

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

**Кафедра публічного управління та адміністрування**

# **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**другий (магістерський) рівень вищої освіти**

на тему: **ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА РОЗВИТКУ  
МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ**

**Виконала:**

**Диннік Тетяна Станіславівна**  
здобувач вищої освіти  
спеціальності 281 «Публічне управління та  
адміністрування»  
ОПП «Публічне управління та адміністрування»

**Науковий  
керівник:**

**Лукаш Світлана Миколаївна**  
кандидат економічних наук, доцент  
кафедри публічного управління та адміністрування

**Рецензент:**

**Василенко Наталія Василівна**  
Директор ТОВ «Сумед»

# СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

|               |                                                                                              |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Факультет     | Економіки і менеджменту                                                                      |
| Кафедра       | Публічного управління та адміністрування                                                     |
| Рівень освіти | Другий (магістерський)                                                                       |
| Спеціальність | 281 «Публічне управління та адміністрування»<br>ОПП «Публічне управління та адміністрування» |

Затверджую:

Завідувач кафедри

(посада, ПІБ)

« \_\_\_\_ » « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ р.

## ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЦІ ВИЩОЇ ОСВІТИ

**Диннік Тетяна Станіславівна**

1. Тема роботи: Державна політика розвитку медсестринства в Україні
2. База практичного дослідження: Сумський обласний клінічний онкологічний центр
3. Науковий керівник: Лукаш Світлана Миколаївна, к.е.н., доцент  
затверджена наказом по університету « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. № \_\_\_\_
4. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи) \_\_\_\_
5. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи:  
нормативно-законодавчі акти України, навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації, статистична інформація за 2022 - 2025 роки
5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):
  - Розкрити теоретико-методологічні засади публічного управління розвитком медсестринства в системі охорони здоров'я.
  - Проаналізувати нормативно-правове та інституційне забезпечення державної політики розвитку медсестринства в Україні.
  - Оцінити сучасний стан кадрового забезпечення медсестринства.
  - Дослідити ефективність механізмів державного регулювання у сфері кадрової політики медсестринства.
  - Здійснити прогноз потреб у медсестринських кадрах та обґрунтувати розрахункові показники дефіциту на середньострокову перспективу.
  - Обґрунтувати доцільність впровадження сучасних управлінських інструментів у систему публічного управління розвитком медсестринства.
  - Розробити стратегічну модель розвитку медсестринства, що включає нормативно-інституційний, кадровий, освітній та фінансово-мотиваційний блоки.
  - Сформулювати систему моніторингу та оцінки ефективності кадрової політики на основі інтеграції ключових показників результативності.
  - Обґрунтувати напрями гармонізації національної системи розвитку медсестринства з європейськими стандартами на основі міжнародного бенчмаркінгу.

Завдання прийняв до виконання \_\_\_\_

Дата отримання завдання \_\_\_\_

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів дипломного проекту (роботи)                                                                                                  | Строк виконання етапів проекту | Примітка |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------|
| 1     | Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач кваліфікаційної роботи, складання плану                              | <i>Листопад 2024</i>           | виконано |
| 2     | Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази                                                                  | <i>Грудень 2024</i>            | виконано |
| 3     | Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу кваліфікаційної роботи | <i>Лютий - Квітень 2025</i>    | виконано |
| 4     | Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)   | <i>Травень 2025</i>            | виконано |
| 5     | Оформлення теоретичної частини кваліфікаційної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці          | <i>Червень 2025</i>            | виконано |
| 6     | Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми                                                                                | <i>Липень-Серпень 2025</i>     | виконано |
| 7     | Завершення проектної частини кваліфікаційної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику                           | <i>Вересень – Грудень 2025</i> | виконано |
| 8     | Оновлення даних за 2022-2025 роки та доопрацювання аналітичного і проектного розділів кваліфікаційної роботи                              | <i>Січень 2026</i>             | виконано |
| 9     | Оформлення кваліфікаційної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування                                                     | <i>Лютий 2026</i>              | виконано |
| 10    | Перевірка кваліфікаційної роботи на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедру, до відділу якості освіти)          | <i>Лютий 2026</i>              | виконано |
| 11    | Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату                                                                                | <i>20 лютого 2026</i>          | виконано |
| 12    | Захист кваліфікаційної роботи                                                                                                             | <i>26 лютого 2026</i>          |          |

Здобувачка \_\_\_\_\_

**Тетяна ДИННІК**

Науковий керівник \_\_\_\_\_

**Світлана ЛУКАШ**

## АНОТАЦІЯ

### **Державна політика розвитку медсестринства в Україні (на прикладі Сумський обласний клінічний онкологічний центр)**

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» ОП «Публічне управління та адміністрування». СНАУ, Суми-2026 р. – Рукопис.

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне дослідження теоретичних засад, інституційних механізмів та практичних інструментів реалізації державної політики розвитку медсестринства в Україні в умовах трансформації системи охорони здоров'я та переходу до нової моделі фінансування медичних послуг.

Аналіз чинних стандартів і кваліфікаційних вимог до медсестринства показав, що вони є застарілими та не відповідають сучасним принципам конкурентного ринку праці, європейським директивам і глобальним тенденціям розвитку медсестринства. Встановлено, що в умовах запровадження гарантованих медичних послуг працівники, які надають медичну допомогу, зобов'язані відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, визначеним чинними нормативно-правовими актами, однак ці вимоги не враховують сучасні стандарти професійної автономії та кар'єрного зростання. Процедури атестації медсестер залишаються без суттєвого оновлення, на відміну від реформованої системи ліцензування лікарів. У результаті медсестринство в умовах нового ринкового фінансування фактично позбавлене конкурентних механізмів підтвердження кваліфікації, прозорих умов професійного розвитку та чітко визначених кар'єрних траєкторій.

У першому розділі «Теоретичні засади управління медсестринською діяльністю» розкрито сутність публічного управління у сфері охорони здоров'я, проаналізовано еволюцію підходів від державного адміністрування до моделі governance, охарактеризовано сучасні принципи управління людськими ресурсами. Обґрунтовано роль державної політики у формуванні кадрового потенціалу медсестринства, визначено інституційні механізми регулювання та окреслено концептуальні підходи до модернізації системи управління.

У другому розділі «Аналіз стану та проблем реалізації державної політики розвитку медсестринства в Україні» здійснено комплексний аналіз інституційно-правових засад розвитку медсестринства, визначено повноваження ключових суб'єктів управління (МОЗ, МОН, НСЗУ), проаналізовано систему державного замовлення та фінансового забезпечення. Окрему увагу приділено оцінці кадрової ситуації: рівню забезпеченості медсестрами, співвідношенню медсестер і лікарів, регіональним диспропорціям, плинності кадрів і міграційним ризикам. Проведено SWOT-аналіз механізмів державного регулювання, що дозволило систематизувати внутрішні та зовнішні чинники впливу на розвиток медсестринства.

У третьому розділі «Напрями удосконалення державної політики розвитку медсестринства» розроблено стратегічну модель розвитку медсестринства, яка включає нормативно-інституційний, кадровий, освітній та фінансово-мотиваційний блоки. Обґрунтовано доцільність впровадження сучасних управлінських інструментів, зокрема Results-Based Management, цифровізації кадрового обліку, інтеграції KPI до системи фінансування НСЗУ та регулярного моніторингу ефективності. Запропоновано механізми впровадження моделі Advanced Nursing Practice та оптимізації розподілу функцій (task shifting) як інструменту підвищення автономії медсестер і розширення доступності медичних послуг. Здійснено міжнародний бенчмаркінг (Польща, Німеччина, Литва) та визначено можливості адаптації європейських практик до національного контексту.

Практичне значення роботи полягає у формуванні науково обґрунтованих рекомендацій щодо підвищення якості медсестринської допомоги, забезпечення її доступності, зменшення кадрового дефіциту та гармонізації національної системи з європейськими стандартами..

**Ключові слова:** державна політика, публічне управління, медсестринство, кадрова політика, стандартизація, якість медичної допомоги

## ABSTRACT

### **State Policy for the Development of Nursing in Ukraine (Case Study: Sumy Regional Clinical Oncology Center).**

Qualification thesis in specialty 281 “Public Administration and Management,” Educational Program “Public Administration and Management.” Sumy National Agrarian University (SNAU), Sumy, 2026. – Manuscript.

The qualification thesis provides a comprehensive study of the theoretical foundations, institutional mechanisms, and practical instruments for implementing state policy aimed at the development of nursing in Ukraine under conditions of healthcare system transformation and the transition to a new model of medical service financing.

The analysis of current standards and qualification requirements for nursing personnel revealed that they are outdated and do not comply with modern principles of a competitive labor market, European directives, or global trends in nursing development. It has been established that within the framework of guaranteed medical services, healthcare professionals are required to meet unified qualification requirements defined by existing regulatory acts; however, these requirements fail to reflect contemporary standards of professional autonomy and career development. Certification procedures for nurses remain largely unchanged, unlike the reformed licensing system for physicians. As a result, under the new market-based healthcare financing model, nursing remains deprived of competitive mechanisms for qualification confirmation, transparent professional development pathways, and clearly defined career trajectories.

Chapter One, “Theoretical Foundations of Nursing Management,” examines the essence of public administration in healthcare, analyzes the evolution from traditional state administration to governance models, and outlines modern approaches to human resource management. The role of state policy in shaping the nursing workforce is substantiated, institutional regulatory mechanisms are identified, and conceptual approaches to system modernization are proposed.

Chapter Two, “Analysis of the State and Problems of Implementing State Policy for Nursing Development in Ukraine,” presents a comprehensive analysis of the institutional and legal framework regulating nursing development. The roles and powers of key public authorities (Ministry of Health, Ministry of Education and Science, National Health Service of Ukraine) are examined. The system of state educational procurement and financial mechanisms is analyzed. Special attention is paid to workforce indicators, including nurse-to-population ratios, nurse-to-physician ratios, regional disparities, staff turnover, and migration risks. A SWOT analysis of state regulatory mechanisms was conducted to systematize internal and external factors influencing nursing development.

Chapter Three, “Directions for Improving State Policy for Nursing Development,” proposes a strategic model for nursing development consisting of regulatory-institutional, workforce, educational, and financial-motivational components. The study substantiates the implementation of modern management tools, including Results-Based Management, digital workforce registries, integration of key performance indicators (KPIs) into the NHSU financing system, and systematic monitoring of effectiveness. Mechanisms for introducing Advanced Nursing Practice (ANP) and optimizing functional distribution (task shifting) are proposed as instruments for increasing professional autonomy and improving access to medical services. International benchmarking (Poland, Germany, Lithuania) was conducted to identify opportunities for adapting European practices to the national context.

The practical significance of the study lies in the development of scientifically grounded recommendations aimed at improving the quality of nursing care, enhancing accessibility of healthcare services, reducing workforce shortages, and harmonizing the national nursing system with European standards.

**Keywords:** state policy, public administration, nursing, workforce policy, standardization, quality of healthcare services.

## ЗМІСТ

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП.....                                                                                          | 7  |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ<br>ПОЛІТИКИ У СФЕРІ МЕДСЕСТРИНСТВА.....           | 10 |
| РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ<br>ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ | 22 |
| 2.1. Аналіз інституційно-правових засад розвитку медсестринства<br>в Україні                        | 22 |
| 2.2. Оцінка ефективності механізмів державного регулювання<br>розвитку медсестринства в Україні     | 31 |
| 2.3. Аналіз проблем та викликів розвитку медсестринства в<br>Україні                                | 37 |
| РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ<br>РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА                        | 46 |
| 3.1. Формування стратегічної моделі розвитку медсестринства                                         | 46 |
| 3.2. Удосконалення механізмів кадрової політики розвитку<br>медсестринства                          | 58 |
| 3.3. Запровадження сучасних управлінських інструментів<br>розвитку медсестринства                   | 66 |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                       | 72 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                     | 75 |
| ДОДАТКИ.....                                                                                        | 80 |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сучасний етап реформування системи охорони здоров'я України супроводжується глибокими інституційними, фінансовими та управлінськими трансформаціями. Перехід до нової моделі фінансування медичних послуг, впровадження гарантованого пакета медичних послуг та децентралізація управління суттєво змінили умови функціонування галузі. У цих умовах особливого значення набуває розвиток людських ресурсів, зокрема медсестринського персоналу, який становить основу надання медичної допомоги.

Незважаючи на ключову роль медсестер у забезпеченні безперервності медичної допомоги, профілактики, догляду та спостереження за пацієнтами, система державного регулювання медсестринства залишається фрагментарною та недостатньо адаптованою до сучасних викликів. Чинні кваліфікаційні вимоги, процедури атестації та механізми професійного розвитку не повною мірою відповідають принципам конкурентного ринку праці, європейським директивам та глобальним тенденціям розвитку медсестринства. На відміну від реформованої системи ліцензування лікарів, медсестринство досі не має повноцінного конкурентного механізму підтвердження кваліфікації, що обмежує професійну автономію та кар'єрні можливості.

Актуальність дослідження зумовлена також загостренням кадрової проблеми у сфері охорони здоров'я: дефіцитом медсестринських кадрів, регіональними диспропорціями, високою плинністю персоналу та міграційними ризиками. В умовах воєнного стану та демографічних змін питання формування ефективної державної кадрової політики набуває стратегічного значення для забезпечення стійкості системи охорони здоров'я.

Особливої ваги набуває впровадження сучасних управлінських інструментів – стратегічного планування людських ресурсів, цифровізації кадрового обліку, управління за результатами (Results-Based Management), інтеграції ключових показників ефективності до системи фінансування, а також адаптації європейських практик (Advanced Nursing Practice, task shifting, професійне саморегулювання).

Проведення міжнародного бенчмаркінгу дозволяє визначити розриви між національною системою та стандартами ЄС і сформувані науково обґрунтовані рекомендації щодо їх подолання.

Дослідження державної політики розвитку медсестринства на прикладі Сумського обласного клінічного онкологічного центру дозволяє поєднати загальнонаціональний рівень управління з аналізом практичної реалізації реформ на регіональному рівні, що підсилює прикладний характер роботи.

Отже, актуальність теми зумовлена необхідністю формування сучасної, конкурентоспроможної та інтегрованої до європейського простору моделі публічного управління розвитком медсестринства, яка забезпечить підвищення якості та доступності медичної допомоги в Україні.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Вагомий внесок у розроблення проблематики управління та адміністрування медсестринською діяльністю в закладах охорони здоров'я зробила низка провідних вітчизняних та зарубіжних науковців, серед яких Акуліна Л. П., Біда О. А., Саблук А. Г., Варава О. Б., Гуменюк О., Гуменюк В., Єфремова О., Демянчук М. Р., Кайдалова Л. Г. та інші. У працях зазначених авторів розглядаються ключові аспекти організації медсестринської діяльності, зокрема: функції та компетентності медсестринського персоналу, особливості управлінських рішень на рівні закладу охорони здоров'я, стандартизація процесів медсестринської допомоги, підходи до оцінювання якості, а також питання професійного розвитку і мотивації.

**Метою написання кваліфікаційної роботи** є удосконалення теоретико-методичних засад та розробка практичних рекомендацій щодо формування і реалізації державної політики розвитку медсестринства в Україні (на прикладі Сумського обласного клінічного онкологічного центру).

Досягнення поставленої мети зумовило необхідність постановки і вирішення таких основних завдань:

- визначити теоретичні засади публічного управління розвитком медсестринства в системі охорони здоров'я;

- проаналізувати нормативно-правові та інституційні механізми державного регулювання медсестринської діяльності;
- здійснити оцінку сучасного стану кадрового забезпечення медсестринства та визначити ключові проблеми і виклики (дефіцит кадрів, регіональні диспропорції, міграційні ризики);
- провести аналіз реалізації державної політики розвитку медсестринства на прикладі Сумського обласного клінічного онкологічного центру;
- обґрунтувати критерії оцінювання ефективності кадрової політики у сфері медсестринства;
- визначити напрями стандартизації та модернізації кваліфікаційних вимог до медсестринського персоналу;
- сформулювати стратегічну модель розвитку медсестринства із впровадженням сучасних управлінських інструментів (Results-Based Management, KPI, цифрові реєстри, Advanced Nursing Practice);
- розробити практичні рекомендації щодо удосконалення державної політики розвитку медсестринства з урахуванням європейських стандартів.

**Об’єктом дослідження** є державна політика розвитку медсестринства в Україні.

**Предметом дослідження** є теоретичні, методологічні та практичні аспекти формування і реалізації механізмів публічного управління розвитком медсестринства.

**Елементами наукової новизни** одержаних результатів є розробка та обґрунтування стратегічної моделі розвитку медсестринства, що поєднує нормативно-інституційні, кадрові, освітні та фінансово-мотиваційні інструменти, а також інтеграцію системи ключових показників ефективності (KPI) у механізми державного регулювання та фінансування.

**Методи дослідження.** Методологічну основу кваліфікаційної роботи становлять науково обґрунтовані підходи до дослідження процесів публічного управління та державної політики, зокрема системний, інституційний, діалектичний та логічний підходи. У процесі дослідження використано

загальнонаукові методи аналізу і синтезу, теоретичного узагальнення, порівняння та класифікації; методи статистичного та графічного аналізу – для оцінки кадрових показників; SWOT-аналіз – для визначення сильних і слабких сторін механізмів державного регулювання; розрахунково-аналітичний та порівняльний методи – для аналізу динаміки показників за роками; метод бенчмаркінгу – для порівняння з європейськими практиками; методи візуалізації даних (таблиці, діаграми, графіки) – для представлення результатів дослідження.

**Інформаційну базу дослідження** становлять нормативно-правові акти України, офіційні матеріали Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, статистичні дані Державної служби статистики України, звіти міжнародних організацій (ВООЗ, OECD, ICN), а також аналітичні матеріали Сумського обласного клінічного онкологічного центру.

Основні положення та висновки кваліфікаційної роботи можуть бути використані органами державної влади та місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я та освітніми установами для удосконалення механізмів реалізації державної політики розвитку медсестринства.

**Апробація результатів кваліфікаційної роботи.** Основні результати, положення, висновки та практичні рекомендації кваліфікаційної роботи оприлюднені на Міжнародній науково-практичній конференції «Modern Movement of Science: Proceedings of the 17th International Scientific and Practical Internet Conference» (жовтень 16-17, 2025. Дніпро) та III Міжнародній науково-практичній конференції «Стратегічні пріоритети розвитку бухгалтерського обліку, аудиту та оподаткування в умовах глобалізації» (Суми, 18 листопада 2025).

**Структура і обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Повний обсяг роботи становить 80 сторінок, містить 11 рисунків, 16 таблиць, 1 формулу. Список використаних джерел включає 31 найменування.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ МЕДСЕСТРИНСТВА

Демократичні зміни, які відбуваються в українському суспільстві, а також процеси європейської інтеграції ставлять перед державою нові завдання у сфері соціально-економічного та духовного розвитку. У контексті цих змін реформи в медичній галузі, спрямовані на покращення надання медичної допомоги населенню, неможливі без суттєвих трансформацій у сфері медсестринства.

