі глобальних тенденцій забезпеченості населення в медичному нагляді, що вимірюється кількістю медичних фахівців на загальну кількість населення

Система фінансування закладів вищої освіти (ЗВО) України, у т. ч. медичного профілю, історично демонструє високу чутливість до «контингентних» індикаторів (кількість здобувачів), що створює ризик домінування кількісних стимулів над результатними параметрами якості [10]. У 2025 р. загальні видатки держави на освіту й науку становлять 194,3 млрд грн, що задає ресурсну рамку для всієї системи та підтверджує пріоритетність сектору в бюджетній політиці [19]. На рівні механізмів розподілу коштів на ЗВО у 2025 р. діє постанова КМУ № 891, яка закріплює підхід формульного фінансування з урахуванням контингенту, науково-інноваційної активності та інших коригувальних коефіцієнтів [20]. Для медичних університетів додаткову деталізацію міжвідомчого фінансування забезпечує наказ МОЗ № 554 від 27.03.2025 про розподіл видатків за бюджетною програмою КПКВК 2301070 [21]. При цьому джерельна база фінансування, згідно із

законодавством, включає як бюджетні асигнування, так і «інші джерела, не заборонені законом» (зокрема платні освітні послуги та благодійні надходження), що однаковою мірою стосується державних, комунальних і приватних ЗВО [10].

В умовах воєнного стану еволюціонує і логіка підтримки доступу до навчання: у 2025 р. уряд запровадив грантовий інструмент для контрактних студентів із високими результатами НМТ - 25 000 грн для балів 150–170 і 17 000 грн для 130–149, із поступовим згортанням «пільгового» періоду на 2026–2027 рр. [22]. Такий інструмент частково зменшує «контрактну» залежність ЗВО та адресно підсилює якісні стимули вступників.

Нормативно-процедурні засади вступу на 2025 р. встановлено наказом МОН про Порядок прийому (оновлення від березня 2025 р.): базовим критерієм лишаються результати НМТ; окремі спеціальності отримують цільові квоти державного замовлення з урахуванням суспільної значущості (зокрема галузь знань 22 «Охорона здоров'я») [23]. Змістові засади підготовки фіксуються Стандартами вищої освіти (напр., для 222 «Медицина» - безперервна наскрізна магістратура, 360 кредитів ЄКТС, істотна практична компонента; оновлення 2024 р. уточнили вимоги до результатів навчання та компетентностей) [24, 25].

Атестаційна архітектура вибудована навколо Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ), що поєднує стандартизовані тестові компоненти (КРОК, англійська професійна мова тощо) та об'єктивний структурований (клінічний) іспит (ОСКІ) як практикоорієнтований модуль; у 2025 р. графік ЄДКІ охоплює календар сесій упродовж року, забезпечуючи єдність вимог у масштабі країни. Паралельно інституційні механізми забезпечення якості посилено регуляторно: НАЗЯВО діє на підставі положення про акредитацію, яке передбачає постакредитаційний моніторинг освітніх програм і публічне ухвалення рішень із фіксацією у протоколах засідань.

Дніпровський державний медичний університет (ДДМУ) - державний ЗВО у сфері управління МОЗ, із розгалуженою підготовкою за ключовими спеціальностями галузі 22 [17]. За даними державних реєстрів конкурсних пропозицій (ЄДЕБО/«Вступ.ОСВІТА.УА»), у 2025 р. для ОП «Медицина» (магістр на основі повної загальної середньої освіти) в ДДМУ встановлено ліцензійний обсяг 855 осіб, із максимально можливим державним замовленням 250 місць; для «Стоматології» - ліцензійний обсяг 260, максимальне держзамовлення 5 місць; «Медична психологія» - набір переважно за кошти фізичних/юридичних осіб. Внутрішні інформаційні ресурси університету підтверджують дотримання загальнонаціональних правил прийому-2025 і денну форму здобуття освіти для наскрізних магістерських програм.

Матеріально-технічна база регіонального медичного університету у 2025 р. зазнала суттєвих втрат унаслідок ракетних ударів (зокрема пошкодження морфологічного корпусу в Дніпрі у квітні 2025 р.), що потребує позабюджетної мобілізації ресурсів через цільові збори та проекти міжнародної технічної допомоги. Офіційні переліки МТД також фіксують участь ДДМУ в грантових програмах ЄС, що корелює з курсом на відновлення та модернізацію інфраструктури [26].

1.2 Теоретико-інституційні основи публічного управління адаптацією медичної освіти

Сучасна трансформація системи охорони здоров'я України зумовлена одночасною дією глобалізаційних процесів, економічних турбулентностей та, передусім, воєнної агресії, що радикально змінює вимоги до професійної підготовки лікарів і до механізмів державного управління освітою [27]. На тлі євроінтеграції та масштабної відбудови держави спроможність системи

охорони здоров'я підтримувати стійкість і безпеку прямо залежить від якості підготовки медичних кадрів, їхньої здатності діяти в умовах невизначеності та швидко освоювати нові технології й моделі надання допомоги.

Український управлінський дискурс, в цій сфері, поступово зміщується від традиційної «кадрової політики» (орієнтованої на облік і розподіл трудових ресурсів) до стратегічного управління, що узгоджує освітні цілі з клінічними потребами, стандартами якості та довгостроковими ризиками. У медичній освіті стратегія перестає бути декларативним документом і набуває значення інструменту управління складними системами (complex systems), де множинність акторів і нелінійність взаємодій потребують гнучких рішень і циклів зворотного зв'язку [28]. На рівні політик це відображено у глобальних орієнтирах щодо кадрового забезпечення охорони здоров'я (Workforce 2030) та забезпечення якості вищої освіти (ESG), що задають рамку для національних рішень МОН і МОЗ [29].

З огляду на зростання невизначеності (пандемії, війна, техногенні та природні катастрофи) польова логіка управління зміщується від «виконання правильних дій сьогодні» до «правильно організованих дій із прогнозованими наслідками завтра», тобто до управління ризиком і стійкістю. Для цього доцільно виокремити три взаємопов'язані стратегії підготовки лікарів:

- формування якісного освітнього середовища (на засадах міжнародних стандартів WFME),
- інтеграція освіти, науки та клініки (через університетські клініки та симуляційні екосистеми),
- інтернаціоналізація та включення в глобальні професійні мережі [30].

Сучасний підхід трактує медичні кадри як стратегічний капітал системи, інвестиції в який є ключовою умовою досягнення Цілей сталого розвитку та готовності до надзвичайних ситуацій [31]. Відповідно, управлінські рішення в освіті мають корелювати з кадровим прогнозуванням у секторі охорони здоров'я (Health Labour Market Analysis, HLMA) і з механізмами забезпечення

якості, визначеними законодавством про вищу освіту та регуляторними актами НАЗЯВО/МОН.

Експертний аналіз показує, що медичні кадри повинні розглядатися як стратегічний капітал, на який спрямовується близько 70% усіх інвестицій у світову охорону здоров'я. Це означає, що їхня підготовка є не просто освітньою функцією, а критичним елементом національної безпеки та забезпечення державного потенціалу. Відповідно, управлінці повинні мислити в термінах державного потенціалу, а не лише галузевої статистики, забезпечуючи, щоб управлінські стратегії відповідали Цілям сталого розвитку та національній безпеці. Нова повоєнна СОЗ, як об'єкт стратегічного державного управління, має набути таких властивостей, як безпечність, адаптивність та стійкість, що виходить за межі стандартної кадрової політики

Професійна компетентність лікаря розглядається як інтегрований конструкт — комбінація знань, навичок, етичних засад і настанов на безперервний розвиток — що має відобразитися в результатах навчання й процедурах оцінювання. Міжнародні рамки (CanMEDS, ACGME) та підходи, що базуються на «довіреніх професійних діях» (Entrustable Professional Activities, EPA), задають операційні критерії, які дозволяють поєднати компетентнісні моделі з реальними клінічними завданнями й рівнями нагляду. Це особливо важливо в умовах пришвидшеного технологічного оновлення, де швидкість морального старіння знань робить недостатнім «накопичення фактів» без формування здатності їх застосовувати в невизначених ситуаціях [32].

Запропонована трирівнева ієрархія (базові, профільні та інтегровані компетентності) є конгруентною до логіки WFME/ESG:

Базові компетенції. Фундаментальні знання та навички загальнолікарської практики.

Профільні компетенції. Спеціалізовані навички, що відповідають конкретній медичній спеціалізації.

Інтегровані компетенції. Комплексні вміння, що передбачають здатність до міждисциплінарної взаємодії та ухвалення оптимальних клінічних рішень у складних і нетипових ситуаціях.¹

Експерти зазначають, що орієнтація на інтегровані та кризові компетенції є прямою управлінською відповіддю на невизначеність зовнішнього середовища. Якщо лікар володіє лише базовими знаннями, він не здатний до кризового менеджменту, необхідного в умовах війни чи пандемії. Таким чином, інтегрована компетентність є необхідною для забезпечення адаптивності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), дозволяючи персоналу оперативно змінювати профіль діяльності.

Освітні програми мають включати тактичну медицину, дії при масових ураженнях, прийняття рішень під час інцидентів із численними постраждалими (МСІ) та роботу в умовах обмежених ресурсів. Це вимагає включення кризового управління (прийняття рішень в умовах підвищеного ризику, реагування на надзвичайні ситуації) та навичок військової медицини. Зокрема, трансформація змістовної підготовки має передбачати формування спеціальних компетентностей з тактичної медицини, фізичної та психологічної підготовки, а також здатності надавати допомогу в особливих умовах.

Опанування електронної медичної документації, телемедицини, аналітики даних і базових підходів до ШІ є обов'язковою умовою якості підготовки та безперервності навчання в кризах [33].

Стандарти якості (ESG) акцентують на етичних засадах та комунікації, що особливо значимо при роботі з травмованими пацієнтами та їхніми сім'ями. Необхідність формування навичок надання психологічної допомоги населенню, яке постраждало від війни, та військовим. Аналіз виявив високий рівень тривожних (68%) і депресивних (59%) розладів серед студентів, що вимагає впровадження системи медико-психологічного супроводу. Медична освіта також має інтегрувати розвиток емоційного інтелекту та етичних

принципів, оскільки цифровізація спричинила ризик недостатнього розвитку вербальної комунікації, що є критичним при взаємодії з пацієнтами.

Оскільки доступ до клінічної бази в умовах війни нерідко обмежений, симуляційне навчання (у т.ч. VR/AR) - не просто інновація, а елемент критичної інфраструктури, що знижує ризики та підвищує готовність до рідкісних і високоризикових сценаріїв.

Управління підготовкою медичних кадрів в Україні здійснюється через взаємодію центральних органів (МОН, МОЗ), закладів вищої освіти й клінічних баз, що функціонують у правовому полі Закону «Про вищу освіту» та підзаконних актів щодо акредитації програм [10]. Водночас HLMA-аналіз ВООЗ фіксує структурні проблеми: недостатню інтеграцію інформаційних систем, обмежене прогнозування потреб, дисбаланси за спеціальностями та регіонами, а також уразливості, спричинені міграційними потоками та втратами кадрів унаслідок війни. На рівні якості освіти використання стандартів ESG і впровадження процедур НАЗЯВО та МОН (оновлені регламенти акредитації) виступають ключовим запобіжником фрагментації.

Порівняння показників забезпеченості лікарями ілюструє виклик: за даними Світового банку, в Україні у 2014 р. - близько 3,0 лікаря на 1000 населення, тоді як у країнах ЄС показники останніх років перебувають на рівні ~4,2/1000 (Швеція) та ~3,3/1000 (Бельгія) [34]. Це підкреслює потребу у виваженому кадровому плануванні, зокрема в первинній ланці та реабілітаційних напрямках.

В умовах війни відсутність інтегрованого кадрового прогнозування між МОН і МОЗ посилює ризики: обсяги набору та профілі підготовки не завжди синхронізовані з клінічною потребою, яку відображають дані НСЗУ/eHealth [33]. Ключовими інструментами підвищення стійкості є:

- розбудова єдиних реєстрів фахівців і закладів у межах eHealth,
- формування прозорих вимог до цифрових і клінічних компетентностей у стандартах освіти,

- наскрізний моніторинг якості через акредитацію та незалежні оцінювання (ЄДКІ, у т.ч. ОСП(К)І/OSCE).

Післядипломна освіта й БПР мають бути фокусом адаптації: урядове регулювання БПР і нові формати обліку кредитів/активностей забезпечують «навчання упродовж життя» та оперативне перепрофілювання, зокрема для тактичної медицини й реабілітації [35]. У ЄДКІ передбачено поєднання знаннєвих і практикоорієнтованих компонентів (OSCE/ОСП(К)І), що уможлиблює перевірку інтегрованих компетентностей і безпечної клінічної практики.

Цифровізація є системним імперативом для забезпечення безперервності навчання і медичної допомоги в кризових умовах. Глобальна стратегія ВООЗ з цифрового здоров'я (2020–2025) та Регіональний план дій для Європи (2023–2030) задають орієнтири для державних політик і інституційних стратегій ЗВО щодо телемедицини, інтеперабельності реєстрів, аналітики даних і етичного застосування ШІ [36]. В Україні нормативне поле телемедицини та розвиток eHealth формують рамку для інтеграції цифрових практик у клінічну та освітню діяльність; академічні огляди відзначають поступ у реєстрах і сервісах, водночас підкреслюючи виклики інтеперабельності та захисту даних [37].

Окремим компонентом є симуляційні та VR-технології у змішаному навчанні: систематичні огляди демонструють їхню ефективність у формуванні процедурних умінь, командної взаємодії та прийняття рішень, що особливо критично для рідкісних/високоризикових сценаріїв.

Університетські клініки - центральний інструмент інтеграції навчання, науки й клініки. У світі (напр., Charité, Karolinska) вони поєднують фінансування, дослідження та трансфер інновацій. В українському контексті триває активний розвиток УК, зокрема аналізуються моделі інтеграції клінічних баз із Львівським національним медичним університетом імені Данила Галицького, включаючи проєкти на базі Львівської обласної клінічної лікарні та реабілітаційного центру "Незламні" (Unbroken University). Ці

установи у воєнний час стають центрами кризової медицини та реабілітації, що забезпечують необхідну адаптивність СОЗ до нових медичних потреб. в Україні формується концепція сучасної університетської лікарні на засадах міжнародних стандартів, у т.ч. через пілотні проєкти у Львові. Розбудова реабілітаційних екосистем під час війни (напр., UNBROKEN) демонструє, як інституційні партнерства підсилюють клінічну підготовку й мультидисциплінарні компетентності майбутніх лікарів. Для управління такою екоструктурою доцільно застосовувати KPI-рамку, що охоплює:

- якість клінічної практики студентів/інтернів (у т.ч. OSCE-метрики),
- наукову продуктивність,
- цифрову зрілість процесів,
- залучення міжнародних партнерів
- безпеку пацієнта та культуру доброчесності .

Таблиця 1.1.

Напрямок оцінки KPI для університетських клінік

Напрямок оцінки KPI для університетських клінік	Ключовий фокус	Стратегічна роль у адаптації
Медичний	Якість і результативність надання медичних послуг.	Забезпечення якості медичної допомоги.
Освітній	Ефективність підготовки медичних кадрів (інтеграція клініки в навчання).	Підвищення адаптивності та практичних навичок.
Науковий	Інтеграція досліджень у клінічну практику (доказова медицина).	Перетворення УК на центри кризової інновації (швидке впровадження нових протоколів).
Економічний	Оптимальне використання фінансових і матеріальних ресурсів.	Забезпечення фінансової стійкості та прозорості.
Соціальний	Рівень задоволеності пацієнтів, персоналу та доступ до якісної допомоги.	Підвищення довіри населення та соціального консенсусу.

Джерело: узагальнено автором на основі [38; 39].

Запровадження системи ключових показників ефективності (КПІ) за соціальним напрямом - насамперед через регулярне вимірювання досвіду та задоволеності пацієнтів (PREMs) - зміщує акцент із процесуальної відповідності (традиційна модель) на вимірювання результатів і пацієнтоорієнтованості, що відповідає сучасним підходам публічної політики у сфері охорони здоров'я [38]. Перехід до outcome-орієнтованих метрик узгоджується з практикою стратегічної закупівлі медичних послуг та оплатою за результатами, які поетапно інтегрувалися у Програму медичних гарантій з 2021 року [39]. Водночас розширення організаційно-фінансової автономії закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) у рамках моделі державних фінансових гарантій дає змогу диверсифікувати джерела доходів, у т.ч. залучати грантове фінансування для освітньо-тренінгових центрів і симуляційних лабораторій, зменшуючи залежність від державного бюджету.

