УДК 351.77(477)
DOI: 10.34132/pard2022.16.03

ПУБЛІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ФОРМУВАННІ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гавриченко Д.Г., канд. мед. наук, завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини болю, Одеський медичний інститут Міжнародного гуманітарного університету, м. Одеса, Україна.

У статті обґрунтовано, що ефективне формування кадрового потенціалу та управління ним має вирішальне значення для досягнення кращих результатів і доступу до медичної допомоги в усьому світі. Метою статті є визначення стратегічних пріоритетів формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я для підвищення ефективності вітчизняної медичної галузі та досягнення сталого розвитку країни. Методичною базою для дослідження є прикладні дослідження ВООЗ, ОЕСР, Міжнародного економічного форуму, Міністерства охорони здоров'я. Визначено головні індикатори розвитку охорони здоров'я (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я) та ключові проблеми громадського здоров'я. На основі оцінки показників розподілу дефіциту медичних кадрів за регіонами (лікарів, медсестер), співвідношення медичного персоналу, щільності лікарів в міських та сільських районах, міграційних процесів доведено, що формування та розвиток кадрового потенціалу галузі проводиться відповідно до особливостей та показників наукового, соціального, економічного і культурного розвитку кожного суспільства і на підставі нагальних потреб. Узагальнено публічні важелі, які використовуються для впливу на вибір місця практики лікарів. Досліджено проведені трансформації публічних механізмів країн світу в сфері забезпечення кадровими

ресурсами системи охорони здоров'я. На основі аналізу світового та вітчизняного кадрового забезпечення медичної галузі визначено стратегічні напрямки вирішення глобальної нестачі медичних працівників: запровадження «Глобальний кодекс практики ВООЗ щодо міжнародного набору медичного персоналу», зміцнення міжнародне співробітництва; збільшення можливості підготовки кадрів у країнах, щоб зменшити внутрішній дефіцит та неправильний розподіл за географічними районами чи спеціальностями, щоб уникнути залежності від міжнародного найму; забезпечення медичним працівникам-мігрантам рівних умов праці; упорядкування процедури визнання іноземних кваліфікацій; посилення міжнародного співробітництва.

Ключові слова: *механізм, трансформація, медична галузь, кадровий потенціал, міграція, сталий розвиток.*

Постановка проблеми у загальному вигляді. У багатьох країнах світу все більше уваги в системах охорони здоров'я приділяється управлінню людськими ресурсами. З глобальної точки зору взаємозв'язок між кадровим потенціалом та охороною здоров'я є достатньо складним, оскільки відіграє важливу роль у реформуванні сектору охорони здоров'я. Ефективне формування кадрового потенціалу та управління ним має вирішальне значення для досягнення кращих результатів і доступу до медичної допомоги в усьому світі. В сучасних умовах організаційні та економічні інструменти державної політики мають бути направлені на захист працівників, діяльність яких зосереджена на наданні населенню необхідної медичної допомоги та безперервному порятунку життя. Тому актуальним залишається визначення напрямів трансформації процесу формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Значний внесок у дослідженні процесу формування та управління кадровим потенціалом галузі охорони здоров'я забезпечили праці зарубіжних та вітчизняних вчених. А. Волосовець, О. Волосовець, В. Заболотько присвятили наукові дослідженні питанням укомплектованості та

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

забезпеченості медичними кадрами закладів охорони здоров'я в Україні та Європі та визначили відповідні ризики.

Аналізу кадрового потенціалу лікарів і середнього медичного персоналу центрів первинної медико-санітарної допомоги присвячено праці В. Клименко, І. Кремсарь, Н. Корогод.

На основі узагальнення досвіду впровадження електронних послуг в практику функціонування медичних закладів та аналізу структурних перетворень в галузі охорони здоров'я Орловою Н. [3] визначено основні напрями трансформації системи охорони здоров'я.

Іноземні вчені Stefane M Kabene, Carole Orchard, John M Howard, Mark A Soriano, Raymond Leduc дослідили проблеми та визначили фактори успіху, які впливають на практику охорони здоров'я та управління людськими ресурсами в галузі. Публічні механізми щодо зменшення синдрому вигорання медичних працівників, підвищення рівня якості командної роботи узагальнили Wenxin Wang, Samuel Atingabili, Isaac Adjei Mensah, Hong Jiang, Hao Zhang, Akoto Yaw Omari-Sasu, Evelyn Agba Tackie.

Визнаючи безперечні досягнення вищезгаданих науковців, потребують подальших наукових досліджень питання трансформаційних змін в формуванні кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в умовах світової пандемії та в контексті реформування вітчизняної медичної галузі.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є визначення стратегічних пріоритетів формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я для підвищення ефективності вітчизняної медичної галузі та досягнення сталого розвитку країни.