Важливою складовою стратегічного плану розвитку охорони здоров'я є ефективна освітня політика. Рівень підготовки медичних і фармацевтичних кадрів визначає якість медичної допомоги, що надається населенню країни. Зокрема, розвиток вищої медсестринської освіти є ключовим фактором для забезпечення професійного зростання медичних сестер і підвищення їхнього внеску в систему охорони здоров'я.

Дослідженням перспектив розвитку вищої медсестринської освіти займаються вчені, серед яких: Т. Бабенко, І. Бахтіна, Л. Брасалій, Ю. Вороненко, О. Григора, І. Губенко, В. Копетчук, Г. Лисенко, Л. Нечегод, В. Шатило. Їхні праці висвітлюють важливі аспекти модернізації освітнього процесу, розширення функціональних можливостей медичних сестер та інтеграції міжнародних стандартів у вітчизняну систему освіти.

Такі наукові підходи сприяють формуванню нових освітніх стратегій, які забезпечують якісну підготовку кадрів, необхідних для успішного функціонування медичної системи України в умовах сучасних викликів..

Подолання традиційних уявлень про медсестринство та формування концептуально нових підходів до медсестринської освіти, професійної діяльності й ролі медичних сестер у системі охорони здоров'я потребує рішучих управлінських

дій і створення відповідних економічних механізмів. Реформування середньої медичної освіти в Україні можливе за умови активного залучення керівників і організаторів цієї сфери до аналізу міжнародного досвіду та інтеграції найкращих практик у національну систему освіти.

Метою є дослідження перспектив розвитку вищої медсестринської освіти та запровадження ступеневої системи підготовки медичних сестер. Завданнями є аналіз теоретичних основ і практичних підходів до оптимізації державного управління у сфері підготовки медичних сестер. Це сприятиме не лише покращенню якості медсестринської допомоги, а й підвищенню рівня здоров'я населення України.

За останні роки зростає кількість країн, які приєднуються до Європейського Союзу або отримують статус кандидатів. Україна також активно працює над інтеграцією у європейське співтовариство, що вимагає реформ у системі освіти, у тому числі й медсестринської. Євроінтеграційний вектор України наголошує на необхідності розширення сфер діяльності медичних сестер у сучасній системі охорони здоров'я, підвищення їхньої автономності та відповідальності, що є новим для української практики.

Суттєвою є потреба переглянути стереотипні підходи до ролі медсестер, їхніх функціональних можливостей і економічної ефективності. Кваліфіковані кадри медсестринської ланки є основою ефективного функціонування системи охорони здоров'я. Оптимальне використання медичних сестер, які пройшли належну підготовку, є критично важливим для покращення системи медичної допомоги і зменшення витрат на її забезпечення, враховуючи, що в багатьох країнах зарплати медичного персоналу становлять понад 60% бюджету системи охорони здоров'я.

Для досягнення цієї мети Україна має виконати значну роботу у сфері законодавства, економіки та освіти. Останній аспект є найбільш актуальним для працівників галузі освіти. Вже кілька років європейські країни поступово переходять на викладання дисциплін згідно з вимогами Болонської конвенції. Це створює умови для інтеграції української системи медсестринської освіти до європейського простору, підвищення її ефективності та забезпечення

конкурентоспроможності випускників. Реформа медсестринської освіти для багатьох країн стала необхідною перебудовою, що зачіпає традиційні підходи до навчання студентів і перехід до нових стандартів, які не завжди однозначно сприймаються. Для відповідності критеріям вступу до ЄС Україна також зобов'язана проводити подібні реформи. За останні 15 років українська медсестринська освіта зазнала значних змін, проте нові виклики, особливо пов'язані з приєднанням до Болонського процесу, вимагають продовження трансформацій.

Підписавши у травні 2005 року Болонську угоду, Україна взяла на себе зобов'язання адаптувати свою систему освіти до європейських стандартів. Це стало кроком до інтеграції у європейський освітній простір, відкривши перед Україною можливість забезпечити рівноправний статус у співпраці з країнами ЄС. Така інтеграція сприяє розвитку національної освіти, створює нові якісні ознаки системи і дозволяє зберегти найкращі національні традиції.

Реформування медсестринської освіти в Україні включає створення сучасної моделі фахівця. Цей фахівець має відповідати базовим потребам людини, розуміти основи профілактичної медицини, володіти навичками маркетингу медичних послуг, менеджменту та лідерства в медсестринстві. Він також повинен знати основи економіки охорони здоров'я, реабілітації, громадського здоров'я та усвідомлювати роль медсестри в громаді. Усе це ґрунтується на традиціях християнського милосердя і гуманізму.

Дослідження у сфері реформування медсестринської освіти демонструють значні зміни у підходах до підготовки фахівців і розуміння їхньої ролі у системі охорони здоров'я. Вагому роль у цих процесах відіграли рекомендації ВООЗ та її Європейського регіонального бюро, що стали основою для модернізації медсестринської освіти.

Загалом, ці зміни спрямовані на підготовку висококваліфікованих фахівців, здатних відповідати сучасним викликам у системі охорони здоров'я, інтегруватися у європейське середовище та сприяти підвищенню якості медичних послуг. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає медсестринський

персонал як ключовий ресурс для задоволення зростаючих потреб населення в доступній медичній допомозі. На засіданні Європейського Регіонального бюро ВООЗ у Копенгагені 2005 рік у було заслухано доповідь «Базові навчальні програми з медсестринства і акушерства в Європі». У ній представлено основні навчальні програми, розроблені на основі принципів Мюнхенської декларації. Програми охоплюють первинну підготовку медсестер і акушерок, а також післядипломне навчання. Доповідь також висвітлює особливості освіти медсестер у різних країнах Європи та містить рекомендації щодо впровадження базових навчальних програм у цій сфері.

Дослідники вважають найбільш ефективним засобом реформування медсестринства зміни в змісті післядипломної освіти медсестер, а також створення умов для здобуття ними вищої медсестринської освіти, як це практикується у країнах ЄС. Ситуація в медсестринстві досягла такого рівня, коли реформування вищих навчальних закладів у межах ступеневої освіти стало необхідністю. Це критично важливо для забезпечення рівня підготовки фахівців відповідно до світових стандартів, розвитку науки та становлення медсестринства як самостійної галузі.

Можливість кар'єрного зростання, отримання вищого освітньо-кваліфікаційного рангу або наукового ступеня (бакалавра чи магістра), що впливає з принципу ступеневої освіти, слугує вагомим мотиваційним стимулом для медичних сестер на шляху професійного вдосконалення. Це сприяє не лише підвищенню якості надання медичної допомоги, але й розвитку медсестринства як престижної та перспективної професії. Підвищення ефективності діяльності медсестринського персоналу є якісно новим рівнем надання медичної допомоги і значною мірою залежить від системи управління. У цьому аспекті важливими є заходи, спрямовані на підготовку професіоналів-менеджерів у сфері медсестринства. У багатьох країнах світу медсестри зі ступенем магістра або доктора з адміністративного управління очолюють не лише відділення, а й окремі типи лікарень. Завдяки вищій освіті медсестри можуть компетентно виконувати

управлінські функції, обіймаючи посади заступників головних лікарів із роботи з середнім медичним персоналом.

Основними завданнями наукових досліджень у сфері медсестринської освіти є визначення перспективних напрямів підвищення рівня підготовки медсестер-бакалаврів і магістрів, здатних замінити викладача-лікаря, набуття ними досвіду практичної діяльності, а також розробка системи післядипломного вдосконалення. В Україні у медичних коледжах та училищах переважно викладають лікарі, оскільки медсестри тривалий час не мали можливості отримувати вищу професійну освіту. Через відсутність державної системи підготовки викладачів для медичних училищ і коледжів, а також організаторів медсестринських служб, випускники таких закладів, навчені лікарями, не могли ефективно вдосконалювати свої професійні знання. Їхня діяльність часто зводилася до виконання допоміжних технічних функцій, лише частково пов'язаних із професійними медсестринськими навичками.

Варто зазначити, що в розвинених країнах із високим рівнем медичної допомоги викладання медсестринських дисциплін здійснюють медсестри з вищою освітою, науковими ступенями та вченими званнями, що сприяє підвищенню рівня професійної підготовки та якості медсестринської діяльності.

Ситуація потребує переосмислення, особливо в контексті методології медсестринської освіти. Т. Бабенко зазначає, що сучасна система навчання у медичних коледжах недостатньо орієнтована на дослідницьку діяльність студентів. На її думку, вирішення цих проблем можливе за умови зміщення акценту освітнього процесу з простого засвоєння великого обсягу інформації та її механічного відтворення на активний пошук і критичний аналіз необхідного матеріалу. Це включає творчий підхід до вирішення проблем, що в результаті сприяє отриманню нових знань, які під час практичної діяльності трансформуються у професійні вміння [4].

Одним із показників розвитку системи охорони здоров'я є рівень задоволеності населення якістю медичної допомоги. У цьому ключі значну роль відіграє якість медсестринської допомоги. Дотримання стандартів діагностичних і

лікувальних процедур, принципів медичної етики та деонтології, а також належна організація санітарно-протиепідемічного режиму безпосередньо впливають на оцінку пацієнтами рівня медичного обслуговування в закладі охорони здоров'я.

Медичні сестри постійно взаємодіють із пацієнтами, і саме їхня робота багато в чому визначає швидкість одужання хворих. Якщо розглядати медичну допомогу як специфічну послугу, то пацієнти виступають споживачами медсестринської допомоги.

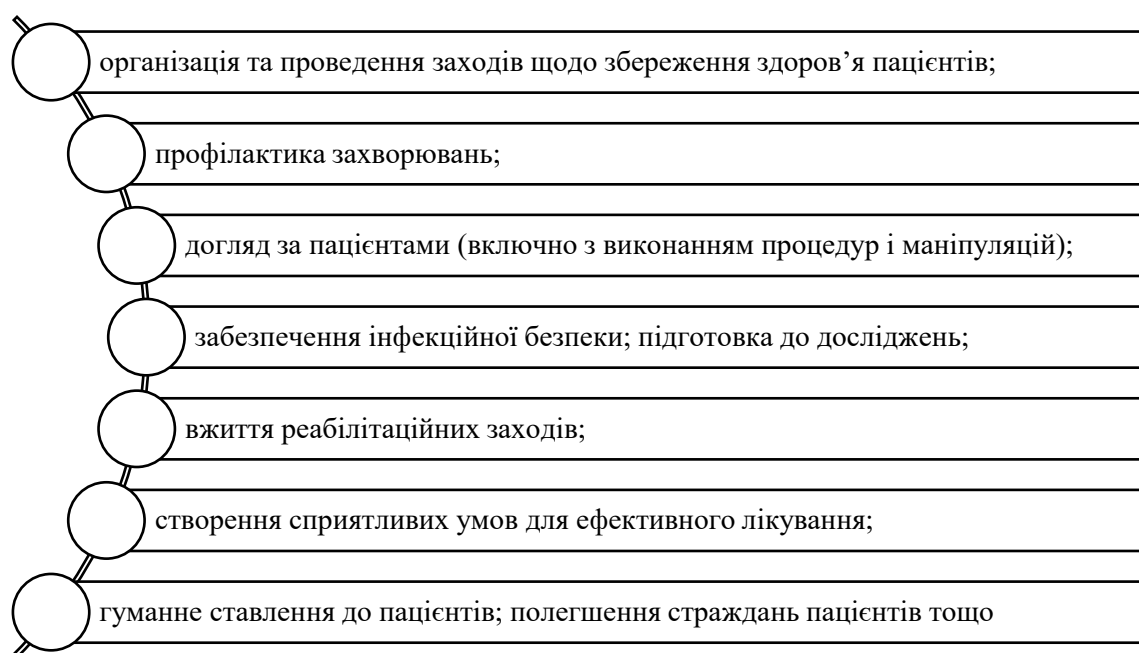


Рисунок 1.1 - Загальні обов'язки медичних сестер

Джерело: узагальнено автором

Таким чином, якість медсестринської допомоги визначається як відповідність між очікуваннями пацієнтів і їхнім сприйняттям процесу та результату надання допомоги.

Якість медичної допомоги нерозривно пов'язана з організацією лікувально-діагностичного процесу, що здійснюється медсестринським персоналом. Тому підвищення її рівня залежить від оволодіння медичними сестрами сучасними маніпуляційними техніками, знання нормативно-правових документів і підвищення їхньої обізнаності у сфері сучасної системи охорони здоров'я.

Для пацієнтів якість медсестринської допомоги відображається у рівні задоволення як процесом, так і результатом медичної допомоги. Це передбачає, що умови проведення медичного втручання, професійність медичних сестер, їхні особистісні якості, ефективність професійної комунікації та отриманий результат відповідають очікуванням пацієнтів.

З іншого боку, керівництво медичного закладу визначає якість медсестринської допомоги через виконання функціональних обов'язків відповідно до чинної нормативно-правової бази. Важливу роль відіграють професійна компетентність медичних сестер, здатність до командної роботи, створення і підтримання позитивного робочого середовища, а також забезпечення інфекційної безпеки. Головна медична сестра акцентує увагу на наявності професійних знань і навичок, необхідних для надання якісної медсестринської допомоги, та їх ефективному застосуванні в конкретних ситуаціях, зокрема з використанням протоколів, стандартів медсестринської діяльності та алгоритмів виконання маніпуляцій. Не менш важливими є такі особистісні якості, як чесність, відповідальність, дисциплінованість, акуратність, здатність до керівництва чи підпорядкування залежно від обставин.

Розробка стандартів медсестринської допомоги є ключовим фактором для підвищення якості роботи середнього медичного персоналу. Оцінювання діяльності молодших спеціалістів з медичною освітою ґрунтується на професіоналізмі, прагненні до професійного розвитку, відсутності обґрунтованих скарг від пацієнтів, а також дотриманні правил медичної етики та деонтології.

Основою для оцінювання роботи медичних сестер є їх функціональні обов'язки. Кожен представник середнього медичного персоналу повинен прагнути самостійно аналізувати свою роботу та працювати над вирішенням виявлених проблем, таких як прогалини у знаннях, відсутність необхідних навичок або конфлікти з пацієнтами. Однак регулярне оцінювання якості роботи має здійснюватися керівництвом, зокрема головною чи старшою медичною сестрою.

Основною метою запровадження критеріїв оцінювання професійної діяльності медичних сестер є проведення аналізу їхньої діагностичної, лікувально-

профілактичної та організаційної роботи для підвищення якості надання медичної допомоги.

При цьому важливо враховувати не лише критерії, що оцінюють правильність виконання процедур, своєчасність реалізації лікарських призначень, дотримання санітарних норм, якісне ведення медичної документації та підтримання порядку у відділенні. Не менш значущими є показники, що відображають дотримання медичними сестрами етичних норм, доброзичливе ставлення до пацієнтів та їхніх родичів.

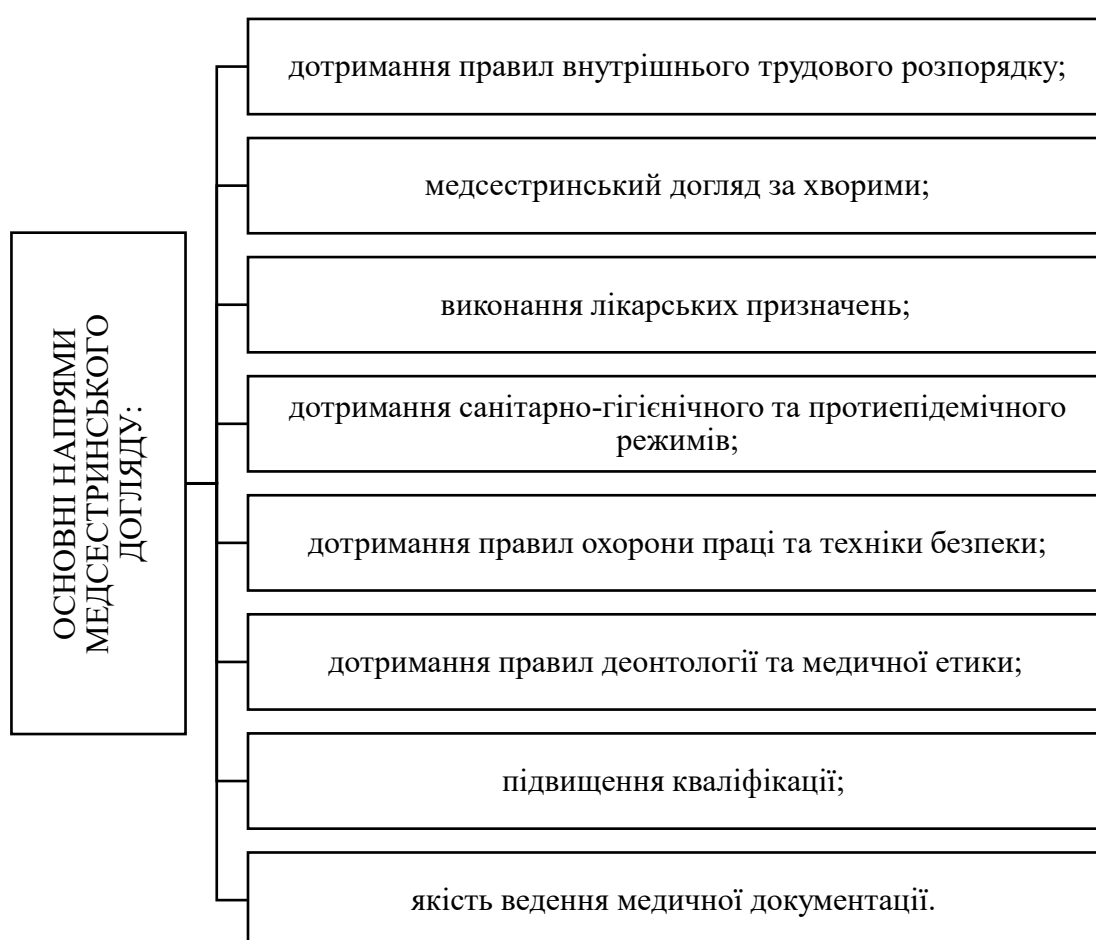


Рисунок 1.2 – Основні напрямки медичного догляду

Джерело: узагальнено автором

Щодо критеріїв оцінювання якості медсестринської допомоги, то вони можуть бути як спільними для всіх медичних сестер, так і специфічними. Наприклад, сестринський догляд за хворими для палатних медсестер означає

гігієнічний туалет, годування, супровід важкохворих на процедури тощо; для медичних сестер — анестезистів полягатиме у вкладанні хворих на операційний стіл, заспокійливих бесід з ними, інформування їх про свої дії. Якщо для операційних медсестер важливо стежити за станом медичного обладнання, операційним інструментарієм, то для медичних сестер — анестезистів має значення готовність наркозної та дихальної апаратури, систем для трансфузійної терапії тощо.