Професійна мобільність медичних працівників, належно врегульована і підтримана інструментами БПР, може перетворитися з чинника відтоку кадрів на джерело трансферу знань, технологій і управлінських практик [40]. Нормативне поле БПР поступово уніфікується: базові засади системи закріплено Постановою КМУ № 725 (14.07.2021) [35, 41], деталізовано галузевими наказами про атестацію (напр., наказ МОЗ № 650 від 16.04.2025) [42] та комплексними законодавчими змінами щодо підготовки, БПР і професійної діяльності у сфері охорони здоров'я [41]. Для України в умовах війни й демографічного тиску пріоритетними є програми коротких стажувань, міжрегіональних ротацій і повернення кадрів, що кореспондує з висновками аналізу ринку праці у сфері здоров'я ВООЗ/Європа [40].

Комплексна відповідь має включати фінансові й нефінансові стимули: конкурентну оплату, прозорі треки кар'єрного зростання, а також інструменти територіальної мобільності. Дієвим прикладом є цільові житлові програми для медиків (зокрема «Оселя»), що знижують бар'єри до працевлаштування у дефіцитних громадах завдяки пільговому іпотечному кредитуванню (3–7%). Поєднання таких стимулів із вимогами до участі у БПР (накопичення балів,

підтвердження компетентностей) формує збалансовану модель залучення і закріплення кадрів у регіонах підвищеного ризику [43].

Створення багаторівневого кадрового резерву управлінських і клінічних позицій у ЗОЗ має спиратися на демографічні, геопросторові та безпекові дані й супроводжуватися вимогами до психоемоційної стійкості та готовності до роботи в умовах невизначеності. Систематичне оцінювання компетентностей через БПР та атестаційні процедури (у т.ч. за оновленим порядком) мінімізує ризики операційних збоїв і професійного вигорання.

ПМА є ключовими партнерами держави в оновленні стандартів безперервної освіти, розробленні клінічних рекомендацій і розвитку саморегуляції професії. У 2024 році Верховна Рада ухвалила за основу урядовий законопроект щодо професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я (Постанова ВРУ № 3790-IX від 06.06.2024), який передбачає інституціалізацію палат і делегування частини регуляторних функцій професійній спільноті [44]. Міжнародні аналітичні огляди підкреслюють, що професійне самоврядування, за умов прозорості та підзвітності, підсилює безпеку пацієнтів і якість послуг [45].

Якість підготовки фахівців медицини оцінюється за поєднанням освітніх результатів, професійних стандартів і зовнішніх бенчмарків. Складова ЄДКІ з міжнародними компонентами (зокрема IFOM) була апробована в Україні у 2019 році; за підсумками пілоту МОЗ і Центр тестування оприлюднили аналітичні висновки та дані щодо розбіжностей у результатах, що стало підставою для подальшого методичного вдосконалення [46]. Водночас поступ держави у запровадженні оплати за якість у системі фінансування послуг створює вікно можливостей для інтеграції PREMs/PROMs як KPI і в освітні, і в клінічні цикли (від симуляцій до практик), наближаючи підготовку до реальних вимог пацієнтоорієнтованого сервісу [47].

ЄДКІ, зовнішні стандартизовані іспити й результати навчання мають доповнюватися вимірюванням досвіду пацієнта (PREMs) та результатів, повідомлених пацієнтом (PROMs), для повнішої картини якості підготовки і

практики [11; 12; 20]. Для первинної ланки НСЗУ уже з 2019 року рекомендувала інструментарій оцінювання якості практики (GPAQ/GPAS) та інші опитувальники — як елемент внутрішнього менеджменту якості [48], що кореспондує з рекомендаціями ОЕСР і ВООЗ [47].

Запровадження систем управління якістю та цифровізація бізнес-процесів у закладах вищої освіти (зокрема впровадження процесного підходу відповідно до ISO 9001:2015) розглядаються як інструменти підвищення стійкості та безперервності освітнього процесу в умовах воєнних загроз. Вони мають бути підкріплені KPI у контрактах керівників ЗВО і диференціацією фінансування залежно від продемонстрованих освітніх і науково-клінічних результатів. Додатковим драйвером є міжнародні проєкти цифрової трансформації медичної освіти (Erasmus+ UkraineDigiTrans, 2024–2027), що поєднують розвиток цифрових і педагогічних компетентностей НПП і впровадження симуляційних та гібридних курсів [49].

Сучасна модель управління якістю медичної освіти в Україні поступово переходить від фрагментарного, процесуального підходу до інтегрованої, результатно-орієнтованої архітектури. Її опорними елементами є:

- регуляторно закріплена система БПР і атестації, що підтримує мобільність і підвищення кваліфікації;
- інституційне посилення ролі професійного самоврядування для швидкої адаптації стандартів до клінічної практики;
- імплементація PREMs/PROMs як невід’ємної складової KPI на перетині освіти та практики;
- інвестиції в цифровізацію та системи менеджменту якості ЗВО, з орієнтацією на безперервність та безпеку освітнього процесу.

Сукупність цих кроків наближає публічно-управлінський дискурс до цінностей «безпечність — адаптивність — стійкість», що є ключовими для післявоєнного відновлення сектора підготовки медичних кадрів в Україні.

РОЗДІЛ 2

ФОРМУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПРОФЕСІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛІКАРІВ

2. 1 Університетські клініки, як модель формування професійної компетентності лікарів у системі управління якістю медичних послуг

Освіта є базовою передумовою професійної компетентності лікарів і безпосередньо впливає на якість медичної допомоги. Сучасний дискурс у медичній освіті зміщується від передавання фактологічних знань до формування здатності діяти в складних клінічних ситуаціях, застосовувати критичне мислення, дотримуватися етичних стандартів і працювати в міжпрофесійних командах [50]. Ми поділяємо думку, що якість медичних послуг, що надаються споживачеві (пацієнту), безпосередньо залежить від підготовки фахівців медичної галузі і має бути стало високою та незалежною від трансформацій в цій галузі.

Однією з ключових передумов якості є інтеграція досягнень науки й технологій у навчальний процес. Досвід провідних профільних навчальних центрів показує, що симуляційне навчання (зокрема високофідельна симуляція, віртуальні пацієнти, VR/AR-середовища) покращує засвоєння знань і формування клінічних навичок та зменшує ризики в реальній практиці [51]. Емпіричні огляди останніх років також демонструють ефективність цифрової освіти (e-learning, змішане навчання) для різних медичних спеціальностей і результатів навчання [52, 53, 54]. Також не можемо не відмітити мотивацію викладачів медичних професій до участі в програмах розвитку викладацького складу. Вона виходить за рамки традиційного «батога та пряника» зовнішніх винагород чи покарань; вона корениться в їхній внутрішній мотивації підвищувати кваліфікацію викладачів та виконувати свою роль у цифровій освіті. Незважаючи на вимоги щільного клінічного та

професійного робочого графіка, активна участь в інтенсивних програмах розвитку викладачів узгоджується з потребою в міжпрофесійному нетворкінгу та постійними вимогами цифрової освіти [55].

Професійна компетентність підтримується безперервним професійним розвитком (БПР/CPD). На рівні Європи це забезпечується через системи акредитації UEMS/EACCME, які гармонізують вимоги до CME/CPD, визнаються в низці країн та мають угоди про взаємне зарахування кредитів з АМА (США) і RCPSC (Канада) [56, 57]. Міжнародна співпраця та академічна мобільність підсилюють якість підготовки лікарів через обмін кращими практиками, проходження стажувань і участь у спільних освітніх проєктах. Рамкові документи ВООЗ щодо міжпрофесійної освіти підкреслюють, що така колаборація є одним із найдієвіших механізмів посилення кадрового потенціалу систем охорони здоров'я; програми Erasmus+ створюють сталі канали для мобільності студентів і стажувань у клініках ЄС [58].

Зв'язок навчання з практикою забезпечується компетентнісними моделями та інструментами на кшталт «доручуваних професійних діяльностей» (EPAs), що дозволяють поетапно консолідувати клінічну автономію під наглядом досвідчених наставників [59].

Університетські клініки відіграють системоутворювальну роль, поєднуючи лікування, освіту та науку (т. зв. «потрійна місія»). Вони є вузлами інновацій і трансляційних досліджень, платформами для міжпрофесійної освіти й впровадження технологій (від симуляційних центрів до цифрових рішень), а також мають розгалужені мережі партнерств із промисловістю та академічними інститутами. За низкою емпіричних досліджень, лікування у великих навчальних (teaching) лікарнях пов'язане з кращими клінічними результатами для поширених станів, що опосередковано підтверджує ефекти навчального середовища на якість [60].

Якість медичної допомоги, згідно зі спільним звітом ВООЗ–ОЕСР–Світового банку, є глобальним імперативом для досягнення загального охоплення послугами та потребує системних підходів до безпеки пацієнтів,

управління знаннями і безперервного вдосконалення. Університетські клініки, маючи інтегровані контури освіти, досліджень і клінічної практики, є природними провайдерами таких підходів; їхні освітні програми доцільно узгоджувати з глобальними стандартами WFME (у т. ч. для базової медичної освіти та CPD), що дає можливість вибудовувати внутрішні системи забезпечення якості та зовнішньої акредитації [61].

Вектор цифровізації, за даними ОЕСР, посилює вимоги до ефективного управління ресурсами клінік, оптимізації процесів та впровадження даних у прийняття рішень; в університетських лікарнях це поєднується з потребою у диверсифікованому фінансуванні (клінічні доходи, гранти, філантропія, державно-приватні партнерства) для підтримки освітніх і наукових місій.

Для аналітичного порівняння освітнього й дослідницького потенціалу інституцій доцільно враховувати провідні міжнародні рейтинги. QS World University Rankings зосереджує увагу, зокрема, на академічній та роботодавчій репутації, цитованості, міжнародній привабливості й зв'язках з ринком праці [62]. Методологія Times Higher Education World University Rankings охоплює п'ять блоків (навчання, дослідження, цитування, міжнародний вимір, доходи від промисловості) з прозорими ваговими коефіцієнтами [63]. Правильне прочитання цих методологій дозволяє адекватно оцінювати спроможність університетів і пов'язаних з ними клінік як середовищ формування компетентностей лікарів.

Показник «академічна репутація» у QS формується на основі глобального опитування науково-педагогічної спільноти, що оцінює університети за результатами викладання та досліджень; у флагманському рейтингу він має найбільшу вагу (30%) [64]. «Репутація серед роботодавців» базується на міжнародному опитуванні роботодавців і відображає підготовленість випускників до можливості професійної діяльності як самостійно так і в складі команди висококваліфікованих фахівців (15%) [64]. «Співвідношення викладачів до студентів» вимірює доступність академічного персоналу для навчання й наставництва, особливо враховується можливість

залучення візит-професорів до індивідуальних майстер класів, або практичних занять (10%) [65]. Цитованість наукових праць у QS враховується через індикатор Citations per Faculty (20%), для якого використовують дані бази Elsevier Scopus [66]. Індикатори міжнародної залученості включають частки міжнародних викладачів і студентів (по 5%), а також міжнародну дослідницьку мережу (International Research Network, 5%), що оцінює сталість та географічну різноманітність співавторських зав'язків; з 2024–2025 рр. додано також результативність працевлаштування випускників (5%) і сталий розвиток (5%) [67]. Загалом, QS поєднує репутаційні опитування, що дає можливості встановити зворотній зв'язок від роботодавців, та випускників з бібліометрією та показниками інтернаціоналізації, використовуючи Scopus як джерело для дослідницьких метрик. Особливу увагу необхідно звернути на залучення візит-професорів, та ті навички які отримуються від проходження навчання під їх керівництвом.

Серед лідерів загального QS 2025 переважають університети США та Великої Британії (MIT, Imperial, Oxford, Harvard, Cambridge, Stanford тощо), що відображає їхню концентрацію наукових ресурсів, міжнародних партнерств і репутаційного капіталу; водночас ETH Zürich стабільно репрезентує континентальну Європу в топ-10 [68]. У контексті європейської медичної освіти та досліджень коректніше говорити про варіативність позицій, зумовлену масштабом фінансування, публікаційними профілями й інтернаціоналізацією, а не «брак маркетингу»: наприклад, Heidelberg, Leiden та Copenhagen демонструють сталі результати в предметній галузі «Medical and Health» за THE [69, 70, 71].

Рейтинг Times Higher Education (THE) використовує оновлену методологію (WUR 3.0/3.1) з 18 індикаторів, згрупованих у п'ять блоків: «Teaching (learning environment)», «Research environment», «Research quality», «International outlook», «Industry (income & patents)»; бібліометричні дані постачає Elsevier (Scopus). На відміну від QS, THE менше спирається на опитування роботодавців, натомість сильніше акцентує якість досліджень

(citation impact, excellence, influence) і трансфер знань/зв'язки з індустрією («Industry»). Предметні таблиці THE у галузі «Clinical, pre-clinical & health / Medical and Health» ґрунтуються на тих самих 18 показниках із предметно-специфічними вагами; історично Оксфордська медична школа очолювала рейтинг (зокрема у 2019 р.). З огляду на порівняння QS і THE, варто уникати прямолінійних висновків на кшталт «європейські школи менше уваги приділяють глобальній співпраці»: обидва провайдери вимірюють інтернаціоналізацію, однак використовують різні метрики та ваги (QS — International Faculty/Students і IRN; THE — «International outlook» як складник із кількома підіндикаторами). Отже, інтерпретація позицій має спиратися на читання методології, профіль предметної галузі та інституційні стратегії публікаційної активності.

Додатковим індикатором конкурентоспроможності, який часто цікавить абітурієнтів, є рівень прийому (acceptance/admission rate) — відношення кількості зарахованих до кількості поданих заяв. У практиці звітності IPEDS (США) цей показник визначають як admitted/applicants, а пов'язані довідники (Common Data Set) забезпечують порівнюваність даних між закладами [72]. У високоселективних медичних програмах низький рівень прийому водночас віддзеркалює і конкуренцію, і ресурсну місткість програм (клінічні бази, наставництво, симуляційні центри), однак сам по собі не є універсальним показником «якості» без урахування навчального середовища, результатів досліджень і кар'єрних траєкторій випускників.

Нарешті, коректні приклади європейських інституцій, що стабільно демонструють високу результативність у медицині та суміжних напрямках: Heidelberg University (DE), Leiden University (NL), University of Copenhagen (DK); а ETH Zürich (CH) — не «Цюрихський університет», а Швейцарська федеральна політехніка, яка посідає чільні місця у загальних рейтингах та у біомедичних/інженерно-медичних напрямках унаслідок потужної міждисциплінарної екосистеми. Такі приклади підтверджують, що хоча «топ-

10» часто домінують англо-американські університети, європейські академічні медичні центри залишаються глобально конкурентними у своїх спеціалізаціях.

Таблиця 2.1.

Класифікація університетських лікарень за моделями фінансування та організаційною структурою

Модель	Джерела фінансування	Організаційні особливості	Типові приклади
Державна	Переважно публічні кошти (бюджети земель/регіонів, страхові фонди в системах обов'язкового медичного страхування), цільові програми та гранти	Високий рівень інтеграції з університетом; підзвітність органам публічної влади; наука й освіта — складові мандату	Charité – Universitätsmedizin Berlin (власник — земля Берлін; корпорація публічного права); Karolinska University Hospital (призначена університетська лікарня Регіону Стокгольм; інтегрована з Karolinska Institutet)
Змішана	Поєднання державних платежів/контрактів із можливістю позабюджетних надходжень (гранти, благодійність, приватні послуги у визначених межах)	Автономія в межах публічного мандату; можливість приватної діяльності з обов'язковим реінвестуванням у систему	NHS Foundation Trusts (Англія): Oxford University Hospitals, Cambridge University Hospitals, Imperial College Healthcare (наявні наукові платформи NIHR; приватні підрозділи з реінвестуванням доходів)
Приватна (переважно некомерційна)	Платежі страхових систем (приватне страхування, Medicare/Medicaid у США), гранти (зокрема NIH), благодійність і дарунки	Висока управлінська автономія; потужна дослідницька інфраструктура; активні партнерства з індустрією	Mayo Clinic; Cleveland Clinic; Johns Hopkins Medicine (підтримка NIH і філантропія; освітня та дослідницька місія)

Джерело: узагальнено автором на основі [65-87].