Виклад основного матеріалу дослідження. Загальнонаціональні системи охорони здоров'я у різних країнах залежать від соціальних та економічних факторів та мають різноманітні форми. Стан системи охорони здоров'я визначається на основі факторів, таких як: процес догляду (безпечний догляд, профілактичні заходи, скоординований догляд), доступ (своєчасність та доступність), справедливість, адміністративна ефективність та медичне обслуговування, результати (смертність, здоров'я населення), тощо.

Індикатори оцінки системи охорони здоров'я мають відповідати певним критеріям: відповідати вимогам можливості перевірки та регулярності відстеження, вказувати на прогрес у досягненні бажаного результату, бути об'єктивними, надійними, доречними, доступними, адекватними контексту. Оцінку міжнародного досвіду впровадження публічних механізмів трансформацій та розвитку сфери охорони здоров'я проводять за наступними індикаторами: громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я.

Громадське здоров'я є важливим елементом системи охорони здоров'я, оскільки заохочує рівні можливості для усіх етнічних груп та статей та допомагає подолати нерівність між людьми. Глобальні оцінки здоров'я ВООЗ показали, що щорічна глобальна смертність серед жінок на 15 % нижча, ніж для чоловіків [6]. Темпи зростання рівня смертності відповідно до захворювання, наведені на рис.1., свідчать, що серед найголовніших глобальних причин смерті в 2021 році є ішемічна хвороба серця, інсульт, хронічне обструктивне захворювання легенів, інфекції нижніх дихальних шляхів, рак трахеї, бронхів, легенів, хвороба Альцгеймера та інші деменції, діарейні захворювання, цукровий діабет, захворювання нирок.

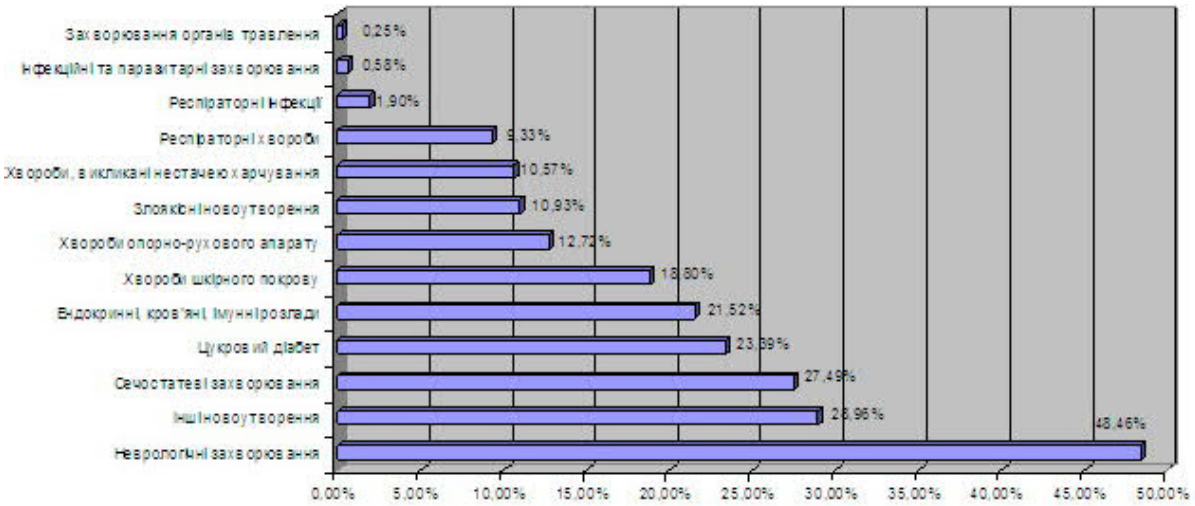

Рис.1. Темпи зростання рівня смертності за видами захворювань в 2021 році, у %

Джерело: [6]

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

За даними опитування, проведеного Ipsos Global Health Service Monitor, в 30 країнах у 2021 році коронавірус визначено найбільшою проблемою громадського здоров'я, з якою стикаються люди в усьому світі (70 % в порівнянні 72 % минулого року) (рис.2.). COVID-19 створює серйозні проблеми для добробуту та здоров'я населення в усьому світі та перешкоджає досягненню Цілей сталого розвитку.