На сьогодні оцінювання якості медсестринської допомоги проводиться експертним шляхом. Адміністрація закладу охорони здоров'я використовує єдині організаційні та методичні засади проведення експертизи якості роботи медичних сестер, розроблені і впроваджені в їхньому закладі критерії, враховуючи їхні особливості і пріоритетність завдань.

Щоб ефективно управляти якістю медсестринської допомоги у закладі охорони здоров'я, необхідно систематично проводити моніторинг та реєстрацію відхилень від стандартів у роботі середнього медичного персоналу у відділеннях та параклінічних службах. Ця функція зазвичай покладається на старших медичних сестер.

Варто пам'ятати, що управління якістю медсестринської допомоги повністю залежить від безперервного контролю, оцінювання та аналізу отриманих даних Радою медичних сестер та керівництвом закладу охорони здоров'я.

Якість медсестринської допомоги є одним з показників, за якими визначають якість надання медичної допомоги. Ця якість безпосередньо залежить від ступеня розвитку медсестринської справи, професійної компетентності медсестринського персоналу, мотивації до праці, вміння планувати свою діяльність і відповідати за прийняті рішення. Культура спілкування, етичні норми поведінки, повага до прав пацієнта також мають бути основою професійної діяльності сестринського персоналу в усіх її організаційних формах.

Медсестри приймають рішення під час надання допомоги клієнтам, використовуючи критичне мислення та клінічне міркування. Критичне мислення — це широкий термін, який використовується в сестринській справі та включає

«міркування про клінічні проблеми, такі як командна робота, співпраця та оптимізація робочого процесу». Використання критичного мислення означає, що медсестри вживають додаткових заходів для забезпечення безпеки клієнтів, а не просто «виконують накази». Це також означає, що точність інформації про клієнтів перевірена, а плани догляду за клієнтами базуються на їхніх потребах, поточній клінічній практиці та дослідженнях.

«Критичні мислителі» мають певні установки, які сприяють раціональному мисленню. Ці ставлення такі:

- ✓ Незалежність думки: самостійно мислити
- ✓ Справедливість: ставлення до кожної точки зору неупереджено, неупереджено
- ✓ Розуміння егоцентризму та соціоцентризму: думати про більше благо, а не лише думати про себе. Знати, коли ви думаєте про себе (егоцентризм), а коли ви думаєте чи дієте заради більшого блага (соціоцентризм)
- ✓ Інтелектуальна скромність: Визнаючи свої інтелектуальні обмеження та здібності
- ✓ Неосудливість: використання професійних етичних стандартів і не базування своїх суджень на власних особистих або моральних стандартах
- ✓ Чесність: бути чесним і демонструвати сильні моральні принципи
- ✓ Наполегливість: наполегливість у виконанні чогось, незважаючи на те, що це важко
- ✓ Впевненість: вірити в себе, щоб виконати завдання чи діяльність
- ✓ Інтерес до вивчення думок і почуттів: бажання досліджувати різні способи пізнання
- ✓ Цікавість: запитання «чому» і бажання знати більше

Клінічне міркування визначається як «складний когнітивний процес, який використовує формальні та неформальні стратегії мислення для збору та аналізу інформації про клієнта, оцінки значущості цієї інформації та зважування альтернативних дій». Щоб прийняти обґрунтоване судження щодо догляду за клієнтами, медсестри повинні знайти альтернативи, зважити їх проти доказів і

вибрати найкращий спосіб дій. Здатність до клінічних міркувань розвивається з часом і базується на знаннях і досвіді.

Медсестринський процес — це модель критичного мислення, заснована на систематичному підході до догляду, орієнтованого на клієнта. Медсестри використовують сестринський процес для проведення клінічних міркувань і прийняття клінічних суджень під час надання допомоги клієнтам. Медсестринський процес базується на Стандартах професійної медсестринської практики. Кожна літера стосується шести компонентів медсестринського процесу: Огляд, Діагностика, Визначення результатів, Планування, Впровадження та Оцінка. Сестринський процес - це безперервний, циклічний процес, який постійно адаптується до поточного стану здоров'я клієнта. Використання сестринського процесу має багато переваг для медсестер, клієнтів та інших членів команди охорони здоров'я. Переваги використання сестринського процесу включають наступне:

- Сприяє якісному обслуговуванню клієнтів
- Зменшує пропуски та дублювання
- Надає посібник для всього залученого персоналу щодо надання постійної та чуйної допомоги
- Заохочує спільне вирішення проблем здоров'я клієнта
- Покращує безпеку клієнтів
- Покращує задоволеність клієнтів
- Визначає цілі клієнта та стратегії їх досягнення
- Підвищує ймовірність досягнення позитивних результатів для клієнта

Економить час, енергію та розчарування завдяки створенню плану догляду, який буде доступним для всього персоналу, який доглядає за клієнтом. Використовуючи ці компоненти медсестринського процесу як модель критичного мислення, медсестри планують результати та втручання, адаптовані до конкретних потреб клієнта, гарантують, що втручання базуються на доказах, і оцінюють ефективність втручань у задоволенні потреб клієнта.

## **РОЗДІЛ 2**

### **АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ**

#### **2.1 Аналіз інституційно-правових засад розвитку медсестринства в Україні**

Інституційно-правові засади розвитку медсестринства в Україні формуються в межах загальної державної політики у сфері охорони здоров'я та кадрової політики публічного сектору. Їх основу становить система нормативно-правових актів, інституційних механізмів та управлінських рішень, що визначають статус медичних сестер, умови їх професійної діяльності, систему підготовки, атестації та професійного розвитку.

Базовим законодавчим актом є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає загальні принципи функціонування системи охорони здоров'я, права та обов'язки медичних працівників, гарантії їх соціального захисту. У межах реалізації медичної реформи важливу роль відіграє Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який впровадив нові механізми фінансування через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), що опосередковано вплинуло на організацію праці середнього медичного персоналу.

Нормативне регулювання професійної діяльності медичних сестер здійснюється через накази Міністерства охорони здоров'я України, зокрема щодо кваліфікаційних характеристик, стандартів медичної допомоги, атестації та безперервного професійного розвитку. Важливим елементом є впровадження професійних стандартів, що гармонізуються з європейськими підходами та спрямовані на підвищення автономії та відповідальності медсестринського персоналу.

Інституційна система управління розвитком медсестринства включає Верховну Раду України (нормотворча функція), Кабінет Міністрів України (формування державної політики), Міністерство охорони здоров'я України (галузеве регулювання), НСЗУ (фінансово-договірний механізм реалізації політики), а також регіональні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. В умовах децентралізації зростає роль територіальних громад у кадровому забезпеченні та організації діяльності закладів охорони здоров'я.

Окремий напрям становить регулювання освітньої складової підготовки медсестер, що здійснюється відповідно до законів України «Про освіту» та «Про вищу освіту», державних стандартів спеціальності 223 «Медсестринство» та вимог щодо безперервного професійного розвитку.

Разом із тим сучасна система інституційно-правового забезпечення розвитку медсестринства характеризується наявністю низки проблем: фрагментарність нормативної бази, недостатня професійна автономія медичних сестер, обмеженість механізмів професійного самоврядування та недостатня інтеграція міжнародних стандартів.

Таким чином, інституційно-правові засади розвитку медсестринства в Україні перебувають у стані трансформації, що зумовлено реформуванням системи охорони здоров'я, євроінтеграційними процесами та потребою зміцнення кадрового потенціалу галузі.

Розвиток медсестринства в Україні доцільно розглядати крізь призму класичного циклу публічної політики, що включає перелік блоків, що представлено на рисунку 2.1.

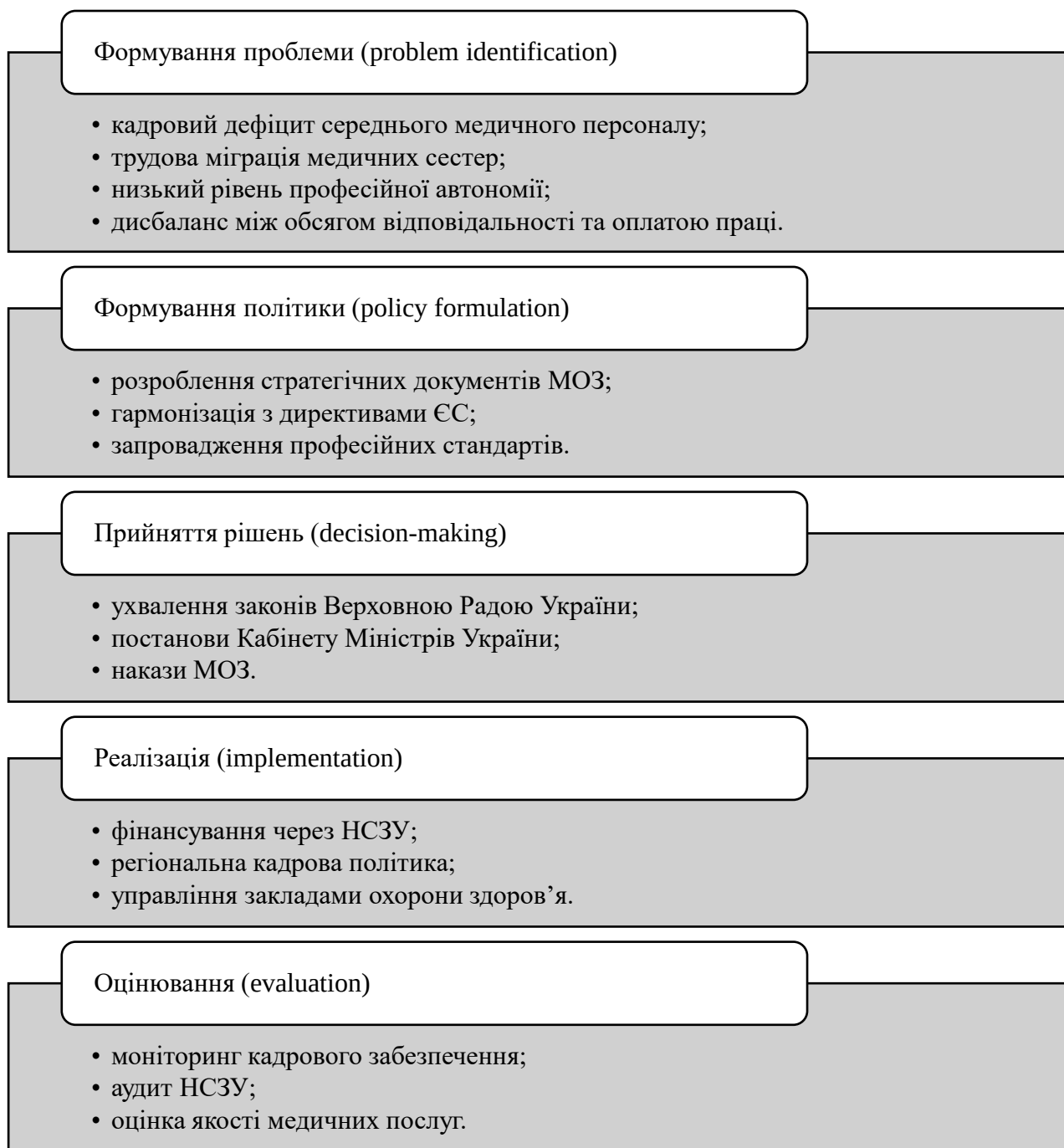


Рисунок 2.1 – Державна політика розвитку медсестринства у вимірі публічного управління

Джерело: розробка автора

У цьому контексті розвиток медсестринства є не лише галузевою проблемою, а елементом комплексної державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

Традиційна модель управління медсестринством в Україні базувалася на ієрархічній адміністративній моделі (command-and-control). Проте сучасна реформа охорони здоров'я поступово переходить до governance-моделі, що передбачає:

- багаторівневе управління (multi-level governance);
- залучення професійних асоціацій;
- посилення ролі місцевого самоврядування;
- контрактні механізми фінансування через НСЗУ;
- інтеграцію міжнародних стандартів.

Однак рівень інституційної автономії медсестринської професії залишається обмеженим, що свідчить про неповну трансформацію до сучасної governance-моделі.

Схема інституційної моделі управління розвитком медсестринства представлена на рисунку 2.2.



Рисунок 2.2 - Схема інституційної моделі управління розвитком медсестринства

Джерело: розроблено автором

Потенційні суб'єкти, що недостатньо інтегровані в модель: професійні самоврядні організації, профспілки, громадські об'єднання медсестер, освітні інституції.

Попри наявність нормативної бази, система розвитку медсестринства характеризується низкою структурних обмежень:

1) Фрагментарність регулювання: нормативна база розпорошена між законами, наказами МОЗ та підзаконними актами, що ускладнює системність політики.

2) Відсутність повноцінного професійного самоврядування: на відміну від країн ЄС, де функціонують професійні ради медсестер (Nursing Councils), в Україні професія не має інституційно закріпленої автономії.

3) Недостатній розвиток механізмів policy evaluation: оцінка ефективності кадрової політики щодо медсестринства не є системною та індикаторно орієнтованою.

4) Обмежене стратегічне планування: кадрова політика часто має реактивний, а не стратегічний характер.

Інституційно-правові засади розвитку медсестринства формуються у межах загального законодавства у сфері охорони здоров'я та спеціалізованих актів, що регламентують професійну діяльність медичних сестер.

Базові законодавчі акти представлені на рисунку 2.3.

Конституція України гарантує право громадян на охорону здоров'я (ст. 49).

Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992 р., чинна редакція) визначають принципи державної політики у сфері охорони здоров'я, права медичних працівників, вимоги до професійної діяльності.

Закон України "Про освіту" (2017) та "Про вищу освіту" (2014) - визначають рамку підготовки та професійного розвитку медичних сестер.

Підзаконні акти МОЗ України регламентують кваліфікаційні характеристики посад, стандарти медичної допомоги, порядок атестації, безперервний професійний розвиток (БПР).

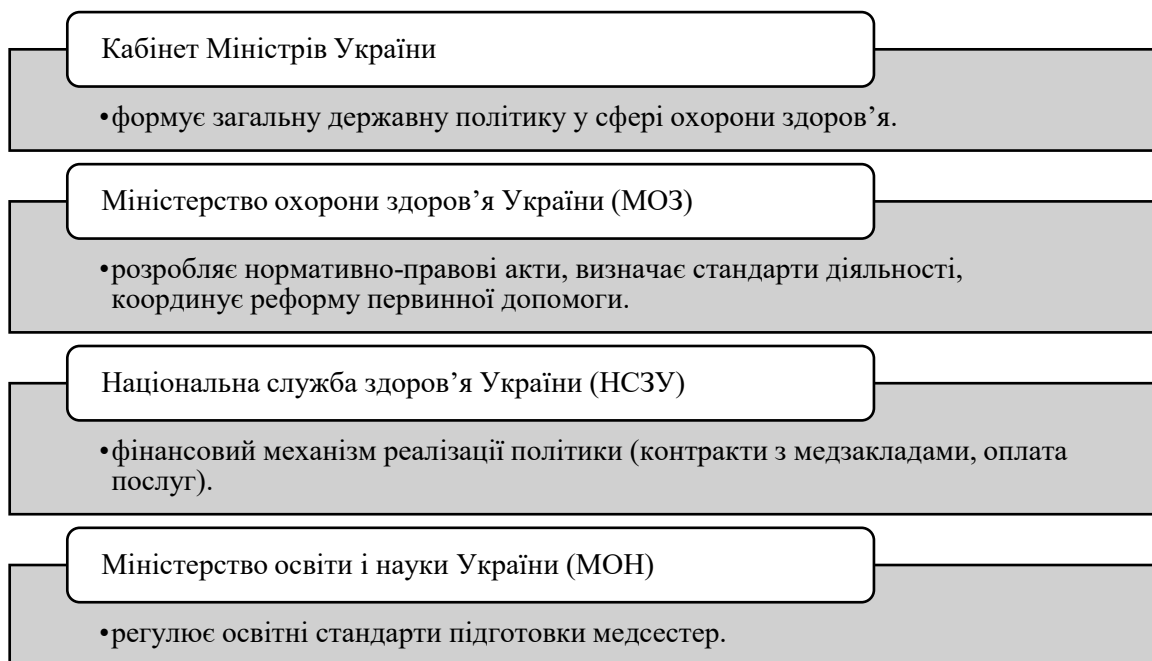


Рисунок 2.3 - Базові законодавчі акти розвитку медсестринства

Джерело: розроблено автором

З точки зору policy cycle, нормативна база демонструє стадію формування та часткової імплементації політики, але потребує системного оновлення саме в частині автономії та професійного самоврядування медсестер.

Регіональний та місцевий рівень представлені:

- Департаменти охорони здоров'я ОДА;
- Органи місцевого самоврядування (в умовах децентралізації);
- Комунальні заклади охорони здоров'я.

Професійні та громадські інституції:

- Асоціації медичних сестер України;
- Професійні спілки;
- Освітні установи (медичні коледжі, університети).

Водночас в Україні поки відсутня повноцінна модель професійного самоврядування медсестер, що є характерною для більшості країн ЄС.

Порівняльний аналіз інституційно-правових засад розвитку медсестринства в Україні та країнах Європейського Союзу свідчить про суттєві відмінності у рівні

професійної автономії, механізмах регулювання та ступені інтеграції медсестер у систему прийняття управлінських рішень.

У країнах ЄС розвиток медсестринства регламентується Директивою 2005/36/ЄС (зі змінами), яка визначає мінімальні стандарти професійної підготовки та взаємне визнання кваліфікацій. У більшості держав-членів функціонують незалежні професійні ради (Nursing Councils), які здійснюють ліцензування, контроль етичних стандартів і регулювання професійної діяльності. Особливістю європейської моделі є: наявність розширеної клінічної автономії (advanced nursing practice); чітке розмежування професійних компетенцій; багаторівневе управління (національний – регіональний – професійний рівень); активна участь професійних асоціацій у формуванні державної політики. Таким чином, у країнах ЄС медсестринство розглядається як самостійна професійна сфера з розвиненим механізмом професійного самоврядування, що відповідає сучасним принципам public governance.

Аналіз чинної нормативної бази та інституційної структури дозволяє виокремити низку системних проблем, представлених в таблиці 2.1.

Інституційно-правові засади розвитку медсестринства в Україні формують базову нормативну та організаційну основу функціонування професії, однак вони перебувають на стадії трансформації.

Порівняльний аналіз із країнами ЄС засвідчує необхідність:

- розробки комплексного законодавчого акта про медсестринство;
- запровадження механізмів професійного самоврядування;
- розширення клінічної автономії медсестер;
- посилення ролі професійних асоціацій у формуванні політики;
- гармонізації освітніх стандартів із європейськими вимогами.