Університетські лікарні (університетські шпиталі, академічні медичні центри) функціонують у різних організаційно-правових формах, що зумовлюються моделлю фінансування, рівнем державної підтримки та

ступенем інтеграції з університетами. Узагальнення світового досвіду дає підстави виділити три найбільш поширені моделі: державну, змішану та приватну (переважно некомерційну). Їхні ключові характеристики подано в (табл. 2.1).

У Канаді університетські (науково-дослідні) лікарні в межах провінційних систем фінансуються переважно державою, однак суттєву роль відіграють благодійні фонди та гранти, що фактично формує змішану модель з домінуванням публічних джерел.

Кожна з існуючих моделей має унікальні характеристики, що впливають на механізми фінансування, організаційну структуру, рівень інтеграції з університетами та автономію в управлінських рішеннях. На основі системного аналізу функціонування провідних світових університетських клінік пропонується універсальна класифікація, яка поєднує критерії джерел фінансування та організаційно-структурних підходів (табл. 2.1). Ця класифікація забезпечує чітке розмежування моделей УК відповідно до їхніх ключових структурних детермінант.

Державна модель може реалізуватися як у базовому форматі (співпраця кількох державних університетів із багатoproфільними лікарнями), так і в інтегрованій формі, коли клініка є структурним підрозділом університету, що забезпечує синергію освітніх, наукових і клінічних завдань. Такий підхід максимізує ефективність використання публічних ресурсів, гарантуючи високу якість медичних послуг і підготовки фахівців.

Державна модель: приклад Charité (Берлін).

Правовий статус і власність. Charité – Universitätsmedizin Berlin є корпорацією публічного права, корпоративним членом Вільного університету Берліна та Берлінського університету імені Гумбольдта; власником є земля Берлін [73]. Заснована як шпиталь під час епідемії чуми (1710 р.), Charité належить до найстаріших клінічних комплексів Німеччини.

Наукова репутація. Історично Charité пов'язана з численними лауреатами Нобелівської премії з фізіології або медицини (зокрема Е. фон

Берінг, Р. Кох, П. Ерліх) — понад половина німецьких лауреатів мають відношення до закладу [74].

Фінансування й інтеграція в систему охорони здоров'я. Клінічна діяльність оплачується в рамках німецької системи обов'язкового медичного страхування (GKV), значною мірою через DRG-тарифи (G-DRG); інвестиційні видатки лікарень у Німеччині традиційно належать до компетенції земель (двоканальна модель) [75]. Такий дизайн поєднує стабільність публічного фінансування з конкуренцією за якість і обсяг наданих послуг. Показово, що зміна системи госпітального фінансування замість оплати за день чи послугу переходять на оплату за випадок — через діагностико-пов'язані групи (DRG) значно збільшило активність госпіталів — кількість виписок зросла приблизно на 20 % протягом десяти років, що приблизно ~2 % на рік. Попри очікування, що DRG призведе до скорочення середньої тривалості перебування (ALOS), не було емпіричної підтвердження значущого скорочення ALOS у даних на рівні країни. Результати вказують на те, що реформа посилила виконання випадків (case-based), але не автоматично призвела до більш короткого перебування пацієнтів.

Ключові характеристики державної моделі Шаріте.

Державне фінансування та доступність: Фінансування Шаріте переважно здійснюється з державного бюджету (земля Берлін), що забезпечує загальну доступність медичних послуг незалежно від фінансового статусу пацієнта. Додаткові надходження формуються за рахунок грантів на наукові дослідження, клінічні випробування та міжнародні проекти [76].

Інтеграція в систему страхування: Шаріте є невід'ємною частиною німецької системи обов'язкового медичного страхування (Gesetzliche Krankenversicherung), де більшість послуг покривається страховими фондами, що сприяє рівному доступу до високоякісної медичної допомоги.

Підзвітність і прозорість: Як державна установа, клініка підзвітна федеральним та земельним органам влади, що гарантує прозорість у

фінансуванні та управлінні. Регулярна звітність дозволяє контролювати ефективність витрат та впровадження інновацій.

Комплексна соціальна роль: Шаріте активно бере участь у громадських програмах, включаючи профілактику захворювань, просвітницьку діяльність, а також відіграє ключову роль у наданні медичної допомоги під час кризових ситуацій.

Інноваційний потенціал. Завдяки стабільному державному фінансуванню, Шаріте може інвестувати значні кошти у новітні технології, цифровізацію (зокрема, використання штучного інтелекту та аналізу великих даних), а також брати участь у масштабних мультидисциплінарних наукових проєктах.

Інтеграція з Берлінським університетом ім. Гумбольдта та Вільним університетом Берліна робить Шаріте лідером у підготовці медичних фахівців, забезпечуючи поєднання теоретичної освіти та практичного досвіду в умовах сучасної клініки.

Державна модель: приклад Karolinska University Hospital (Стокгольм).

Karolinska University Hospital — призначена університетська лікарня Регіону Стокгольм, що забезпечує вторинну й високоспеціалізовану допомогу, а також виконує мандат із досліджень та освіти у співпраці з Karolinska Institutet [77].

Фінансування. Клініка фінансується переважно через бюджет Регіону Стокгольм (Region Stockholm), який відповідає за організацію та розподіл коштів на охорону здоров'я в регіоні.

Доступність. Система державного страхування забезпечує мінімальні фінансові бар'єри для пацієнтів, гарантуючи широкий спектр послуг.

Інтеграція з наукою. Як клінічна база Каролінського інституту, клініка бере участь у численних міжнародних та національних дослідницьких проєктах і клінічних випробуваннях.

Інновації. Лікарня є лідером у впровадженні інноваційних технологій, включаючи персоналізовану медицину, роботизовану хірургію та

застосування штучного інтелекту в діагностиці, що підкреслює високу роль держави у стимулюванні науково-технологічного прогресу в медицині [78]. Організаційно-фінансово лікарня підзвітна регіональній владі (Region Stockholm), відповідальній за систему охорони здоров'я регіону. Структура «університет—клініка—регіон» забезпечує інтеграцію клінічної практики з трансляційними дослідженнями та підготовкою кадрів.

Змішана модель: університетські лікарні NHS Foundation Trusts (Велика Британія). Змішана модель є однією з найпоширеніших у світі, поєднуючи публічні ресурси з приватними інвестиціями [79]. У Великій Британії ця модель успішно реалізується через NHS Foundation Trusts, які є автономними організаціями в межах Національної служби охорони здоров'я (NHS) [80].

Джерела фінансування. Державне фінансування (NHS): Забезпечує базову діяльність, включаючи оплату праці персоналу та надання безкоштовних послуг. Приватне фінансування: Залучається через платні послуги (для пацієнтів, які бажають отримати додаткові сервіси), наукові гранти від приватних фондів, та комерційну співпрацю (наприклад, з фармацевтичними компаніями).

Автономія та гнучкість. Фонди Trusts мають право самостійно управляти своїм бюджетом, укладати угоди та залучати інвестиції, що дозволяє їм оперативно адаптуватися до місцевих потреб і фінансових пріоритетів.

Академічна інтеграція. Університетські клініки (наприклад, при Оксфордському чи Кембриджському університетах) є ключовими базами для медичної освіти та досліджень. Значна частина приватного фінансування спрямовується на наукові гранти, що стимулює розробку інноваційних методів лікування.

Рівний доступ. Незважаючи на залучення приватного капіталу, клініки в межах NHS Foundation Trusts зобов'язані дотримуватися принципу рівного доступу до базових медичних послуг для всіх громадян.

Статус та автономія. NHS Foundation Trusts — автономні публічно-правові корпорації в системі NHS Англії, що поєднують публічний мандат із ширшими управлінськими повноваженнями та фінансовою відповідальністю. Законодавчі зміни 2012 р. скасували «історичні» обмеження приватних надходжень і встановили верхню межу до 49% для доходів від приватних пацієнтів (для foundation trusts), зберігаючи пріоритет NHS-діяльності та механізми підзвітності.

Приклади інтеграції «клініка—університет—наука».

— Oxford University Hospitals: один із найбільших teaching trusts, партнер NIHR BRC; Foundation Trust від 2015 р. [81].

— Cambridge University Hospitals: ядерний елемент Cambridge Biomedical Campus; партнер NIHR Cambridge BRC [82].

— Imperial College Healthcare: великий академічний trust; приватний підрозділ Imperial College Healthcare Private Care працює в межах NHS-лікарень із реінвестуванням приватних доходів у послуги Trust'у [83].

Така змішана конфігурація забезпечує рівний доступ до базових NHS-послуг на публічні кошти, одночасно створюючи канали для інновацій і модернізації за рахунок грантів і контрольованої приватної активності.

Приватна (переважно некомерційна) модель: досвід США.

Фінансові джерела. Американські академічні медичні центри (АМЦ) поєднують клінічну діяльність, освіту (GME) та дослідження; їхня дохідна база складається з оплат приватних страховиків, програм Medicare/Medicaid, грантів (насамперед NIH), а також філантропії [84]. Medicare підтримує підготовку лікарів через DGME та IME платежі до teaching hospitals, визначені за формулами IPPS; у 2018 р. сукупні виплати становили близько 15 млрд дол. США.

Роль благодійності та грантів.

— Mayo Clinic: некомерційна установа з розгалуженою філантропічною підтримкою, що спрямовується на клініку, освіту та дослідження [85].

— Cleveland Clinic: масштабні благодійні кампанії (понад 2,6 млрд дол. за 10 років), адресна підтримка досліджень та інновацій [86].

— Johns Hopkins Medicine/University: один із лідерів за фінансуванням НІН (понад 842,9 млн дол. у 2023 р.), має сталу традицію цільових дарунків на науку й освіту [87].

Висока автономія та корпоративне управління. Приватні УК мають високий рівень автономії у прийнятті фінансових та управлінських рішень. Керівництво часто здійснюється Радою директорів, що включає представників бізнесу та благодійних організацій.

Пріоритет інновацій та досліджень. Значна частина фінансування спрямовується на клінічні випробування та розробку нових технологій. УК є основними центрами інновацій, активно співпрацюючи з фармацевтичними та біотехнологічними компаніями.

Спеціалізовані та ексклюзивні послуги. Приватна модель часто сприяє наданню високоспеціалізованих та інноваційних послуг (персоналізована медицина, роботизована хірургія), орієнтованих на платоспроможного пацієнта.

Приклади світових лідерів у межах приватної моделі: Мейо Клініка (Mayo Clinic) – відома своїм пацієнт-орієнтованим підходом та інвестиціями у персоналізовану медицину; Клівлендська клініка (Cleveland Clinic) – лідер у кардіохірургії та трансплантації органів; та Джонс Гопкінс Медицина (Johns Hopkins Medicine) – провідний центр у медичній освіті та дослідженнях, зокрема в неврології та генетиці.

Перевагами моделі є висока управлінська автономія, потужна дослідницька інфраструктура та швидка інноваційна динаміка; виклики пов'язані з фінансовою доступністю й чутливістю до змін у політиках відшкодування.

2. 2 Втрати кадрового потенціалу в результаті збройної російської агресії

Кадровий компонент визначає результативність будь-якої системи, а в охороні здоров'я — безпосередньо впливає як на індивідуальне здоров'я громадянина, так і на показники громадського здоров'я. Проблематика кадрового потенціалу вітчизняної системи охорони здоров'я була актуальною і в довоєнний період, однак із початком повномасштабного вторгнення вона набула критичного характеру. Йдеться не лише про кількісну достатність персоналу, а й про відповідність компетентностей вимогам воєнного часу (медицина катастроф, робота в умовах обстрілів, психологічна стійкість тощо)

Ще до 2022 р. міжнародні організації фіксували структурні дисбаланси на ринках праці в охороні здоров'я: старіння кадрів, дефіцит у низці спеціальностей, нерівномірний розподіл між регіонами, а також посилення залежності окремих країн від імміграції медиків. Звіти ВООЗ/Європа (2022—2025) ілюструють, що дефіцити стали системними навіть у розвинених державах, а частка лікарів і медсестер, підготовлених за межами країни працевлаштування, зростає [88].

У випадку України вплив війни наклався на наслідки пандемії COVID-19 та попередні недоліки кадрової політики. Воєнні дії зумовили зовнішню та внутрішню міграцію медичних працівників, загибель і травмування персоналу внаслідок атак на систему охорони здоров'я, руйнування/пошкодження закладів і тимчасову або тривалу недоступність робочих місць у прифронтових і деокупованих територіях [89].

Паралельно змінювалася структура потреб у медичній допомозі: зросла вага травматології, невідкладної, реабілітаційної та психічного здоров'я, що вимагало швидкого перерозподілу та перепідготовки кадрів. МОЗ та партнери розгортали програми підсилення первинної ланки (зокрема, mhGAP і нові пакети Програми медичних гарантій), що уможливило розширення компетентностей сімейних лікарів у сфері психічного здоров'я [90].

Втрата кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України є багатовимірною проблемою, що охоплює прямі демографічні втрати, масове руйнування фізичного капіталу (інфраструктури) та втрату інституційного контролю над персоналом на тимчасово окупованих територіях. Прямі втрати є найбільш незворотною формою шкоди, яка безпосередньо знижує наявний запас людського капіталу.

Прямі втрати, пов'язані із загибеллю та пораненням медичних працівників, є кричущим порушенням фундаментальних принципів гуманітарного права. На початковому етапі повномасштабного вторгнення (станом на липень 2022 року) Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України офіційно підтвердило загибель 14 та поранення 48 цивільних медпрацівників [91]. Ці дані відображали лише офіційно задокументовані випадки в цивільних лікарнях на підконтрольній території.

Проте подальші оцінки міжнародних організацій та інших досліджень демонструють значно більші масштаби. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), станом на серпень 2024 року було зафіксовано 166 смертей медиків та пацієнтів внаслідок російських атак на медичну систему України [92]. Інші масштабні дослідження, проведені Міжнародним комітетом порятунку (IRC) спільно зі ZDOROVІ у 2024 році, зазначають, що з початку війни загинуло понад 100 медиків.

Значна розбіжність між ранніми офіційними даними (14 осіб) та пізнішими оцінками (понад 100 осіб) вказує на суттєві методологічні виклики обліку в умовах активного конфлікту. Така різниця свідчить про те, що початкові зведення МОЗ, ймовірно, мали вузьке визначення "цивільних медиків", що не включало військових медичних фахівців або персонал, загиблий на окупованих чи прифронтових територіях, або тих, чия загибель не була негайно підтверджена. Фактичний масштаб втрат кваліфікованих фахівців, які служили українській системі ОЗ, значно вищий за опубліковані цивільні дані. Це ускладнює точну оцінку втрат людського капіталу для цілей

повоєнного планування, оскільки реальна потреба у відновленні персоналу є недооціненою.

Особливо високий ризик смертності та травматизму зафіксований серед працівників екстрених служб. Дані ВООЗ показують, що працівники екстрених служб та медичний транспорт втричі частіше страждають від нападів порівняно з рештою медичного персоналу. Це підкреслює стратегічну вразливість першої ланки реагування та значний диспропорційний вплив на ключові сегменти КП.

Руйнування медичної інфраструктури виступає прямим інфраструктурним детермінантом втрати людського капіталу. Кваліфікований медичний фахівець не може функціонувати без належного робочого місця та обладнання. Таким чином, знищення лікарні призводить до "вторинної" втрати людського капіталу: фізично фахівець живий, але його продуктивна праця у певному регіоні стає неможливою.

Масштаб руйнувань є безпрецедентним. Станом на 2024 рік, понад 2400 об'єктів медичної інфраструктури було пошкоджено або зруйновано внаслідок повномасштабної війни. За іншими даними МОЗ, ця цифра становить понад 2300 об'єктів. Зокрема, станом на липень 2022 року 122 медичні установи були зруйновані вщент і не підлягали відновленню. Крім того, ворожими діями було знищено 85 автомобілів екстреної медичної допомоги, що критично обмежує можливість надання невідкладної допомоги та евакуації [93].

