

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота магістра

**на тему: «Управління людьми в умовах цифрової
трансформації охорони здоров'я»**

Здобувачки групи 14401 АМН,
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я»

Юлія БОЙКО

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Тетяна ВЕЖНОВЕЦЬ,
д.мед.н., професорка

Гарант освітньо-
професійної програми
науковий ступінь
вчене звання

Ганна МАТУКОВА,
д.пед.н., професорка

Завідувач кафедри,
науковий ступінь
вчене звання

Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н., професор

Київ, 2025

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Освітній рівень Магістр
Спеціальність 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Завідувач кафедри менеджменту
охорони здоров'я

_____ 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА

Бойко Юлії Миколаївни
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи «Управління людьми в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я»

керівник роботи Тетяна Вежновець, д.мед.н., професор
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від "13" травня 2025 р. № 381

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи отриманий матеріал за результатами проходження практики

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи

Метою кваліфікаційної роботи є проаналізувати особливості управління персоналом закладів первинної медичної допомоги в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я України.

Об'єкт дослідження: Процес управління персоналом у закладах первинної медичної допомоги в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я України.

Предмет дослідження: Організаційно-управлінські відносини, механізми та методи управління персоналом, спрямовані на підвищення ефективності роботи медичних працівників ПМД у контексті впровадження цифрових технологій (е-здоров'я, телемедицина, електронний документообіг).

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу

табл. 5, рис. 3

6. Дата видачі завдання "01" вересня 2025 р. _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження та надання теми роботи	травень 2025 р.	
2	Обґрунтування актуальності теми роботи	вересень 2025 р.	
3	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	вересень 2025 р.	
4	Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2025 р.	
5	Збір інформації для написання другого розділу роботи	жовтень 2025 р.	
6	Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2025 р.	
7	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	листопад 2025 р.	
8	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	листопад 2025 р.	
9	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	листопад 2025 р.	
10	Антиплагіатна перевірка роботи	грудень 2025 р.	
11	Підготовка доповіді до захисту роботи	грудень 2025 р.	

Студентка

(підпис)

Юлія БОЙКО
(прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Тетяна ВЕЖНОВЕЦЬ
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Текст 82 сторінок, таблиць - 5, рисунків -3.

У кваліфікаційній роботі магістра досліджено особливості управління персоналом закладів первинної медичної допомоги у 2021–2025 роках в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я України. Актуальність теми зумовлена стрімким розвитком електронних сервісів та рішень, які радикально змінюють організацію медичної діяльності. Пандемія COVID-19 і повномасштабна війна 2022 р. істотно прискорили цифровізацію галузі, зробивши дистанційні сервіси життєво необхідними. Проте успіх технологічних змін визначається насамперед ефективністю управління людськими ресурсами — медичним і адміністративним персоналом, який має адаптуватися до нових цифрових умов.

Метою дослідження є аналіз процесів управління персоналом у закладах первинної медичної допомоги в умовах цифрової трансформації. У роботі визначено сутність цифрових змін в охороні здоров'я, досліджено кадровий потенціал первинної ланки, вплив цифрових технологій на професійні ролі та функції медиків, а також чинники, що сприяють або перешкоджають ефективному використанню цифрових інструментів. Застосовано системний і факторний аналіз, монографічний, логічний та прогностичний методи, що забезпечило комплексність і достовірність результатів.

Наукова новизна полягає у структурованому описі управління персоналом під час цифрових змін у медицині, визначенні причин опору цифровізації та формуванні практичних рекомендацій щодо підвищення цифрових компетенцій медичних працівників. Розроблено модель підтримки персоналу під час впровадження eHealth-рішень та пропозиції щодо навчання лікарів новим технологіям.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання розроблених підходів у системі управління якістю медичних послуг для підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я, рівня

задоволеності пацієнтів і стійкості медичних команд до технологічних змін. Особистий внесок здобувача полягає в інтеграції знань менеджменту, психології, медицини та ІТ у єдину концептуальну модель управління персоналом у цифровому середовищі.

Ключові слова: цифрова трансформація, охорона здоров'я, управління персоналом, eHealth, первинна медична допомога, цифрові компетенції, мотивація, адаптація медичних працівників.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ В УМОВАХ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ	14
1.1. Цифрофізація медицини у світі та Україні	14
1.2. Загальні принципи управління людськими ресурсами	16
1.3. Державні ініціативи та програми для оптимізації управління персоналом за умов цифровізації в медицині в Україні	22
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	27
2.1. Основні виклики для управління персоналом у контексті цифровізації	27
2.2. Кадрові аспекти сімейної медицини в Україні в період цифровізації	29
2.2.1. Підготовка та післядипломна освіта сімейних лікарів	28
2.2.2. Навантаження на сімейних лікарів та показники діяльності	31
2.2.3 Професійне вигорання та мотивація медичних працівників	34
Висновки до розділу 2	39
РОЗДІЛ 3. ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗПСМ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.	41
Висновки до розділу 3	49
РОЗДІЛ 4. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ	51
4.1. Оптимізація комунікацій та пацієнтських сервісів засобами цифрових технологій	51
4.2. Приклади успішної реалізації цифрових підходів в управлінні (досвід України 2021–2025 рр.)	56
Висновки до розділу 4	62

ВИСНОВКИ	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	65
ДОДАТКИ	70

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ПМД — первинна медична допомога

ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я

УЛР — управління людськими ресурсами

HR (HR-менеджмент, HR-менеджер) — управління людськими ресурсами (Human Resources)

HRM — управління людськими ресурсами (Human Resource Management)

Big Data — Великі дані (англ.)

МІС — медична інформаційна система

eHealth — електронна система охорони здоров'я (англ.)

МОЗ — Міністерство охорони здоров'я України

ЕСОЗ — Електронна система охорони здоров'я

ШІ — штучний інтелект

ЗПСМ — загальна практика — сімейна медицина

ОТГ — об'єднана територіальна громада

ФАП — фельдшерсько-акушерський пункт

НСЗУ — Національна служба здоров'я України

KPI — ключові показники ефективності (Key Performance Indicators)

БПР — безперервний професійний розвиток

CRM — система управління взаєминами з клієнтами (Customer Relationship Management)

Лікарі ЗПСЛ — лікарі загальної практики-сімейні лікарі

ВСТУП

Актуальність теми дослідження

Цифрова трансформація охорони здоров'я України у 2021–2025 рр. відзначається стрімким розвитком електронних сервісів і рішень, що охоплюють усі рівні медичної допомоги. Цей період характеризується активним впровадженням електронних медичних записів та реєстрів, електронного документообігу та онлайн-послуг для пацієнтів і лікарів [1]. Значний вплив на темпи цифровізації мали глобальні виклики – пандемія COVID-19 та повномасштабна війна 2022 року, які прискорили впровадження ІТ-рішень у медичній сфері, зробивши дистанційні послуги критично важливими[2].

Однак успіх цих зусиль безпосередньо залежить не лише від технологій, але й від ефективного управління людьми – лікарями, медсестрами, адміністраторами, які мають щодня працювати в новому цифровому середовищі. Актуальність дослідження управління персоналом в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я полягає саме в тому, що без адаптації, мотивації та підтримки медичних працівників та формування цифрових компетенцій навіть найсучасніші технології можуть виявитися неефективними[3].

Вагомий внесок у вивчення питань управління якістю медичних послуг здійснили Вежновець Т, Вороненко В.О., Чабан О., Сміянов В.А., Чухно І.А., Шумакова О.В., Стрюков В.В. Литвинова О.Н., та інші науковці. Попри активний науковий інтерес до цієї теми, окремі її аспекти залишаються недостатньо опрацьованими. Подальшого дослідження потребують напрями, пов'язані з інтеграцією штучного інтелекту в систему управління якістю, удосконаленням механізмів оцінювання, розвитком цифрової медицини [2,4]. Особливо це стосується первинної ланки, де сімейні лікарі, часто обмежені часом та ресурсами, стикаються з потребою одночасно надавати якісні

послуги пацієнтам та освоювати складні цифрові інструменти, що без грамотного кадрового менеджменту може призвести до професійного вигорання, зниження якості обслуговування та неефективного використання державних інвестицій.

Мета та завдання дослідження

Метою цього дослідження є аналіз особливостей управління персоналом закладів первинної медичної допомоги в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я України.