Таблиця 2.1 - Основні проблеми інституційно-правового забезпечення медсестринства в Україні

| Визначені проблеми                                  | Опис визначеної проблеми                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Фрагментарність правового регулювання               | Нормативно-правові акти, що регулюють діяльність медсестер, розпорошені між законами, підзаконними актами МОЗ, освітніми стандартами та наказами, що ускладнює системність регулювання та створює правову невизначеність. |
| Обмежена професійна автономія                       | Незважаючи на реформування системи охорони здоров'я, функціональна роль медсестри залишається підпорядкованою лікарю. Відсутність законодавчо закріпленої моделі розширеної практики (ANP) стримує розвиток професії      |
| Недостатній розвиток професійного самоврядування    | В Україні не створено незалежного органу професійного регулювання, який би виконував функції ліцензування, контролю етичних стандартів та представництва професії на рівні державної політики.                            |
| Нерівномірність імплементації реформ                | В умовах децентралізації регіональні органи влади мають різний рівень спроможності впроваджувати політику у сфері медсестринства, що призводить до територіальної нерівності                                              |
| Обмежена участь стейкхолдерів у формуванні політики | Механізми залучення професійних асоціацій та громадськості до процесу вироблення рішень залишаються недостатньо інституціоналізованими.                                                                                   |

Джерело: розроблено автором

Реалізація зазначених напрямів сприятиме переходу від адміністративно-ієрархічної моделі регулювання до моделі публічного управління, заснованої на принципах партнерства, підзвітності та професійної відповідальності.

Схема інституційної моделі управління розвитком медсестринства в Україні представлена на рисунку 2.4.

Характеристика моделі:

Тип моделі: ієрархічно-адміністративна з елементами децентралізації

Провідна роль: державні органи

Професійне самоврядування: консультативне

Механізм підзвітності: адміністративний та фінансовий

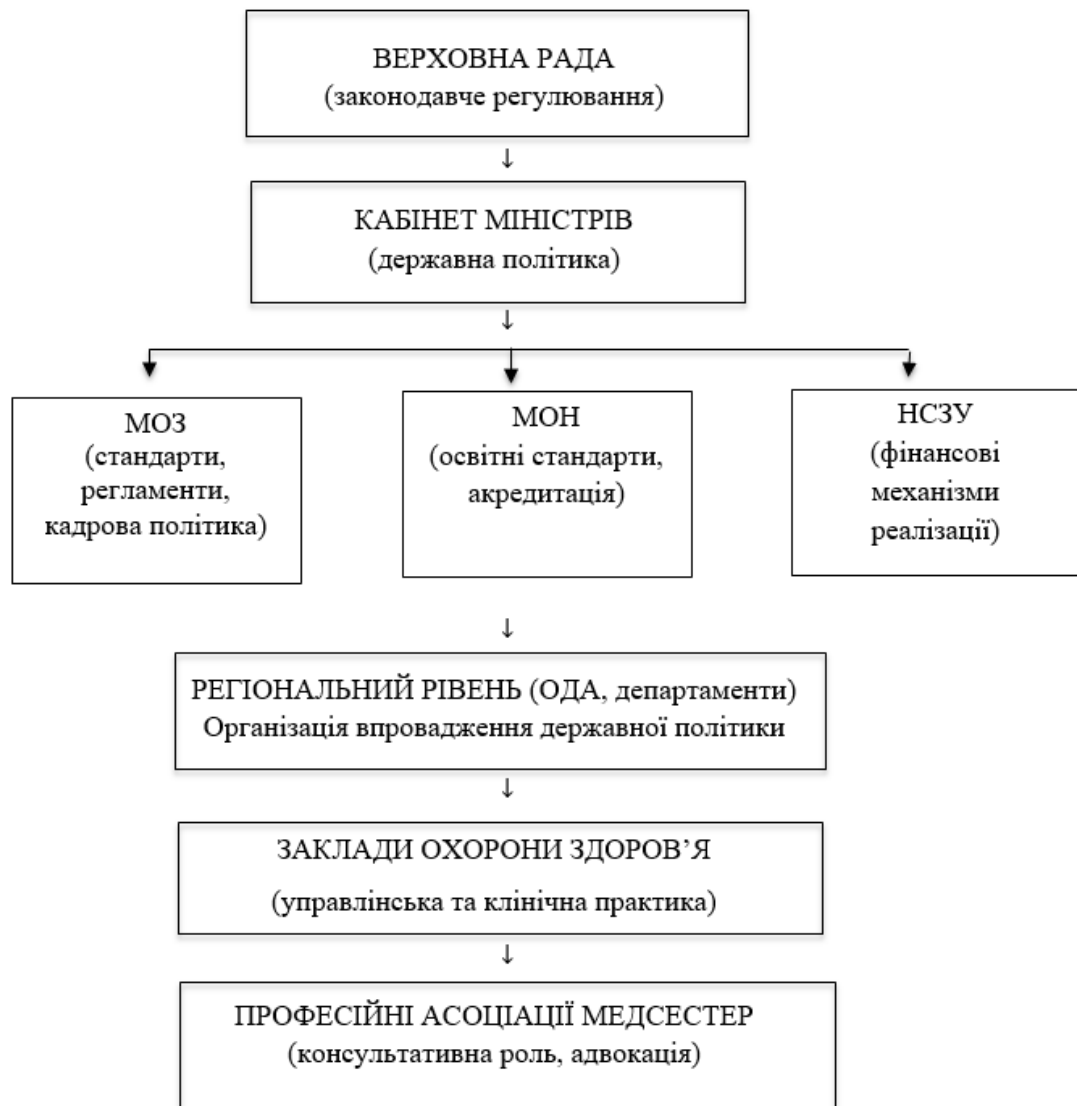


Рисунок 2.4 - Схема інституційної моделі управління розвитком медсестринства в Україні

Джерело: розроблено автором

Порівняльний аналіз співставності законодавчої рамки представлений в таблиці 2.2.

Порівняння свідчить, що модель ЄС відповідає принципам сучасного публічного управління (governance), де:

- поєднуються державне регулювання та професійне самоврядування;
- забезпечується баланс автономії та підзвітності;
- реалізується партнерська модель управління.

Таблиця 2.2 - Порівняльна таблиця інституційно-правового забезпечення розвитку медсестринства в Україні та ЄС

| Критерій                     | Україна                                                                          | Країни ЄС                                                 |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Нормативна база              | Загальні закони про охорону здоров'я; відсутній окремий закон про медсестринство | Директива 2005/36/ЄС + національні закони про професію    |
| Професійне самоврядування    | Відсутня обов'язкова професійна рада                                             | Незалежні Nursing Councils (ліцензування, контроль етики) |
| Автономія медсестер          | Обмежена, підпорядкована лікарю                                                  | Розширена практика (Advanced Nursing Practice)            |
| Освітні стандарти            | Національні стандарти, часткова гармонізація                                     | Уніфіковані мінімальні вимоги ЄС                          |
| Ліцензування                 | Через заклади та МОЗ                                                             | Індивідуальна професійна ліцензія                         |
| Участь у формуванні політики | Обмежена роль асоціацій                                                          | Активна участь професійних рад у policy-making            |
| Модель управління            | Централізована з елементами децентралізації                                      | Багаторівнева governance-модель                           |
| Фінансування діяльності      | Через бюджет та НСЗУ                                                             | Через страхові/змішані моделі з регуляторним контролем    |

Джерело: розробка автора

Українська модель перебуває на етапі трансформації від адміністративно-централізованої до змішаної governance-моделі, проте потребує інституціоналізації професійного самоврядування та посилення ролі медсестер у стратегічному управлінні системою охорони здоров'я.

## 2.2 Оцінка ефективності механізмів державного регулювання розвитку медсестринства в Україні

Оцінка ефективності механізмів державного регулювання розвитку медсестринства в Україні передбачає аналіз результативності нормативно-правових, інституційних, фінансових та кадрових інструментів, що використовуються державою для формування та реалізації політики у сфері сестринської справи. З позицій публічного управління така оцінка здійснюється за

критеріями результативності, ефективності, підзвітності, стійкості та відповідності стратегічним цілям реформи охорони здоров'я.

Нормативно-правові механізми проаналізовані та оцінені за критеріями:

- результативність;
- ефективність;
- підзвітність;
- участь стейкхолдерів;
- стійкість системи.

Аналіз за критерієм «Результативність».

В Україні сформовано базове нормативне підґрунтя, що регламентує діяльність медичних сестер у межах загального законодавства про охорону здоров'я. Однак відсутність спеціального закону про медсестринство знижує системність регулювання та не дозволяє повною мірою визначити автономний статус професії.

Позитивним результатом є:

- запровадження міжнародних стандартів освіти;
- визначення порядку безперервного професійного розвитку (БПР);
- унормування кваліфікаційних характеристик.

Водночас нормативна база залишається фрагментарною та не повністю адаптованою до європейських стандартів (зокрема щодо розширеної практики медсестер).

Аналіз за критерієм «Ефективність».

Нормативні механізми забезпечують формальну регламентацію діяльності, проте їх імплементація часто залежить від управлінської спроможності регіонів та закладів охорони здоров'я. Наявна розбіжність між формальною нормою та практичною реалізацією свідчить про середній рівень ефективності правового регулювання.

Інституційні механізми: розподіл повноважень. Державне регулювання розвитку медсестринства здійснюється через:

- МОЗ України (формування політики, стандарти, регламенти),

- НСЗУ (фінансовий механізм реалізації політики),
- МОН (освітні стандарти),
- регіональні органи влади.

Інституційна модель має централізований характер із поступовим розширенням повноважень регіонів у межах децентралізації.

Інституційна спроможність: попри наявність визначених органів регулювання, відсутній окремий професійний регулятор (аналог Nursing Council у країнах ЄС). Це знижує рівень професійного самоврядування та відповідальності професії за власний розвиток.

Інституційна модель характеризується:

- домінуванням державного адміністрування;
- слабкою інтеграцією професійних асоціацій у процес вироблення політики;
- обмеженою участю медсестер у стратегічному управлінні галуззю.

Фінансово-економічні механізми: в умовах реформи охорони здоров'я фінансування медичних послуг здійснюється через НСЗУ відповідно до Програми медичних гарантій.

Позитивні аспекти: стимулювання якості послуг; перехід від утримувальної моделі до контрактної.

Обмеження: відсутність окремого фінансового інструменту підтримки розвитку медсестринства; недостатня мотивація до професійного зростання; нерівномірність фінансування між регіонами.

Кадрові механізми: проблемою залишається дефіцит медсестер; міграція кадрів до країн ЄС; низький рівень престижу професії.

Наявні механізми атестації та БПР не компенсують структурні кадрові виклики. Відсутність розширених повноважень обмежує можливості кар'єрного розвитку.

Оцінка ефективності механізмів державного регулювання розвитком медсестринства в Україні за критеріями публічного управління представлено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 - Оцінка ефективності механізмів державного регулювання розвитком медсестринства в Україні за критеріями публічного управління

| Критерій             | Оцінка                        |
|----------------------|-------------------------------|
| Результативність     | Частково досягнута            |
| Ефективність         | Середній рівень               |
| Підзвітність         | Переважно адміністративна     |
| Участь стейкхолдерів | Обмежена                      |
| Стійкість системи    | Низька через кадрову міграцію |

Джерело: розроблене автором

Механізми державного регулювання розвитку медсестринства в Україні забезпечують базове функціонування системи, проте їх ефективність обмежується:

- фрагментарністю правового регулювання;
- централізованою моделлю управління;
- відсутністю професійного самоврядування;
- недостатньою фінансовою мотивацією;
- кадровою нестабільністю.

Система потребує переходу від адміністративно-ієрархічної моделі до моделі публічного врядування (governance), що передбачає:

- співрегулювання держави та професійної спільноти;
- розширення автономії медсестер;
- інституціоналізацію професійної ради;
- інтеграцію в європейський регуляторний простір.

SWOT-аналіз дозволяє системно оцінити внутрішні та зовнішні чинники, що впливають на ефективність державного регулювання розвитку медсестринства, а також визначити стратегічні напрями його вдосконалення. Проведений аналіз представлений на рисунку 2.5.

### **S Сильні сторони (Strengths)**

- Наявність базової нормативно-правової основи у сфері охорони здоров'я.
- Інституційна структурованість системи управління (МОЗ, НСЗУ, МОН, регіональні органи).
- Запровадження механізму безперервного професійного розвитку (БПР).
- Реформування фінансування медичних послуг через НСЗУ (контрактна модель).
- Інтеграція в європейський освітній простір (гармонізація освітніх стандартів).

### **W Слабкі сторони (Weaknesses)**

- Відсутність окремого закону про медсестринство.
- Обмежена професійна автономія медсестер.
- Низький рівень інституціоналізації професійного самоврядування.
- Недостатня участь медсестер у формуванні державної політики.
- Нерівномірність регіональної імплементації реформ.
- Низький рівень оплати праці та мотивації.
- Дефіцит кадрів і міграція фахівців

### **S Сильні сторони (Strengths)**

- Наявність базової нормативно-правової основи у сфері охорони здоров'я.
- Інституційна структурованість системи управління (МОЗ, НСЗУ, МОН, регіональні органи).
- Запровадження механізму безперервного професійного розвитку (БПР).
- Реформування фінансування медичних послуг через НСЗУ (контрактна модель).
- Інтеграція в європейський освітній простір (гармонізація освітніх стандартів).

### **W Слабкі сторони (Weaknesses)**

- Відсутність окремого закону про медсестринство.
- Обмежена професійна автономія медсестер.
- Низький рівень інституціоналізації професійного самоврядування.
- Недостатня участь медсестер у формуванні державної політики.
- Нерівномірність регіональної імплементації реформ.
- Низький рівень оплати праці та мотивації.
- Дефіцит кадрів і міграція фахівців.

Рисунок 2.5 - SWOT-аналіз механізмів державного регулювання розвитку медсестринства в Україні

Джерело: розробка автора

Поєднання сильних сторін і можливостей свідчить про наявність потенціалу переходу до моделі публічного врядування у сфері медсестринства. Водночас слабкі сторони та зовнішні загрози вказують на необхідність системного інституційного оновлення.

Стратегічно доцільним є використання сильних сторін (наявна інституційна база, механізми БПР) для реалізації можливостей (створення професійної ради, впровадження ANP). Паралельно необхідно мінімізувати вплив слабких сторін через реформування правового регулювання та посилення фінансових стимулів.

Таблиця 2.4 - Можлива стратегічна матриця (SO-WO-ST-WT)

| Стратегія | Напрямок                                                             |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|
| SO        | Використати реформу фінансування та БПР для запровадження ANP        |
| WO        | Створити професійну раду як відповідь на слабкість автономії         |
| ST        | Підвищити зарплати та кар'єрні можливості для зменшення міграції     |
| WT        | Прийняти комплексний закон для зменшення нормативної фрагментарності |

Джерело: розробка автора

Стратегічна матриця дозволяє визначити напрями удосконалення механізмів державного регулювання розвитку медсестринства шляхом поєднання внутрішніх ресурсів системи та зовнішніх умов.

SO-стратегія передбачає використання наявної інституційної бази (МОЗ, НСЗУ, БПР) для впровадження європейських стандартів та моделі розширеної практики медсестер (ANP).

WO-стратегія спрямована на подолання слабких сторін через інституціоналізацію професійного самоврядування та прийняття спеціального закону про медсестринство.

ST-стратегія орієнтована на мінімізацію кадрової міграції та нестабільності фінансування шляхом посилення мотиваційних та кар'єрних механізмів.

WT-стратегія передбачає структурну модернізацію нормативної бази та управлінської моделі для запобігання системним ризикам.

Узагальнено, найбільш перспективним напрямом є поєднання SO та WO стратегій, що забезпечує перехід від адміністративної моделі до governance-підходу у регулюванні медсестринства.

## 2.3 Проблеми та виклики розвитку медсестринства в Україні

Розвиток медсестринства в Україні відбувається в умовах трансформації системи охорони здоров'я, децентралізації управління та воєнних викликів. Попри наявність базових нормативних та інституційних механізмів, система стикається з низкою структурних проблем, що стримують її ефективність та відповідність європейським стандартам.

### 1. Нормативно-правові проблеми

Ключовим викликом є відсутність комплексного законодавчого акта, який би визначав правовий статус медсестринства як самостійної професійної сфери. Регулювання здійснюється через загальні акти у сфері охорони здоров'я, що зумовлює фрагментарність правового поля та обмежену визначеність професійних повноважень.

Крім того, відсутня чітка законодавча база для впровадження розширеної клінічної практики (Advanced Nursing Practice), що стримує професійну автономію.

### 2. Інституційні виклики

Інституційна модель управління залишається переважно централізованою. Відсутність повноцінного професійного самоврядування обмежує участь медсестер у формуванні державної політики та прийнятті стратегічних рішень.

Слабкою є інтеграція професійних асоціацій у процес policy-making, що знижує рівень партнерського врядування (governance).

### 3. Кадрові проблеми

Одним із найгостріших викликів є дефіцит медсестер, спричинений:

- низьким рівнем оплати праці;
- міграцією кадрів до країн ЄС;
- старінням професійного складу;
- зниженням престижності професії.

Кадрова нестабільність негативно впливає на якість медичних послуг та стійкість системи охорони здоров'я.

### 4. Фінансово-економічні виклики

Хоча реформа фінансування через НСЗУ сприяла підвищенню прозорості розподілу коштів, вона не створила окремих стимулів для розвитку медсестринства. Відсутність диференційованих фінансових механізмів підтримки професійного зростання знижує мотивацію персоналу.

### 5. Освітні та професійні виклики

Попри гармонізацію освітніх стандартів із європейськими вимогами, існують проблеми:

- недостатньої практико-орієнтованості підготовки;
- обмежених можливостей магістерського та управлінського зростання;
- слабкої інтеграції в міжнародні професійні мережі.

### 6. Системні виклики

До системних факторів належать:

- воєнний стан та руйнування медичної інфраструктури;
- демографічне скорочення населення;
- зростання навантаження на систему охорони здоров'я;
- необхідність адаптації до європейського регуляторного простору.

Кадровий дефіцит є одним із ключових структурних викликів розвитку медсестринства в Україні. Його масштаб підтверджується статистичними даними національних та міжнародних джерел.

За даними World Bank / WHO, показник nurses and midwives (медсестри та акушерки) вимірюється на 1 000 населення. Останні дані показують, що цей показник в Україні є значно нижчим ніж середній по Євросоюзу.

Середній показник у ЄС становив близько 8.4 медсестри на 1 000 населення у 2022 році, з варіаціями між країнами.

Дані за Україну від World Bank показують, що тривалий час показник медсестер та акушерок був нижчим за 8 на 1 000 населення, але Україну регулярно відносять до нижчого рівня забезпечення, ніж у багатьох європейських країнах.

За даними стратегічних документів МОЗ, в Україні у розрахунку на 100 000 населення налічувалося приблизно 526 медсестер, що підтверджує відносно низьку

щільність медичного персоналу у порівнянні із світовою середньою (яка була нижче 386 на 100 000).

За даними МОЗ України та національної медичної статистики середня забезпеченість медсестрами становить приблизно 6-7 медсестер на 1 000 населення, тоді як середній показник у країнах ЄС – 8-12 на 1 000 населення (залежно від країни). Таким чином, відставання від середньоєвропейського рівня становить орієнтовно 20-40%. Крім того, у сільських регіонах рівень забезпеченості є значно нижчим, що створює територіальну нерівність доступу до медичних послуг.