Перетворення втрати фізичного капіталу на географічний дисбаланс КП є ключовим наслідком. Масове руйнування інфраструктури змушує персонал залишати постраждалі регіони, перетворюючи їх на внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Це спричиняє значну регіональну дисперсію: надлишок персоналу та навантаження в безпечних зонах і повний колапс обслуговування у прифронтових або деокупованих районах. Отже, для відновлення людського капіталу недостатньо лише знайти фахівця; першочерговим завданням є

відбудова високотехнологічного робочого місця. Втрати інфраструктури, таким чином, призводять до незворотної географічної дисперсії кадрів.

Окрема форма втрати КП пов'язана з втратою контролю над закладами та персоналом на ТОТ. Станом на липень 2022 року 469 закладів охорони здоров'я перебували на окупованій території. Система ОЗ втрачає не лише інфраструктуру, але й інтегрований персонал.

На ТОТ фіксується критичний дефіцит як лікарів, так і ліків. Окупаційні адміністрації намагаються компенсувати нестачу місцевого особового складу шляхом перекидання військових та цивільних фахівців з російської федерації. Це свідчить про масовий виїзд або відмову місцевих українських медиків від співпраці [94].

Персонал, який залишається на ТОТ, стикається з примусовою асиміляцією, ідеологічним тиском та необхідністю працювати за стандартами окупаційної влади. Цей процес призводить до кадрової "фільтрації" та потенційної втрати компетенцій згідно з українською системою ОЗ. Навіть після деокупації, значна частина цього персоналу потребуватиме обов'язкової реінтеграції, підтвердження кваліфікації та психологічної допомоги, що є якісною, а не лише кількісною втратою.

В умовах триваючої війни на стан кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України впливає низка факторів, серед яких: внутрішня та зовнішня міграція, загибель медичних працівників, переорієнтація системи на потреби воєнного часу та погіршення психологічного клімату. Світові системи охорони здоров'я також зазнали значних потрясінь, що лише посилило в них симптоми кадрового дефіциту. Україна в цьому контексті не є винятком, про що неодноразово повідомляли фахівці на міжнародних майданчиках. Сучасні глобальні виклики, такі як епідемії, збройні конфлікти та старіння населення, зумовлюють зростання потреби в медичному обслуговуванні та загострення конкуренції за кваліфіковані кадри, яку розвинуті країни часто вирішують за рахунок міграції.

Внутрішнє переміщення медичних працівників є неминучим наслідком знищення інфраструктури та загрози життю. Хоча система охорони здоров'я забезпечує надання медичних послуг ВПО незалежно від місця проживання чи реєстрації, що є позитивним кроком для пацієнтів, це автоматично створює асиметричне навантаження на медиків у тилкових регіонах. Наслідки переміщення призводять до формування "подвійної" кадрової кризи. По-перше, виникає критичний дефіцит фахівців у постраждалих регіонах (схід та південь), де укомплектованість падає до аномально низьких показників. По-друге, регіони прийому (захід та центр) стикаються з надлишковим навантаженням на наявний персонал, а також на переміщених медиків, які інтегруються в нові робочі середовища. Це гіпернавантаження створює високий ризик професійного вигорання. Отже, кадрова дисперсія не вирішує проблему нестачі ЛК, а лише переносить і трансформує її, створюючи "приховану" нестачу через екстремальне навантаження.

Регіональні диспропорції є гострими, зокрема, у Харківській та Херсонській областях спостерігається 50%-ве скорочення медичного персоналу через переміщення та втрати. Дніпропетровська область, що стала ключовим центром прийому внутрішньо переміщених осіб із прифронтових зон, втратила 35% свого кадрового потенціалу: понад 1 800 медичних працівників покинули регіон через постійні обстріли, а 28% медичних закладів отримали пошкодження або повністю зруйновані, згідно з оцінкою UNDP 2023 року. Це призвело до зниження співвідношення лікарів до населення до 2,3 на 1 000 осіб, що значно нижче середньоукраїнського показника. Збережені медичні заклади працюють у режимі надмірного навантаження, оскільки на Дніпропетровщину припадає 17% військовопоранених, що потребують екстреної допомоги, за даними Міністерства охорони здоров'я. Втрати серед лікарів-спеціалістів (травматологів, реаніматологів) становлять 42%, що стримує можливості надання складної допомоги постраждалим із Запорізької та Донецької областей.

Зовнішня міграція медичних фахівців є найнебезпечнішою формою втрати ЛК, оскільки вона є найбільш незворотною. Аналіз показує, що українська система ОЗ мала значні передумови для міграції ще до повномасштабної війни. Наприклад, у 2020 році в одному лише Києві звільнилося понад 550 лікарів та 1200 осіб середнього медперсоналу, що свідчить про високий рівень "push factors" (факторів виштовхування). Середня зарплата в галузі становила 10 500 грн, що було неконкурентоспроможне порівняно з сусідніми європейськими країнами.

Хоча постановою Кабінету Міністрів України від січня 2022 року було встановлено мінімальну гарантовану заробітну плату на рівні 20 тис. грн для лікарів та 13,5 тис. грн для середнього медперсоналу, цей фінансовий стимул часто нівелюється військовими ризиками та значною інфляцією, особливо при порівнянні з ринками праці ЄС.

Фахівці, які виїхали як біженці до країн ЄС (наприклад, Чехії, Польщі), стикаються з мовними та регуляторними бар'єрами [95]. Однак, якщо ці медики докладають значних зусиль для подолання цих перешкод (вивчення іноземної мови, підтвердження дипломів, інтеграція у місцеві медичні колективи), ці "неповоротні витрати" (sunk costs) стають потужним аргументом проти повернення в Україну. Цей феномен отримав назву "Brain Drain Lock-In" (замикання відтоку мізків) [96]. Медики інтегруються в системи, які пропонують вищі зарплати, соціальні гарантії та, що найважливіше, відсутність військових ризиків. Відповідно, українська система охорони здоров'я не лише втрачає кадри під час війни, але й значно знижує ймовірність їхньої репатріації у повоєнний період.

Якісні втрати КП є найскладнішими для вимірювання, але мають глибокі довгострокові наслідки. Вони стосуються зниження продуктивності, якості прийняття рішень та здатності до емпатії у фахівців, які фізично залишаються в системі, але психологічно виснажені.

Українські медичні працівники функціонують під сукупним тиском, який значно перевищує нормативи, що призвело до поширення синдрому

хронічного вигорання. Дослідження IRC/ZDOROVІ, проведене серед майже 2000 фахівців у 10 найбільш постраждалих регіонах, виявило, що персонал перебуває під впливом "потрійного удару": незавершені реформи ОЗ, виснаження після пандемії COVID-19 та повномасштабна війна, що загострила гуманітарну кризу. Емоційне вигорання медичних працівників в умовах війни — це складний багатовимірний синдром, що характеризується хронічним емоційним та фізичним виснаженням, цинізмом або деперсоналізацією, а також зниженням відчуття професійної ефективності та особистих досягнень. Він виникає внаслідок тривалого впливу екстремальних стресових факторів, пов'язаних з роботою в умовах підвищеної небезпеки, інтенсивного емоційного навантаження, обмежених ресурсів та морально-етичних викликів, що притаманні медичній практиці під час військових дій [97].

Результати оцінки психічного здоров'я медиків вказують на критично високий рівень дистресу. Майже половина учасників опитування (46%) не мають оптимістичного бачення майбутнього. Відсутність оптимізму є прямим предиктором низької стійкості та наміру залишити професію або країну. Крім того, 30% медиків вдаються до нездорових способів зняття стресу, що включає потенціал для зловживання психоактивними речовинами або інші деструктивні механізми. Наявність у персоналу посттравматичних симптомів, таких як нічні жахіття про вибухи, прямо вказує на якісну деградацію їхнього психологічного стану.

Без термінового та ефективного впровадження психосоціальної підтримки (ПЗПСП), ці якісні втрати неминуче перетворяться на нову хвилю кількісних втрат через вихід фахівців із системи.

Якість робочого середовища та рівень інституційної підтримки є критичними для утримання кадрів. Дослідження виявило суттєві недоліки в управлінні персоналом у військовий час.

Хронічна нестача кадрів, що існувала ще до війни (укомплектованість по лікарях становила в середньому 81%), змушує наявних медиків працювати

понаднормово, посилюючи ризик вигорання. Водночас, 26% опитаних зазначили, що не отримують достатньої уваги від керівництва, а 32% респондентів не мають ефективних інструментів для подолання стресу. При цьому, 21% медиків не знають, де шукати допомоги [98].

Ситуація, коли майже чверть медиків відчуває відсутність підтримки керівництва, вказує на системну прогалину в управлінні кадровими ресурсами, а не на індивідуальні проблеми. Керівництво, яке саме перебуває під військовим та адміністративним тиском, часто не здатне забезпечити належну психосоціальну підтримку. Недостатність організованої ПЗПСП перетворює медичні заклади на джерела підвищеного стресу, прискорюючи вигорання та руйнуючи залишки командного духу, необхідного для функціонування в умовах конфлікту.

Таблиця 2.2.

Якісні маркери ерозії людського капіталу ОЗ

Показник психосоціального стану	Частка респондентів (%)	Критичність для утримання кадрів
Використання нездорових методів подолання стресу	30	Високий ризик залежності та виходу з професії
Відсутність оптимістичного бачення майбутнього	46	Прогнозування майбутнього відтоку кадрів
Відсутність уваги від керівництва	26	Криза інституційної підтримки та вигорання
Відсутність знань про джерела допомоги	21	Необхідність негайної інформаційної кампанії

Джерело: узагальнено автором на основі [98].

Ерозія людського капіталу в системі посилюється зростанням попиту на медичні послуги, особливо у сфері психічного здоров'я. За сім місяців 2024 року близько 300 тисяч українців звернулися зі скаргами на ментальне здоров'я до лікарів первинної ланки.

Це створює негативний цикл — "циклічне вигорання". Медики первинної ланки, які самі вже страждають від виснаження (46% без оптимізму), змушені надавати допомогу зростаючій кількості пацієнтів, травмованих війною. Це призводить до того, що пацієнтський стрес передається медику, який вже працює на межі своїх можливостей. Наслідком є зниження якості надання послуг ПЗПСП та прискорення професійної деградації самого медика, що ускладнює ефективне лікування населення.

РОЗДІЛ 3

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ПОВОЄНОЇ ВІДБУДОВИ

3.1 Використання міграції лікарів для модернізації фахової медичної підготовки в Україні

Професійна мобільність українських лікарів, що тривалий час розглядалася переважно крізь призму «відтоку мізків» та незворотних втрат для національної системи охорони здоров'я, насправді є найпотужнішим, ринково зумовленим каталізатором модернізації їхньої фахової підготовки. Міграційні процеси, попри очевидні ризики, створюють унікальні умови для системних реформ. Вони змушують до прямого зіткнення з міжнародними стандартами, висвітлюють ключові недоліки вітчизняної медичної освіти та практики, і, що найважливіше, надають чітку, прагматичну дорожню карту для перетворень. Мобільність перетворює абстрактну мету «модернізації» на конкретну необхідність, продиктовану вимогами глобальної конкурентоспроможності та виживання національної системи охорони здоров'я.

Професійна мобільність лікаря — це значно ширше поняття, ніж просто зміна місця роботи чи проживання. Це комплексна характеристика, що відображає здатність фахівця долати професійні стереотипи, засвоювати новітні технології та ефективно виконувати свої функції відповідно до сучасних соціокультурних та економічних умов. Ця якість є невід'ємною складовою професійної компетентності та включає в себе відкритість до інновацій, впевненість у власних силах при освоєнні нового досвіду, полівекторність мислення, здатність до критичного самоаналізу та об'єктивної оцінки своїх досягнень для подальшого зростання.

У соціологічному вимірі мобільність класифікують за різними критеріями, зокрема як вертикальну (зміна соціального статусу) та горизонтальну (переміщення в межах одного соціального рівня, включно з територіальним), а також індивідуальну та групову. Переміщення лікарів є складним соціальним феноменом, що охоплює всі ці виміри, а не лише економічну транзакцію. Важливою є еволюція термінології від негативно забарвленого «відтоку мізків» (brain drain), що означає перманентну втрату висококваліфікованих кадрів, до більш оптимістичних концепцій «циркуляції мізків» (brain circulation) або «притоку мізків» (brain gain). Ця зміна відображає зсув у політичному мисленні від спроб будь-що запобігти мобільності до стратегій управління нею. Сучасний підхід визнає, що міграція може посилювати людський капітал у країні походження через грошові перекази, трансфер знань і технологій, а також завдяки поверненню фахівців з новим досвідом та навичками [101]. Таким чином, виклик для України полягає не в тому, щоб збудувати стіну, а в тому, щоб налагодити мости для двостороннього потоку знань та компетенцій.

Рішення лікаря про міграцію є результатом складної взаємодії внутрішніх (виштовхуючих) та зовнішніх (притягуючих) факторів.

Фактори виштовхування (внутрішні проблеми).

Економічні чинники. Низький рівень заробітної плати є першочерговою та хронічною причиною трудової міграції медичних працівників. Істотна різниця в оплаті праці між Україною та країнами ЄС створює потужний економічний градієнт. Наприклад, дані по країнах Східної Європи показують, що лікар може заробляти в 6-10 разів більше в сусідніх країнах ЄС, що робить міграцію економічно неминучою для багатьох.

Професійні та системні недоліки. Окрім зарплат, вирішальну роль відіграють незадовільні умови праці: недостатня укомплектованість персоналом, відсутність сучасного обладнання, обмежені можливості для професійного зростання та кар'єрного просування, а також неоплачувані

понаднормові години [102]. Ці проблеми свідчать про системну неспроможність забезпечити гідне та стимулююче професійне середовище.

Соціально-політичне середовище. Загальна низька якість життя, невпевненість у майбутньому, корупція та негативна соціальна атмосфера також є значними факторами, що спонукають до виїзду.

Вплив повномасштабної війни. Вторгнення 2022 року стало потужним каталізатором міграційних процесів. Воно змусило багатьох медичних працівників покинути свої домівки заради безпеки, спричинило масове внутрішнє та зовнішнє переміщення, а також призвело до руйнування медичної інфраструктури [103].

Фактори притягання (переваги країн призначення):

Економічні стимули. Вищі заробітні плати та стандарти життя є найбільш очевидними притягуючими факторами.

Професійні можливості. Доступ до передових технологій, краще оснащені лікарні, структуровані програми безперервного професійного розвитку (БПР) та чіткі перспективи кар'єрного зростання є потужними мотиваторами для амбітних фахівців.

Стабільність системи. Прагнення працювати в стабільному політичному та правовому середовищі з кращими умовами праці є ключовим рушієм [101].

Аналіз цих факторів показує, що міграція є своєрідним діагностичним інструментом. Причини, що виштовхують лікарів з України, — це не просто перелік проблем, а точний діагноз слабких місць у системі медичної освіти та управління охороною здоров'я. Вони чітко вказують, де саме модернізація є найбільш нагальною. Якщо лікарі виїжджають через «неможливість професійного зростання» та відсутність доступу до «сучасних технологій», це прямо вказує на те, що система професійного розвитку та технологічної інтеграції не відповідає сучасним вимогам. Отже, модернізація освіти повинна включати розробку прозорих кар'єрних шляхів та навчання роботі з новітнім медичним обладнанням.

Отримати точні дані про міграцію медичних кадрів складно через неповну реєстрацію виїздів, однак наявна інформація дозволяє оцінити масштаби проблеми. Ще до повномасштабного вторгнення українці були четвертою за чисельністю групою нових мігрантів до країн ОЕСР. Війна 2022 року спровокувала безпрецедентне переміщення понад 14 мільйонів осіб, з яких майже 8,1 мільйона були зареєстровані як біженці в Європі. Хоча не всі з них є лікарями, цей контекст є критично важливим для розуміння тиску на систему.

Зниження щільності медичних кадрів: Щільність медичних працівників в Україні була нижчою за показники Західної Європи ще до 2022 року. Війна призвела до «істотного погіршення» цього показника, оскільки медики були змушені виїхати або стали внутрішньо переміщеними особами. Це значно зменшило кількість фахівців на передовій у той час, коли потреба в них є найгострішою. Демографічна криза: Система охорони здоров'я України стикається з проблемою старіння кадрів. Понад 50% лікарів первинної ланки мають вік понад 50 років, а 29% — понад 60. Цей демографічний зсув у поєднанні з міграцією створює серйозну загрозу для сталості системи, особливо в сільській місцевості, де дефіцит кадрів є найбільш відчутним [100].