Для досягнення поставленої мети передбачається вирішення таких завдань:

1. Проаналізувати та узагальнити сутність та особливості процесу цифрової трансформації в охороні здоров'я України та його вплив на управлінську діяльність у закладах первинної медичної допомоги (ПМД).
2. Дослідити стан кадрового потенціалу ПМД до роботи в умовах цифровізації, виявивши основні проблеми, бар'єри та потреби.
3. Оцінити вплив цифрових технологій на зміну професійних ролей та функціональних обов'язків персоналу ПМД.
4. Визначити фактори, що сприяють та перешкоджають ефективному використанню цифрових технологій персоналом ПМД. Виявити технічні, організаційні та психологічні бар'єри, а також чинники, що мотивують персонал до активного використання цифрових інструментів.
5. Розробити оптимальні моделі підтримки персоналу ПМД під час впровадження цифрових технологій.

Ці завдання спрямовані на поглиблення знань у сфері управління якістю медичних послуг та формування практичних рішень для підвищення ефективності діяльності медичних закладів.

Об'єкт дослідження

Процес управління персоналом у закладах первинної медичної допомоги в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я України.

Предмет дослідження

Організаційно-управлінські відносини, механізми та методи управління персоналом, спрямовані на підвищення ефективності роботи медичних працівників ПМД у контексті впровадження цифрових технологій (е-здоров'я, телемедицина, електронний документообіг).

Методи дослідження

Для досягнення мети дослідження та вирішення поставлених завдань було застосовано комплекс наукових методів, що забезпечило об'єктивність та достовірність отриманих результатів. Основою дослідницького підходу стало використання системного аналізу, який дозволив комплексно розглянути проблеми управління персоналом в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я. Цей метод дав змогу визначити ключові компоненти системи управління людськими ресурсами, їх взаємозв'язки та вплив на ефективність роботи медичного персоналу.

Для виявлення чинників, що впливають на ефективність управління персоналом, було використано факторний аналіз. Цей метод допоміг дослідити вплив різних змінних, таких як рівень цифрової компетентності співробітників, технічне забезпечення, організаційна культура та система мотивації, на адаптацію персоналу до цифрових змін. Це дозволило виявити пріоритетні напрями вдосконалення кадрового менеджменту в умовах цифровізації.

Теоретичну основу дослідження сформовано з використанням монографічного та логічного методів, що дало змогу систематизувати наукові знання та виокремити найбільш актуальні підходи до управління персоналом

в контексті цифрової трансформації. На основі отриманих даних було використано прогностичний метод для формування висновків та розробки практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи управління персоналом в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я. Це дозволило запропонувати конкретні заходи, спрямовані на підвищення ефективності управління людськими ресурсами та забезпечення успішної адаптації медичних працівників до цифрових змін.

Елементи наукової новизни

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає в тому, що вперше було комплексно структуровано знання про управління персоналом в закладах ПМД під час цифрових змін. Розроблено практичні рекомендації для адаптації персоналу до цифровізації; створено конкретні кроки для покращення роботи з eHealth. Проаналізовано вплив цифрових змін на щоденну роботу медиків; досліджено конкретні проблеми переходу на електронні сервіси. Виявлено причини опору лікарів роботі в умовах цифровізації. Дослідження пропонує ефективні рішення для поліпшення управління в умовах цифровізації.

Практичне значення одержаних результатів

Розроблені підходи до системи управління якістю медичних послуг можуть бути впроваджені у практичну діяльність лікувальних закладів. Запропоновані рекомендації спрямовані на підвищення ефективності управлінських процесів, оптимізацію роботи медичного персоналу та впровадження інноваційних рішень, що сприятиме покращенню рівня надання медичних послуг, задоволеності пацієнтів та загальної ефективності закладу.

Особистий внесок здобувача

Особистий внесок здобувача полягає у синтезі міждисциплінарних знань (менеджмент, психологія, медицина, ІТ) у чітку структуровану модель. Це дозволило перейти від розрізнених уявлень до цілісної теоретичної

конструкції, яка описує причинно-наслідкові зв'язки в управлінні людськими ресурсами в умовах цифровізації. Окрім теоретичної цінності, робота має прикладний потенціал, пропонуючи науково обґрунтовані інструменти для подолання опору інноваціям та формування цифрової культури в медичних колективах.

Апробація результатів дослідження

Основні положення дослідження були представлені на міжкафедральному науковому семінарі, що відбулася 8 листопада 2025 року. Тема виступу: "Цифрова грамотність медичного персоналу як чинник ефективності управління командою". Проаналізовано результати пілотного опитування лікарів-інтернів

РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ В УМОВАХ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

1.1. Цифрофізація медицини у світі та Україні

Револьюційні зрушення в інформаційно-технологічній галузі започаткували еру цифрових технологій, подальший розвиток яких визначається адаптаційною здатністю людини до їх освоєння та використання [2,4]. Функція цифровізації полягає в оптимізації комунікаційних процесів, що призводить до економії часових ресурсів та сприяє трансформації суспільних відносин, зокрема в економічній та політичній сферах [1,6]. Технологічний прогрес сьогодні став основним драйвером трансформації у сфері охорони здоров'я, що ґрунтується на трьох критично важливих стовпах [7]. Насамперед, це формування нових очікувань пацієнтів, які розраховують отримати швидку, кваліфіковану та сучасну медичну допомогу, зокрема — спеціалізовану підтримку в управлінні хронічними захворюваннями або професійну психологічну допомогу в гострих стресових ситуаціях, коли людина вперше стикається з кризою і не знає, як ефективно діяти. Другим ключовим аспектом є фундаментальне покращення взаємодії між медичними фахівцями: цифровізація забезпечує безпрецедентно швидкий обмін критично важливою інформацією та підтримку прийняття клінічних рішень, створюючи єдине інформаційне поле. Нагальну потребу в такій міжпрофесійній співпраці яскраво продемонструвала пандемія COVID-19, коли лікарі з усього світу в режимі реального часу обмінювалися найефективнішими методиками лікування. Саме цей глобальний досвід ліг в основу третього стовпа — систематизації знань, що вилилося у розробку сучасних уніфікованих протоколів лікування та чітких алгоритмів реагування на нові спалахи захворювань або появу нових штамів вірусів, що значно підвищило готовність систем охорони здоров'я до майбутніх викликів[7].

Аналізуючи практику лікарів у країнах з високорівневою системою охорони здоров'я, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) зафіксувала, що кожен четвертий лікар інтегрує у свою професійну діяльність смартфони та інші цифрові інструменти для надання медичної допомоги пацієнтам [9]. Саме ця тенденція стала однією з підстав для розробки ВООЗ у 2019 році стратегічного документа «Керівництво ВООЗ: рекомендації щодо цифрових втручань для зміцнення системи охорони здоров'я» [8].

Цей документ започатковує комплексний підхід до цифровізації охорони здоров'я, ґрунтуючись на критичному аналізі переваг та недоліків цифрових рішень. Він визначає кілька ключових принципів:

1. Адаптація до національного контексту. Підкреслюється, що кожна країна має адаптувати використання цифрових технологій до власних регіональних особливостей системи охорони здоров'я. Цей процес потребує як державної підтримки, так і обліку інтересів усіх залучених сторін.

2. Подолання цифрового розриву. Документ акцентує, що недостатньо лише зацікавити стейкхолдерів; критично важливим є навчання їх ефективному використанню інструментів цифрової медицини. Це особливо актуально для країн Європи, де значна частина населення, яка потребує постійної медичної допомоги, належить до старших вікових груп. Для цих людей освоєння нових технологій часто є серйозним викликом. Для подолання цієї перешкоди ВООЗ рекомендує залучати до процесу членів сім'ї та соціальних працівників, які можуть виступити помічниками в освоєнні цифрових інструментів [8].

Сьогодні, як на міжнародній, так і на національній арені, все більше визнається критична важливість цифровізації у сфері охорони здоров'я. Важливим кроком для України стало схвалення Кабінетом Міністрів «Концепції розвитку цифрової економіки та суспільства України на 2018—2020 роки» (№ 67-р від 17 січня 2018 року) [10]. Ідеї трансформації медицини

за допомогою цифрових технологій також активно підтримуються авторитетними фахівцями, зокрема провідними спеціалістами Європейської асоціації кардіологів та Асоціації кардіологів України [2] .