Офіційні дані показують, що кількість медичних сестер у закладах державної системи охорони здоров'я значною мірою зменшилась під впливом пандемії та воєнного стану. За оцінками, під час війни кількість медичних сестер у системі МОЗ скоротилась на понад 32 000 осіб.

Це підтверджує, що не лише низька загальна щільність кадрів, а й негативні зовнішні фактори (пандемія, війна) загострили кадрову проблему.

Ще один важливий показник – це кількість випускників медсестринських програм, яка визначає потенційний приплив професійних кадрів. Згідно з оцінками WHO/European Region, Україна виробляє приблизно 20 медсестер на 100 000 населення щороку, що є орієнтовно на 37 % менше, ніж середній показник у ЄС (близько 32 на 100 000 населення). Це створює додатковий виклик для поповнення кадрів та забезпечення сталого кадрового циклу.

Аналіз вікової структури персоналу свідчить про тенденцію старіння кадрів:

- значна частка медсестер - у віці 45+ років;
- частка молодих фахівців (до 30 років) є недостатньою для компенсації вибуття.

Це створює ризик подальшого скорочення кадрового потенціалу в середньостроковій перспективі.

Наступною важливою проблемою та викликом є міграція медсестер. Після 2014 року та особливо після 2022 року спостерігається посилення трудової міграції медичних працівників.

За експертними оцінками:

- тисячі медсестер щороку виїжджають на роботу до країн ЄС;
- Польща, Німеччина та Чехія залишаються основними напрямками працевлаштування;
- рівень заробітної плати в країнах ЄС перевищує український у 3-6 разів, що є ключовим міграційним фактором.

Немає точних офіційних даних щодо кількості медсестер, які виїжджають за кордон, але у 2023 році OECD зафіксував різке зростання мобільності медичних кадрів у Європі, включно з медсестрами, для яких зростання кількості заяв на сертифікацію професійного статусу виріс більш ніж у 7 разів в окремих країнах-приймачах. Аналіз Європейського парламенту показує, що серед працівників з України до країн ЄС за 2023 рік виїхали значні кількості медичних фахівців, включно з медсестрами.

Ці дані свідчать про високу мобільність кадрів, що посилює дефіцит у національній системі охорони здоров'я. Міграція призводить до зростання навантаження на персонал, що залишився; погіршення якості медичної допомоги; посилення регіонального дисбалансу.

Наступний параметр аналізу - співвідношення лікарів і медсестер. У країнах ЄС співвідношення становить у середньому 2 - 4 медсестри на одного лікаря. В Україні це співвідношення є нижчим, що свідчить про недостатнє використання потенціалу медсестринства; перевантаження лікарів; неефективний розподіл функціональних обов'язків.

Підсумовуючи, розглянемо фінансовий аспект.

Середня заробітна плата медсестри в Україні є значно нижчою за середню по країнах ЄС, що знижує мотивацію та сприяє міграції. Відсутність чіткої кар'єрної моделі та диференційованої оплати (залежно від рівня компетенцій) також негативно впливає на утримання кадрів.

Кількісні показники підтверджують, що кадрова проблема медсестринства має системний характер. Дефіцит персоналу, старіння кадрів і міграція формують ризик зниження стійкості системи охорони здоров'я.

Подолання зазначених викликів потребує:

- розширення професійної автономії медсестер;
- запровадження моделі Advanced Nursing Practice;
- формування привабливих умов праці;
- розробки державної кадрової стратегії розвитку медсестринства.

Порівняльні кількісні показники розвитку медсестринства: Україна – ЄС представлені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Порівняльні кількісні показники розвитку медсестринства: Україна – ЄС

| Показник                                         | Україна<br>(останні<br>доступні<br>оцінки) | Середній<br>показник ЄС            | Аналітичний коментар                                                                                 |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Кількість медсестер на 1 000 населення           | ≈ 6,5                                      | ≈ 8,4                              | Відставання України становить близько 22-25%, що свідчить про нижчу щільність кадрового забезпечення |
| Кількість медсестер на 100 000 населення         | ≈ 526                                      | 800-1 200<br>(залежно від країни)  | Показник істотно нижчий, ніж у більшості країн ЄС                                                    |
| Щорічний випуск медсестер (на 100 000 населення) | ≈ 20                                       | ≈ 32                               | Рівень підготовки кадрів приблизно на 35-40% нижчий за середньоєвропейський                          |
| Співвідношення медсестер до лікарів              | < 2 : 1                                    | 2-4 : 1                            | Недостатнє використання потенціалу сестринської допомоги                                             |
| Динаміка кадрового скорочення (2022-2023)        | - 30 000+ осіб (оцінки)                    | Негативна, але без різкого падіння | Воєнний фактор суттєво вплинув на кадровий баланс                                                    |
| Міграційний фактор                               | Високий рівень трудової міграції           | Попит на медсестер з-за кордону    | ЄС виступає реципієнтом українських кадрів                                                           |

Джерело: узагальнено автором за даними WHO, World Bank, OECD

Порівняльний аналіз свідчить про наявність системного кадрового дефіциту медсестер в Україні, що проявляється у нижчій щільності персоналу, меншій кількості випускників та негативній динаміці скорочення кадрів. У поєднанні з активною міграцією це створює ризики для стійкості системи охорони здоров'я.

Відставання від середньоєвропейських показників становить орієнтовно 20-40% залежно від індикатора, що обґрунтовує необхідність інституційних та кадрових реформ.

Проблеми розвитку медсестринства в Україні мають комплексний характер і охоплюють нормативно-правовий, інституційний, кадровий та фінансовий виміри. Їх подолання потребує переходу до моделі публічного врядування, що передбачає розширення професійної автономії, інституціоналізацію самоврядування та гармонізацію з європейськими стандартами.

В рамках дослідження було проведено порівняльний аналіз державної політики Україна-ЄС щодо розвитку медсестринства за критеріями.

#### 1) Політична рамка і пріоритети

Україна. Політика розвитку медсестринства останніми роками оформлюється через рамкові/стратегічні документи МОЗ, які фокусуються на 4 напрямках: освіта, людські ресурси та робоче середовище, лідерство, посилення ролі медичних сестер у наданні послуг.

На рівні ЄС ядром регуляторної політики є взаємне визнання кваліфікацій і мінімальні вимоги до підготовки “nurse responsible for general care” (тривалість-години-компетентності) в рамках Директиви 2005/36/EC та її оновлень (зокрема делегованих актів щодо актуалізації мінімальних вимог).

Висновок: Україна рухається у бік комплексного підходу (кадри-освіта-лідерство), тоді як ЄС забезпечує “каркас” через стандарти підготовки/кваліфікацій і професійну мобільність, яка впливає на національні ринки праці.

#### 2) Інституційна модель регулювання і роль професії

Україна. Регулювання переважно державне: МОЗ формує політику, НСЗУ впливає через фінансування, МОН - через освітні стандарти; професійні організації здебільшого мають консультативний вплив. Це обмежує професійну автономію та системність саморегулювання.

ЄС. У більшості країн ЄС розвинені моделі, де поряд із державним наглядом працює професійне регулювання (реєстри, етика, CPD/ліцензування на рівні країни), а вимоги до підготовки узгоджуються з директивною рамкою.

Висновок: ключова відмінність - ступінь інституціоналізації професійного регулятора та автономії медсестринства.

### 3) Кадрове планування і “пайплайн” підготовки

Для України критичним є “вхід” у професію (випуск-працевлаштування) та утримання кадрів. WHO/Europe у звіті щодо ринку праці в охороні здоров’я України зазначає, що Україна готує близько 20 медсестер на 100 000 населення на рік, що приблизно на 37% нижче за середній показник ЄС (32/100 000).

Для ЄС кадрова політика у значній частині країн поєднує збільшення “пайплайну” з міжнародною мобільністю кадрів (що, у свою чергу, підсилює відтік з країн-донорів).

Висновок: для України ключовий розрив – недостатній приплив та відтік/перерозподіл кадрів; для ЄС - баланс між власною підготовкою та залученням кадрів ззовні.

### 4) Роль медсестер у первинній ланці та під час реформ.

WHO акцентує, що розвиток primary health-care nursing є важливим для підвищення доступності послуг, перерозподілу функцій (task shifting) та стійкості системи - особливо в умовах реформ і криз. У ЄС це часто поєднується з розширенням компетенцій (advanced roles) та чітким профілем компетентностей, який підтримується системою стандартів підготовки та національним регулюванням. Отже, узагальнюючи основні виклики розвитку медсестринства в Україні, було побудовано таблицях 2.6 і 2.7.

Таблиця 2.6 - Основні виклики розвитку медсестринства в Україні

| Виклик                                | Коротка характеристика                                                 |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Кадровий дефіцит                      | Нижчий рівень підготовки кадрів порівняно з ЄС; зростаюче навантаження |
| Міграція персоналу                    | Конкуренція з ринком праці ЄС; значна різниця в оплаті праці           |
| Фрагментарність регулювання           | Відсутність комплексного закону та системного підходу                  |
| Обмежена автономія                    | Переважно допоміжна роль медсестри в клінічній практиці                |
| Нерівність регіонального забезпечення | Диспропорції між містом і селом                                        |
| Воєнні та демографічні ризики         | Пошкодження інфраструктури, скорочення населення                       |
| Недостатній розвиток лідерства        | Обмежена участь у формуванні політики                                  |

Джерело: побудовано автором

Розвиток медсестринства в Україні відбувається в умовах глибокої трансформації системи охорони здоров'я, воєнних викликів та інтеграції до європейського простору. Порівняльний аналіз державної політики України та країн ЄС дозволяє виявити структурні розриви у регулюванні, кадровому забезпеченні та інституційній спроможності професії.

Таблиця 2.7 - Основні виклики розвитку медсестринства в Україні та коротка характеристика

| Виклик                                 | Коротка характеристика (основний проблемний аспект)                                                                                                                     | Наслідки для системи                                        | Які політичні інструменти “логічні” у відповіді                            |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Недостатній приплив кадрів             | Випуск медсестер $\approx 20/100\ 000$ , що нижче за середній рівень ЄС $32/100\ 000$ ( <a href="http://ecoi.net">ecoi.net</a> )                                        | дефіцит персоналу, зростання навантаження                   | збільшення освітнього “пайплайну”, стипендії/контракти під робоче місце    |
| Міграція та утримання персоналу        | висока мобільність кадрів, конкуренція з ринками ЄС (умови/оплата) ( <u>Всесвітня організація охорони здоров'я</u> )                                                    | відтік у дефіцитних регіонах, зниження стійкості            | retention-пакети: оплата, житло/соцпакет, кар'єрні траєкторії              |
| Фрагментарність політики і регулювання | відсутність “єдиного” нормативного каркасу професії; потреба системної узгодженості політики (освіта-кадри-роль у ПМД) ( <u>Міністерство Охорони Здоров'я України</u> ) | розрив між нормами й практикою                              | кодифікація/оновлення рамки, чіткі компетентності й ролі                   |
| Обмежена професійна автономія/роль     | потреба посилення ролі медсестер у наданні послуг і лідерстві (як зазначено в рамці МОЗ) ( <u>Міністерство Охорони Здоров'я України</u> )                               | низька ефективність skill-mix, перевантаження лікарів       | task shifting, розширені ролі в ПМД, протоколи/стандарти                   |
| Нерівномірність між регіонами          | диспропорції розміщення кадрів та спроможності закладів ( <u>Всесвітня організація охорони здоров'я</u> )                                                               | нерівний доступ до послуг                                   | регіональні стимули, цільові програми для сільських/прифронтових територій |
| Обмеженість робочого середовища        | умови праці, безпека, вигорання (пріоритет МОЗ: “робоче середовище”) ( <u>Міністерство Охорони Здоров'я України</u> )                                                   | плинність кадрів, падіння якості                            | стандарти safe staffing, підтримка ментального здоров'я, менеджмент змін   |
| Відставання гармонізації з ЄС          | ЄС має чіткі мінімальні вимоги до підготовки та оновлює їх ( <u>EUR-Lex</u> )                                                                                           | бар'єри до взаємного визнання/мобільності на умовах України | оновлення програм під вимоги ЄС, посилення практичної підготовки           |

Джерело: побудовано автором

У таблиці 2.7 систематизовано основні виклики розвитку медсестринства в Україні, які мають комплексний характер і охоплюють кадрові, нормативні, організаційні та фінансові аспекти.

Ключовою проблемою залишається недостатній приплив кадрів, що формує стійкий дефіцит медсестер і підвищене навантаження на персонал. Ситуацію ускладнює міграція та низький рівень утримання кадрів, зумовлені конкурентними умовами праці в країнах ЄС, різницею в оплаті праці та соціальних гарантіях.

Важливим чинником є фрагментарність нормативно-правового регулювання, що створює розрив між освітньою, кадровою та фінансовою політикою. Серйозною проблемою є також нерівномірність розподілу кадрів між регіонами, що впливає на доступність медичних послуг, особливо в сільських і прифронтових територіях. Погіршення умов праці та професійне вигорання сприяють зростанню плинності персоналу та зниженню якості допомоги. Крім того, відставання у гармонізації з європейськими стандартами кваліфікації та професійного розвитку обмежує інтеграцію української системи медсестринства до європейського простору.

Отже, наведені виклики потребують комплексного удосконалення державної політики, орієнтованої на кадрову стабільність, професійну автономію та підвищення якості медичної допомоги. Порівняльний аналіз державної політики України та ЄС демонструє, що ключові відмінності полягають у рівні інституціоналізації професійного регулювання, кадровому забезпеченні та автономії медсестер.

Для України стратегічним напрямом має стати перехід від адміністративно-централізованої моделі регулювання до моделі публічного врядування, що передбачає інституціоналізацію професійного самоврядування; розширення клінічних повноважень медсестер; підвищення привабливості професії; гармонізацію освітніх стандартів із вимогами ЄС.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА

#### 3.1 Формування стратегічної моделі розвитку медсестринства

В умовах кадрового дефіциту, зростаючої мобільності медичних працівників та інтеграції України до європейського простору виникає потреба у формуванні цілісної стратегічної моделі розвитку медсестринства. Така модель повинна базуватися на принципах публічного врядування (governance), забезпечувати системність державної політики та враховувати міжнародні стандарти регулювання професії.

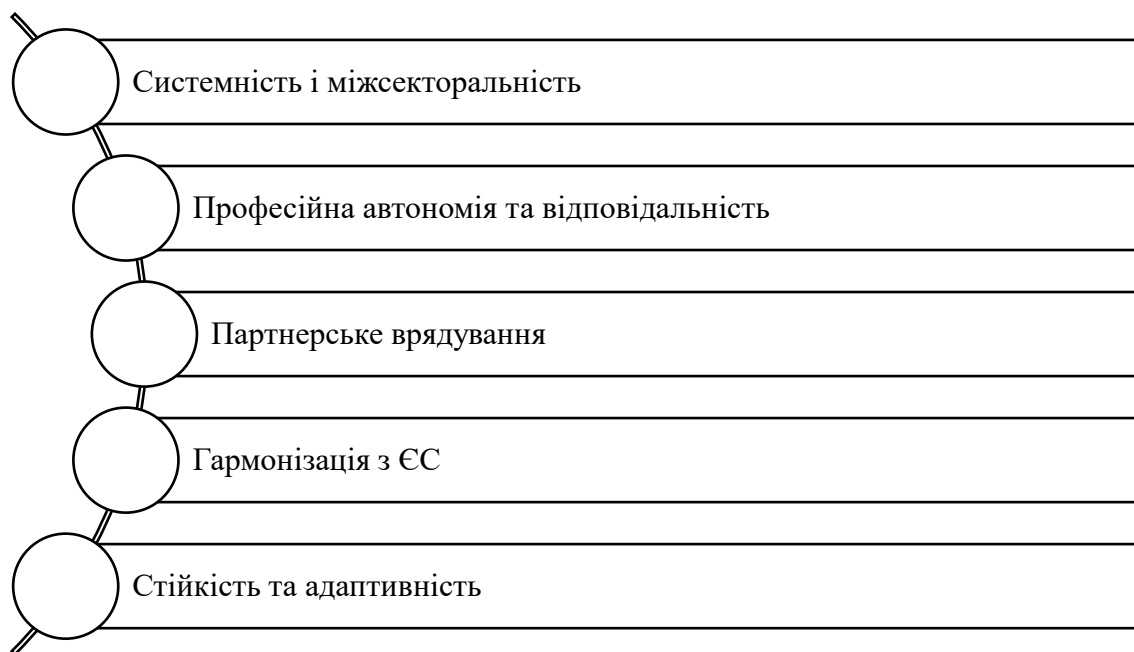


Рисунок 3.1 - Концептуальні засади стратегічної моделі розвитку медсестринства

Джерело: побудовано автором

Першою засадою є системність і міжсекторальність, що передбачає узгоджену взаємодію органів державної влади, освітніх установ, закладів охорони здоров'я та професійних асоціацій. Розвиток медсестринства має здійснюватися не ізольовано, а в межах цілісної політики управління людськими ресурсами в охороні здоров'я.

Важливою складовою є професійна автономія та відповідальність, яка передбачає розширення повноважень медсестер, впровадження сучасних моделей професійної практики (зокрема Advanced Nursing Practice), а також чітке нормативне закріплення ролей і компетентностей.

Засада партнерського врядування ґрунтується на принципах governance та співрегулювання, що передбачає активну участь професійних об'єднань, громадянського суспільства та експертного середовища у формуванні рішень.

Гармонізація з ЄС означає приведення національних стандартів освіти, кваліфікаційних вимог та механізмів професійного розвитку у відповідність до європейських директив і практик, що сприятиме інтеграції української системи медсестринства до європейського простору.

Нарешті, стійкість та адаптивність визначають здатність системи реагувати на демографічні, економічні та кризові виклики, зокрема шляхом впровадження сучасних управлінських інструментів, цифровізації та управління за результатами.

Таким чином, окреслені концептуальні засади формують основу стратегічної моделі розвитку медсестринства, орієнтованої на підвищення якості та доступності медичної допомоги.

Пропонована модель включає чотири взаємопов'язані блоки – рисунок 3.2.