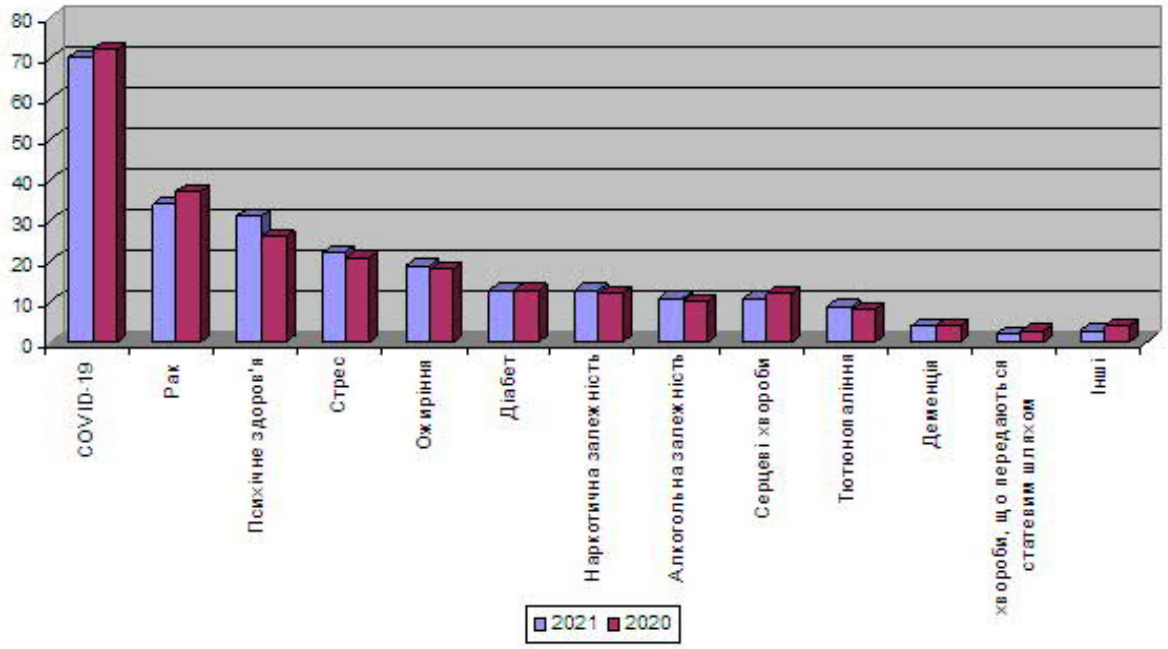

Рис. 2. Ключові проблеми громадського здоров'я в 2021 році

Джерело: [7]

Цифрові технології виступають головним інструментом, що збільшує широту та швидкість інформаційних потоків, покращують стійкість галузі. Незважаючи на те, що країни-лідери чітко усвідомлюють значення цифрових інвестицій, бар'єрів на шляху цифрової трансформації галузі існує багато перепон, серед яких: відсутність технологічного досвіду персоналу, низький рівень цифрового навчання кадрових ресурсів та суспільства [8].

В світовій медичній галузі працюють 60 млн. фахівців, з них лікарів – 8,7 млн., акушерський та сестринський персонал – 16,7 млн., фармацевтичний персонал – 2,1 млн., стоматологічний персо-

нал – 1,2 млн. Розподіл медичного персоналу за регіонами є нерівномірним (рис.3) [8]. Найбільш забезпеченим медичними кадрами є США (24,8 %) та Європа (18,9 %).

Рис. 3. Розподіл дефіциту медичних кадрів на 1000 населення в 2021 р.

Джерело: [9]

Лікарі є кваліфікованими спеціалістами, які беруть на себе відповідальність за надання якісних медичних послуг та забезпечення громадського здоров'я. Протягом останніх двох десятиліть кількість лікарів у країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) постійно зростає та у 2021 р. показник становив 4,1 млн., при чому темпи зростання кількості лікарів більші, ніж темпи зростання населення.

Середній показник кількості лікарів на 1000 населення в країнах ОЕСР в 2021 році складав 3,6 (в 2000 році зазначений показник становив 2,7). У 2021 році кількість лікарів у країнах-членах ОЕСР коливалася від менше ніж 2,5 на 1000 населення. В Колумбії, Туреччині, Мексиці, Польщі даний показник становив менше ніж 2,5 на 1000 населення. В Греції, Португалії, Австрії – понад 5. Менше одного лікаря на 1000 населення характерне для Індії, Південної Африки, Індонезії [28].

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

Найчисельнішу категорію працівників охорони здоров'я становлять медсестри. Середній показник щільності медсестер на 1000 населення в країнах ОЕСР у 2021 році складав менше дев'яти медсестер. Найнижча щільність медичних працівників характерна для Африки (121 медсестра / акушерка на 10 000 населення) (рис.3.)

В Туреччині, Колумбії, Чилі, Мексиці на 1000 населення приходиться менше ніж три медсестри. В той час коли в Швейцарії та Норвегії даний показник становить приблизно 18 медичних сестер. Такий показник урядам вдалось досягти збільшенням кількості студентів до медичної освіти, покращенням умов праці (Норвегія). Урядом Норвегії прийнято п'ятирічний план дій для покращення компетенцій та оплати праці медсестер, який продовжено у рамках підвищення *компетенції до 2025 року.* У Швейцарії кількість медсестер збільшилась через введення «проміжних медсестер», які мають нижчу кваліфікацію, ніж «професійні медсестри».

Рис. 3. Щільність медсестер / акушерок на 10 тис. населення за регіонами світу в 2021 р.