Інтенсивний розвиток цифровізації розпочався ще в кінці XX століття, а зараз ці процеси набувають особливої актуальності, проникаючи в усі сфери життя суспільства [4-6].

Вплив цифрових технологій на медичну галузь вже сьогодні є відчутним, що найяскравіше демонструє розвиток телемедицини. В Україні впроваджено та успішно функціонують численні медичні інформаційні системи, інтегровані з центральною платформою eHealth. До них, зокрема, належать такі системи, як Helsi, Парацельс, Поліклініка без черг, НЕЙРОН, МЕДЕЙР, MedCore, MIA: Здоров'я, MedCar, EMCI, Selenium, MedCenter+, HeiTich, Lakmus, MedStar та багато інших [2].

1.2 Загальні принципи управління людськими ресурсами

Сучасне управління людськими ресурсами (УЛР) ускладнюється через необхідність адаптації до соціально-економічних умов, технологічного прогресу, вимог ринку праці та очікувань співробітників [11]. Стратегія УЛР — це цілісна система дій, спрямованих на оптимізацію персоналу для досягнення конкретних ідей. Вона охоплює планування кадрів, оцінку, навчання, мотивацію, оплату праці, управління конфліктами, кар'єрним зростанням та соціальним розвитком [12].

Цифровізація в УЛР — це не лише автоматизація, а й інноваційні підходи до взаємодії з командою та прийняття рішень на основі даних [11,12]. Реалізація таких змін вимагає кваліфікованих менеджерів з персоналу, які формують корпоративну культуру, розвивають і керують трансформаціями [13]. Ці зміни спрямовані на створення цифрової робочої сили (підвищення

кваліфікації), цифрового робочого місця (ефективне середовище) та цифрового УЛР (управління на основі сучасних інструментів) [11-13].

Цифровізація впливає на всі аспекти практик УЛР. Її розглядають як інтеграцію цифрових технологій, що змінює не лише методи збору даних, але й організаційну культуру та комунікацію. Однак цифровізація може призвести до поляризації праці — поділу між стандартною зайнятістю та роботою на онлайн-платформах[14].

УЛР набуває інноваційного характеру завдяки впровадженню цифрових технологій [15]. Це включає:

1. Використання інтелектуальних систем для автоматизації пошуку кандидатів.
2. Застосування аналітики даних для оцінки претендентів та прогнозування їх успішності.
3. Розвиток онлайн-платформ для проведення віртуальних співбесід та тестувань [6].
4. Автоматизація HR-процесів: Впровадження хмарних технологій для таких рутинних операцій, як платіжні процеси, ведення кадрового діловодства та звітність. Сюди ж належать електронні системи для контролю робочого часу, відпусток та цифрові системи оцінки персоналу і мотивації [6].
5. Розвиток персоналу: Створення цифрових освітніх платформ для навчання та самоосвіти, використання віртуальних асистентів для підтримки навичок, а також розробка персоналізованих програм розвитку на основі аналізу даних [6].
6. Трансформація комунікацій та культури: Розвиток відкритості та прозорості через внутрішні цифрові платформи і соціальні мережі, а також

створення віртуальних середовищ для підтримки дистанційної командної роботи [6].

7. Стратегічне УЛР: Використання аналітики даних, Big Data та прогностичного аналізу для управління талантами, розробки стратегій їх утримання та розвитку, а також інтеграція цифрових інструментів у бізнес-планування [15] (Рисунок 1.1.).



Рисунок 1.1. Цифрова трансформація та управління людськими ресурсами

Цифровізація виступає каталізатором для впровадження нових інструментів залучення та розвитку персоналу, оскільки вона трансформує традиційні способи роботи та комунікації [12]. В умовах, коли працівники отримали можливість працювати віддалено з будь-якої точки світу та у будь-який час, організації змушені розвивати нові підходи для підтримки їхньої мотивації та професійного зростання. Важливу роль у цьому процесі відіграють такі інструменти, як електронні навчальні платформи, онлайн-курси та віртуальні тренінги, які є ключовими елементами цифрової трансформації в управлінні людськими ресурсами [15]. Вони пропонують низку переваг, що підвищують ефективність та доступність навчання:

- Гнучкість: співробітники можуть опановувати знання у зручний для них час і в зручному місці, інтегруючи навчання зі своїми поточними обов'язками.

- Індивідуалізація: цифрові інструменти можна адаптувати під персональні потреби та інтереси кожного працівника.

- Ефективність: організації отримують змогу масштабувати навчальні програми, що часто призводить до зниження витрат [3].

Для успішної роботи в умовах цифровізації сучасний фахівець повинен володіти низкою ключових компетенцій, що забезпечать його ефективність у новому технологічному середовищі та сприятимуть професійному розвитку [15]. Згідно з дослідженням, яке аналізувало вплив цифрової трансформації на майбутні ринки праці та вимоги до HR-менеджменту, до таких навичок належать:

1. Цифрова грамотність — розуміння та вміння використовувати основні цифрові інструменти та технології, такі як електронна пошта, соціальні мережі, месенджери, офісні пакети програм тощо.

2. Аналітичні здібності — здатність аналізувати та інтерпретувати дані за допомогою спеціальних аналітичних інструментів і платформ для прийняття обґрунтованих рішень.

3. Комунікативні навички — вміння ефективно взаємодіяти в онлайн-середовищі, формулювати думки чітко та лаконічно в електронних листах і документах, використовуючи різні комунікаційні канали.

4. Самоорганізація та тайм-менеджмент — здатність планувати свою роботу, визначати пріоритети та використовувати інструменти календарного планування і керування завданнями.

5. Навички мультитаскінгу (багатозадачності) — уміння ефективно виконувати кілька завдань одночасно в цифровому середовищі, керувати різними проектами без істотної втрати продуктивності.

6. Креативність та інноваційність — здатність до творчого мислення, генерації нових ідей та адаптації до швидких змін і технологічних нововведень.

7. Вміння працювати в команді — навички співпраці з колегами з різних географічних локацій з використанням віртуальних комунікаційних інструментів для ефективної взаємодії та спільної роботи.

8. Навички самоосвіти — здатність самостійно освоювати нові технології та інструменти, постійно оновлюючи свої знання та вміння відповідно до змін у професійній сфері [12].

Саме цей набір компетенцій забезпечує працівникові можливість успішно інтегруватися в цифрове робоче середовище, розвиватися професійно та ефективно виконувати свої завдання в умовах технологічних змін (Рисунок 1.2.).

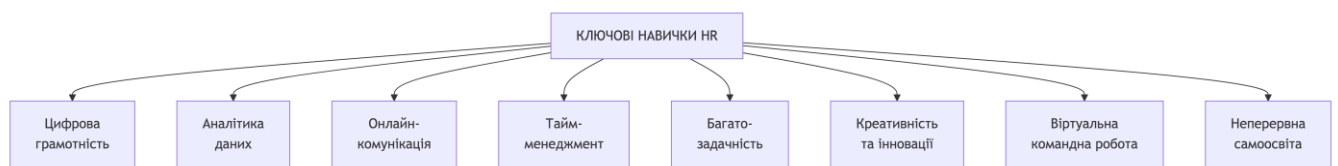


Рисунок 1.2 Основні навички hr-фахівця в умовах цифровізації:

Вплив цифрових технологій на організаційну структуру охоплює численні аспекти робочих процесів і управління кадрами. Віддалені формати роботи стали невід'ємною частиною робочих моделей в епоху цифрової трансформації. Використання віртуальних офісів, спільних робочих платформ та інших інструментів дозволяє співробітникам працювати незалежно від географічного розташування. Віртуальні комунікаційні інструменти, такі як телемедицина відіграють вирішальну роль у забезпеченні ефективної взаємодії та співпраці[16].

Серед сучасних цифрових технологій у управлінні людськими ресурсами можна виділити: системи управління відносинами з персоналом (HRM); аналітику даних та штучний інтелект; електронні платформи для управління навчанням; електронні системи відстеження робочого часу; системи

електронного обміну інформацією; електронні системи винагородження та мотивації [12].

Однак, для ефективного впровадження технологій сама лікарня повинна досягти відповідного рівня розвитку та гарантувати доступність усієї необхідної документації та забезпечує командну роботу на спільних віртуальних майданчиках [15].