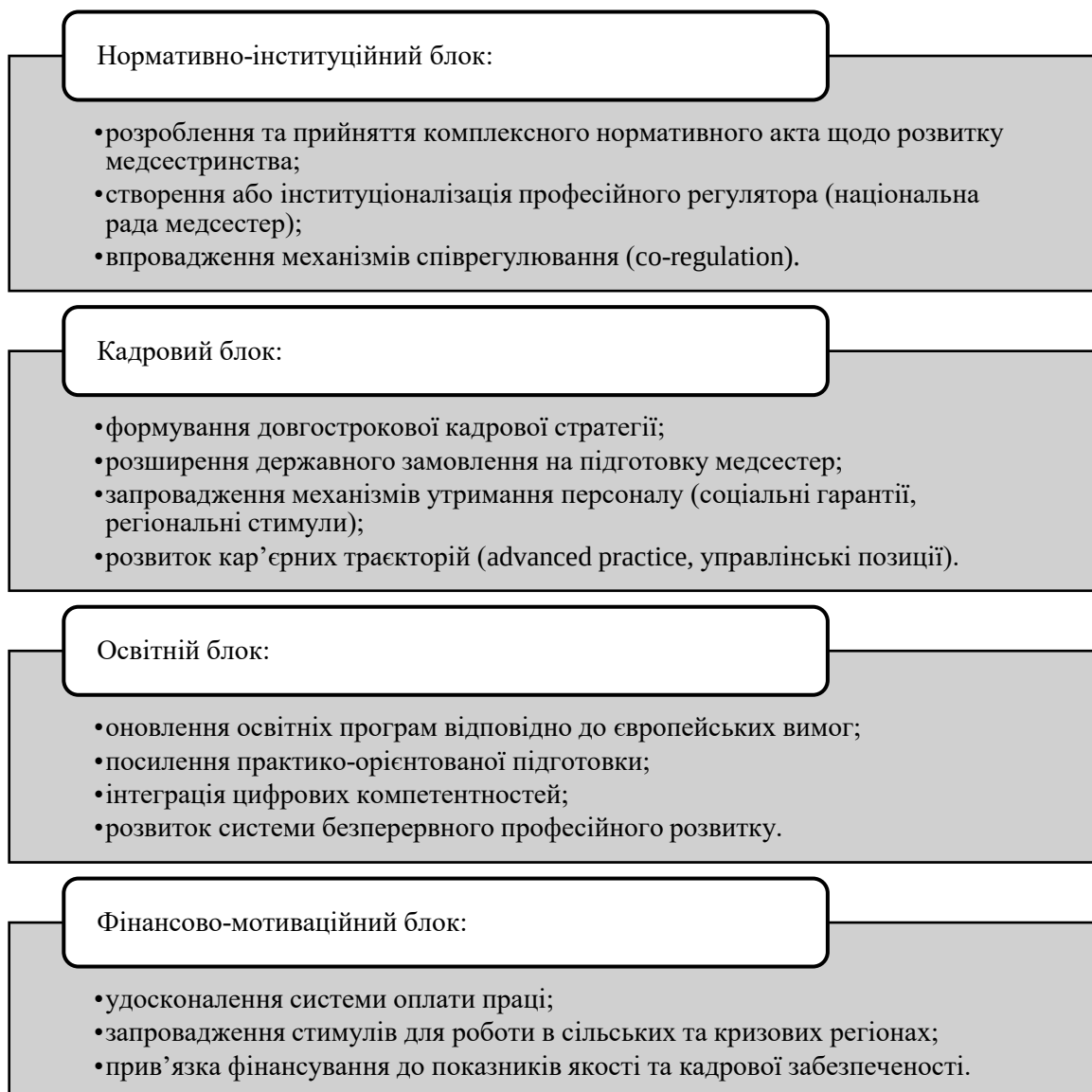


Рисунок 3.2 - Стратегічна модель розвитку медсестринства

Джерело: побудовано автором

### 1) Нормативно-інституційний блок передбачає:

#### 1.1. Розроблення та прийняття комплексного нормативного акту.

Передбачається розроблення спеціального законодавчого акту (або системного пакету змін), який:

- ✓ визначає правовий статус медсестринства як самостійної професійної сфери;
- ✓ закріплює перелік компетенцій та клінічних повноважень;

- ✓ встановлює вимоги до ліцензування та безперервного професійного розвитку;

- ✓ визначає механізми професійної відповідальності.

Такий акт повинен забезпечити усунення фрагментарності регулювання та створити стабільну правову основу для професійного розвитку.

Управлінський інструмент передбачає участь у розробці політики через міжвідомчу робочу групу (МОЗ, МОН, НСЗУ, професійні асоціації).

## 1.2. Інституціоналізація професійного регулятора.

Створення або надання повноважень Національній раді медсестер передбачає:

- ✓ ведення професійного реєстру;
- ✓ контроль за дотриманням етичних стандартів;
- ✓ акредитацію програм БПР;
- ✓ участь у формуванні кадрової політики.

Це дозволить перейти від централізованої адміністративної моделі до моделі співрегулювання.

## 1.3. Впровадження механізмів co-regulation - модель співрегулювання

передбачає розподіл повноважень – таблиця 3.1.

Запропонований розподіл повноважень відображає перехід від централізованої адміністративної моделі до моделі публічного врядування. Держава зберігає стратегічні та регуляторні функції, тоді як професійний регулятор отримує повноваження щодо контролю професійних стандартів, етики та розвитку компетентностей.

Такий підхід дозволяє підвищити професійну автономію медсестер; забезпечити гнучкість регулювання; зменшити управлінське навантаження на державні органи; посилити підзвітність та прозорість системи.

Таблиця 3.1 – Розподіл повноважень в моделі співрегулювання

| Сфера регулювання                       | Держава (МОЗ, МОН, НСЗУ, КМУ)                      | Професійний регулятор (Національна рада медсестер)         | Заклади охорони здоров'я / ЗВО                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Формування державної політики           | Розробка стратегій, програм, нормативних актів     | Експертні висновки, участь у робочих групах                | Надання пропозицій через професійні об'єднання  |
| Нормативне забезпечення професії        | Затвердження стандартів, кваліфікаційних вимог     | Розробка професійних стандартів, кодексу етики             | Імплементація стандартів у діяльності           |
| Ліцензування та реєстрація              | Визначення загальної процедури та правової основи  | Ведення професійного реєстру, видача сертифікатів          | Перевірка наявності чинної реєстрації персоналу |
| Безперервний професійний розвиток (CPD) | Встановлення обов'язковості CPD, рамкових вимог    | Акредитація програм CPD, контроль кредитів                 | Організація внутрішнього навчання               |
| Контроль якості професійної діяльності  | Загальний нагляд, аудит системи                    | Професійна оцінка, дисциплінарні процедури                 | Внутрішній контроль, клінічні аудити            |
| Кадрове планування                      | Прогнозування потреб, держзамовлення               | Аналітика щодо компетентностей та навантаження             | Подання даних про кадрові потреби               |
| Фінансування та стимули                 | Формування тарифів, пакети НСЗУ, бюджетні програми | Рекомендації щодо грейдингу та оплати                      | Реалізація стимулюючих механізмів               |
| Етичне регулювання                      | Загальні правові норми                             | Кодекс професійної етики, розгляд скарг                    | Дотримання стандартів поведінки                 |
| Міжнародна інтеграція                   | Гармонізація законодавства з ЄС                    | Визнання компетентностей, співпраця з європейськими радами | Участь у міжнародних програмах                  |

Джерело: розроблено автором

Система індикаторів дозволяє здійснювати моніторинг кадрової стійкості, оцінювати ефективність співрегулювання, відслідковувати динаміку професійного розвитку, забезпечувати evidence-based коригування політики.

При цьому важливо, щоб частина індикаторів була інтегрована в інформаційні системи МОЗ та НСЗУ для автоматизованого збору даних.

Таблиця 3.2 – Індикатори ефективності реалізації стратегічної моделі розвитку медсестринства

| Суб'єкт / Блок                           | Індикатор                                           | Одиниця виміру            | Періодичність оцінки | Очікувана динаміка        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|
| Держава (МОЗ, МОН, НСЗУ)                 | Рівень забезпеченості медсестрами                   | на 1 000 населення        | щорічно              | зростання                 |
|                                          | Частка виконання кадрового прогнозу                 | % від плану               | щорічно              | ≥ 90%                     |
|                                          | Обсяг держзамовлення на підготовку                  | кількість місць           | щорічно              | зростання                 |
|                                          | Частка фінансування програм розвитку медсестринства | % бюджету галузі          | щорічно              | зростання                 |
|                                          | Частка закладів із нормативним staffing ratio       | % закладів                | щорічно              | зростання                 |
| Професійний регулятор (Національна рада) | Кількість зареєстрованих медсестер у реєстрі        | осіб                      | щорічно              | 100% охоплення            |
|                                          | Рівень участі у CPD                                 | % від загальної кількості | щорічно              | ≥ 95%                     |
|                                          | Кількість акредитованих програм CPD                 | одиниць                   | щорічно              | зростання                 |
|                                          | Кількість розглянутих дисциплінарних справ          | од.                       | щорічно              | стабільність / прозорість |
|                                          | Рівень довіри до професійного регулятора            | % опитаних                | раз на 2 роки        | зростання                 |
| Заклади охорони здоров'я                 | Плинність кадрів                                    | % на рік                  | щорічно              | зниження                  |
|                                          | Середнє навантаження на медсестру                   | пацієнтів/зміну           | щорічно              | оптимізація               |
|                                          | Частка медсестер із розширеними повноваженнями      | %                         | щорічно              | зростання                 |
|                                          | Рівень задоволеності персоналу                      | %                         | щорічно              | зростання                 |
|                                          | Кількість внутрішніх програм професійного розвитку  | од.                       | щорічно              | зростання                 |

Джерело: розроблено автором

## 2) Кадровий блок стратегічної моделі розвитку медсестринства.

Кадровий блок є центральним елементом стратегічної моделі, оскільки саме людський ресурс визначає спроможність системи охорони здоров'я забезпечувати доступність і якість медичних послуг. В умовах дефіциту медсестер, високої мобільності кадрів та демографічних змін державна політика має перейти від реактивного управління до стратегічного кадрового планування.

### 2.1. Формування довгострокової кадрової стратегії.

Довгострокова кадрова стратегія повинна бути складовою національної політики розвитку людських ресурсів у сфері охорони здоров'я та базуватися на принципах evidence-based policy.

✓ Прогнозування потреб (workforce planning), яке має враховувати демографічні тенденції (старіння населення, міграція); епідеміологічні зміни; розвиток первинної медичної допомоги; впровадження нових клінічних ролей (ANP); регіональні диспропорції. Модель прогнозування повинна бути не лише статистичною, а й сценарною (baseline, оптимістичний, кризовий сценарії).

✓ Регіональне моделювання дефіциту. Система повинна передбачати: визначення коефіцієнта забезпеченості медсестрами по регіонах; оцінку середнього навантаження; аналіз вікової структури персоналу; індекс кадрового ризику (поєднання дефіциту та міграційного потенціалу). Це дозволить перейти від усереднених показників до територіально-орієнтованої політики.

✓ Цільові індикатори забезпеченості. Стратегія має містити конкретні орієнтири, наприклад: досягнення певного рівня медсестер на 1 000 населення; зменшення плинності кадрів до визначеного рівня; зростання частки медсестер із розширеними компетентностями.

✓ Національний реєстр кадрових потреб. Інструментом реалізації кадрової стратегії може стати Національний реєстр кадрових потреб, який інтегрується з електронною системою охорони здоров'я; відображає актуальні вакансії та дефіцит; дозволяє прогнозувати потребу в підготовці; формує аналітичні звіти для прийняття управлінських рішень. Цифрова аналітика забезпечить прозорість та оперативність планування.

### 2.2. Розширення державного замовлення на підготовку медсестер.

В умовах розриву між випуском і вибуттям кадрів держава має збільшити інвестиції у підготовку медсестер.

Основні інструменти:

- Збільшення бюджетних місць у закладах фахової передвищої та вищої освіти.

- Контрактна форма з відпрацюванням у визначених регіонах або закладах.

- Регіональні квоти відповідно до кадрового дефіциту.

- Цільові стипендіальні програми для сільських територій.

Такий підхід дозволить сформувати контрольований кадровий “пайплайн”.

### 2.3. Механізми утримання персоналу (Retention policy).

Однією з ключових проблем є не лише підготовка, а й утримання кадрів.

Пропонується застосування соціально-економічні механізми для боротьби з визначеною проблемою: конкурентна оплата праці; доплати за складність та ризику; медичне страхування; розширені соціальні гарантії.

Впровадження локальних територіальних стимули: житлові програми; компенсація транспортних витрат; податкові пільги; додаткові коефіцієнти оплати для сільських та кризових регіонів.

Професійна підтримка: програми профілактики вигорання; психологічна допомога; наставництво для молодих спеціалістів.

При цьому Retention policy повинна бути системною, а не епізодичною.

### 2.4. Розвиток кар’єрних траєкторій.

Відсутність чіткої кар’єрної моделі є фактором демотивації та міграції.

Запропоновані напрями вирішення:

- застосування Advanced Nursing Practice (ANP) – розширені клінічні повноваження;

- впровадження програм клінічної спеціалізації для медсестер, зокрема анестезіологічна, інфекційна, геріатрична тощо);

- розвиток управлінських позицій медсестринства (старша медсестра, клінічний менеджер);

- розвиток академічної та дослідницько-наукової кар’єри.

Разом з цим кар'єрна модель повинна бути прозорою, мати чіткі кваліфікаційні вимоги, бути прямо пов'язаною з оплатою праці, передбачати горизонтальне та вертикальне зростання.

Кадровий блок стратегічної моделі розвитку медсестринства передбачає комплексне поєднання планування, підготовки, утримання та кар'єрного розвитку. Лише інтегрований підхід дозволить стабілізувати кадрову ситуацію, зменшити міграцію, підвищити престиж професії, забезпечити довгострокову стійкість системи охорони здоров'я.

### 3) Освітній блок стратегічної моделі розвитку медсестринства.

Освітній блок є фундаментом довгострокової кадрової стійкості системи охорони здоров'я. Саме якість та структура підготовки визначають професійну автономію медсестер, їх конкурентоспроможність та здатність адаптуватися до сучасних викликів.

3.1. Оновлення освітніх програм відповідно до європейських вимог. Гармонізація освітніх стандартів повинна здійснюватися з урахуванням мінімальних вимог до підготовки медсестер у країнах ЄС (обсяг теоретичної та клінічної підготовки), компетентнісного підходу, інтеграції доказової медицини, розвитку клінічного мислення.

Оновлення програм має передбачати чіткий розподіл теоретичних і практичних годин, підвищення частки клінічної підготовки, стандартизацію результатів навчання, уніфікацію критеріїв оцінювання. Це дозволить підвищити відповідність української системи європейському професійному простору та забезпечити взаємне визнання кваліфікацій.

### 3.2. Посилення практико-орієнтованої підготовки.

Однією з ключових проблем є недостатній рівень практичної автономності випускників. Для її вирішення пропонується розширення клінічних баз підготовки, створення симуляційних центрів на базах медичних закладів, впровадження дуальної моделі освіти (поєднання навчання з практичною діяльністю), наставництво (менторство). Практико-орієнтована модель дозволяє зменшити період професійної адаптації та підвищити якість медичних послуг.

3.3. Інтеграція цифрових компетентностей. Сучасна система охорони здоров'я базується на цифрових технологіях, що зумовлює необхідність формування цифрової грамотності медсестер. Відповідно, освітні програми повинні включати роботу з електронними медичними записами, основи телемедицини, використання цифрових платформ таких як eHealth, питання кібербезпеки, аналіз медичних даних. Це сприятиме підвищенню ефективності медичних процесів і відповідності міжнародним стандартам.

3.4. Розвиток системи безперервного професійного розвитку (БПР) в медсестринстві.

Безперервний професійний розвиток є ключовим механізмом підтримки професійної компетентності. Система БПР повинна передбачати обов'язковість накопичення навчальних кредитів, формування електронного портфелю професійних досягнень, акредитацію провайдерів освітніх послуг з БПР, інтеграцію результатів БПР в процес кар'єрного просування. БПР має стати не формальною вимогою проходження атестації, а інструментом підвищення якості медичної допомоги.

4) Фінансово-мотиваційний блок стратегічної моделі розвитку медсестринства.

Фінансово-мотиваційний блок спрямований на створення економічних стимулів для залучення та утримання кадрів, підвищення престижу професії та забезпечення ефективного розподілу ресурсів.

4.1. Удосконалення системи оплати праці медсестр.

Система оплати праці повинна базуватися на принципах справедливості, прозорості, залежності від рівня компетентності, стимулювання професійного розвитку.

Відповідно, пропонується впровадження грейдингової системи оплати праці, диференціація оплати залежно від рівня кваліфікації (АНР, спеціалізація), чіткі прозорі доплати за складність, нічні зміни, інтенсивність. Такий підхід сприятиме зменшенню мотиваційної різниці між Україною та країнами ЄС.

4.2. Стимулювання роботи в сільських та кризових регіонах.

Територіальна нерівномірність забезпеченості персоналом потребує спеціальних механізмів стимулювання. До таких механізмів належать: підвищені коефіцієнти оплати, державні житлові програми, компенсація транспортних витрат, додаткові соціальні гарантії, податкові пільги. Регуляторна політика повинна враховувати регіональні особливості та рівень кадрового ризику.

#### 4.3. Прив'язка фінансування до показників якості та кадрової забезпеченості.

Механізм фінансування через НСЗУ може бути доповнений індикаторами:

- нормативне співвідношення медсестер до пацієнтів;
- рівень плинності кадрів;
- частка медсестер із розширеними (додатковими спеціалізованими/управлінськими) компетенціями;
- показники задоволеності пацієнтів.

При цьому передбачається, що заклади охорони здоров'я, що досягають цільових показників, можуть отримувати додаткові стимули. Це дозволить поєднати фінансову політику з управлінням якістю.

Освітній та фінансово-мотиваційний блоки є взаємопов'язаними складовими стратегічної моделі розвитку медсестринства.

Освітня модернізація забезпечує якість і конкурентоспроможність кадрів, тоді як фінансові механізми формують умови для їх утримання та професійного зростання.

Комплексна реалізація зазначених заходів дозволить підвищити привабливість професії, зменшити міграційні ризики, гармонізувати систему розвитку медсестринства України з європейськими стандартами, забезпечити стійкість системи охорони здоров'я.

В таблиці 3.3 представлена Логічна структура реалізації державної політики розвитку.

Ключовими ресурсами є політична воля та стратегічне бачення, фінансування з бюджету і НСЗУ, кадрові та статистичні дані, освітня інфраструктура, професійні об'єднання, цифрові інструменти моніторингу. Слід зазначити, що без достатніх ресурсів стратегія залишатиметься декларативною.

Таблиця 3.3 - Логічна структура реалізації державної політики розвитку

| Компонент                               | Зміст                                                                | Приклади для України                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ресурси                                 | Нормативні, фінансові, кадрові, інституційні та інформаційні ресурси | Державний бюджет; кадрова статистика; нормативна база; освітні заклади; цифрова система eHealth; професійні асоціації                                                      |
| Заходи                                  | Управлінські дії та інструменти реалізації політики                  | Прийняття законодавчих змін; створення Національної ради медсестер; збільшення держзамовлення; впровадження ANP; запуск CPD; запровадження регіональних стимулів           |
| Безпосередні результати                 | Кількісні та якісні показники виконання заходів                      | Збільшення кількості студентів; створення професійного реєстру; підвищення охоплення CPD; затвердження нових освітніх стандартів; впровадження грейдингової системи оплати |
| Коротко- та середньострокові результати | Зміни у функціонуванні системи                                       | Зростання забезпеченості медсестрами; зниження плінності кадрів; підвищення професійної автономії; покращення якості медичних послуг                                       |
| Довгостроковий вплив                    | Системні зміни в галузі охорони здоров'я                             | Стійка кадрова система; інтеграція в європейський професійний простір; підвищення доступності та якості медичної допомоги; зменшення регіональної нерівності               |

Джерело: розроблено автором

Заходи мають бути системними та взаємопов'язаними: нормативні зміни (правове закріплення статусу професії), інституційна реформа (створення регулятора), кадрове планування, освітня модернізація, фінансові стимули, розвиток кар'єрних траєкторій. Це дозволяє поєднати короткострокові управлінські рішення із довгостроковою трансформацією.