Джерело: [9]

У більшості країн ОЕСР кількість медсестер перевищує кількість лікарів. У середньому на кожного лікаря припадає менше трьох

медсестер. Співвідношення медичних сестер на одного лікаря коливається від приблизно однієї медсестри на лікаря в Чилі, Колумбії, Мексиці, Коста-Ріці, Туреччині до більш ніж чотирьох у Фінляндії, Японії, Швейцарії, США. Це свідчить, наскільки різноманітним є розподіл у всьому світі, і підкреслює неприйнятний дефіцит медичних працівників у деяких регіонах.

Наявність достатньої кількості мотивованих медичних та кваліфікованих працівників є центральним фактором ефективності будь-якої системи охорони здоров'я. Наступним фактором формування кадрового потенціалу є нерівність між сільськими (віддаленими) районами порівняно з міськими.

Лікарі можуть неохоче займатися практикою в сільській місцевості через занепокоєння щодо свого професійного життя (включаючи доходи, робочий час, можливості кар'єрного розвитку) та соціальні зручності (можливості освіти для дітей та професійні можливості для членів родини).

У багатьох країнах спостерігається особливо висока концентрація лікарів у міських регіонах (рис.4.): Чехії, Австрії, Угорщині, Греції, Португалії, США, Словацькій Республіці.

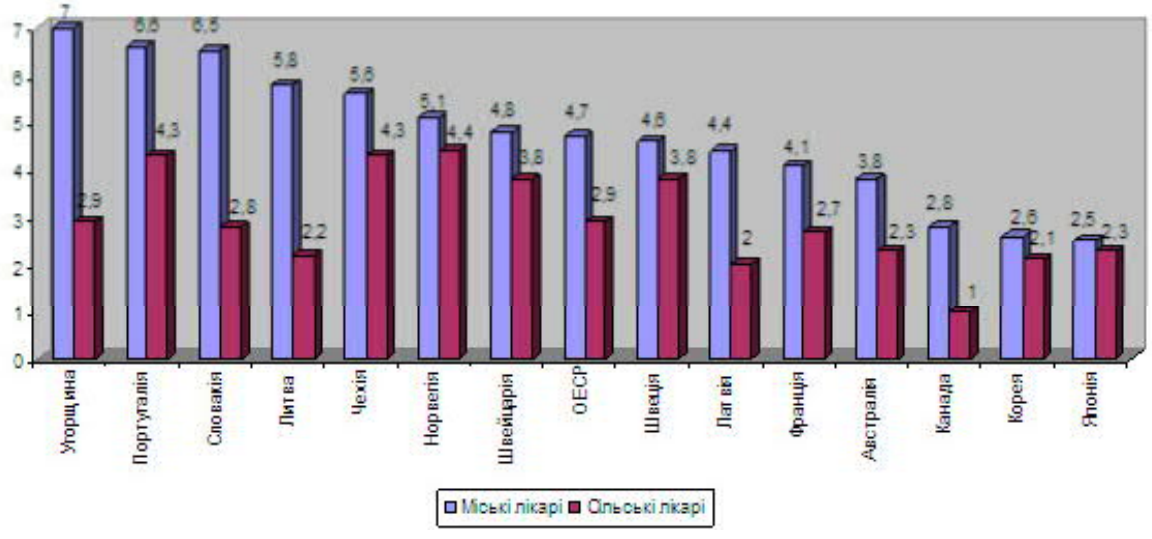

Рис. 4. Щільність лікарів в міських та сільських районах в 2021 р.

Джерело: [10]

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

У Франції протягом останніх 15 років уряд розпочав низку заходів для вирішення проблем з приводу «медичних пустель», включаючи надання фінансової підтримки лікарям у створенні їх практики в районах з недостатнім рівнем обслуговування. Заохочення студентів-медиків до практики в районах з недостатнім рівнем обслуговування виявилося досить успішним через використання «контрактів на доступ», згідно з якими студенти-медики та ординатори отримують щомісячну стипендію під час навчання та навчання в обмін на зобов'язання практикувати певний період після закінчення навчання у віддалених районах.

У Німеччині ряд заходів спрямований на збільшення кількості лікарів, які працюють у сільській місцевості, включаючи надання бюджетних місць студентам-медикам, які зобов'язуються після закінчення навчання працювати в якості лікарів загальної практики у сільській місцевості.

У Чеській Республіці у квітні 2020 року Міністерство охорони здоров'я оголосило про нову програму підтримки лікарів загальної практики, які працюють у віддалених районах. Програма надає фінансування лікарям загальної практики для покриття витрат на персонал та технічне обладнання.

В Австралії в 2018 році уряд оголосив про нову десятирічну стратегію здоров'я в сільській місцевості, щоб задовольнити поточні та майбутні виклики країни у сфері охорони здоров'я в сільських і віддалених районах. Стратегія включає 13 ініціатив, які спрямовані на вирішення питань якості, розподілу та планування медичних працівників Австралії, зокрема в регіональних, сільських та віддалених громадах.