Сучасні тенденції кардинально трансформують підходи до управління персоналом у медичній галузі. УЛР перетворилося з рутинного кадрового обліку на стратегічний чинник, що безпосередньо впливає на продуктивність, рівень мотивації та задоволеність медичного персоналу. Сучасна стратегія УЛР охоплює комплекс методів - від залучення та адаптації нових співробітників до системи навчання, оцінки ефективності та формування сприятливого робочого середовища [9].

У світовій практиці сформувалися різні підходи до управління персоналом. Гарвардська модель, розроблена у 1980-х роках, пропонує "м'який" підхід, орієнтований на потреби співробітників. Вона розглядає персонал як цінний капітал організації, акцентуючи на створенні комфортних умов праці та розвитку корпоративної культури [15]. Ця модель передбачає врахування ситуаційних чинників (економічних, технологічних, законодавчих) та інтересів усіх зацікавлених сторін, що є особливо актуальним для українського контексту в умовах воєнного стану та системних реформ.

На противагу цьому, модель Дейва Ульріха розглядає HR-менеджера як стратегічного бізнес-партнера, який бере активну участь у формуванні організаційної стратегії та досягненні бізнес-цілей. Ця модель передбачає глибоку інтеграцію HR-функцій у всі аспекти діяльності медичного закладу, що дозволяє ефективно вирішувати операційні завдання та забезпечувати конкурентні переваги на ринку медичних послуг [15].

1.3. Державні ініціативи та програми для розширення цифровізації в медицині в Україні

Цифрова трансформація охорони здоров'я впливає не тільки на оперативну роботу закладів, але й на стратегічні підходи до управління галуззю – як на національному, так і на місцевому рівнях. В Україні протягом 2021–2025 рр. цифровізація міцно закріпилася в державних програмах і стратегіях розвитку охорони здоров'я, а органи місцевого самоврядування почали враховувати цифровий фактор у плануванні медичної мережі [2].

Державний рівень: інтеграція цифровізації в національну стратегію. Уряд України розглядає цифрову трансформацію як невід'ємну складову реформи охорони здоров'я. Це відображено у стратегічних документах – зокрема, у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, де цифрові інструменти визначено фундаментальними для успішної реалізації реформ та підвищення стійкості системи[10]. Ініціативи з цифровізації в сфері медицини є частиною ширшої національної цифрової стратегії, що координується Мінцифри, і отримують політичну підтримку на найвищому рівні [10]. В 2020–2022 рр. було закладено основи нормативно-правової бази для eHealth (закони про електронну систему охорони здоров'я, про телемедицину, про захист персональних даних тощо), що сформувало сприятливі умови для подальшого розвитку цифрових рішень[17]. Держава створила інституційну інфраструктуру для управління цифровізацією медицини: у 2022 році засновано Офіс координації розвитку електронної охорони здоров'я при МОЗ[10], який займається стратегічним плануванням ІТ-проектів, взаємодією з донорами та галузевими ІТ-розробниками. Крім того, в структурі МОЗ запроваджено посаду заступника міністра з цифрового розвитку, цифрових трансформацій і цифровізації. Таким чином, цифровізація перестала бути суто технічним питанням – її інтегровано в систему управління охороною здоров'я як стратегічний пріоритет [10,17,18].

Ще один аспект – міжнародна інтеграція. Цифрові зміни в Україні узгоджуються з європейськими тенденціями. Країна активно бере участь у програмах EU4Digital, EU4Health, Digital Europe задля обміну досвідом і ресурсами[17]. У майбутньому це відкриває перспективу інтегрувати українську систему eHealth з європейськими (наприклад, визнання українських електронних рецептів за кордоном, приєднання до європейської інфраструктури обміну медичними даними тощо) [17]. Таким чином, на державному рівні цифрова трансформація вже не є експериментальним проєктом, а виступає ключовою складовою стратегії управління охороною здоров'я. Фокус держави – створити єдину екосистему е-здоров'я, що охоплює всі рівні надання допомоги і забезпечує тяглість медичної інформації по всій країні. Реалізація цієї стратегії підкріплюється конкретними цілями та індикаторами (наприклад, відсоток закладів, підключених до eHealth, кількість послуг, доступних онлайн, рівень задоволеності пацієнтів цифровими сервісами тощо), що моніторяться МОЗ і НСЗУ [10].

Місцевий рівень: трансформація управління на рівні громад і закладів. Децентралізація влади в Україні надала органам місцевого самоврядування (містам, об'єднаним територіальним громадам – ОТГ) значну роль у забезпеченні медичної допомоги населенню. Тому цифрові зміни позначаються і на стратегіях управління охороною здоров'я на місцях. Перед місцевими керівниками постали нові пріоритети: інвестувати в ІТ-інфраструктуру медичних закладів, навчати персонал та підтримувати впровадження інновацій[10].

Українська система eHealth (електронна система охорони здоров'я) у 2021–2025 роках охопила широкий спектр цифрових сервісів: від електронної медичної картки пацієнта до систем електронних рецептів та направлень, від впровадження телемедицини та мобільних застосунків до використання штучного інтелекту в діагностиці.

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) – це комплексна двокомпонентна IT-інфраструктура, що поєднує центральну базу даних (централізований компонент, під управлінням держави) та численні медичні інформаційні системи (МІС) – програмні продукти від приватних розробників, через які медичні працівники взаємодіють з системою [16]. Практично всі заклади охорони здоров'я, що надають послуги за програмою медичних гарантій, інтегровані в єдиний цифровий простір.

Важливим компонентом eHealth стала реалізація електронного кабінету пацієнта – онлайн-порталу або мобільного застосунку, через який громадяни можуть отримувати доступ до своїх медичних даних і послуг. Розробка кабінету пацієнта тривала протягом 2023–2024 рр., і його запуск заплановано поетапно. На першому етапі пацієнтам буде доступна інформація про підписану декларацію з сімейним лікарем, а також можливість обрати чи змінити свого лікаря онлайн та оновити особисті дані. У подальшому планується надати громадянам доступ до власних медичних записів, результатів обстежень, цифрових послуг та історії лікування через персональний кабінет. Це підвищить прозорість і підконтрольність процесу лікування для пацієнта та сприятиме розвитку пацієнтоорієнтованої медицини [16].

Телемедицина – надання медичних послуг із використанням засобів дистанційного зв'язку – набула особливого значення за останній період. Ще до 2020 року Україна робила кроки для розвитку телемедицини, особливо у сільській місцевості: було прийнято законодавчі зміни та започатковано пілотні проєкти оснащення сільських амбулаторій телемедичним обладнанням. Пандемія COVID-19 надала потужний поштовх розвитку телемедицини – через потребу дотримання дистанції та самоізоляції багато консультацій перейшли в телефонний чи відеорежим. У світі частка лікарів, що використовують телемедицину, зросла з ~57% до ~73% під час пандемії [15]. В Україні в цей час також сформувався попит на віддалені консультації,

що стимулювало розробку відповідних сервісів як державними, так і приватними структурами.

У 2021 р. було ухвалено спеціальний закон про телемедицину, що врегулював дистанційне надання медичної допомоги і дав старт ширшому впровадженню телемедичних рішень на законодавчому рівні. Завдяки цьому в сільських регіонах почали з'являтися портативні телемедичні комплекси – фактично “медичний кабінет у валізі”, обладнаний приладами для вимірювання тиску, пульсу, рівня цукру, сатурації тощо. Фельдшер або сімейний лікар у селі може провести базові обстеження, а результати аналізуються системами штучного інтелекту, що в реальному часі розшифровують, наприклад, ЕКГ. Якщо алгоритми ШІ виявляють відхилення, пацієнта оперативно скеровують до відповідного спеціаліста. Такий підхід дозволяє виявляти гіпертонію, аритмії та інші захворювання ще на доклінічних стадіях, підвищуючи доступність ранньої діагностики для сільського населення [18].

Паралельно розвивалися телемедичні сервіси для містян. Приватні медичні платформ почали пропонувати онлайн-консультації лікарів, чат з лікарем, дистанційний моніторинг стану здоров'я. Державні заклади теж запроваджували телемедичні рішення – особливо під час локдаунів, коли планові прийоми тимчасово переводилися в дистанційний формат (телефонні консультації, відеозв'язок). Хоча телемедицина не може повністю замінити очний огляд, у багатьох випадках вона виявилася ефективною альтернативою, що економить час і ресурси [19].