Довгостроковий вплив передбачає стабільність кадрової системи, гармонізацію з європейськими стандартами, підвищення довіри до системи охорони здоров'я, зменшення міграційного відтоку. Саме вплив є головним індикатором успішності державної політики.

Логічна модель дозволяє структурувати державну політику розвитку медсестринства як послідовний процес трансформації – від ресурсного забезпечення до системного впливу. Такий підхід відповідає сучасним принципам публічного управління та забезпечує прозорість і підзвітність реформ.

### 3.2 Удосконалення механізмів кадрової політики розвитку медсестринства

Кадрова політика у сфері медсестринства є ключовим елементом забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. В умовах дефіциту персоналу, територіальних диспропорцій, міграційних процесів та воєнних викликів удосконалення механізмів кадрової політики повинно ґрунтуватися на стратегічному плануванні, цифровізації управління та впровадженні стимулюючих інструментів.

Удосконалення механізмів кадрової політики розвитку медсестринства має передбачати наступні ключові напрямки:

- 1) перехід до системного кадрового планування (workforce planning);
- 2) реформування механізму державного замовлення;
- 3) механізми утримання та мотивації персоналу;
- 4) оптимізація розподілу функцій (task shifting);
- 5) моніторинг та оцінка ефективності кадрової політики.

1) Перехід до системного кадрового планування (workforce planning).

Сучасна кадрова політика повинна базуватися на прогностичній моделі планування людських ресурсів. Основні напрями планування:

- Формування довгострокового прогнозу потреб з урахуванням: демографічної структури населення; рівня захворюваності; розвитку первинної медичної допомоги; вікової структури персоналу.

- Запровадження індикаторів кадрової забезпеченості: медсестри на 1 000 населення; співвідношення медсестер і лікарів; середнє навантаження на одного працівника; рівень плинності кадрів.

- Цифровізація кадрового обліку через інтеграцію з eHealth та створення Національного реєстру медичних працівників.

Перехід до evidence-based кадрового планування дозволить мінімізувати дисбаланс між підготовкою кадрів і фактичними в них потребами.

2) Реформування механізму державного замовлення.

Державне замовлення має бути адаптивним та регіонально орієнтованим. За даним напрямком пропонується:

- запровадження регіональних квот відповідно до дефіциту;
- потенційно контрактна форма навчання з передбаченням обов'язковим відпрацюванням;
- співфінансування підготовки з місцевими громадами відповідно до їх запитів;
- формування “кадрового резерву” для кризових територій.

Такий підхід дозволить підвищити адресність державних інвестицій у підготовку кадрів.

### 3) Механізми утримання та мотивації персоналу.

З огляду на міграційні процеси та конкурентний ринок праці, кадрова політика має включати системні retention-інструменти. Модель представлена в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Механізми утримання та мотивації медсестринського персоналу

| Група механізмів    | Конкретні інструменти                                                                                             | Очікуваний ефект                                                 | Рівень реалізації              |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Фінансові           | Грейдингова система оплати; надбавки за складність і ризик; бонуси за стаж; доплати за роботу в кризових регіонах | Зменшення міграції; підвищення привабливості професії            | Держава, НСЗУ, заклади         |
| Соціальні           | Житлові програми; медичне страхування; підтримка молодих фахівців; компенсація транспортних витрат                | Закріплення кадрів у регіонах; стабілізація молодих спеціалістів | Держава, громади               |
| Професійні          | Кар'єрні траєкторії (ANP, спеціалізація); наставництво; академічна мобільність                                    | Підвищення професійної автономії; розвиток компетентностей       | Професійний регулятор, ЗВО     |
| Організаційні       | Оптимізація навантаження (safe staffing); гнучкі графіки; цифровізація процесів                                   | Зменшення вигорання; підвищення продуктивності                   | Заклади охорони здоров'я       |
| Психологічні        | Програми підтримки ментального здоров'я; супервізія; командна взаємодія                                           | Підвищення задоволеності роботою; зниження плинності             | Заклади, професійні об'єднання |
| Регіональні стимули | Додаткові коефіцієнти оплати; податкові пільги; цільові програми для сільських територій                          | Вирівнювання територіального дисбалансу                          | Держава, місцева влада         |

Джерело: розроблено автором

Механізми утримання персоналу повинні бути комплексними та взаємопов'язаними. Окреме підвищення заробітної плати без покращення умов праці та кар'єрних перспектив не забезпечить довгострокового ефекту. Ефективна retention-політика має інтегрувати фінансові, соціальні та професійні стимули, формуючи системну модель підтримки медсестринського персоналу.

Запропонована модель (Рис.3.5) дозволяє інтегрувати кадрову політику в загальну систему публічного управління охороною здоров'я. Комплексне поєднання фінансових, професійних, організаційних та соціальних механізмів створює умови для довгострокової стабілізації кадрової ситуації та підвищення престижу професії медичної сестри.

#### 4) Оптимізація розподілу функцій (task shifting).

Одним із сучасних механізмів підвищення ефективності кадрової політики є перерозподіл функціональних обов'язків між лікарями та медсестрами з урахуванням їх компетентностей та рівня підготовки. Такий підхід, відомий як task shifting або task sharing, передбачає передачу частини клінічних та організаційних функцій медсестрам із розширеними повноваженнями. Цей механізм широко застосовується в країнах ЄС та рекомендований ВООЗ як інструмент подолання кадрового дефіциту та підвищення доступності медичної допомоги.

Сутність та управлінська логіка task shifting викладена в основних принципах:

- функції передаються лише за наявності відповідної підготовки;
- забезпечується нормативне закріплення повноважень;
- зберігається клінічна безпека та контроль якості;
- здійснюється моніторинг результативності.

Task shifting дозволяє оптимізувати навантаження лікарів; підвищити ефективність використання людських ресурсів; скоротити час очікування пацієнтів; розширити охоплення первинною медичною допомогою.

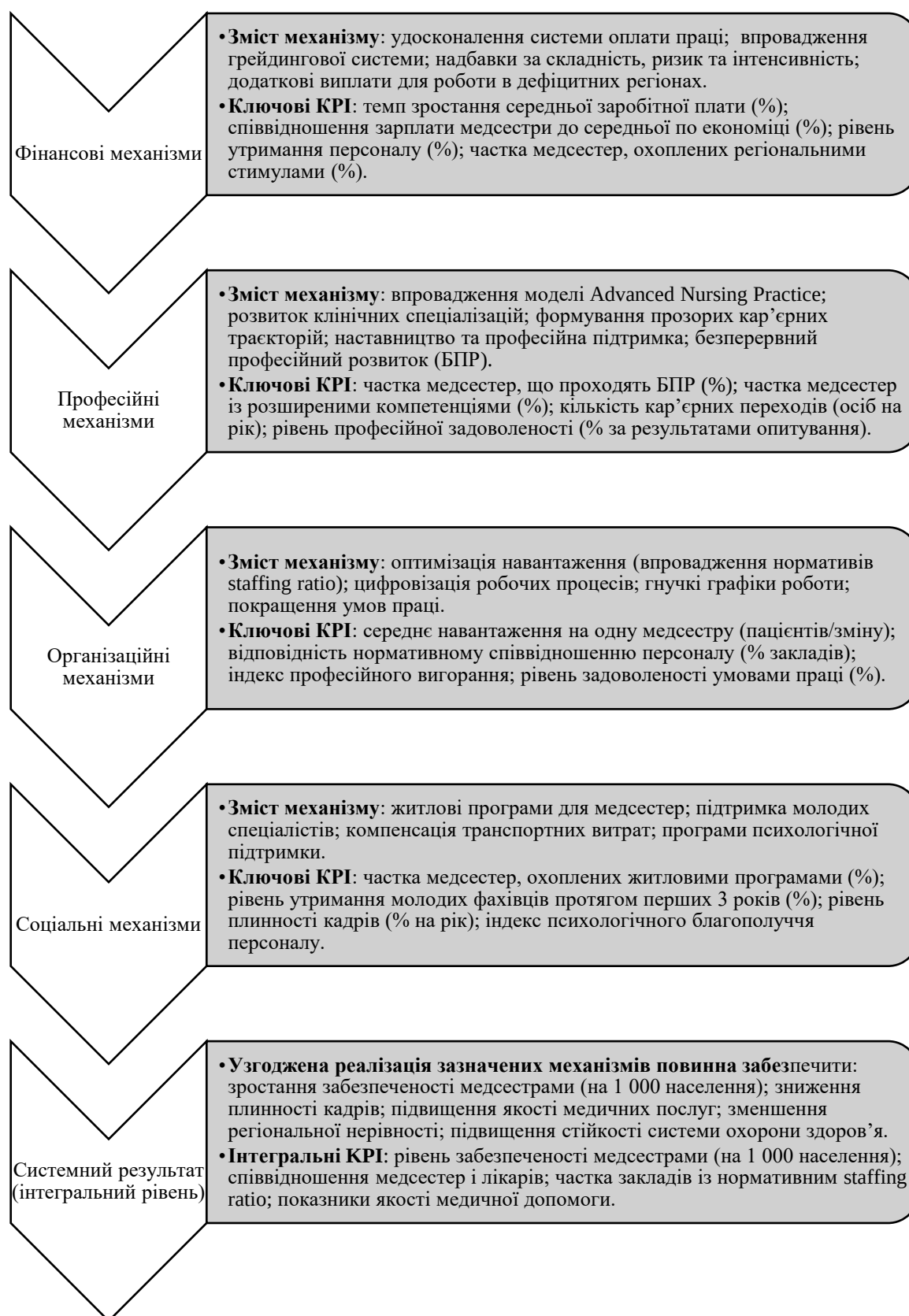


Рисунок 3.3 - Модель механізмів утримання та мотивації медсестринського персоналу з індикаторами ефективності

Джерело: розроблено автором

Впровадження моделі task shifting дозволить частково компенсувати кадровий дефіцит, підвищити престиж медсестринства, зменшити регіональні диспропорції, гармонізувати національну систему з європейськими підходами.

Таблиця 3.5 - Перерозподіл функцій між лікарем та медсестрою (ANP-модель)

| Сфера діяльності           | Традиційна модель (лікар) | ANP-модель (медсестра з розширеними повноваженнями)        | Очікуваний ефект                     |
|----------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Первинний огляд            | Лікар                     | Медсестра ANP (скринінг, оцінка стану)                     | Зменшення черг                       |
| Хронічні захворювання      | Лікар                     | Медсестра ANP (моніторинг, корекція терапії за протоколом) | Підвищення безперервності лікування  |
| Профілактика               | Лікар                     | Медсестра (вакцинація, консультації)                       | Розширення охоплення населення       |
| Виписка направлень         | Лікар                     | Медсестра ANP (у межах протоколу)                          | Економія часу лікаря                 |
| Освітня робота з пацієнтом | Частково лікар            | Медсестра                                                  | Підвищення прихильності до лікування |

Джерело: сформовано автором

ANP передбачає надання медсестрі розширених клінічних компетентностей; права самостійного прийняття рішень у межах протоколів; участі у веденні пацієнтів із хронічними станами; консультативної функції.

Ключові компоненти ANP:

- Поглиблена освіта (магістерський рівень).
- Ліцензування або сертифікація.
- Чітке нормативне закріплення повноважень.
- Відповідна система оплати праці.

Впровадження моделі Advanced Nursing Practice дозволить зменшити навантаження на лікарів; підвищити автономію медсестер; розширити доступність первинної медичної допомоги.

Оптимізація розподілу функцій через модель Advanced Nursing Practice є стратегічно важливим інструментом удосконалення кадрової політики. Вона

дозволяє не лише зменшити навантаження на лікарів, а й підвищити професійну автономію медсестер, забезпечити більш раціональне використання людських ресурсів та підвищити доступність медичної допомоги. Це відповідає європейській практиці та сприяє ефективнішому використанню людських ресурсів.

#### 5) Моніторинг та оцінка ефективності кадрової політики.

Удосконалення кадрової політики потребує постійного моніторингу.

Пропонується щорічний аудит кадрової ситуації; публічні звіти про забезпеченість; інтеграція КРІ в систему фінансування НСЗУ; використання соціологічних опитувань для оцінки задоволеності персоналу. Ефективність удосконалення кадрової політики значною мірою залежить від системності моніторингу та своєчасної оцінки результатів. В умовах дефіциту персоналу, регіональних диспропорцій і високої мобільності кадрів необхідно сформувати інтегровану систему оцінювання, що забезпечуватиме прозорість, підзвітність та адаптивність державної політики.

Одним із інноваційних механізмів є поєднання кадрових показників із фінансовими стимулами. Пропонується включити до пакетів НСЗУ такі показники: відповідність нормативному staffing ratio; рівень плинності кадрів; частка персоналу, що проходить БПР; рівень задоволеності персоналу. Заклади, які демонструють позитивну динаміку, можуть отримувати додаткові фінансові стимули. Моніторинг має здійснюватися на трьох рівнях: стратегічному, регіональному та рівні закладів охорони здоров'я.

Система оцінювання повинна відповідати таким принципам:

- регулярність;
- достовірність даних;
- цифровізація;
- відкритість;
- можливість оперативного коригування політики.

Моніторинг дозволить оперативно коригувати політику та підвищити її прозорість.

Удосконалення механізмів кадрової політики повинно мати комплексний характер та поєднувати стратегічне планування, регіональну диференціацію, фінансові стимули та професійний розвиток.

Таблиця 3.6 - Система моніторингу ефективності кадрової політики в медичному закладі (пропозиція)

| Рівень моніторингу      | Інструмент                  | Основні індикатори                                               | Періодичність   |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Стратегічний            | Щорічний національний аудит | Забезпеченість медсестрами; плинність; співвідношення з лікарями | Щорічно         |
| Регіональний            | Регіональні звіти           | Дефіцит кадрів; вікова структура; рівень вакансій                | Щорічно         |
| Заклад охорони здоров'я | Внутрішній кадровий аудит   | Навантаження; staffing ratio; БПР                                | Щорічно         |
| Персональний рівень     | Соціологічні опитування     | Задоволеність; вигорання; наміри міграції                        | Раз на 1-2 роки |
| Фінансовий рівень       | КРІ у пакетах НСЗУ          | Відповідність кадровим стандартам                                | Щорічно         |

Джерело: сформовано автором

Перехід до сучасної моделі управління людськими ресурсами забезпечить стабілізацію кадрової ситуації, зменшення міграційних ризиків та підвищення якості медичних послуг.

Рекомендована модель для України передбачає перехід від адміністративно-ієрархічної системи регулювання до моделі публічного врядування (governance), що базується на співрегулюванні, професійній автономії та багаторівневій підзвітності. Ключовим елементом такої трансформації має стати інституціоналізація професійного самоврядування медсестер із делегованими повноваженнями у сфері ліцензування, контролю етики та безперервного професійного розвитку.

Таблиця 3.7 - Критерії оцінювання якості медсестринської допомоги Україна – ЄС. Рекомендована модель для України

| Критерій                                    | Україна (чинна модель)                                                           | Країни ЄС                                                                           | Рекомендована модель для України                                                                            |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Нормативна база                             | Загальні закони про охорону здоров'я; відсутній окремий закон про медсестринство | Директива 2005/36/ЄС; національні профільні закони                                  | Прийняття окремого Закону про медсестринство; гармонізація з Директивою 2005/36/ЄС                          |
| Професійне самоврядування                   | Професійні асоціації мають консультативний статус                                | Незалежні Nursing Councils (обов'язкова реєстрація, етика, дисциплінарні процедури) | Створення Національної ради медсестер (самоврядний орган з делегованими повноваженнями: реєстр, етика, БПР) |
| Автономія медсестер                         | Обмежена, переважно підпорядкована лікарю                                        | Advanced Nursing Practice (ANP), розширені клінічні повноваження                    | Запровадження ANP-моделі для первинної ланки та громадського здоров'я; чітке розмежування компетенцій       |
| Освітні стандарти                           | Національні стандарти; часткова гармонізація                                     | Єдині мінімальні вимоги ЄС, акредитація програм                                     | Повна імплементація європейських вимог; посилення магістерських програм і клінічних практик                 |
| Ліцензування                                | Через заклад/МОЗ; індивідуальна ліцензія відсутня                                | Індивідуальна професійна ліцензія                                                   | Запровадження індивідуальної ліцензії медсестри та обов'язкового реєстру                                    |
| Безперервний професійний розвиток (CPD/БПР) | Формально передбачений; нерівномірна імплементація                               | Обов'язковий БПР з контролем рад                                                    | Обов'язковий БПРД із цифровим портфоліо та аудитом Нацради                                                  |
| Участь у формуванні політики                | Обмежена участь асоціацій                                                        | Активна участь рад у policy-making                                                  | Інституціоналізація участі: включення представників медсестер до дорадчих органів МОЗ/комітетів ВРУ         |
| Модель управління                           | Централізована з елементами децентралізації                                      | Багаторівнева governance-модель                                                     | Перехід до співрегулювання (co-regulation): держава + професійне самоврядування                             |
| Підзвітність і контроль                     | Адміністративний контроль МОЗ/закладів                                           | Професійно-дисциплінарний + державний нагляд                                        | Подвійна підзвітність: державний нагляд + професійна дисциплінарна юрисдикція                               |
| Фінансова модель впливу                     | Через бюджет і НСЗУ                                                              | Страхові/змішані моделі з тарифікацією ролі медсестер                               | Включення окремих пакетів послуг ANP до Програми медгарантій                                                |

Джерело: сформовано автором

Імплементація зазначених змін дозволить підвищити якість медичної допомоги; зменшити навантаження на лікарів; посилити роль медсестер у первинній ланці; гармонізувати систему з європейськими стандартами.

### **3.3 Запровадження сучасних управлінських інструментів розвитку медсестринства в Україні**

Сучасний розвиток медсестринства потребує переходу від традиційної адміністративної моделі управління до інноваційної, заснованої на стратегічному плануванні, цифровізації та доказовому прийнятті рішень. У цьому контексті запровадження сучасних управлінських інструментів є необхідною умовою підвищення ефективності державної політики у сфері людських ресурсів охорони здоров'я. Модель запровадження сучасних управлінських інструментів розвитку медсестринства в Україні представлена на рисунку 3.4.

Блок 1. Стратегічне управління та програмно-цільовий підхід. Одним із базових інструментів є впровадження програмно-цільового методу управління розвитком медсестринства. Запровадження державної цільової програми розвитку медсестринства дозволить систематизувати заходи та забезпечити їх фінансову підтримку.