Повномасштабне вторгнення стало не просто прискорювачем існуючих тенденцій, а «структурним розривом», який фундаментально змінив мотивацію лікарів до міграції. Якщо до війни міграція була переважно економічною та професійною, то після 2022 року вона набула екзистенційного характеру. Це означає, що стратегії утримання кадрів, засновані виключно на підвищенні зарплат, будуть недостатніми. Майбутні політики повинні включати не лише фінансові стимули, а й відбудову інфраструктури, гарантії безпеки та надання значної психосоціальної підтримки медичним працівникам.

Необхідність реформ визнана на державному рівні. Ключові цілі, задекларовані в урядових документах, включають забезпечення якості освіти, інтеграцію в європейський освітній простір та розвиток людського капіталу.

«Стратегія розвитку медичної освіти в Україні», хоч і розроблена у 2018 році, заклала довгострокове бачення системних змін, спрямованих на підвищення конкурентоспроможності вищої медичної освіти та, як наслідок, якості медичних послуг. Це свідчить про те, що потреба в модернізації була усвідомлена задовго до повномасштабної війни.

Існує очевидна суперечність між суспільною потребою в сучасних, компетентних фахівцях та традиційним підходом до їхньої підготовки, який не забезпечує конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці. Сам факт існування складних, багатоетапних процедур визнання кваліфікації в країнах призначення є *de facto* доказом існування розриву в якості підготовки, змісті навчальних програм та методах оцінювання між Україною та цими державами.

Найбільш детальна та практична дорожня карта для модернізації української медичної освіти міститься не в абстрактних національних стратегіях, а в конкретних, деталізованих вимогах медичних ліцензійних органів ЄС, Канади та інших ключових країн призначення. Ці вимоги є тим «випускним іспитом», до якого українська система повинна готувати своїх випускників. Наприклад, для практики в Канаді лікар повинен скласти іспити MCCQE та NAC, які перевіряють конкретні клінічні компетенції та комунікативні навички. Для роботи в ЄС підготовка лікаря має відповідати гармонізованим мінімальним стандартам Директиви 2005/36/ЄС. Отже, найпряміший шлях до «модернізації» — це реінжиніринг навчальних програм та методів оцінювання для чіткого досягнення цих зовнішніх стандартів. Програми підготовки до цих іноземних іспитів, по суті, є новим навчальним посібником для українських медичних університетів.

Крім того, аналіз виявляє структурний дисбаланс у самій системі підготовки. Історично в Україні спостерігається надлишок вузьких спеціалістів порівняно з лікарями первинної ланки. Водночас багато країн призначення, зокрема Канада, мають високий попит саме на сімейних лікарів. Ця невідповідність означає, що навіть мобільні лікарі можуть не відповідати

потребам приймаючої країни, що змушує їх проходити перепідготовку або стикатися з бар'єрами при працевлаштуванні. Це висвітлює подвійну проблему: Україна втрачає спеціалістів, яких потребує, і водночас не готує достатньо лікарів первинної ланки, які також є вкрай необхідними і могли б мати більш чіткі шляхи для міжнародної мобільності. Тому освітня реформа повинна перебалансувати фокус на посилення підготовки в галузі загальної практики/сімейної медицини, щоб задовольнити як внутрішні, так і міжнародні потреби.

Основою професійної мобільності в ЄС є Директива 2005/36/ЄС. Вона базується на принципі, що фахівець, кваліфікований в одній країні-члені, є кваліфікованим для практики в будь-якій іншій. Директива встановлює систему автоматичного визнання для певних професій, загальну систему, засновану на еквівалентності, та механізми тимчасової мобільності. Професія лікаря належить до семи «секторальних професій», для яких кваліфікації визнаються автоматично за умови, що підготовка відповідає гармонізованим мінімальним стандартам: тривалість навчання не менше п'яти років, що включає щонайменше 5500 годин теоретичної та практичної підготовки. Досягнення відповідності цим стандартам є «золотим стандартом» для української медичної освіти, що дозволить забезпечити безперешкодну інтеграцію випускників.

Система ЄС включає важливі заходи для захисту пацієнтів, такі як система оповіщення про дисциплінарні санкції (fitness-to-practice alert), яка зобов'язує країни обмінюватися інформацією про лікарів, яким було заборонено практикувати, а також положення, що дозволяють приймаючим країнам перевіряти рівень володіння мовою.

Польща як стратегічний шлях до ЄС. Для лікарів з країн, що не є членами ЄС, Польща стала ключовим шлюзом на європейський ринок праці. Процес виглядає наступним чином: Лікар з дипломом, отриманим за межами ЄС, проходить процедуру «нострифікації» в Польщі, тобто визнання його диплома еквівалентним польському. Ця процедура вважається значно простішою, ніж

у Німеччині чи Чехії. Після успішної нострифікації та отримання права на практику, лікар повинен пропрацювати за фахом у Польщі протягом трьох років. Згідно з Директивою 2005/36/ЄС, після трьох років практики в країні ЄС, яка визнала диплом, ця кваліфікація вважається кваліфікацією ЄС для цілей мобільності до інших країн-членів, наприклад, Німеччини. Це означає, що лікарю не потрібно буде повторно проходити повну процедуру визнання кваліфікації в Німеччині, а лише скласти іспит на знання мови. Таким чином, Польща функціонує як стратегічний «трамплін» на ширший медичний ринок ЄС.

На відміну від підходу ЄС, що фокусується на визнанні еквівалентності освіти, канадська система для міжнародних випускників медичних закладів (International Medical Graduates, IMGs) базується на серії прямих оцінок знань та компетентності. Це тривалий, складний і дорогий процес, який може зайняти роки.

Верифікація документів. Процес починається з перевірки, чи медичний навчальний заклад визнаний у Канаді (внесений до World Directory of Medical Schools), та верифікації диплома й інших документів через Медичну Раду Канади (Medical Council of Canada, MCC) за допомогою порталу physiciansapply.ca.²³

Стандартизовані іспити. IMGs повинні скласти ключові іспити, що адмініструються MCC. MCCQE Part I: Комплексний письмовий іспит з медичних знань, який можна скласти в міжнародних центрах тестування. NAC Examination: Об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ), який оцінює готовність до проходження резидентури і проводиться лише на території Канади.

Володіння мовою: Обов'язковим є підтвердження володіння англійською або французькою мовою.

Післядипломне навчання або оцінка: Далі IMGs повинні або отримати місце в резидентурі через Канадську службу підбору резидентів (CaRMS) і пройти повторне навчання, або, якщо вони мають достатній досвід практики

за кордоном, пройти програму оцінки готовності до практики (Practice-Ready Assessment, PRA) — 12-тижневе клінічне оцінювання на робочому місці.

Сертифікація та ліцензування: На завершення необхідно отримати сертифікацію від відповідного коледжу (наприклад, Коледжу сімейних лікарів Канади або Королівського коледжу лікарів та хірургів Канади) та подати заявку на отримання ліцензії до медичного регуляторного органу (MRA) відповідної провінції [104].

Порівняльний аналіз виявляє дві фундаментально різні філософії визнання кваліфікацій. Система ЄС базується на «еквівалентності»: вона довіряє, що гармонізований процес навчання створює компетентного лікаря. Канадська система, навпаки, базується на «компетентності»: вона нічому не довіряє наперед і безпосередньо перевіряє компетентність кожного окремого кандидата, незалежно від походження його освіти. Ця відмінність є критично важливою для українських реформаторів. Інтеграція з ЄС вимагає системних, централізованих реформ університетських програм та національних стандартів. Підготовка лікарів до канадського шляху вимагає індивідуального підходу, орієнтованого на підготовку до іспитів, розвиток клінічних навичок у симуляційних центрах та тренування комунікації. Україні, ймовірно, потрібен гібридний підхід, щоб максимізувати можливості для своїх випускників.

Крім того, канадська система з її акцентом на ОСКІ та володінні мовою чітко тестує «м'які навички» (soft skills): комунікацію, професіоналізм, взаємодію з пацієнтом. Ці навички часто залишаються недостатньо розвиненими в традиційних, дидактичних медичних навчальних програмах. Їхня значущість у міжнародних ліцензійних процедурах висвітлює ключову сферу для модернізації української медичної освіти. Бути хорошим лікарем на міжнародному рівні — це не лише знати медицину, а й уміти практикувати її комунікативно та етично.

Реформа навчальних програм. Необхідно здійснити перехід до компетентнісно-орієнтованих навчальних програм, розроблених на основі вимог міжнародних ліцензійних іспитів. Це включає інтеграцію таких

дисциплін, як медична етика, медичне право та комунікативні навички, протягом усього періоду навчання, а не як другорядних предметів.

Модернізація оцінювання. Слід запровадити Об'єктивні структуровані клінічні іспити (ОСКІ) як стандартний компонент випускних іспитів у медичних університетах та при атестації на присвоєння спеціалізації. Це безпосередньо готуватиме випускників до іспитів, подібних до канадського NAC, і покращить практичні навички всіх лікарів, незалежно від того, планують вони мігрувати чи ні.

Посилення первинної ланки: Необхідно перебалансувати навчальні програми та місця в інтернатурі, щоб підвищити статус та якість підготовки сімейних лікарів/лікарів загальної практики. Це відповідає як внутрішнім потребам системи охорони здоров'я України, так і можливостям працевлаштування за кордоном.

Спрощення нострифікації для тих, хто повертається. Важливо проаналізувати та оптимізувати поточну процедуру визнання іноземних кваліфікацій в Україні. Хоча механізм існує, він може бути надмірно бюрократизованим. Пропонується запровадити спрощену, прискорену процедуру нострифікації для громадян України, які повертаються з кваліфікаціями та досвідом роботи з країн з високими стандартами (наприклад, ЄС, Канада, США, Велика Британія).

Створення «агентів змін». Необхідно розробити програми, які б надавали лікарям, що повернулися, можливість стати лідерами реформ. Це може включати їхнє залучення до викладацької діяльності, надання повноважень для впровадження нових клінічних протоколів, засвоєних за кордоном, та участь у комітетах з розробки навчальних програм.

Впровадження ефективних стратегій утримання. Політика утримання кадрів повинна виходити за межі простого підвищення зарплат. Необхідно реалізувати комплексну стратегію, що включає фінансові та нефінансові стимули, покращення умов праці, гарантування безпеки на робочому місці,

створення прозорих шляхів кар'єрного зростання та зміцнення професійних асоціацій. Це безпосередньо відповідає на «фактори виштовхування».

Сучасна стратегія не може бути спрямована виключно на запобігання від'їзду. Вона повинна бути двовекторною: 1) модернізувати освіту до рівня, на якому випускники є глобально конкурентоспроможними та готовими до міжнародних ліцензійних процедур; 2) одночасно створювати привабливі та спрощені шляхи для повернення або дистанційного залучення цих лікарів, щоб їхні вдосконалені навички та знання поверталися в українську систему. Це створює позитивний цикл, а не односторонній відтік.

Телемедицина революція в Україні. Стрімке зростання та впровадження телемедицини, прискорене війною, стало важливим інструментом для забезпечення безперервності надання медичної допомоги. Телемедицина вже використовується для консультацій, моніторингу пацієнтів та навіть телереабілітації. Пропонується стратегічно розширити роль телемедицини для сприяння «віртуальній циркуляції мізків». Це передбачає створення платформ та правових рамок, які дозволять українським лікарям за кордоном:

Надавати платні телеконсультації для українських пацієнтів.

Виступати в ролі дистанційних наставників для молодих лікарів та студентів-медиків в Україні.

Брати участь у віртуальних консиліумах, обговореннях клінічних випадків та програмах безперервного професійного розвитку в українських лікарнях та університетах.

Такий підхід допомагає підтримувати зв'язок з діаспорою, забезпечує передачу знань без фізичного повернення та надає мобільним лікарям гнучкий спосіб робити внесок в українську систему охорони здоров'я. Концепція «віртуальної циркуляції» фундаментально змінює бінарну природу міграції. Лікар більше не є просто «втраченим» для системи. Він може стати віддаленим активом. Якщо фізичний «відтік мізків» — це втрата послуг фахівця, то телемедицина дозволяє надавати ці послуги через кордони. Український лікар у Німеччині за допомогою технологій може продовжувати надавати послуги

(консультації, менторство) в Україні. Це не замінює потреби у фізичній присутності лікарів, але пом'якшує втрати, підтримує професійні зв'язки та сприяє трансферу знань, ефективно перетворюючи «відтік мізків» на «обмін мізками» (brain share).

3.2 Стратегічні основи трансформації управлінських стратегій

Трансформація системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів в Україні інтегрована у загальнодержавні рамкові документи, ключовим з яких є Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Цей документ визначає Розвиток людського капіталу та залучення інвестицій як одну з трьох ключових стратегічних цілей (Стратегічна ціль 3). Досягнення цієї цілі передбачає комплексний підхід, що включає підтримку медичних працівників, створення гідних умов праці та забезпечення «Кращої медичної освіти».

Конкретні положення стратегії вимагають впровадження ефективних програм навчання, стажування та безперервного професійного розвитку (БПР). Реалізація стратегічних положень відбувається через детально структурований Операційний план заходів на 2025–2027 роки, який встановлює чіткі індикатори досягнення цілей та визначає відповідальних осіб. Це свідчить про системний перехід від концептуального планування до структурованої імплементації реформ. Важливим елементом є також інтеграція освітньої та наукової роботи, що має бути реалізовано, зокрема, через розвиток університетських лікарень, які є невід'ємною частиною медичної освіти та наукової діяльності.

Система охорони здоров'я України зіткнулася з гострими кадровими викликами, посиленими повномасштабною війною. Міністерство охорони здоров'я прогнозує не лише локальний, а й потенційний глобальний дефіцит кадрів до 2030 року, що вимагає негайного та раціонального планування ресурсів. Війна прискорила цей дефіцит через внутрішню та зовнішню міграцію медиків, мобілізацію та руйнування ключової медичної

інфраструктури. Для ефективного управління обмеженими кадровими ресурсами було проведено госпітальне планування, що передбачає поділ лікарень за їхньою роллю. Цей структурний крок вимагає відповідної адаптації освітніх програм, спрямованої на перепідготовку кадрів під нові, чітко визначені функції медичних закладів. Національна політика трансформації має враховувати міжнародний контекст утримання кадрів. Історичний аналіз показує, що без створення сприятливих умов праці та належної оцінки професійного досвіду, інвестиції в освіту можуть бути неефективними. Наприклад, міграція британських лікарів після Другої світової війни була спричинена несприятливими умовами в рамках новоствореної Національної служби охорони здоров'я (NHS) [99]. В умовах України, де стрімко впроваджуються нові, високоспеціалізовані знання (наприклад, протоколи бойової травми та уніфікований БПР), існує ризик, що високоякісна, міжнародно-орієнтована освіта може ненавмисно посилити відтік фахівців, які набули затребуваних на міжнародному ринку навичок. Отже, трансформація системи підготовки має бути нерозривно пов'язана зі стимулюючими механізмами (Retention Policies), які гарантують, що набуті компетенції будуть найкраще реалізовані та гідно оплачені саме в Україні.

Ключовим напрямком реформування є гармонізація української медичної освіти з європейським освітнім простором. Учасники стратегічних діалогів наголошують на необхідності впровадження інноваційних підходів до навчання та посилення наукової складової у підготовці медичних кадрів. Основна мета полягає у підготовці висококваліфікованих та конкурентоспроможних спеціалістів, чий рівень освіти відповідає міжнародним стандартам. Досягнення цієї мети вимагає посилення міжсекторальної співпраці, що визнано критичним фактором для сталого розвитку медичної освіти та її успішної інтеграції до ЄС.

Трансформація системи підготовки та управління кадровим потенціалом в охороні здоров'я України ґрунтується на низці інноваційних підходів, які є прямою відповіддю на виклики воєнного часу та потреби європейської

інтеграції. Ці підходи охоплюють як структурні зміни в освіті, так і впровадження передових технологій в управління компетенціями [106].

Ключовим напрямом інновацій є тотальна цифровізація, підтримана міжнародними проєктами, що забезпечує стійкість системи та модернізацію практичних навичок. Інтеграція Штучного Інтелекту (ШІ) та Великих Мовних Моделей (LLM) Використання мобільних медичних додатків (mHealth), носіння розумних пристроїв. У навчальний процес впроваджується використання ШІ для аналізу медичних зображень та LLM для розвитку клінічного мислення студентів і викладачів. Це частина проєкту D-CREDO, підтриманого ЄС.