Особливого значення телемедицина набула після початку війни 2022 року. Російська агресія призвела до руйнування понад 1150 медичних закладів станом на березень 2023 р., тисячі медиків виїхали або були переміщені. В таких умовах телемедицина стала життєво необхідним інструментом, аби з'єднати пацієнтів з лікарями під час кризи [20]. Цифрові технології

дозволяють лікарям консультувати хворих, переглядати результати обстежень та навіть асистувати колегам під час хірургічних втручань віддалено. Багато українців продовжували отримувати високоякісну меддопомогу, не зважаючи на небезпеку пересування або брак вузьких спеціалістів поблизу – завдяки відеоконсультаціям і дистанційному спостереженню [20].

Висновки до розділу 1

У висновках до розділу 1 підсумовано основні аспекти цифровізації в медицині, яка стала визначальним чинником трансформації сучасного суспільства, зокрема сфери охорони здоров'я та управління людськими ресурсами. Її розвиток безпосередньо залежить від адаптаційної здатності людини до освоєння нових технологій і готовності використовувати їх у професійній діяльності. Цифрові інструменти не лише оптимізують комунікаційні процеси та сприяють економії часу, а й забезпечують якісно новий рівень взаємодії між фахівцями, систематизацію знань і підвищення ефективності управлінських рішень. В охороні здоров'я цифровізація виступає каталізатором реформ, сприяє інтеграції медичних інформаційних систем, розвитку телемедицини та створенню єдиної екосистеми eHealth. У сфері управління людськими ресурсами вона трансформує підходи до роботи з персоналом, впроваджуючи аналітичні, автоматизовані й освітні інструменти, що підвищують ефективність, мотивацію та професійний розвиток працівників. Державні ініціативи в Україні свідчать про стратегічне розуміння ролі цифрових технологій у розвитку медицини. Поєднання національних і міжнародних зусиль сприяє створенню цифрової інфраструктури, орієнтованої на потреби пацієнтів і фахівців. У підсумку цифровізація постає не просто технічним процесом, а комплексним соціально-економічним явищем, яке формує нову якість взаємодії між людиною, технологіями та системою охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2. ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Основні виклики для управління персоналом у контексті цифровізації

Цифрові компетентності медичних працівників. Одним з найголовніших кадрових викликів цифрової трансформації є недостатній рівень цифрової грамотності персоналу. Дослідження показують, що на рівні закладів охорони здоров'я України бракує належних цифрових навичок у працівників [21]. Лише 44% медичних працівників мають рівень цифрової грамотності вище базового, 35% володіють лише базовими навичками, а 21% – знаходяться на початковому рівні[21]. Така ситуація зумовлює потребу у безперервному підвищенні цифрових компетентностей медичного персоналу, щоб ефективно користуватися новими електронними системами. Низький рівень навичок роботи з комп'ютером та програмами раніше був масовою проблемою: ще декілька років тому серед опитаних лікарів основними бар'єрами впровадження eHealth називали відсутність інтернету, комп'ютерів та належної комп'ютерної грамотності[22]. Наразі держава прагне розв'язати цю проблему: Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) розробило Рамку цифрової компетентності медичних працівників та впроваджує освітні програми цифрової грамотності. Для стимулювання саморозвитку МОЗ також змінив правила атестації лікарів: відтепер під час атестації нараховують додаткові бали (до 20 із необхідних 50) за підтверджений рівень оволодіння цифровими компетентностями[23]. Таким чином, підвищення кваліфікації у сфері eHealth перетворюється на елемент професійного зростання медиків і мотивує їх опановувати нові технології.

Адаптація систем мотивації персоналу. Цифровізація охорони здоров'я вимагає перегляду підходів до управління кадрами, зокрема систем стимулювання і оплати праці. Традиційні мотиваційні моделі повинні доповнюватися врахуванням цифрової активності фахівців. Йдеться,

наприклад, про преміювання або інші заохочення за активне використання електронних інструментів (внесення даних до електронних медичних записів, проведення телеконсультацій тощо) та про визнання результатів автоматизації у зменшенні навантаження [16]. У 2021 році Україна повністю перейшла на електронні листки непрацездатності (е-лікарняні), відмовившись від паперових бланків цього документа[10]. Це нововведення не лише спростило процедуру для пацієнтів, але й зменшило бюрократичне навантаження на лікарів, автоматизувавши процес формування довідок про тимчасову непрацездатність.

Етичні стандарти та комунікація в цифровому середовищі. Перехід до дистанційних форм надання медичної допомоги (телемедицина, онлайн-консультації) і активне використання електронного листування ставлять нові виклики перед медичним персоналом у сфері професійної етики та спілкування [20]. В умовах, коли лікар і пацієнт взаємодіють через екран, особливо важливо зберігати високі стандарти медичної етики та якісну комунікацію. Лікарі повинні неухильно дотримуватися правил конфіденційності та інформованої згоди, навіть якщо консультація відбувається онлайн[15]. Етичні принципи (повага до гідності пацієнта, ненанесення шкоди, добровільна згода на дистанційне лікування) залишаються незмінними, просто реалізуються за допомогою нових засобів зв'язку[19]. Управлінці повинні розробляти внутрішні політики щодо цифрової комунікації та деонтології в онлайн-середовищі, щоб зберегти довіру між працівниками [5]. Наявність національних стандартів та рекомендацій з телемедицини (прийняті МОЗ накази та постанови щодо порядку надання допомоги із застосуванням телемедицини) сприяє формуванню єдиних етичних засад для всієї галузі [18].

Сприйняття цифрових нововведень персоналом. Окремо варто відзначити проблему психологічного сприйняття цифровізації серед медпрацівників. Згідно з опитуваннями, поки що не всі медики позитивно

оцінюють вплив цифрових інструментів на свою роботу [21]. Так, у 2023 році лише 40% респондентів відзначили позитивний вплив цифрових інструментів, тоді як 19% вважають електронні системи обтяжливими (серед лікарів – до 24%)[21]. Решта опитаних не визначили чітко їх вплив (тобто ставляться нейтрально). Це свідчить про необхідність інформаційно-роз'яснювальної роботи і якісного навчання персоналу – аби більшість медиків відчули реальну користь від цифровізації у вигляді зекономленого часу, зручності доступу до інформації та покращення результатів лікування. Поступово, із вдосконаленням ІТ-систем (зокрема інтерфейсів медичних інформаційних систем) та накопиченням позитивного досвіду, сприйняття цифрових нововведень буде поліпшуватися. Завдання менеджменту – прискорити цей процес через правильну мотивацію та підтримку персоналу на етапі змін [21].

2.2. Кадрові аспекти сімейної медицини в Україні в період цифровізації

На кінець 2021 року у системі первинної медичної допомоги (ПМД) України працювало близько 23,8 тис. лікарів первинної ланки, з яких 15 559 – лікарі загальної практики–сімейні лікарі, 3 446 – терапевти та 4 859 – педіатри[21]. Таким чином, сімейні лікарі становлять понад дві третини усіх лікарів, що надають первинну допомогу. Станом на 2025 рік загальна кількість лікарів ПМД залишається стабільною – понад 23 тис. осіб[24]. Окрім лікарів, важливу роль у команді ПМД відіграють медичні сестри та фельдшери. За даними Центру медстатистики МОЗ, у 2019 р. в закладах охорони здоров'я України працювало 330 тис. осіб середнього медперсоналу[24]. На рівні ПМД кожен сімейний лікар зазвичай має принаймні одну медсестру, а у сільських пунктах здоров'я часто працюють фельдшери, які забезпечують допомогу там, де немає лікаря.

Географічний розподіл та забезпеченість. Первинну допомогу населенню забезпечує розгалужена мережа закладів. Станом на 2021 рік договір з НСЗУ мали 1 829 закладів ПМД [25], а у 2025 році їх кількість зросла до 2 541 надавача (центрів ПМСД, амбулаторій тощо)[6]. В середньому по країні забезпеченість лікарями загальної практики становить близько 5–6 на 10 тис. населення, але існують значні регіональні диспропорції. Традиційно краща забезпеченість у містах і обласних центрах, тоді як у сільській місцевості спостерігається брак кадрів. Наприклад, у Чернігівській області наприкінці 2019 року 21 сільська амбулаторія взагалі не мала постійного лікаря[25]. Найнижчі показники укомплектованості сімейними лікарями фіксувалися у віддалених регіонах – за даними минулих років, в окремих областях західного та центрального регіону заповнені лише 50–66% посад сімейних лікарів[25]. Для обслуговування сільського населення функціонують фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП); втім, через реорганізацію мережі кількість ФАПів поступово зменшується, і мешканці дрібних сіл нерідко залишаються без належного доступу до лікаря[25].