Для впливу на вибір місця практики лікарів можна використовувати низку публічних важелів: надання фінансових стимулів лікарям працювати в віддалених районах; збільшення набору на програми медичної освіти студентів із малозабезпечених районів або децентралізація розміщення медичних навчальних закладів; регулювання вибору місця практики лікарів (для нових випускників або лікарів з іноземною освітою, які прибувають до країни). Розвиток телемедицини також може допомогти подолати географічні бар'єри між пацієнтами та лікарями.

Пандемія COVID-19 суттєво збільшила навантаження на більшість медичних працівників незалежно від складу та чисельності працівників охорони здоров'я та підкреслила проблему дефіциту персоналу. Більшість країн, які сильно постраждали від COVID-19, намагалися мобілізувати додатковий персонал, щоб відповісти на попит на медичні послуги під час пандемії. Принаймні половина європейських країн почали з відкликання відставних медичних працівників, пропонуючи їм короткий тренінг для підвищення та оновлення кваліфікації. Більшість країн мобілізували студентів наприкінці навчання в медичних, освітніх програмах для забезпечення роботи телефонних гарячих ліній та надання послуг підтримки пацієнтам.

Під час пандемії COVID-19 багато країн ОЕСР визнали медичних працівників мігрантів ключовими активами та запровадили політику, щоб допомогти їхньому прибуттю та визнанню їх кваліфікації (табл.1). Майже чверть усіх лікарів народжуються за кордоном, близько однієї п'ятої – проходять навчання за кордоном. Серед медичних сестер майже 16% є іноземними громадянами і більше 7% пройшли навчання за кордоном. Щорічна міграція лікарів у країнах Європейського регіону складає 5%; у країнах ОЕСР – 20%, у країнах Персидської затоки – 50%.

Таблиця 1

Трансформація публічних механізмів країн світу в сфері забезпечення кадровими ресурсами системи охорони здоров'я

Країна	Запроваджені публічні механізми
Австралія	Міжнародні студенти (медсестри) можуть працювати більше 40 годин кожні два тижні, щоб зменшити тиск на робочу силу.
Італія	Прийнято указ, який дозволяє тимчасово ліцензувати іноземних медичних працівників.
Іспанія	Іспанські міністерства розпочали термінові скоординовані дії для негайного найму іноземних медичних працівників, які бажають працювати в Іспанії.

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

продовження таблиці1

Канада	У провінції Онтаріо міжнародні дипломовані медичні працівники (IMG), які склали іспити для практики в Канаді або закінчили школу протягом останніх двох років, можуть подати заявку на отримання медичної ліцензії під наглядом на 30 днів. У провінції Британська Колумбія IMG, який має принаймні два роки післядипломної підготовки та закінчив кваліфікаційні іспити Ліцензіату Медичної ради Канади, може працювати асоційованим лікарем під наглядом повністю сертифікованого лікаря.
Німеччина	В Баварії, іноземним лікарям пропонують дозвіл працювати асистентами протягом одного року. Саксонія також закликала іноземців з медичною освітою ідентифікувати себе, але поки що не мобілізувала їх.
США	Штат Нью-Йорк надає доступ до IMG за обмеженим дозволом з одним роком затвердженої післядипломної підготовки замість трьох. Лікарі, які мають ліцензію в інших штатах і Канаді, можуть практикувати медичну діяльність. Подібні заходи були прийняті штатом Массачусетс. У штаті Юта випускникам-іноземцям-медикам не потрібно повторювати стажування, якщо вони практикували в Австралії, Великобританії, Швейцарії, Південній Африці, Гонконгу, Китаї чи Сінгапурі.
Франція	Неліцензовані медичні працівники, які пройшли навчання за кордоном, можуть працювати як допоміжний персонал у немедичних професіях.
Чілі	В надзвичайних ситуаціях у сфері охорони здоров'я національна служба охорони здоров'я може наймати іноземних медичних працівників, навіть якщо вони не мають офіційно визнаної кваліфікації.

Ряд країн ОЕСР вирішили прискорити поточні подачі заявок на визнання іноземних кваліфікацій медичних працівників (Бельгія, Німеччина, Ірландія, Люксембург) або полегшити процедуру отри-

мання іноземних кваліфікацій (скорочений тест на мову в Німеччині, відсутність особистої зустрічі в Литві, прийняти звільнення від зборів в Ірландії).

Хоча залучення іноземних медичних працівників розглядалося як швидке вирішення проблеми дефіциту кваліфікації, однак його не можна розглядати як ефективне рішення, оскільки такий підхід позбавляє країни з нестабільними системами охорони здоров'я необхідних медичних працівників.

В Україні функціонує спроможна система громадського здоров'я, спрямована на попередження хвороб, своєчасне виявлення та реагування на існуючі виклики / бар'єри. В Україні створено безпечні умови і середовище життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я.