Системи Підтримки Клінічних Рішень (CDSS) та EHR: Медики готуються до роботи з електронними медичними записами (EHR) та системами CDSS, що є критичним для координації роботи та прийняття рішень в уніфікованій медичній інформаційній системі і телемедициною.

Паралельно, проєкт UkraineDigiTrans (Erasmus+) фокусується на підвищенні педагогічної майстерності науково-педагогічних працівників (НПП) медичних закладів вищої освіти. Мета проєкту — розробити та модифікувати онлайн-курси і впровадити їх на магістерському, післядипломному та PhD рівнях, відповідаючи рамці цифрових компетенцій для системи охорони здоров'я. За підтримки партнерів у Національному медичному університеті вже впроваджують моделювання віртуальних пацієнтів та клінічних симуляцій, що є важливою складовою сучасної системи медичної освіти.

Симуляційне навчання та віртуальні пацієнти. Активно впроваджується ситуаційне моделювання та моделювання віртуальних пацієнтів. Це дозволяє студентам та інтернам відпрацьовувати навички діагностики, лікування та взаємодії з пацієнтом у безпечному та контрольованому середовищі, що є світовою вимогою для формування стійких практичних навичок.

Дистанційне навчання для стійкості. Електронне навчання, особливо в режимі on-line, використовується як необхідний інструмент безперервного

післядипломного процесу [107]. Воно дозволяє медичним працівникам підвищувати кваліфікацію, швидко отримувати нову інформацію та запобігати використанню застарілих методів без припинення робочого процесу, що є критично важливим в умовах воєнного часу.

Система безперервного професійного розвитку (БПР) була трансформована в інструмент управління компетенціями та швидкої адаптації чинних кадрів. Уніфікований порядок атестації та портфоліо. Затверджено новий, єдиний уніфікований порядок атестації для всіх працівників сфери охорони здоров'я, включаючи "Керівників", "Професіоналів" та "Фахівців" (Наказ МОЗ від № 650). Ключовим інструментом обліку є портфоліо, яке кожен працівник створює окремо для кожної спеціальності, підтверджуючи мінімальну щорічну норму балів (50 балів для професіоналів).

Баланс видів освіти. Для стимулювання різноманітності навчання та запобігання обмеженню лише формальними циклами підвищення кваліфікації, введено обмеження: за один вид заходів можна отримати не більше 50% річної норми балів БПР.

Обов'язкові Напрямки БПР. Введення обов'язкових модулів, які медичні працівники мають пройти щонайменше один раз протягом атестаційного періоду (5 років). До них належать:

Цифрова компетентність. Невідкладна медична допомога та Етичні питання/Комунікативні навички (включаючи роботу з вразливими категоріями та документування насильства). Це є механізмом масової перепідготовки відповідно до пріоритетів повоєнного часу.

Стимулювання наставництва. Запроваджено механізм зменшення річної норми балів БПР для кураторів інтернів (на 5 балів за кожного інтерна, але не більше 15 балів), що заохочує досвідчених фахівців до активної участі у підготовці молодих кадрів.

Протоколо-орієнтована адаптація контенту. Інноваційні підходи також стосуються швидкого оновлення клінічного контенту, виходячи з військового досвіду та європейських стандартів.

Інтеграція протоколів бойової травми (DCR). Затвердження нового Клінічного протоколу "Реанімаційні заходи із контролем пошкоджень (бойова травма)" вимагає негайної інтеграції військово-адаптованих знань (використання ефективних джгутів/турнікетів, гемостатичних засобів, масивної трансфузії) у цивільну медичну освіту.

Стандартизація Реабілітації. Оприлюднення проєкту Стандарту реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку інтегрує українську реабілітацію у світову практику. Це вимагає створення та масової підготовки мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

Розвиток університетських лікарень. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року передбачає створення багатопрофільних лікарень при університетах, що є інноваційним підходом до інтеграції клінічної практики, освіти та наукових досліджень, надаючи високотехнологічну клінічну базу для підготовки кадрів. Паралельно активно впроваджується симуляційне навчання. Використання ситуаційного моделювання є світовою вимогою для формування стійких практичних навичок.

Потреби повоєнного відновлення вимагають радикальної зміни навчальних програм шляхом інтеграції військово-медичної та травматологічної компетенцій. Українська військово-медична академія (УВМА) відіграє ключову роль у забезпеченні безперервного професійного розвитку фахівців військово-медичної служби. Проте виклики війни вимагають, щоб усі медики — цивільні та військові — володіли навичками управління складною травмою. Ця вимога знайшла своє відображення у затвердженні нового Клінічного протоколу "Реанімаційні заходи із контролем пошкоджень (бойова травма)" (Наказ МОЗ № 253 від 13 лютого 2025 року). Цей протокол базується на передовому досвіді військової медицини, включаючи використання ефективних джгутів/турнікетів та сучасних гемостатичних засобів, які раніше використовувалися збройними силами США та Франції. Впровадження таких протоколів формує протоколо-

орієнтовану трансформацію освітнього процесу. Нові стандарти реабілітації та протоколи DCR стають обов'язковою нормативною базою. Це означає, що необхідна вертикальна інтеграція цих військово-адаптованих знань у додипломну, післядипломну та БПР освіту. УВМА має виступати методологічним центром для цивільних медичних закладів у питаннях військової травми та катастрофічної медицини. Міжнародна співпраця, така як підписання меморандуму між Головним медичним клінічним центром МВС України та Травматологічним центром Меморіальної лікарні Джексона (США), сприяє швидкому трансферу знань і методик лікування травм та опіків найвищої складності, що є критичним в умовах значного збільшення кількості таких пацієнтів.

Система післядипломної освіти зазнала суттєвих законодавчих змін. З 2023 року в Україні діє нове положення про післядипломну освіту та заходи БПР, яке було уніфіковано та деталізовано наказом МОЗ від 16.04.2025 № 650. Цей новий порядок встановлює єдину уніфіковану процедуру атестації для всіх працівників сфери охорони здоров'я, включаючи "Керівників", "Професіоналів" та "Фахівців". Через воєнний стан було запроваджено особливі умови: атестація відновлюється через 6 місяців після припинення або скасування воєнного стану. Термін дії сертифікаційних документів, що спливає під час війни, автоматично продовжується на період воєнного стану та ще на 6 місяців після його завершення. Працівники, які не пройшли атестацію, працюють на посаді лікаря-стажиста під керівництвом фахівця, при цьому час роботи зараховується до стажу за спеціалізацією.

Нова система БПР значно підвищує вимоги до постійної професійної активності медичних працівників. Для професіоналів (лікарів) встановлюється мінімальна щорічна норма — не менше 50 балів БПР, починаючи з 2029 року. У перехідний період (2026–2028 роки) сумарний обсяг має становити не менше 250 балів за атестаційний період. Ключовим інструментом обліку є портфоліо. Кожен працівник повинен створювати окреме портфоліо для кожної спеціальності, за якою він проходить атестацію. Для забезпечення

різноманітності навчального процесу введено баланс видів освіти: за один вид заходів можна отримати не більше 50% річної норми балів (25 балів для професіоналів). Це стимулює лікарів до участі у симуляційних тренінгах, дистанційних курсах та конференціях, а не обмежуватися лише формальними циклами підвищення кваліфікації. Крім того, система заохочує наставництво: куратори інтернів отримують зменшення річної норми балів на 5 за кожного інтерна, але не більше 15 балів. Це є важливим механізмом для залучення досвідчених фахівців до активної участі у підготовці молодих кадрів, що є критично важливим для подолання прогнозованого дефіциту.

Найбільш значущим елементом трансформації БПР є впровадження обов'язкових напрямків, які медичні працівники мають пройти щонайменше один раз протягом атестаційного періоду. Це пряме реагування на виклики, спричинені війною та інтеграцією до європейських стандартів.

Таблиця 3.1.

Обов'язкові напрямки БПР та їх значення для повоєнного відновлення

Обов'язковий напрямок БПР	Ключові складові	Значення для повоєнного відновлення
Цифрова компетентність	Робота з EHR, CDSS, телемедицина	Інтеграція в єдину цифрову систему охорони здоров'я
Невідкладна медична допомога	Травма-менеджмент, реанімаційні заходи	Швидка імплементація бойових протоколів (DCR) у цивільну практику
Етичні питання та комунікативні навички	Вплив війни, робота з вразливими категоріями, документування насильства	Надання психосоціальної підтримки та правова фіксація наслідків агресії

Джерело: узагальнено автором на основі [106; 107].

Введення обов'язкових напрямків БПР є найшвидшим та найефективнішим механізмом для масової перепідготовки чинних лікарів. На

відміну від довготривалих змін у додипломній освіті, система БПР дозволяє гарантовано навчити тисячі лікарів критично необхідним компетенціям (таким як невідкладна допомога за протоколом контролю пошкоджень та реабілітаційні навички) протягом п'ятирічного циклу. Це забезпечує оперативний перехід від старих знань до нових, військово-адаптованих клінічних стандартів.

Успіх цифрової трансформації безпосередньо залежить від готовності викладачів. Проєкти, такі як UkraineDigiTrans, спрямовані на масштабування програм підготовки тренерів, аби залучити викладачів із різних регіонів України. Ці програми не лише навчають використанню нових цифрових інструментів, але й сприяють стійкості НПП та підвищенню обізнаності щодо ментального стану студентів і етичних аспектів впровадження ШІ.

У воєнних умовах цифровізація перетворюється з інструменту модернізації на інструмент виживання системи. Інтеграція EHR та CDSS готує лікарів до роботи в уніфікованій медичній інформаційній системі, що є критичним для координації роботи між фронтовими та тилловими госпіталями. Дистанційне симуляційне навчання дозволяє підтримувати високу якість практичної освіти навіть за неможливості фізичної присутності у зруйнованих закладах вищої освіти. Таким чином, фінансування цифрової інфраструктури та підготовка викладачів є прямим інвестиційним пріоритетом у кадрове відновлення, що гарантує безперервність та якість освіти.

Повоєнне відновлення вимагає швидкого формування критичної маси фахівців у галузях, які зазнали найбільшого навантаження внаслідок бойових дій.

Реабілітація є однією з найпріоритетніших сфер. Необхідною умовою для навчання є стандартизація. В Україні вперше було оприлюднено проєкт Стандарту реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку. Запровадження цього стандарту інтегрує українську реабілітацію у світову практику, вимагаючи масової підготовки мультидисциплінарних реабілітаційних команд, включаючи фізичних терапевтів, ерготерапевтів та

реабілітологів. Важливо, що цей стандарт несе не лише технічні інструкції, а й «мову співчуття та відповідальності», що підкреслює гуманітарний та етичний аспект підготовки фахівців.

Збільшення кількості пацієнтів, постраждалих від війни, вимагає значного посилення кадрів у сфері ментального здоров'я. Програма міжнародного медичного партнерства вже включала консультації щодо навчання українських психологів Нацгвардії та Нацполіції у США, що підтверджує визнання критичної потреби у кваліфікованих психологічних кадрах. Крім того, обов'язкові модулі БПР з етичних питань та комунікації гарантують, що всі медики володітимуть базовими навичками первинної психосоціальної підтримки, правилами роботи з вразливими категоріями та документуванням тілесних ушкоджень.

Інтеграція нового клінічного протоколу "Реанімаційні заходи із контролем пошкоджень" має бути забезпечена на всіх рівнях підготовки для спеціалістів із хірургії, анестезіології та реаніматології. Обмін досвідом із провідними світовими центрами, такими як Травматологічний центр Райдера у Маямі, надає українським медикам доступ до найсучасніших методик лікування травм та опіків найвищої складності, а також до досвіду функціонування системи медичної аероевакуації.

Поточна ситуація створила асиметричний попит на спеціалістів: критично необхідна велика кількість травматологів, реабілітологів, протезистів та спеціалістів з ментального здоров'я. Хоча загальна реформа прагне посилити первинну ланку, повоєнний фокус вимагає швидкого нарощування високоспеціалізованих кадрів. Це обумовлює необхідність гнучкого переорієнтування системи інтернатури та резидентури, можливо, з тимчасовим збільшенням ліцензованого обсягу на навчання за пріоритетними спеціальностями.

Міжнародна співпраця є критично важливою для забезпечення фінансової та методологічної стійкості освітньої системи. Спільні звіти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Світового Банку надають

керівництво для фінансових реформ та наголошують на необхідності координації фінансування, надання послуг та управління для забезпечення стійкості системи охорони здоров'я.

Таблиця 3.2.

**Пріоритетні клінічні стандарти та необхідні напрямки
перепідготовки для відновлення**

Спеціалізований напрямок	Ключові документи / протоколи	Вимога до кадрів	Роль партнерства
Травматологічна реанімація	"Реанімаційні заходи із контролем пошкоджень (бойова травма)" ¹	Оволодіння DCR, масивною трансфузією, робота з новими гемостатичними засобами	Обмін досвідом із травматологічними центрами США ²
Реабілітаційна допомога	Стандарт реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку ³	Підготовка мультидисциплінарних реабілітаційних команд	Інтеграція у світову практику ³
Військова медицина	Програми Української військово-медичної академії ⁴	БПР фахівців військово-медичної служби та інтеграція бойового досвіду у цивільні протоколи	Збереження традицій та подальший розвиток ⁴

Запропоновано автором.

Фінансова підтримка від міжнародних донорів (зокрема, ЄС, Уряд Канади, Швейцарська агенція розвитку та співробітництва) забезпечує реалізацію проєктів, спрямованих на розвиток та реформу системи. Успішне централізоване управління коштами Національною службою здоров'я України (НСЗУ) дозволяє підтримувати доступ до основних послуг у постраждалих регіонах, що прямо впливає на збереження робочих місць та підтримку медичних працівників. Крім того, проєкти Світового Банку, такі як "Ukraine Emergency COVID-19 Response and Vaccination Project", вже забезпечили модернізацію обладнання та інфраструктури, створюючи матеріальну основу для якісного освітнього процесу.

Стратегія розвитку людського капіталу (Стратегічна ціль 3) прямо вимагає створення гідних умов праці. Це є невід’ємною умовою успіху освітніх реформ. Якщо освіта не супроводжується покращенням соціальних та економічних умов, інвестиції можуть призвести до посилення відтоку кваліфікованих кадрів за кордон. Раціональне госпітальне планування та модернізація обладнання, підтримана Світовим Банком, є ключовими для підвищення ефективності роботи лікаря, зменшення вигорання та підвищення задоволеності роботою, що є важливими факторами утримання кадрів.

Для розробки ефективних програм утримання кадрів та управління кризою необхідно активно використовувати міжнародний досвід. Дослідження, що вивчали відновлення систем охорони здоров’я після конфліктів (наприклад, у Сирії чи ДРК), дають важливе розуміння викликів, пов’язаних із масовою міграцією, психосоціальною підтримкою медичного персоналу та адаптацією до нових умов. Особлива увага має бути приділена вивченню мотивів та підтримки так званих "позитивних девіантів" — медичних працівників, які свідомо залишалися в системі та ефективно працювали у складні часи. Цей досвід повинен бути використаний для розробки внутрішніх програм лояльності, стимулювання та визнання їхнього унікального внеску. Важливо розуміти, що стійкість системи вимагає координації між фінансуванням, наданням послуг та управлінням. Інвестиції у "Кращу медичну освіту" є не лише функціональним покращенням, а й стратегічною інвестицією в стабілізацію та утримання робочої сили. Лікар, який отримує високоякісну, цифровізовану, міжнародно-визнану освіту, відчуває більшу легітимність реформ і, відповідно, має сильніші стимули залишитися в оновленій та інтегрованій з європейськими стандартами системі.

Трансформація системи підготовки та перепідготовки кадрів для повоєнного відновлення системи охорони здоров’я України є багатовекторним, стратегічно обґрунтованим процесом, що має три ключові інтегровані напрями:

Таблиця 3.3.