Демографічні характеристики медиків ПМД. Кадровий склад сімейної медицини характеризується значною перевагою жінок та старінням кадрів. Середній вік лікаря первинної ланки становить майже 50 років, а понад 80% сімейних лікарів – це жінки[21]. За оцінками профільних управлінь, близько третини сімейних лікарів у деяких областях уже досягли пенсійного віку[25]. Цей фактор створює ризики подальшого дефіциту кадрів у найближчі роки, якщо не буде забезпечено належної підготовки молодих спеціалістів для заміни ветеранів галузі.

Пацієнтське охоплення та декларації. Внаслідок реформи фінансування ПМД, запровадженої у 2018 році, населення активно укладало декларації з обраними лікарями. Станом на 2021 рік свого лікаря обрали понад 31 млн українців, що становило ~75% населення[22]. Надалі цей показник зріс: на початок 2023 року кількість декларацій перевищила 32,4 млн (близько 80%

населення)[22]. Таким чином, переважна більшість громадян охоплена сімейною медициною, що підвищує доступність медичної допомоги на первинному рівні.

2.2.1 Підготовка та післядипломна освіта лікарів загальної практики-сімейних лікарів

Система підготовки лікарів ЗПСЛ. Формування фахівців **загальної практики-сімейні лікарі** (ЗПСЛ) в Україні здійснюється на двох рівнях: допрофесійному (в рамках навчання у медичних університетах) та післядипломному (інтернатура і спеціалізація). У всіх медичних закладах вищої освіти діють кафедри або курси сімейної медицини, що забезпечують оволодіння студентами основами первинної медичної допомоги. Починаючи з 2005 року, Міністерство охорони здоров'я впровадило наскрізну програму підготовки з сімейної медицини, яка інтегрує навчання на старших курсах університету та подальшу інтернатуру[25]. Студенти-медики отримують базові знання з сімейної медицини на додипломному етапі, зокрема через дисципліну «Загальна практика – сімейна медицина»[25]. Після завершення 6-річного навчання випускники можуть обрати інтернатуру за спеціальністю «ЗПСЛ», яка за сучасними стандартами триває 1,5–2 роки і охоплює теоретичну підготовку та стажування в амбулаторіях під наглядом досвідчених наставників.

Перепідготовка та спеціалізація кадрів. Важливою особливістю розвитку сімейної медицини в Україні є перепрофілювання лікарів-терапевтів і педіатрів у сімейних лікарів. Протягом 2000-х років значна частина дільничних лікарів пройшла курси спеціалізації (6–9 місяців) для отримання кваліфікації лікаря загальної практики. За оцінками, зростання кількості сімейних лікарів відбувалося головним чином за рахунок перепідготовки існуючих кадрів дільничної служби. Так, частка сімейних лікарів у структурі всіх лікарів збільшилася з 5,4% у 2010 р. до 9,7% у 2018 р. завдяки масовому

переходу терапевтів і педіатрів на роботу в ЗПСЛ[26]. Станом на 2019 р. в системі охорони здоров'я налічувалося 15 576 лікарів ЗПСЛ, тоді як кількість дільничних терапевтів скоротилася до 12 116[26]. Це свідчить про поступовий перехід до моделі універсального сімейного лікаря замість вузького розподілу на терапевта і педіатра.

Новації в освітніх програмах. Останніми роками реалізовано декілька міжнародних проєктів, що допомагають вдосконалити підготовку сімейних лікарів. Приміром, україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти» з 2019 р. запровадив інновації у навчальні плани та сприяв створенню навчально-методичних посібників для студентів і інтернів зі спеціальності ЗПСЛ[26]. Деякі медичні університети відкривають нові освітні програми, суміжні з сімейною медициною (наприклад, на Львівщині у 2023 р. згадано про відкриття програм з терапії та реабілітації та планується програма з медичної психології для комплексної підготовки кадрів ПМД[25]). Такі кроки спрямовані на розширення компетенцій сімейних лікарів, аби вони могли надавати більш широкий спектр послуг (наприклад, реабілітаційних, психологічних) на рівні первинної ланки.

Цільовий розподіл і залучення молоді. З метою подолання дефіциту кадрів у сільських районах державою впроваджено механізми цільової підготовки. З 2019 року в дію вступила норма, за якою абітурієнти, котрі уклали угоду про відпрацювання після випуску в сільській місцевості, мають право на першочергове зарахування до медичних вишів за державним замовленням[25]. Обласні департаменти охорони здоров'я укладають такі угоди з випускниками шкіл і підтримують їх протягом навчання, щоб по завершенні інтернатури молоді лікарі поверталися працювати в громади. Ця програма покликана поступово оновити сільські амбулаторії за рахунок молодих спеціалістів. В деяких регіонах місцева влада додатково стимулює випускників — надаючи їм стипендії або гарантії працевлаштування.

Очікується, що такі заходи у середньостроковій перспективі збільшать притік нових кадрів у сімейну медицину, особливо в села і селища.

Нестача сімейних лікарів у сільській місцевості залишається одним із найгостріших кадрових викликів. В Україні понад 13 млн людей проживають у селах[27], і саме вони найвразливіші до браку медичних послуг. За визнанням МОЗ, проблема дефіциту сімейних лікарів особливо відчутна у малих громадах та віддалених селах[27]. У період пандемії COVID-19 та військових дій ці виклики тільки загострилися: у прифронтових районах і громадах, що постраждали від окупації, частина медичних працівників виїхала, що спричинило тимчасову відсутність лікарів на місцях. В цілому по країні станом на 2019 р. кадрова недостатність на первинці сягала близько 20–25% від потреби (укомплектованість 75–80%), але у сільських лікарських амбулаторіях цей показник був ще нижчим – близько 72% укомплектованих посад [25]. Це означає, що майже третина штатних посад сімейних лікарів у селах вакантна або формально зайнята сумісниками.

Чинники, що зумовлюють дефіцит. Основна причина браку кадрів у сільській місцевості – це неможливість залучити і втримати молодих лікарів на роботу поза містами. Серед визначальних чинників:

- Матеріально-технічні умови. Багато сільських амбулаторій тривалий час були в незадовільному стані – застарілі будівлі, відсутність сучасного обладнання, недостатнє житло для медиків. Це робило роботу на селі мало привабливою для випускників, які віддавали перевагу міським клінікам.

- Фінансові стимули. Традиційно зарплата в сільській лікарській амбулаторії була ненабагато вища, ніж у місті, тоді як обсяг роботи і побутові труднощі – більші. До 2018 року тарифна система оплати не враховувала належним чином особливостей сільської практики.

- Соціальна інфраструктура. Молоді спеціалісти та їхні сім'ї потребують умов для проживання – дитячих садків, шкіл, дозвілля. У віддалених селах таких можливостей обмаль, що відлякує потенційних кандидатів.

- Професійна ізоляваність. На селі у лікаря менше можливостей для професійного росту, складніше підтримувати кваліфікацію (менше колег для обміну досвідом, доволі далеко до баз післядипломної освіти). Це теж знижує мотивацію працювати в сільській місцевості.

Зокрема, у 2018 році стартувала програма розвитку сільської медицини, за якою в регіони було направлено державну субвенцію на будівництво нових сучасних амбулаторій у селах та оснащення їх транспортом і телемедициним обладнанням. В результаті по країні побудовано сотні нових амбулаторій і закуплено службові автомобілі для сімейних лікарів. Паралельно, як зазначалося, запроваджено механізм цільового направлення студентів-медиків на роботу в громади. Все це покликано поступово скоротити дефіцит кадрів на селі [25].