Брак кваліфікованих медичних кадрів є доволі гострою проблемою системи охорони здоров'я в Україні. Незважаючи на достатньо високу частку медичних працівників в трудових ресурсах України (5,9 %), кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я України має стійку тенденцію до погіршення. Кількість молодшого медичного персоналу та лікарів за останні роки скоротилась у 4 та 2 рази відповідно.

У 2020-2021 рр. під час пандемії ситуація набула особливого загострення. Протягом 2020 року понад 34 тис. медичних працівників звільнилось через незадовільні умови праці (зростання робочого навантаження, відсутність засобів індивідуального захисту, застаріла матеріально-технічна база, тощо).

28,7 % медичних сестер та лікарів були інфіковані COVID-19, через загрозу важкого перебігу коронавірусної хвороби частина працівників передпенсійного та пенсійного віку були змушені брати відпустки без збереження заробітної плати.

Система забезпечення медичними працівниками по Україні в цілому відповідає середньоєвропейському рівню. Стійку тенденцію до зниження має укомплектованість закладів охорони здоров'я лікарями та молодшим та середнім медичним персоналом. Так, у порівнянні із 2019 р. кількість молодшого та середнього медичного персоналу знизилась на 17 %, лікарів – на 4 %.

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

Посилюють диспропорцію співвідношення та медичних сестер та лікарів у системі охорони здоров'я України високі темпи зменшення кількості молодшого та середнього медичного персоналу (1:1,25 у 2020 р. проти рекомендованих ВООЗ 1:4), що знижує загальну ефективність надання медичних послуг. Серед проблем управління кадровими ресурсами можна виділити високий рівень трудової міграції фахівців, нерівномірність розподілу соціальних гарантій між рівнями медичної допомоги та регіонами, недостатнього мотивування медичних працівників.

Кількість лікарів відповідних спеціальностей в Україні (пульмонологів, дерматологів, інфекціоністів та гінекологів, невропатологів та ендокринологів, урологів) продовжує скорочуватись (рис.5.).

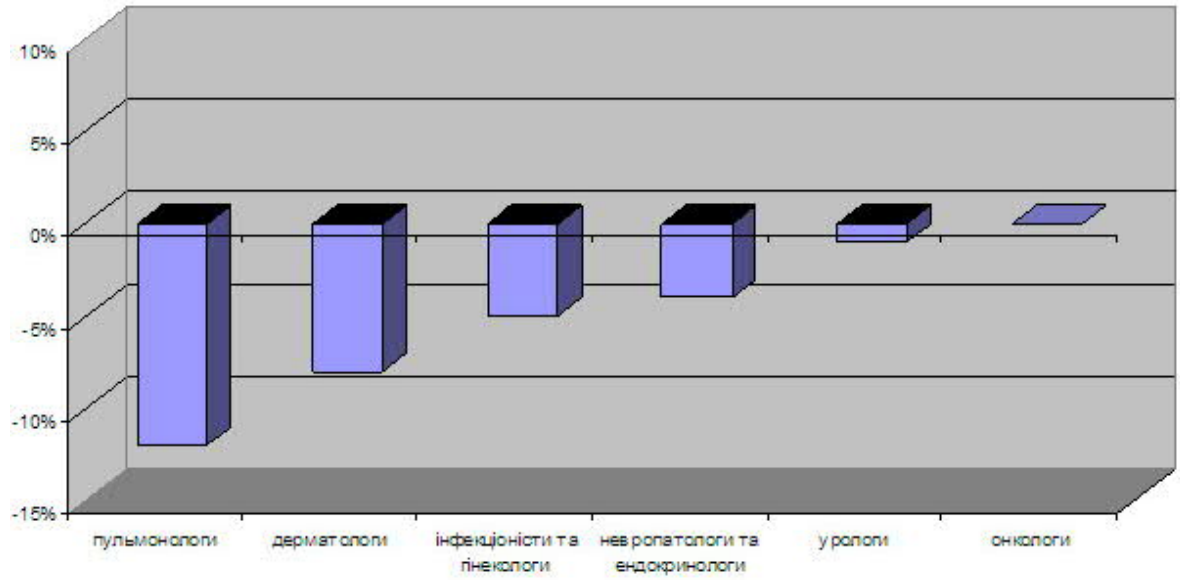

Рис. 5. Темпи зростання кількості лікарів медичних спеціальностей в Україні в 2021 р., %

Джерело: [11]

За сумісництвом в Україні працюють щонайменше 50 % лікарів, що актуалізує питання забезпечення оплати праці та гідних умов медичних працівників. Оплати праці медичних працівників залишається однією з найнижчих в економіці (12317 грн. у червні 2021 р., що було на 13,9 % нижче за середню по Україні). Наявний дисбаланс між доходами медичного персоналу, який займається безпосередньо медичною практикою (середня заробітна плата становить

трохи більше 8 тис. грн.) та медичних працівників, які обіймають адміністративні посади (середня заробітна плата становить 23,5 тис. грн.).