Елементи системи та їх функціональне призначення

Блок	Елементи	Функціональне призначення
І. СТРАТЕГІЧНІ ЦІЛІ (ВЛАСТИВОСТІ СОЗ)	1. Адаптивність та стійкість персоналу (здатність швидко переорієнтуватись, релокуватись, працювати в умовах НС)	Забезпечення готовності кадрів до роботи в умовах воєнних дій, надзвичайних ситуацій та післявоєнного відновлення.
	2. Якість та ефективність КП (відповідність кваліфікації міжнародним стандартам)	Досягнення міжнародних стандартів якості медичних послуг та управління.
ІІ. ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК КП	1. Освіта та спеціалізація (Трансформація навчання): – Безперервний професійний розвиток (БПР). – Пріоритетні спеціалізації (реабілітація, ментальне здоров'я, тактична медицина). – Академічна мобільність (інтеграція з ЄС).	Забезпечення персоналу новими компетентностями, що відповідають повоєнним запитам суспільства.
	2. Управління благополуччям та залученням: – Управління мотивацією (фінансова привабливість, соціальний захист). – Професійне та ментальне благополуччя (психологічна підтримка, запобігання вигоранню). – Реінтеграція та залучення (зовнішня і внутрішня міграція).	Підвищення задоволеності та стійкості кадрів; повернення та утримання фахівців.
ІІІ. СИСТЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КП	1. Організаційно-правове забезпечення: – Оптимізація мережі ЗВО та ЗОЗ. – Ліцензування та кваліфікаційні вимоги (гармонізація з ЄС, сертифікація). – Створення кадрового резерву та реєстру лікарів.	Створення дієвого механізму управління кадрами на національному та регіональному рівнях.
	2. Фінансове забезпечення: – Бюджетне фінансування (Державні гарантії). – Міжнародна допомога та донорські кошти (цільове фінансування). – Приватно-державне партнерство у сфері освіти.	Формування багаторівневої та прозорої фінансової основи розвитку КП.

Запропоновано автором.

Протоколо-Орієнтована Практична Підготовка: Зміна акцентів від теоретичної підготовки до компетентісно-орієнтованої моделі. Це

реалізується через обов'язкову та глибоку інтеграцію військово-адаптованих клінічних протоколів (Реанімаційні заходи із контролем пошкоджень) та нових національних стандартів (Реабілітаційна допомога) на всіх рівнях навчання.

Цифровізація та Інноваційна Стійкість: Використання цифрових технологій (ШІ, CDSS, EHR) та дистанційного симуляційного навчання (D-CREDO, UkraineDigiTrans) як імперативу, що забезпечує безперервність та високу якість освіти, незалежно від безпекової ситуації.

Адаптивність через БПР: Система Безперервного Професійного Розвитку (БПР), уніфікована Наказом МОЗ № 650 (2025 р.), є центральним важелем для швидкої масової перекваліфікації та адаптації чинного кадрового резерву до пріоритетних потреб повоєнного часу (травма-менеджмент, ментальне здоров'я, цифрова компетентність).

Для забезпечення успішної та сталої трансформації системи підготовки кадрів рекомендується зосередити ресурси на таких стратегічних пріоритетах:

Пріоритет I: Централізовані Інвестиції у Симуляційну Інфраструктуру. Необхідне масштабне централізоване фінансування та розвиток симуляційних центрів та віртуальних лабораторій, що спеціалізуються на кризовій медицині та реабілітації. Це гарантує високу якість практичної підготовки (особливо DCR) та знижує залежність якості освіти від стану регіональних клінічних баз.

Пріоритет II: Створення та Інтеграція Національної Платформи Цифрового БПР. Слід забезпечити функціонування єдиної, захищеної електронної системи обліку балів БПР та портфоліо , повністю інтегрованої з освітніми проєктами (наприклад, D-CREDO), що забезпечить прозорий моніторинг обов'язкових модулів перепідготовки.

Пріоритет III: Розвиток Університетських Лікарень як Кадрових Ядер. Потрібне прискорення створення та посилення багатопрофільних університетських лікарень , які мають стати центрами для утримання висококваліфікованих фахівців, забезпечуючи синергію медичної практики, наукових досліджень та якісної освіти.

Моніторинг та Управління: Необхідно запровадити систему моніторингу реалізації політик на основі чітких індикаторів успішності, як це передбачено Планом відновлення. Це дозволить оперативно коригувати освітні програми відповідно до фактичного кадрового дефіциту та географічного розподілу потреб.

Аналіз, представлений у цьому звіті, переконливо доводить, що професійна мобільність лікарів є незаперечною та потужною силою. Вона нещадно викриває системні слабкості української медичної освіти та системи охорони здоров'я, але водночас надає чіткий і недвозначний план для необхідних реформ. Вимоги міжнародних ринків праці та ліцензійних органів слугують об'єктивним зовнішнім аудитом, що визначає конкретні цілі для модернізації навчальних програм, методів оцінювання та стандартів клінічної практики.

Перед Україною стоїть стратегічний вибір: продовжувати розглядати мобільність як загрозу, яку потрібно стримувати оборонними заходами, або ж сприйняти її як каталізатор, який слід проактивно використовувати. Проактивний підхід, що передбачає повне прийняття міжнародних стандартів, сприяння динамічній циркуляції талантів та використання цифрових технологій, є єдиним життєздатним шляхом до побудови стійкої, високоякісної системи охорони здоров'я, інтегрованої у світову медичну спільноту.

Кінцевою метою цих перетворень є створення майбутнього, в якому український медичний диплом буде глобально визнаним знаком якості, а українські лікарі зможуть вільно переміщуватися в міжнародному професійному середовищі, збагачуючи як приймаючі системи, так і, зрештою, здоров'я власної нації через повернення, наставництво та передачу передового досвіду. Перетворення «відтоку мізків» на «циркуляцію знань» — це не просто можливість, а стратегічний імператив для України в XXI столітті.

ВИСНОВКИ

В процесі виконання поставлених в дослідженні завдань було доведено, що система підготовки лікарів в Україні є багаторівневою та інституційно складною, а її результативність прямо залежить від узгодженості рішень МОН і МОЗ, ролей закладів вищої освіти, клінічних баз та механізмів забезпечення якості.

Встановлено, що стратегічні орієнтири державної політики у медичній освіті формують «рамку» для управлінських стратегій ЗВО: підвищення якості базової підготовки, трансформація післядипломної ланки, модернізація фінансування й governance, розвиток академічної культури та посилення наукової складової.

Обґрунтовано, що умови війни й кризова невизначеність зміщують фокус публічного управління від процедурної «кадрової політики» до стратегічного управління стійкістю: необхідні рішення, які спираються на ризик-менеджмент, сценарне планування та цикли зворотного зв'язку.

Показано, що ключовою відповіддю системи підготовки кадрів є перехід до компетентнісних моделей, які поєднують клінічні, комунікативно-етичні та «кризові» компетентності; зміст програм має включати елементи тактичної медицини, реагування на масові ураження та роботу в умовах обмежених ресурсів.

Визначено, що цифровізація (eHealth, телемедицина, електронна документація, аналітика даних і базові підходи до ШІ) є не факультативним трендом, а умовою безперервності освіти та медичної допомоги в кризових умовах, що потребує інтеграції цифрових компетентностей у стандарти освіти й практичну підготовку.

Аргументовано, що без валідного прогнозування кадрових потреб і синхронізації набору/профілів підготовки з реальною потребою охорони здоров'я виникають дисбаланси спеціальностей і регіональні перекося, які підривають якість та ефективність використання ресурсів.

Доведено системоутворювальну роль університетських клінік як інституції «потрійної місії» (освіта–наука–клініка): вони створюють середовище, де навчання прив'язується до реальної практики, а інновації швидше впроваджуються у протоколи й управлінські рішення.

Обґрунтовано доцільність KPI-архітектури для університетських клінік і освітньо-клінічних екосистем (медичний, освітній, науковий, економічний, соціальний виміри), що дозволяє поєднати управління якістю послуг із якістю підготовки кадрів.

Показано, що інтеграція пацієнтоорієнтованих показників (зокрема PREMs/PROMs) у KPI та внутрішні цикли якості переводить управління від контролю «процесів» до оцінки результатів, підсилює підзвітність і довіру до закладів охорони здоров'я та освітніх програм.

Встановлено, що безперервний професійний розвиток і післядипломна освіта мають стати головним інструментом адаптації кадрового потенціалу: регульовані механізми БПР, стажування, ротації та «швидке» перепрофілювання зменшують ризики кадрових розривів у системі охорони здоров'я.

Доведено, що підвищення якості медичної освіти потребує комбінування зовнішніх інструментів забезпечення якості (акредитація, стандартизовані оцінювання) з інституційними змінами в ЗВО: розвитком симуляційного навчання (в т.ч. VR/AR), цифрових процесів та систем менеджменту якості.

Узагальнено, що оптимальна модель управління підготовкою лікарів у сучасних умовах має будуватися на інтеграції трьох контурів:

- 1) стратегічного регулювання й координації (МОЗ/МОН),
- 2) освітньо-клінічних партнерств (університетські клініки/клінічні бази),
- 3) даних і метрик якості (eHealth, KPI, PREMs/PROMs), які разом забезпечують безпечність, адаптивність і стійкість системи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 лют. 2019 р. № 95-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-strategiyi-rozvitku-medichnoyi-osviti-v-ukrayini> (дата звернення: 20.12.2025).
2. Про освіту : Закон України від 05 верес. 2017 р. № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text> (дата звернення: 20.12.2025).
3. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : Указ Президента України від 30 верес. 2019 р. № 722/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/722/2019> (дата звернення: 20.12.2025).
4. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року : постанова Кабінету Міністрів України від 03 берез. 2021 р. № 179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/179-2021-%D0%BF> (дата звернення: 20.12.2025).
5. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021–2027 роки : постанова Кабінету Міністрів України від 05 серп. 2020 р. № 695. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/695-2020-%D0%BF> (дата звернення: 20.12.2025).
6. Стратегія розвитку Дніпропетровської області на період до 2027 року (оновлена редакція, 2025) : проект. Дніпропетровська ОВА. URL: [https://adm.dp.gov.ua/storage/app/sites/1/strategiya-rozvytku-2027/Стратегія%20розвитку%20Дніпропетровської%20області%20\(Оновлена%20Стратегія\).20250114.pdf](https://adm.dp.gov.ua/storage/app/sites/1/strategiya-rozvytku-2027/Стратегія%20розвитку%20Дніпропетровської%20області%20(Оновлена%20Стратегія).20250114.pdf) (дата звернення: 20.12.2025).
7. Про Стратегію регіонального розвитку Дніпропетровської області на період до 2027 року : рішення Дніпропетровської обласної ради від 07.08.2020 № 624-24/VII. URL: <https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/sklikannia-7/xxiv-sesiya> (дата звернення: 20.12.2025).
8. План реалізації Стратегії регіонального розвитку Дніпропетровської області на 2021–2023 роки : додаток до рішення облради

від 07.08.2020 № 624-24/VII. Дніпропетровська ОДА. URL: https://adm.dp.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/proekt_planu_realizacii_do_2027.pdf (дата звернення: 20.12.2025).

9. Про оновлення Стратегії розвитку Дніпропетровської області : інформаційна сторінка. Дніпропетровська ОВА. URL: <https://adm.dp.gov.ua/pro-oblast/rozvitok-regionu/strategiya-rozvitku/proekt-strategiyi-rozvitku-dnipropetrovskoyi-oblasti-na-period-do-2027-roku> (дата звернення: 20.12.2025).

10. Про вищу освіту : Закон України від 01 лип. 2014 р. № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text> (дата звернення: 20.12.2025).

11. Сокурєнко О. Інституційні виклики та шляхи модернізації системи охорони здоров'я України в умовах війни. *Наукові праці МАУП. Політичні науки та публічне управління*. 2025. № 2 (78). С. 187–193. DOI: 10.32689/2523-4625-2025-2(78)-28.

12. Про затвердження Положення про молодіжну раду при Міністерстві охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 07.11.2023 № 1916. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-07112023-1916-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-molodizhnu-radu-pri-ministerstvi-ohoroni-zdorovja-ukraini> (дата звернення: 20.12.2025).

13. Клінічні бази ДДМУ : офіційна сторінка. Дніпровський державний медичний університет. URL: <https://dmu.edu.ua/ua/base1> (дата звернення: 20.12.2025).

14. Звіт про діяльність університету за 2023 рік. Дніпро : Дніпровський державний медичний університет, 2024. 64 с. URL: <https://dmu.edu.ua/images/dma/kerivniki/zvit-2023.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

15. Плідна співпраця університету з обласними закладами охорони здоров'я : новина від 24.04.2023. Дніпровський державний медичний університет. URL: <https://debian101.dma.dp.ua/ua/novini/plidna-spivpratsya->

universitetu-z-oblasnimi-zakladami-okhoroni-zdorov-ya (дата звернення: 20.12.2025).

16. Нова сучасна навчальна база медичного університету в дитячій лікарні : новина від 07.02.2024. Дніпровський державний медичний університет. URL: <https://debian101.dma.dp.ua/ua/novini/nova-suchasna-navchalna-baza-medichnogo-universitetu-v-dityachij-likarni> (дата звернення: 20.12.2025).

17. Деякі питання отримання гуманітарної та благодійної допомоги в умовах воєнного стану : наказ ДОЗ Дніпропетровської ОВА від 08.09.2022 № 1087/0/197-22 (із змінами). URL: <https://dostup.org.ua/request/105349/response/365635/attach/3/293.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

18. Про затвердження Порядку направлення у відрядження медичних працівників... : наказ МОЗ України від 05.09.2022 № 1597. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-05092022--1597-pro-zatverdzhennja-porjadku-napravlennja-u-vidrjadzhennja-medichnih-pracivnikiv-u-tomu-chisli-naukovo-pedagogichnih-pracivnikiv-zakladiv-vischoi-pisljadiplomnoi-osviti-fahivciv-z-reabilitacii-dlja-nadannja> (дата звернення: 20.12.2025).

19. У 2025 році на освіту і науку передбачено 194,3 млрд грн : новина МОН України від 20.02.2025. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/u-2025-roci-na-osvitu-i-nauku-peredbacheno-1943-mlrd-grn> (дата звернення: 20.12.2025).

20. Деякі питання фінансування закладів вищої освіти у 2025 році : постанова Кабінету Міністрів України від 16.07.2025 № 891. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/kp250861> (дата звернення: 20.12.2025).

21. Про розподіл обсягу видатків споживання загального фонду державного бюджету... на 2025 рік : наказ МОЗ України від 27.03.2025 № 554. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-27-03-2025-554-pro-rozpodil-obsyagu-vidatkiv-spozhivannja-zagalnogo-fondu-derzhavnogo-byudzhetu-peredbachenogo-ministerstvu-okhoroni-zdorov-ya-ukrayini-zakonom-ukrayini> (дата звернення: 20.12.2025).

22. Державні гранти для контрактників із високими результатами НМТ : роз'яснення МОН України від 30.07.2025. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/napi-dopomoga-kinez-2027-roku> (дата звернення: 20.12.2025).

23. Порядок прийому на навчання для здобуття вищої освіти у 2025 році : наказ МОН України від 03.03.2025. URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/vstupna-kampaniya/2025/03/03/наказ%20mon_03_03_2025_poryadok-pruyomu-2025.pdf (дата звернення: 20.12.2025).

24. Стандарт вищої освіти. Спеціальність 222 «Медицина». Ступінь — магістр : затв. МОН України від 09.11.2021. URL: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2021/11/09/222-Medytsyna.mahistr.09.11.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

25. Про внесення змін до деяких стандартів вищої освіти : наказ МОН України від 13.06.2024 № 842. URL: <https://mon.gov.ua/osvita-2/vishcha-osvita-ta-osvita-doroslikh/naukovo-metodichna-rada-ministerstva-osviti-i-nauki-ukraini/zatverdzeni-standarti-vishchoi-osviti> (дата звернення: 20.12.2025).

26. Перелік проєктів міжнародної технічної допомоги (станом на 01.07.2025) : КМУ, файл «01072025.xlsx». URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/MTD/01072025.xlsx> (дата звернення: 20.12.2025).

27. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva : WHO, 2016–2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131> (дата звернення: 20.12.2025).