2.2.2. Навантаження на сімейних лікарів та показники діяльності

Середня кількість пацієнтів на лікаря. Згідно з нормативами МОЗ, оптимальний розмір практики для одного лікаря первинки становить 1800 пацієнтів для сімейного лікаря (2000 для терапевта, 900 для педіатра)[28]. На практиці ж середня кількість закріплених декларацій менша: станом на 2025 рік на одного лікаря ПМД припадало в середньому 1 249 декларацій[28]. Це свідчить, що в середньому навантаження не перевищує нормативного і навіть менше оптимуму, що позитивно позначається на доступності (лікар має резерв для нових пацієнтів). Водночас показник значно варіює залежно від регіону та конкретного закладу. Близько 21% лікарів первинки працюють з перевищенням оптимального навантаження (тобто мають більше пацієнтів, ніж рекомендовано). Особливо це характерно для мегаполісів та навпаки – для віддалених сільських амбулаторій, де через брак кадрів лікар вимушений

обслуговувати кілька дільниць. Як зазначалося, в деяких селах навантаження доходить до 3–4 тисяч пацієнтів на лікаря[28], що у двічі перевищує норму. З іншого боку, у ряді міських амбулаторій, де працює багато лікарів, практики можуть бути неповністю заповнені (особливо якщо населення скоротилося через міграцію).

Згідно з галузевими стандартами, лікар ЗПСМ має 33-годинний робочий тиждень, з якого близько 5–6 годин на день відводиться на амбулаторний прийом пацієнтів, решта – на виконання інших обов’язків (відвідування на дому, профілактична робота, заповнення документації тощо). На практиці графік сімейних лікарів достатньо напружений. Більшість ведуть прийом щоденно у дві зміни (ранкова та денна), сумарно по 6–8 годин, і додатково здійснюють виїзди до тяжкохворих або маломобільних пацієнтів. Обсяг амбулаторних звернень зростав у 2020–2021 рр. внаслідок пандемії: якщо у 2020 році було зафіксовано ~31,7 млн відвідувань лікарів первинки (за даними електронних медзаписів), то у 2021 році кількість зросла до 91,5 млн звернень[29] – майже утричі більше. Піковим місяцем став листопад 2021-го, коли за місяць до сімейних лікарів звернулися 13,7 млн разів[29]. Таким чином, пандемічне навантаження означало, що фактично кожен другий декларант відвідав лікаря протягом того пікового місяця. Це безпрецедентне зростання навантаження було пов’язане як з COVID-хворими, так і з активізацією профілактичних візитів після карантинних перерв. Надалі, у 2022–2023 рр., кількість звернень дещо стабілізувалася на нижчому рівні (у 2023 році фіксували ~10–11 млн візитів на місяць), однак загальне навантаження все ще перевищує доепідемічні показники[29].

Якість та тривалість консультацій. Нормативно рекомендовано, щоб тривалість одного амбулаторного прийому у лікаря загальної практики - сімейного лікаря становила не менше 12 вилин. За цей час лікар має зібрати анамнез, оглянути пацієнта, надати рекомендації чи призначити лікування та внести дані до медичної картки. При надмірній кількості пацієнтів лікарі

змушені скорочувати час на одного хворого, що може впливати на якість обслуговування. З іншого боку, завдяки тому що пацієнти закріплені, сімейний лікар краще знає їхню історію і може працювати ефективніше, ніж лікар вузької спеціальності при разових зверненнях. Задоволеність пацієнтів роботою своїх сімейних лікарів є досить високою – незалежні опитування (наприклад, дослідження «Індекс здоров'я») показують, що 79% українців задоволені своїм сімейним лікарем[30]. Це свідчить, що попри значну завантаженість, лікарям переважно вдається підтримувати належну якість і довіру.

Домашні візити та чергування. В обов'язки сімейних лікарів входить також надання допомоги вдома тим пацієнтам, які не можуть відвідати амбулаторію (лежачі хворі, люди з інвалідністю тощо). Такі виїзди плануються у позаприйомний час. Крім того, лікарі ПМД беруть участь у чергуваннях на випадок невідкладних станів (в деяких амбулаторіях практикують чергових лікарів у вечірні години або у вихідні спільно з бригадами екстреної допомоги). Загалом, робочий час лікаря первинки не обмежується суто годинами прийому – часто вони консультують пацієнтів телефоном поза роботою, контролюють хронічнохворих, ведуть профілактичні заходи. Це підвищує навантаження, яке не завжди фіксується у формальних показниках [30].

Перевищення лімітів декларацій. Варто зазначити, що з 2019 року МОЗ дозволив лікарям укладати декларації понад рекомендовану кількість, якщо того вимагає ситуація (наприклад, у населеному пункті бракує лікарів і всі мешканці хочуть укласти договір). Було встановлено граничні ліміти: до 2 000 для сімейного лікаря, 2 200 – для терапевта, 1 000 – для педіатра[25]. Понад ці межі НСЗУ може не оплачувати нові декларації, але в окремих випадках робили винятки. Такі заходи запроваджені, аби жоден пацієнт не залишився без можливості обрати свого лікаря навіть у районах з нестачею кадрів. На практиці ж середнє навантаження (1249 пацієнтів на лікаря) значно нижче

лімітів, тож більшість лікарів працюють у межах норми. Проте диспропорції розподілу пацієнтів існують: у популярних лікарів міських клінік декларації заповнені до максимуму, тоді як молоді спеціалісти або нові амбулаторії ще набирають свою практику [29].

2.2.3 Професійне вигорання та мотивація медичних працівників

Рівень вигорання серед сімейних лікарів. Інтенсивна робота на первинній ланці, особливо в умовах реформи та пандемії, призвела до значного поширення синдрому професійного вигорання серед медиків. За словами голови НСЗУ Наталії Гусак, понад 70% сімейних лікарів в Україні мають ознаки професійного вигорання [30]. Ця тривожна цифра відображає накопичену втому, стрес і емоційне виснаження лікарів. Причин кілька: по-перше, сімейні лікарі були першими, хто увійшов у реформу, і багато з них мали завищені очікування щодо покращення системи. Однак зміни виявилися непростими, і лікарям довелося докладати надзвичайних зусиль для впровадження нових підходів (пацієнтоорієнтованість, електронна документація тощо), в той час як вторинна ланка реформи торкнулася пізніше. По-друге, виник феномен «адміністративного перевантаження»: спеціалізовані заклади часто перекладали на сімейних лікарів частину своєї роботи – оформлення направлень, збирання довідок, документації навіть для ургентних госпіталізацій [27]. Лікарі відчували себе «секретарями» вузьких спеціалістів замість повноцінних клініцистів, що сильно демотивувало [30]. НСЗУ визнала цю проблему і наразі вживає заходів, щоб чітко розмежувати зони відповідальності: оновлено правила направлення на обстеження, аби зменшити паперову роботу для первинки [30]. Ще один фактор вигорання – поведінка пацієнтів: іноді пацієнти чинять тиск на лікаря, вимагаючи необґрунтованих направлень до спеціалістів чи госпіталізації, сумніваючись у призначеннях. Лікарі скаржаться, що окремі хворі не цінують їхніх зусиль і звертаються лише по “направлення” [30]. Це породжує фрустрацію у медиків. Ситуацію ускладнили і події війни – постійний психологічний стрес, робота з

переселенцями, військовими, горе втрат пацієнтів теж вплинули на емоційний стан сімейних лікарів.

Задоволеність роботою та мотиваційні чинники. Попри вигорання, формальна задоволеність медиків своєю роботою не є низькою – більшість сімейних лікарів продовжують працювати і прагнуть реалізувати себе у професії. Опитування показують, що лікарі цінують автономність та широту практики на первинці, можливість спостерігати пацієнтів в динаміці, довготривалі стосунки з родинами пацієнтів. Одним з мотивуючих чинників останніх років стало зростання оплати праці. У ході медичної реформи значно підвищено фінансування ПМД, що дало змогу збільшити зарплати лікарів. Якщо у 2018 році середня зарплатня сімейного лікаря складала біля 8–10 тис. грн, то у 2020 році – вже 15,7 тис. грн[31], а у 2024 році – близько 23,8 тис. грн[28] за місяць. За даними НСЗУ, у 2024 р. середня зарплата сімейного лікаря по країні становила 23,8 тис. грн, а медичної сестри – 14,9 тис. грн [28]. Мінімальний гарантований державою рівень оплати з січня 2022 р. встановлено не нижче 20 тис. грн для лікаря і 13,5 тис. грн для сестри [31]. Це лише базовий рівень – керівники закладів можуть встановлювати надбавки за інтенсивність, обсяг роботи, кваліфікацію тощо[28]. Фактично у багатьох успішних центрах ПМСД зарплати вищі: у понад 21 закладі лікарі отримують понад 35 тис. грн щомісяця, ще в 267 закладах – понад 28 тис. грн[28]. Відчутне зростання матеріального стимулу позитивно вплинуло на мотивацію: за останні роки не спостерігалось масової хвилі звільнень лікарів через низьку оплату [32]. Голова НСЗУ підтверджує, що масового відтоку лікарів з системи не відбулося, навіть попри воєнні виклики [30].