Блок 2. Цифровізація кадрового управління. Цифрові інструменти є ключовим фактором модернізації управління. Цифровізація сприятиме прозорості та підвищенню оперативності управлінських рішень.

Блок 3. Управління результатами (Results-Based Management). Модель управління за результатами передбачає чітке визначення очікуваних результатів, проведення систематичного моніторингу, що дозволить вчасно проводити коригування політики відповідно до досягнутих показників. Такий підхід дозволить перейти від формального виконання заходів до оцінки їх реального впливу.

Блок 4. Публічно-приватне партнерство та міжсекторальна взаємодія. Очевидно, що розвиток медсестринства потребує активного залучення, в тому

числі фінансового, місцевих громад; освітніх закладів; міжнародних партнерів та професійних асоціацій.

Публічно-приватне партнерство може бути ефективним інструментом фінансування освітніх програм, створення симуляційних центрів та підтримки регіональних проєктів.

Блок 5. Інструменти управління якістю та безпекою. До сучасних інструментів належать стандартизація клінічних протоколів, аудит якості медичних послуг, оцінка відповідності staffing ratio, впровадження індикаторів безпеки пацієнтів. Інтеграція цих механізмів дозволить поєднати кадрову політику з політикою якості медичної допомоги.

Блок 6. Бенчмаркінг та міжнародна інтеграція. Безперечно, важливим управлінським інструментом є порівняльний аналіз (benchmarking). Бенчмаркінг передбачає зіставлення показників України з країнами ЄС, адаптація кращих практик ANP; участь у міжнародних професійних мережах. Бенчмаркінг дозволяє визначити розриви та встановити реалістичні цільові орієнтири.

В умовах євроінтеграційного курсу України та структурних реформ у сфері охорони здоров'я бенчмаркінг і міжнародна інтеграція виступають важливими інструментами модернізації кадрової політики. Їх застосування дозволяє не лише порівнювати національні показники із міжнародними стандартами, а й адаптувати кращі управлінські практики до українського контексту.

Бенчмаркінг у сфері медсестринства – це системний процес порівняння національних показників, стандартів підготовки та механізмів управління з кращими практиками країн ЄС та інших держав.

Основні завдання бенчмаркінгу:

- визначення розривів у забезпеченості персоналом;
- оцінка відповідності освітніх стандартів європейським вимогам;
- аналіз моделей розширених повноважень (Advanced Nursing Practice);
- оцінка рівня оплати праці та соціальних гарантій;
- виявлення ефективних моделей retention-політики.



Рисунок 3.4 - Модель запровадження сучасних управлінських інструментів розвитку медсестринства в Україні

Джерело: побудовано автором

Міжнародна інтеграція передбачає гармонізацію програм підготовки відповідно до вимог ЄС, впровадження міжнародного компетентнісного підходу, забезпечення мобільності студентів та викладачів, розвиток спільних освітніх програм.

У багатьох країнах ЄС функціонують національні ради медсестер, які здійснюють ліцензування, контролюють професійні стандарти, ведуть реєстри, забезпечують безперервний професійний розвиток. Для України це означає можливість переходу до моделі співрегулювання (co-regulation), що підвищить автономію професії.

Таблиця 3.8 - Бенчмаркінг та міжнародна інтеграція: приклади Польщі, Німеччини та Литви

| Країна    | Ключові характеристики моделі                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Результати                                                                                                                                                                                                  | Урок для України                                                                                       |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Польща    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Функціонує Національна палата медсестер і акушерок (професійне самоврядування).</li> <li>- Впроваджено розширені повноваження медсестер (виписка рецептів у межах компетенції).</li> <li>- Активна участь у програмах ЄС.</li> <li>- Ведеться централізований професійний реєстр.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Підвищення професійної автономії;</li> <li>- Поступове зростання ролі медсестер у первинній допомозі;</li> <li>- Покращення професійного статусу.</li> </ul>       | Інституціоналізація професійного самоврядування та розширення повноважень через нормативне закріплення |
| Німеччина | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Сильна система професійної сертифікації.</li> <li>- Розвиток Advanced Nursing Practice.</li> <li>- Активне впровадження task shifting.</li> <li>- Стандартизовані staffing ratios.</li> </ul>                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оптимізація навантаження лікарів;</li> <li>- Висока роль медсестер у веденні хронічних пацієнтів;</li> <li>- Стабільні механізми професійного розвитку.</li> </ul> | Чітке регулювання повноважень ANP та поєднання кадрової політики з політикою якості.                   |
| Литва     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гармонізація освітніх програм відповідно до стандартів ЄС.</li> <li>- Активна участь у європейських проєктах.</li> <li>- Державна підтримка розвитку медсестринської освіти.</li> <li>- Розвиток цифрових інструментів управління кадрами.</li> </ul>                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Підвищення мобільності кадрів;</li> <li>- Інтеграція в європейський простір;</li> <li>- Посилення системи безперервного професійного розвитку..</li> </ul>         | Поєднання освітньої модернізації з цифровізацією управління.                                           |

Джерело: Узагальнено автором за даними <https://nipip.pl/>, <https://www.dbfk.de/>, <https://sam.lrv.lt/en/>

Формами міжнародної інтеграції можуть бути:

- Участь у міжнародних програмах ( Erasmus+; Twinning-проекти; програми ВООЗ; співпраця з професійними асоціаціями ЄС) - це сприяє обміну досвідом та впровадженню інновацій;
- Академічна та професійна мобільність. Міжнародна мобільність дозволяє підвищувати кваліфікацію, переймати клінічні практики, інтегрувати нові стандарти у вітчизняну систему;
- Участь у міжнародних дослідженнях - залучення до міжнародних аналітичних досліджень дозволяє отримувати порівняльні дані, формує доказову базу для реформ, підвищує міжнародну репутацію української системи.

Бенчмаркінг та міжнародна інтеграція виступають не лише інструментами порівняння, а й каталізаторами реформ. Їх системне впровадження дозволить Україні адаптувати кращі європейські практики, підвищити ефективність кадрової політики та забезпечити стійкий розвиток медсестринства відповідно до сучасних стандартів публічного управління.

Таблиця 3. 9 - Порівняльна таблиця Україна-ЄС. Рекомендована модель

| Напрямок                     | Україна (стан)          | ЄС (практика)                  | Рекомендована модель для України      |
|------------------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Професійне самоврядування    | Обмежене                | Національні ради медсестер     | Створення Національної ради медсестер |
| Розширені повноваження (ANP) | Частково відсутні       | Закріплені нормативно          | Нормативне впровадження ANP           |
| Staffing ratio               | Не завжди дотримується  | Чітко регламентований          | Встановлення обов'язкових нормативів  |
| Освітні стандарти            | Потребують гармонізації | Відповідають директивам ЄС     | Оновлення програм відповідно до ЄС    |
| CPD                          | Формально впроваджений  | Обов'язковий та контрольований | Цифровий облік CPD                    |
| Цифровізація                 | Часткова                | Інтегровані реєстри            | Національний реєстр медсестер         |
| Retention-політика           | Фрагментарна            | Системні стимули               | Комплексна модель утримання           |

Джерело: сформовано автором

Проведений бенчмаркінг засвідчує, що розвиток медсестринства в країнах ЄС ґрунтується на поєднанні професійного самоврядування, нормативного закріплення розширених повноважень, цифровізації управління та системної retention-політики.

Наукова новизна запропонованого підходу полягає у формуванні інтегрованої моделі кадрової політики, що поєднує стратегічне планування, цифрові інструменти, управління за результатами, міжнародний бенчмаркінг.

Обґрунтуванні необхідності впровадження моделі ANP як інструменту компенсації кадрового дефіциту. Запропонуванні механізму інтеграції KPI кадрової політики до системи фінансування НСЗУ.

Розробленні системи моніторингу, орієнтованої на результат, а не лише на формальні показники.

Таким чином, міжнародний досвід підтверджує доцільність переходу України до сучасної моделі публічного управління розвитком медсестринства, що забезпечить його інтеграцію до європейського професійного простору та підвищить стійкість системи охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження державної політики розвитку медсестринства в Україні отримано такі теоретичні, аналітичні та практичні результати.

Узагальнено теоретико-методологічні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що сучасна модель державної політики розвитку медсестринства повинна ґрунтуватися на принципах governance, партнерства, доказовості рішень, прозорості та підзвітності. Перехід від адміністративно-командної моделі до моделі співрегулювання відповідає європейським підходам управління людськими ресурсами в охороні здоров'я.

Проаналізовано інституційно-правові засади розвитку медсестринства в Україні. Визначено, що чинна нормативна база є фрагментарною та потребує систематизації. Відсутність окремого комплексного нормативного акту, що регулює розвиток професії, а також обмежений рівень професійного самоврядування знижують ефективність кадрової політики.

Проведено оцінку ефективності механізмів державного регулювання. Встановлено, що кадрова політика характеризується недостатнім рівнем забезпеченості медсестрами, регіональними диспропорціями, високою плинністю кадрів, обмеженою автономією професії, слабкою інтеграцією кадрових показників у систему фінансування.

Виявлено основні проблеми та виклики розвитку медсестринства, зокрема:

- дефіцит кадрів;
- міграційні ризики;
- професійне вигорання;
- невідповідність освітніх програм сучасним європейським вимогам;
- обмежені механізми утримання персоналу.

Обґрунтовано доцільність впровадження стратегічної моделі розвитку медсестринства, що включає чотири взаємопов'язані блоки:

- нормативно-інституційний;

- кадровий;
- освітній;
- фінансово-мотиваційний.

Розроблено пропозиції щодо удосконалення механізмів кадрової політики, які передбачають впровадження системного workforce planning (планування робочої сили), регіональне моделювання дефіциту, створення Національного реєстру кадрових потреб, реформування державного замовлення, розвиток retention-політики.

Запропоновано впровадження моделі Advanced Nursing Practice (ANP) як інструменту оптимізації розподілу функцій. Встановлено, що така модель дозволяє зменшити навантаження на лікарів, підвищити автономію медсестер та розширити доступність первинної медичної допомоги.

Обґрунтовано необхідність запровадження сучасних управлінських інструментів, зокрема програмно-цільового підходу, цифровізації кадрового управління, управління за результатами (Results-Based Management), інтеграції KPI в систему фінансування НСЗУ, регулярного моніторингу та публічної звітності.

Проведений міжнародний бенчмаркінг (Польща, Німеччина, Литва) засвідчив, що ефективна модель розвитку медсестринства базується на професійному самоврядуванні, нормативному закріпленні розширених повноважень, системній retention-політиці, гармонізації освітніх стандартів із вимогами ЄС, цифрових реєстрах та прозорому моніторингу.

Наукова новизна дослідження полягає у формуванні інтегрованої моделі державної політики розвитку медсестринства, обґрунтуванні механізму інтеграції кадрових KPI до системи фінансування НСЗУ, розробленні логічної моделі моніторингу та оцінки ефективності кадрової політики, систематизації механізмів утримання персоналу в межах публічного управління.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання запропонованих рекомендацій Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством освіти і науки України, НСЗУ, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я та освітніми установами.

Таким чином, реалізація запропонованих заходів дозволить перейти до сучасної моделі управління людськими ресурсами в медсестринстві, що забезпечить стабілізацію кадрової ситуації, зменшення міграційних ризиків та підвищення якості медичних послуг відповідно до європейських стандартів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 20.11.2025)
2. Закон України «Про професійну (професійно-технічну) освіту» 103/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/103/98-вр/ed20150101#n352> (дата звернення 20.11.2023)
3. Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення 20.11.2025)
4. Біда О. А. Організація та адміністрування медсестринської діяльності : навч. посіб. – Львів : Новий Світ-2000, 2020. – 192 с.
5. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка медичних сестер в умовах євроінтеграції : монографія. – Харків : Основа, 2018. – 276 с.
6. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117 (зі змінами). – Режим доступу: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 15.03.2025).
7. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 15.03.2025).
8. Геращенко, І., Іонова, М., Павленко, Р., Княжицький, М., Герасимов, А., Климуш-Цинцадзе, І., & Зінкевич, Я. Проект Закону про професійне самоврядування медичних професій в Україні 2442-2. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=67476](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67476) (дата звернення 20.11.2025)
9. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» . Звітні форми. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/reports.html> (дата звернення 20.05.2024)

10. Патронаж медичний супровід вдома. *Добробут*, 2020. URL:, from <https://www.dobrobut.com/ua/landings/patronage> (дата звернення 22.05.2025)
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 2.03. 2016 №285 "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики" 285-2016-п. URL: , from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-п> (дата звернення 20.12.2025)
12. Постанова Кабінета міністрів України від 5.02. 2020 №65 "Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році" 65-2020-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-п> (дата звернення 20.12.2025)
13. Акуліна Л. П. Ступенева медсестринська освіта – вимога міжнародних стандартів. *Актуальні питання підготовки майбутніх фармацевтичних та медичних фахівців в умовах сучасної освіти: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Житомир, 15 лютого-24 березня, 2016 р.).* Житомир, 2016. С. 4–5.
14. Біда О. А, Саблук А. Г. Формування професійної ідентичності майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи. *Педагогічний часопис Волині*. 2018. № 4 (11). С.139–143.
15. Варава О. Б. Використання інноваційних педагогічних технологій у професійній підготовці майбутніх бакалаврів сестринської справи. *Інноваційна педагогіка*. 2018. Вип. 8. С. 115–118.
16. Гуменюк О., Гуменюк В., Єфремова О. Деонтологічні пріоритети професійної компетентності майбутніх медичних сестер: дидактичні засоби формування. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки*. 2018. № 4 (15). С. 56–
17. Демянчук М. Р. Актуальність проблеми вдосконалення професійної підготовки майбутніх фахівців сестринської справи. *Модернізація підготовки майбутніх фахівців професійно-педагогічного напрямку в умовах освітнього простору: матер. міжнар. наук. Інтернет-конф. (м. Кривий Ріг, 25-26 квітня 2019 р.).* Кривий Ріг : КДПУ, 2019. С. 90-92.

18. Демянчук М. Закордонний досвід професійної підготовки майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи. *Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку*: матеріали Всеукр. наук. інтернет-конф. (Переяслав-Хмельницький, 22 січня 2020 р.). Переяслав-Хмельницький, 2020. Вип. 57. С. 70-72.

19. Демянчук М. Р. Інноваційність, інтегративність, технологічність професійної підготовки майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи у коледжах. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2019. Вип. 15. С. 30- 35.

20. Диннік Т.С. Державна політика розвитку медсестринства в Україні. *Modern Movement of Science: Proceedings of the 17th International Scientific and Practical Internet Conference, October 16-17, 2025*. Дніпро, С.89-91.

21. Диннік Т.С. Стратегічні пріоритети розвитку державної політики розвитку медсестринства в Україні. Стратегічні пріоритети розвитку бухгалтерського обліку, аудиту та оподаткування в умовах глобалізації, Суми, 18 листопада 2025., С.38-40.

22. Кайдалова Л. Г. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер: теоретичний аспект. *Науковий вісник НУБіП України. Сер.: Педагогіка, психологія, філософія*. 2018. Вип. 267. С. 80-85.

23. Кремень В. Г. Сучасне мислення й освіта. *Український педагогічний журнал*. 2017. № 3. С. 5–14.

24. Кудрявцева Т. О. Актуальні питання професійної підготовки майбутніх медичних сестер до розв'язання проблемних ситуацій в професійній діяльності. URL:[http://www.rusnauka.com/14\\_NPRT\\_2011/Pedagogica/2\\_86527.doc.htm](http://www.rusnauka.com/14_NPRT_2011/Pedagogica/2_86527.doc.htm)

(дата звернення: 26.09.2019)

25. Лукащук М., Лукащук І. Роль самоосвітньої компетентності у формуванні професійної ідентичності в процесі природничонаукової підготовки медичних сестер. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки*. 2018. № 3 (14). С. 346–358.

26. Магрламова К. Вища медична освіта у Великій Британії. *Актуальні*

*проблеми педагогіки, психології та професійної освіти*. 2018. Вип. 1. С. 8–16.

27. Мельничук І. М., Пашко М. З. Формування україномовної професійної компетентності іноземних студентів медичних спеціальностей засобами інтерактивних технологій. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки. Кропивницький. РВВ ЦДПУ ім. В. Винниченка*, 2020. Вип. 189. С. 29–34.

28. Мельничук І. М. Формування самоосвітньої компетентності майбутніх фахівців сестринської справи як педагогічна проблема. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2018. Вип. 2 (43). С. 168–172.

29. Мельничук І. М., Ястремська С. О. Переваги самоосвітньої діяльності майбутніх магістрів медсестринства в умовах дистанційного навчання. *Медична освіта*. 2019. № 1. С. 96–101.

30. Шегедин, Я. Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства . *Ефективність Державного Управління*. 2017. 1(51). С. 129–137. [URL:http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/) (дата звернення 20.05.2024)

31. American Nurses Association. Scope of Practice. [URL:https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/?fbclid=IwAR28R7zuJTM3cvYYRwJ2z7B-ULrnCCNTbv9Mhze8KXqE0uyBIB82dfxt4y](https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/?fbclid=IwAR28R7zuJTM3cvYYRwJ2z7B-ULrnCCNTbv9Mhze8KXqE0uyBIB82dfxt4y) (дата звернення 22.05.2024)

32. Edmondson, D., Boyer, S., & Artis, A. Self-directed learning: A meta- analytic review of adult learning constructs. *International Journal of Education Research*, 2012. 7(1). P. 40-48.

33. Kathleen A. Russell, JD, MN, RN. Nurse Practice Acts Guide and Govern Nursing Practice, *Journal of Nursing Regulation*, 2012, Volume 3/Issue 3.

34. Kendall-Gallagher, D., & Blegen, M. A. Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2019. 18(2). P. 106–114. doi: 10.4037/ajcc2009487

35. Porter-O'Grady, T. Principles for sustaining shared/professional governance in nursing. *Nursing Management*, 2019. P. 36–41. doi: DOI-10.1097/01.NUMA.0000550448.17375.28
36. Samarasooriya, R. C., Yoon, S. H., Oh, J., & Baek, S. Self-Directed Learning Among Nurse Learners in Sri Lanka. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 2019. 50(1). P.41–48. doi: 10.3928/00220124-20190102-09
37. National Health Service of Ukraine. Annual Report 2024. – Kyiv, 2025. – 120 p. – Mode of access: <https://nszu.gov.ua> (accessed: 15.03.2025).
38. World Health Organization. State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. – Geneva : WHO, 2020. – 191 p.
39. World Health Organization Regional Office for Europe. Health labour market analysis in Ukraine. – Copenhagen : WHO Europe, 2024. – 85 p.
40. OECD. Health at a Glance: Europe 2024. – Paris : OECD Publishing, 2024. – 220 p.
41. International Council of Nurses. The Global Nursing Shortage and Retention Policy Brief. – Geneva : ICN, 2023. – 40 p.

## ДОДАТКИ