28. WFME Global Standards for Quality Improvement: Basic Medical Education (2020 revision). Ferney-Voltaire : WFME, 2020. URL: <https://wfme.org/wp-content/uploads/2022/03/WFME-BME-Standards-2020.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

29. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). Brussels : ENQA, 2015. URL: https://ehea.info/media.ehea.info/file/ESG/00/2/ESG_2015_616002.pdf (дата звернення: 20.12.2025).
30. Krystal J. H., Rosenheck R. A., Cramer J. A. et al. Adjunctive Risperidone Treatment for Antidepressant-Resistant Symptoms of Chronic Military Service–Related PTSD: A Randomized Trial. *JAMA*. 2011. Vol. 306, No. 5. P. 493–502. DOI: 10.1001/jama.2011.1080.
31. Frank J. R., Snell L., Sherbino J. (eds.). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa : Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015. URL: <https://www.royalcollege.ca/content/dam/document/standards-and-accreditation/2015-canmeds-framework-reduced-e.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).
32. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical education*. 2005. Vol. 39, No. 12. P. 1176–1177. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x.
33. Malakhov K. S. Insight into the Digital Health System of Ukraine (eHealth): Trends, Definitions, Standards, and Legislative Revisions. *Int J Telerehabil*. 2023. Vol. 15, No. 2. e6599. DOI: 10.5195/ijt.2023.6599.
34. Medical doctors per 1,000 people : [dataset]. WHO and OECD, via World Bank, 2025. Our World in Data. URL: <https://archive.ourworldindata.org/20250916-102301/grapher/physicians-per-1000-people.html> (дата звернення: 20.12.2025).
35. Деякі питання безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 № 725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.12.2025).
36. Digital health action plan for the WHO European Region 2023–2030. Copenhagen : WHO/Europe, 2023. URL:

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289059283> (дата звернення: 20.12.2025).

37. Телемедицина: правила взаємодії в закладах охорони здоров'я : роз'яснення. МОЗ України. URL: <https://www.moz.gov.ua/article/for-medics/telemedicina> (дата звернення: 20.12.2025).

38. Fujisawa R. et al. Measuring patient experiences (PREMs). Paris : OECD, 2017. URL: https://www.oecd.org/en/publications/measuring-patient-experiences-prems_893a07d2-en.html (дата звернення: 20.12.2025).

39. Ukraine Health Financing Reform: Progress and Future Directions. Washington, DC : World Bank, 2021. 40 p. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

40. Results of initial health labour market analysis in Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. 76 p. URL: <https://www.ecoi.net/en/file/local/2121780/WHO-EURO-2024-10458-50230-75692-eng.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

41. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності... : Закон України від 12.02.2025 № 4246-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/4246-20> (дата звернення: 20.12.2025).

42. Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я... : наказ МОЗ України від 16.04.2025 № 650. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-16-04-2025-650-...> (дата звернення: 20.12.2025).

43. Bull C., Douglas M. Patient-Reported Outcome and Experience Measures to Evaluate and Improve Health System Performance. *JAMA Health Forum*. 2022. Vol. 3, No. 5. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2790756> (дата звернення: 20.12.2025).

44. Про прийняття за основу проекту Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні» : постанова Верховної

Ради України від 06.06.2024 № 3790-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/3790-20> (дата звернення: 20.12.2025).

45. Herring J., Gallagher J. Towards Self-governance for Healthcare Professions in Ukraine : Policy Brief. Edinburgh : University of Edinburgh, 2023. URL: <https://www.law.ed.ac.uk/sites/default/files/2023-09/Policy%20Brief%20-%20Towards%20Self-governance%20for%20Healthcare%20Professions%20in%20Ukraine.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

46. IFOM-2019. Перші підсумки : презентаційні матеріали. МОЗ України, 2019. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/2/13822-ifom.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

47. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva : WHO, 2021. URL: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf (дата звернення: 20.12.2025).

48. Оцінка якості первинної медичної допомоги — поради від НСЗУ. *Український медичний часопис*. 09.12.2019. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-167699-otsinka-yakosti-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-poradi-vid-nszu> (дата звернення: 20.12.2025).

49. UkraineDigiTrans — ERASMUS-EDU-2024-CBHE : Project ref. 101179494. EU Funding & Tenders Portal. URL: <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/.../101179494> (дата звернення: 20.12.2025).

50. Frenk J., Chen L., Bhutta Z. A. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010. Vol. 376, No. 9756. P. 1923–1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

51. Cook D. A., Hatala R., Brydges R. et al. Technology-Enhanced Simulation for Health Professions Education: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2011. Vol. 306, No. 9. P. 978–988. DOI: 10.1001/jama.2011.1234.

52. Car L. T., Poon S., Kyaw B. M. et al. Digital Education for Health Professionals: An Evidence Map, Conceptual Framework, and Research Agenda. *Journal of Medical Internet Research*. 2022. Vol. 24, No. 3. e31977. DOI: 10.2196/31977.
53. Brusamento S., Kyaw B. M., Whiting P. et al. Digital Health Professions Education in the Field of Pediatrics: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *J Med Internet Res*. 2019. Vol. 21, No. 9. e14231. DOI: 10.2196/14231.
54. Tudor Car L., Soong A., Kyaw B. M. et al. Health professions digital education on clinical practice guidelines: a systematic review by Digital Health Education collaboration. *BMC Med*. 2019. Vol. 17, No. 1. P. 139. DOI: 10.1186/s12916-019-1370-1.
55. Schumann M., Lehmann M., Peters H. Beyond carrots and sticks. Exploring faculty motivation to join a digital health professions educator program. *Front Med (Lausanne)*. 2025. Vol. 12. 1554011. DOI: 10.3389/fmed.2025.1554011.
56. EACCME® general principles. UEMS–EACCME. URL: <https://eaccme.uems.eu/general-information> (дата звернення: 20.12.2025).
57. UEMS–EACCME CME Credit Recognition. American Medical Association. URL: <https://edhub.ama-assn.org/pages/uemseaccme-cme-credit-recognition> (дата звернення: 20.12.2025).
58. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva : World Health Organization, 2010. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> (дата звернення: 20.12.2025).
59. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005. Vol. 39, No. 12. P. 1176–1177. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x.
60. Patients at major teaching hospitals have lower mortality rates than at nonteaching hospitals. *Harvard Gazette/News*. 2017. URL: <https://www.hsph.harvard.edu/news/press-releases/patients-at-major-teaching->

hospitals-have-lower-mortality-rates-than-at-nonteaching-hospitals/ (дата звернення: 20.12.2025).

61. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva : WHO; OECD; World Bank, 2018. 108 p. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

62. QS World University Rankings 2025 — Methodology. QS Quacquarelli Symonds. URL: <https://www.topuniversities.com/qs-world-university-rankings/methodology> (дата звернення: 20.12.2025).

63. World University Rankings — Methodology. Times Higher Education. URL: <https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/world-university-rankings-methodology> (дата звернення: 20.12.2025).

64. Academic and Employer Surveys : [technical support]. QS Support, 08.10.2025. URL: <https://support.qs.com/hc/en-gb/articles/4413986473618-Academic-and-Employer-Surveys> (дата звернення: 20.12.2025).

65. QS World University Rankings: Methodology. *TopUniversities*, 12.06.2025. URL: <https://www.topuniversities.com/world-university-rankings/methodology> (дата звернення: 20.12.2025).

66. Citations per Faculty (Indicator) : [technical support]. QS Support, 02.06.2025. URL: <https://support.qs.com/hc/en-gb/articles/360019107580-Citations-per-Faculty-Indicator> (дата звернення: 20.12.2025).

67. International Research Network (Indicator) : [technical support]. QS Support, 26.09.2024. URL: <https://support.qs.com/hc/en-gb/articles/360021865579-International-Research-Network-Indicator> (дата звернення: 20.12.2025).

68. Rankings released! QS World University Rankings 2025 — Top 10. *QS Insights*, 04.06.2024. URL: <https://www.qs.com/insights/rankings-released-qs-world-university-rankings-2025> (дата звернення: 20.12.2025).

69. Heidelberg University — Medical and Health 2025 (rankings by subject). Times Higher Education. URL:

<https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/heidelberg-university-0> (дата звернення: 20.12.2025).

70. Leiden University — Medical and Health 2025 (rankings by subject). Times Higher Education. URL: <https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/leiden-university> (дата звернення: 20.12.2025).

71. University of Copenhagen — Medical and Health 2025 (rankings by subject). Times Higher Education. URL: <https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/university-copenhagen> (дата звернення: 20.12.2025).

72. Common Data Set: Home. Common Data Set Initiative, 2025. URL: <https://commondataset.org/> (дата звернення: 20.12.2025).

73. Legal Notices: Corporation under Public Law. Charité – Universitätsmedizin Berlin. URL: https://www.charite.de/en/service/legal_notices (дата звернення: 20.12.2025).

74. Charité – Universitätsmedizin Berlin : головна сторінка. URL: <https://www.charite.de/en/> (дата звернення: 20.12.2025).

75. Messerle R., Schreyögg J. Country-level effects of diagnosis-related groups: evidence from Germany's comprehensive reform of hospital payments. *The European Journal of Health Economics*. 2023. Vol. 25. P. 1–18. DOI: 10.1007/s10198-023-01645-z.

76. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2020. Vol. 22, No. 6. P. 1–272. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34232120/> (дата звернення: 20.12.2025).

77. Collaborative organisation KI–Region Stockholm (ALF). Karolinska Institutet. URL: <https://ki.se/en/collaboration/healthcare-services/collaborative-organisation-ki-region-stockholm> (дата звернення: 20.12.2025).

78. Innovation and Development. Karolinska University Hospital. URL: <https://karolinska.se/en/karolinska-university-hospital/about-us/innovation-and-development/> (дата звернення: 20.12.2025).

79. NHS Foundation Trusts Annual Report and Accounts 2023. London : NHS, 2024.
80. How the NHS is funded and how the money is spent. *The King's Fund*. URL: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-funding-and-expenditure> (дата звернення: 20.12.2025).
81. About the NIHR Oxford Biomedical Research Centre. NIHR Oxford BRC. URL: <https://oxfordbrc.nihr.ac.uk/about-us-intro> (дата звернення: 20.12.2025).
82. Our Hospitals : [Cambridge Biomedical Campus connection]. Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust. URL: <https://www.cuh.nhs.uk/about-us/our-hospitals> (дата звернення: 20.12.2025).
83. Private care in a leading London NHS Trust. Imperial College Healthcare Private Care. URL: <https://www.private.imperial.nhs.uk> (дата звернення: 20.12.2025).
84. Direct Graduate Medical Education (DGME) : [methodology description]. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). URL: <https://www.cms.gov/medicare/payment/prospective-payment-systems/acute-inpatient-pps/direct-graduate-medical-education-dgme> (дата звернення: 20.12.2025).
85. Giving to Mayo Clinic : [philanthropy]. Mayo Clinic. URL: <https://www.mayoclinic.org/giving-to-mayo-clinic> (дата звернення: 20.12.2025).
86. About the Philanthropy Institute / Ways to Give. Cleveland Clinic. URL: <https://my.clevelandclinic.org/giving/about> (дата звернення: 20.12.2025).
87. Johns Hopkins University — Awards summary FY2023. NIH RePORT. URL: <https://report.nih.gov/award/index.cfm?...> (дата звернення: 20.12.2025).
88. Health workforce migration in the WHO European Region. WHO/Europe, 2025. URL: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1758179528.pdf> (дата звернення: 20.12.2025).

89. Ukraine Humanitarian Needs and Response Plan 2025. OCHA, 01.07.2025. URL: <https://humanitarianaction.info/plan/1271/document/ukraine-humanitarian-needs-and-response-plan-2025/> (дата звернення: 20.12.2025).

90. 17 000 сімейних лікарів пройшли навчання mhGAP... : новина. МОЗ України, 2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/17-000-simejnih-likariv-projshli-navchannja-mhgap-majzhe-10-000-iz-nih-vzhe-nadajut-bezoplatni-poslugi-z-ohoroni-mentalnogo-zdorov%CA%BCja-> (дата звернення: 20.12.2025).

91. У МОЗ підраховали, скільки медиків загинуло від початку війни. *Слово і Діло*. 06.07.2022. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/07/06/novyna/suspilstvo/moz-pidrahuvaly-skilky-medukiv-zahynulo-rochatku-vijny> (дата звернення: 20.12.2025).

92. ВООЗ зафіксувала 58 смертей медиків від російських атак на медичну систему України. *Район.Медицина*. 19.08.2024. URL: <https://medicine.rayon.in.ua/news/733374-vooz-zafiksuvala-58-smertey-medikiv-vid-rosiyskiy-atak-na-medichnu-sistemu-ukraini> (дата звернення: 20.12.2025).

93. Втрати медичної інфраструктури через війну: понад 2300 об'єктів медзакладів пошкоджені або зруйновані. МОЗ України, 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/vtrati-medichnoyi-infrastrukturi-cherez-vijnu-ponad-2300-ob-yektiv-medzakladiv-poshkodzheni-abo-zrujnovani> (дата звернення: 20.12.2025).

94. Філіппов Р., Дворядкіна А., Бурак Д., Пашкевич С. Медицина на окупованих територіях — Критичний дефіцит лікарів і ліків. *NV*. 2024. URL: <https://nv.ua/ukr/ukraine/events/medicina-na-okupovanih-teritoriyah-kritichniy-deficit-likariv-i-likiv-50546664.html> (дата звернення: 20.12.2025).

95. Aljadeeah S. et al. Healthcare provision for displaced people in transit: Analyses of routinely collected data from INTERSOS clinics at the Ukrainian border with Moldova and Poland. *J Migr Health*. 2024. Vol. 11. 100287. DOI: 10.1016/j.jmh.2024.100287.

96. Těšinová J. K. et al. Professionals' and Intercultural Mediators' Perspectives on communication With Ukrainian Refugees in the Czech Healthcare System. *Health Expect.* 2024. Vol. 27, No. 4. e14171. DOI: 10.1111/hex.14171.
97. Rusanov V. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *PMGP.* 2024. Vol. 9, No. 3. DOI: 10.26766/pmgp.v9i3.529.
98. Близько 300 тисяч українців звернулися зі скаргами на ментальне здоров'я до лікарів первинної ланки за сім місяців 2024 року. МОЗ України, 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/blizko-300-tisyach-ukrayinciv-zvernulisya-zi-skargami-na-mentalne-zdorov-ya-do-likariv-pervinnoyi-lanki-za-sim-misyaciv-2024-roku> (дата звернення: 20.12.2025).
99. Lin T. K., Werner K., Kak M., Herbst C. H. Health-care worker retention in post-conflict settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan.* 2023. Vol. 38, No. 1. P. 109–121. DOI: 10.1093/heapol/czac090.
100. WHO/Europe releases new report with data on nursing shortages in Ukraine. WHO Regional Office for Europe, 21.11.2024. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/21-11-2024-who-europe-releases-new-report-with-data-on-nursing-shortages-in-ukraine> (дата звернення: 20.12.2025).
101. Costigliola V. Mobility of medical doctors in cross-border healthcare. *The EPMA Journal.* 2011. Vol. 2. P. 333–339. DOI: 10.1007/s13167-011-0133-7.
102. Jurić T. Medical Brain Drain From Southeastern Europe: Using Digital Demography to Forecast Health Worker Emigration. *JMIRx Med.* 2021. Vol. 2, No. 4. e30831. DOI: 10.2196/30831.
103. Ukraine & neighbouring countries 2022–2024: 2 years of response. International Organization for Migration, 2024. URL: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/documents/2024-02/iom_ukraine_neighbouring_countries_2022-2024_2_years_of_response.pdf (дата звернення: 20.12.2025).
104. Pathways for international medical graduates. Medical Council of Canada. URL: <https://mcc.ca/credentials-and-services/pathways-to->

licensure/pathways-for-international-medical-graduates/ (дата звернення: 20.12.2025).

105. Batista C. et al. Brain drain or brain gain? Effects of high-skilled international emigration on origin countries. *Science*. 2025. Vol. 388. eadr8861. DOI: 10.1126/science.adr8861.

106. Бойчук А. В., Шадріна В. С., Хлібовська О. І. Якісна підготовка лікарів-інтернів і курсантів на кафедрі акушерства та гінекології фпо – вимога сучасності. *Медична освіта*. 2022. № 1. С. 68–73. DOI: 10.11603/m.2414-5998.2022.1.12946.

107. Шевченко О. С., Петренко В. І., Тодоріко Л. Д. та ін. Дистанційне навчання у медичній освіті: світовий досвід. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2020. № 1 (40). С. 97–101. DOI: 10.30978/TB2020-1-97.

108. Mudge G. H., Vilenskyi A., Kumar U., Kohli M. The future of Ukrainian healthcare: the digital opportunity. *Journal of Global Health*. 2025. Vol. 15. 03039. DOI: 10.7189/jogh.15.03039.