Ситуація загострюється через те, що обмежені можливості фінансування медичних закладів за рахунок місцевих бюджетів загострюють ризики забезпечення гідних умов найму та оплати праці медичних працівників у перспективі. На рахунках у медичних закладах майже 17 млрд. грн. Це 17 % від коштів, які НСЗУ виплатила закладам у 2020 році. Ці кошти можна було б використати на збільшення заробітних плат на 30 %.

Зазначені соціально-економічні умови змушують українських медичних працівників шукати роботу за кордоном, насамперед – у сусідніх країнах, де оплата їхньої праці за фахом в середньому у 4-5 разів вища за українську. Так протягом 2020 р. з України виїхало понад 66 тис. медичних працівників.

В Україні 147,4 тисячі лікарів усіх спеціальностей та 1186 лікарняних установ. Найбільше лікарів в Києві (14,6 тис.), Львівській (11,9 тис.) і Дніпропетровській (11,5 тис.) областях, найменше – у Луганській області (1,9 тис.). Серед лікарів спеціалізованої медичної допомоги лідери за кількістю - акушери-гінеколог (9,112). Найбільше цих спеціалістів на 100 тис. населення працює у Івано-Франківській та Київській областях – 37 та 36 фахівців відповідно. Найменше – у Луганській та Донецькій областях – 6 та 8 гінекологів на 100 тис. населення.

Хірурги в електронній системі охорони здоров'я – треті за чисельністю (6,106). Найбільше хірургів у Тернопільській і Чернівецькій областях та в Києві – по 24 спеціалісти на 100 тис. населення. Найменше – у Луганській та Донецькій – 5 і 7 спеціалістів на 100 тис. населення відповідно.

Щодо лікарів первинної ланки, то найбільше їх у Волинській області – 69 фахівців на 100 тис. населення, найменше на Чернігівщині – 46 медиків на 100 тис. населення [12].

В Україні працює 273 тисячі 526 осіб середнього медичного персоналу: найбільше в Дніпропетровській і Львівській областях (по 20 тисяч), Києві (18,2 тис.) і Харківській (16,3 тис.) області; найменше – в Луганській області (4,5 тис.) [12].

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

Також в областях функціонує 11 тисяч 278 фельдшерсько-акушерських пунктів. Їх найбільше у Львівській (888), Хмельницькій (738), Тернопільській (697) та Вінницькій (688) областях. Найменше ФАПів в Миколаївській області – 107.

Найбільша кількість медичних установ розташована в Дніпропетровській (103), Львівській (90) та Харківській (76) областях [12].

Станом на 1 липня 2021 р. дефіцит вакансій в галузі охорони здоров'я складав майже 13 тис. посад. Найбільший дефіцит спостерігається у західних (Львівській, Рівненській) та центральних (Вінницькій, Житомирській, Черкаській, Полтавській) областях, в той час як достатню кількість вакансій може запропонувати лише м. Київ.

Оцінка кадрового забезпечення системи охорони здоров'я в країнах світу засвідчив, що формування та розвиток кадрового потенціалу галузі проводиться відповідно до особливостей та показників наукового, соціального, економічного і культурного розвитку кожного суспільства і на підставі нагальних потреб.

Висновки. Системний аналіз кадрового забезпечення медичної галузі є невід'ємною складовою соціально-економічної стратегії системи охорони здоров'я України. Визначення кадрового потенціалу медичної галузі є підґрунтям для подальшого проведення реформування системи охорони здоров'я. На основі аналізу світового та вітчизняного кадрового забезпечення медичної галузі доведено, що для стійкого вирішення глобальної нестачі медичних працівників необхідним на міжнародному та національному рівнях є:

– запровадити «Глобальний кодекс практики ВООЗ щодо міжнародного набору медичного персоналу»,

– зміцнювати міжнародне співробітництво для вирішення глобальної нестачі медичних працівників;

– збільшити можливості підготовки кадрів у країнах, щоб зменшити внутрішній дефіцит та неправильний розподіл за географічними районами чи спеціальностями, щоб уникнути залежності від міжнародного найму;

– забезпечити медичним працівникам-мігрантам рівні умови праці з іншими медичними працівниками та визнати їхній внесок у функціонування національних систем охорони здоров'я;

– упорядкувати процедуру визнання іноземних кваліфікацій для зниження ризику втрати національних кваліфікованих кадрів в країні;

– посилити міжнародне співробітництво, зокрема надання допомоги закордонному розвитку та технічної допомоги, щоб допомогти менш розвинутим країнам створити достатню кількість кадрів охорони здоров'я та зміцнити власні системи охорони здоров'я, тим самим пом'якшуючи фактори, які змушують медичних працівників звільнитися.

Стаття надійшла до редакції: 05.05.22

PUBLIC MECHANISMS OF TRANSFORMATIONS IN THE FORMATION OF HUMAN RESOURCES IN THE FIELD OF HEALTHCARE

Havrychenko Dmytro, PhD in Medical Sciences, Head of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine, Odesa Medical Institute of the International Humanitarian University, Odessa, Ukraine.

The article substantiates that the effective formation and management of human resources is crucial for achieving better results and access to health care worldwide. The purpose of the article is to determine the strategic priorities for the formation of human resources of the health care system to increase the efficiency of the domestic medical industry and achieve sustainable development of the country. The methodological basis for the study is applied research of the WHO, OECD, International Economic Forum, Ministry of Health.

The main indicators of health development (public health, access to medicines, provision of health services and financing, human resources of the health care system) and key public health issues have been identified. Based on the assessment of the distribution of the shortage of medical staff by region (doctors, nurses), the ratio of medical staff,

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

the density of doctors in urban and rural areas, migration processes, it is proved that the formation and development of human resources in accordance with scientific, social, economic and cultural development of each society and on the basis of urgent needs. The public levers used to influence the choice of place of practice of doctors are generalized. The transformations of public mechanisms of the world countries in the field of providing human resources of the health care system are studied. Based on the analysis of global and domestic staffing of the medical sector, strategic directions for addressing the global shortage of health workers have been identified: introduction of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Medical Personnel, strengthening international cooperation; increase training opportunities in countries to reduce domestic shortages and misallocations by geographical area or specialty to avoid reliance on international employment; providing equal working conditions for migrant health workers; streamlining the procedure for recognition of foreign qualifications; strengthening international cooperation.

Key words: *mechanism, transformation, medical branch, personnel potential, migration, sustainable development.*

Received: 05.05.22

References

1. Klymenko, V. I., Kremsar', I. M., & Korohod, N. O. (2019). Medychni kadry – najholovnishyj resurs zakladiv okhorony zdorov'ia zaporiz'koi oblasti pervynnoho rivnia [Medical personnel is the most important resource of primary health care facilities in Zaporizhia region]. *Visnyk sotsial'noi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorov'ia Ukrainy – Bulletin of social hygiene and health care organization of Ukraine,* 4 (82), (pp. 40-45) [in Ukrainian].

2. Volosovets', O.P., Zabolot'ko, V.M., & Volosovets', A.O. (2020). Kadrove zabezpechennia haluzi okhorony zdorov'ia v Ukraini ta sviti: suchasni vyklyky [Healthcare staffing in Ukraine and around the world: current challenges]. *Orhanizatsiia okhorony zdorov'ia - Healthcare organization,* 1(84), (pp.20-26) [in Ukrainian].

3. Orlova, N. S. (2019). Mekhanizmy derzhavnoho upravlinnia u reformuvanni systemy okhorony zdorov'ia [Mechanisms of public administration in reforming the health care system]. *Publichne administruvannia ta natsional'na bezpeka - Public administration and national security*, 6. Retrieved from https://doi.org/10.25313/2617-572X-2019-6-5377 [in Ukrainian].

4. Stefane M Kabene, Carole Orchard, John M Howard, Mark A Soriano, & Raymond Leduc (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health*, 4, (pp.1478-4491) [in English].

5. Wenxin Wang, Samuel Atingabili, Isaac Adjei Mensah, Hong Jiang, Hao Zhang, Akoto Yaw Omari-Sasu, & Evelyn Agba (2022). Tackie. Teamwork quality and health workers burnout nexus: a new insight from canonical correlation analysis. *Human Resources for Health*, 20. Retrieved from https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-022-00734-z [in English].

6. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. (n.d.). *who.int*. Retrieved from https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates [in English].

7. Global Health Service Monitor 2021. (n.d.). *ipsos.com*. Retrieved from https://www.ipsos.com/en/global-health-service-monitor-2021 [in English].

8. This is what healthcare leaders see as the future for digital health. (n.d.). *weforum.org*. Retrieved from https://www.weforum.org/agenda/2021/05/digital-health-telemedicine-telehealth-ai-digitalize-health-services/ [in English].

9. Health resources. (n.d.). *oecd-ilibrary.org*. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doctors/indicator/english_4355e1ec-en?parentId=http%3A%2F%2Finstance.metastore.ingenta.com%2Fcontent%2Fthematicgrouping%2F777a9575-en [in English].

10. Health at a Glance 2021: OECD Indicators Organization for Economic Cooperation and Development. (n.d.). *oecd-ilibrary.org*. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/10/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_

Відомості про автора / Information about the Author

Гавриченко Дмитро Георгійович: Одеський медичний інститут Міжнародного гуманітарного університету: Фонтанська дорога 23а, м. Одеса, 65000, Україна.

DOI: 10.34132/pard2022.16.03

Dmytro Havrychenko: Odesa Medical Institute of the International Humanitarian University: Fontanskaya road 23a, Odessa, 65000, Ukraine.

ORCID. ORG./ 0000-0003-1595-4467

E-mail: dmytrohavrichenko@gmail.com