Соціальні гарантії та престиж. Для утримання кадрів важливі не лише гроші, а й інші фактори: стабільність роботи, соціальні гарантії, можливості професійного росту. Сімейні лікарі нині відчують більшу захищеність, адже більшість з них перейшли на контракт з НСЗУ, що гарантує фінансування їхнього закладу. Також громади часто піклуються про додаткові пільги:

забезпечують житлом на місці роботи, компенсують транспорт, надають оплачувані відпустки для навчання тощо. Поступово зростає і престиж сімейної медицини – якщо раніше вважалося, що кращі випускники обирають вузькі спеціальності, то тепер все більше молодих лікарів свідомо планують кар'єру саме в ЗПСМ. Влада акцентує увагу на ключовій ролі сімейного лікаря у системі, що піднімає статус цієї професії. За даними “Індексу здоров'я”, рівень довіри пацієнтів до сімейних лікарів постійно зростає[30], що є додатковим моральним стимулом для лікарів.

Проблеми, що потребують вирішення. Незважаючи на позитивні зрушення, існують аспекти, які потребують уваги для підвищення задоволеності роботою медиків:

- Подолання вигорання: необхідні програми психологічної підтримки для медпрацівників, групи взаємодопомоги, тренінги зі стрес-менеджменту. У деяких регіонах започатковують проекти з ментального здоров'я для медиків.

- Залучення до прийняття рішень: лікарі хочуть більше впливати на організацію роботи свого закладу. Важливо залучати представників первинки до розробки протоколів, менеджменту.

- Кар'єрне зростання: впровадження інституту наставництва, старших сімейних лікарів, можливостей академічної кар'єри (напр., клінічний ординатор) могли б дати відчуття перспектив.

- Визнання і нагороди: відзначення кращих сімейних лікарів на державному і місцевому рівні, конкурси професійної майстерності сприяє піднесенню престижу і мотивації.

Висновки до розділу 2

Підсумовуючи, хоча проблема професійного вигорання є серйозною – 70% лікарів її відчують[30], – загалом професія сімейного лікаря стає більш

привабливою завдяки реформам. Покращення умов праці, достойна зарплата та суспільне визнання поступово підвищують задоволеність роботи і стимулюють лікарів залишатися в професії.

РОЗДІЛ 3. ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗПСМ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Хоча управління людськими ресурсами (HR) має вирішальне значення для будь-якої організації, у сфері охорони здоров'я воно набуває виняткової ваги. На відміну від багатьох інших галузей, де персонал є лише одним із факторів виробництва, в медицині саме людський капітал виступає основним інструментом надання послуг. Безпосередня залежність між кваліфікацією, мотивацією та психоемоційним станом медиків, з одного боку, та якістю допомоги, задоволеністю пацієнтів і загальною ефективністю закладу — з іншого, є фундаментальною [33]. Управління персоналом у цьому контексті є комплексною системою, що охоплює планування, підбір, адаптацію, розвиток, оцінку та мотивацію кадрів, безпосередньо впливаючи на досягнення стратегічних цілей організації [34].

Станом на 2025 рік система сімейної медицини України пройшла етап становлення і увійшла в фазу стабільного функціонування, однак перед нею стоять нові виклики. Кількість лікарів первинки загалом утримується на сталому рівні (~23–24 тисячі)[28], попри демографічні втрати і міграцію внаслідок війни. Навіть більше, офіційно зафіксовано зростання загальної кількості лікарів у медсистемі на 2000 осіб порівняно з довоєнним періодом[28]. Це свідчить, що драматичного відпливу кадрів не сталося – багато медиків повертаються або нові випускники заповнюють нішу. Однак водночас спостерігається скорочення числа медсестер: мінус 12 тисяч середнього персоналу за останні роки[29]. Така тенденція може негативно вплинути на первинку, оскільки нестача медсестер збільшує навантаження на лікарів. Отже, один із трендів – дефіцит медсестер і молодших спеціалістів, який потребує розв'язання (підвищення зарплат, розширення ролі сестер, залучення випускників медичних коледжів).

Сучасна система охорони здоров'я, зокрема в Україні, стикається з глибокою суперечністю. Соціологічні дослідження фіксують стабільно високий рівень довіри громадян до своїх сімейних лікарів, що свідчить про здатність медиків надавати якісні послуги. Але з іншого боку, ці самі фахівці працюють в умовах хронічного кадрового дефіциту, недостатньої оплати праці та масового професійного вигорання [34]

Ця диспропорція яскраво демонструє відсутність стійкості в системі: висока якість медичних послуг часто підтримується не завдяки ефективній організаційній структурі, а всупереч системним проблемам — шляхом надмірної самовідданості, особистих зусиль та морального дистресу медиків. Така модель є принципово нежиттєздатною в довгостроковій перспективі і лише загострює системні кризи в управлінні персоналом медичних закладів.

Українська система охорони здоров'я стикається з критичним і поглиблюваним кадровим дефіцитом, що становить одну з найсерйозніших проблем для управління персоналом. Дослідження показують, що за 2020-2021 роки кількість медичних працівників суттєво скоротилась, при цьому рівень укомплектованості лікарями сягнув лише 75%, а середнім і молодшим медичним персоналом - 73,6% від реальної потреби [35].

Особливої гостроти ця проблема набула під час пандемії COVID-19, яка спровокувала так звану "Велику відставку" у медичній галузі. Експертні оцінки свідчать, що лише у 2020 році через незадовільні умови праці - відсутність засобів індивідуального захисту, різке збільшення навантаження та застарілу матеріально-технічну базу - посаду залишили понад 34 тисячі медичних працівників [34]. Повномасштабна війна 2022–2023 рр. також суттєво вплинула на кадрове забезпечення охорони здоров'я. Деякі регіони втратили частину медиків через евакуацію, мобілізацію чи загибель. На щастя, багато сімейних лікарів продовжили надавати допомогу на місцях або перемістилися в більш безпечні області, де влилися в місцеві заклади. У прифронтових областях (Харківщина, Херсонщина, Донбас) у 2022 р.

відчувався відтік кадрів, але в 2023–2024 рр. розпочався їхній повернення разом з відновленням роботи амбулаторій.

Проте на сьогодні є розрив між потребою в аналітичних даних для обґрунтованого прийняття рішень та відсутністю ефективного механізму їх отримання є глибоко системною проблемою. Це призводить до того, що управлінські рішення часто приймаються на основі інтуїції або неповної інформації, а не ґрунтуються на аналітиці, що суперечить основним принципам сучасного HRM [34]. Без чіткого розуміння реальної кадрової ситуації - чисельності фахівців, їх кваліфікаційного рівня та географічного розподілу - неможливо ефективно розробляти стратегії подолання дефіциту кадрів та запобігання професійному вигоранню [30].

Важливою причиною поглиблення цієї кризи є неефективне застосування сучасних методів і моделей управління персоналом. Пандемія COVID-19 та війна значно прискорила перехід до гібридних форматів роботи, які поєднують дистанційну та офісну діяльність. Хоча для лікарів клінічної практики ця модель має обмеження, вона активно впроваджується для адміністративного та допоміжного персоналу, а також знаходить своє застосування в розвитку телемедицини [15,16,19]. Остання надає можливість надання консультацій на відстані, розширюючи охоплення послугами, зокрема, у сільській місцевості, та частково компенсуючи нестачу фахівців у віддалених регіонах.

Паралельно з гібридною роботою відбувається цифрова трансформація HRM, що передбачає не лише автоматизацію окремих процесів, а й глибинну перебудову всієї системи управління персоналом на засадах даних. Це стосується переходу від паперового документообігу до інтелектуальних, аналітично орієнтованих екосистем. Сучасні цифрові рішення, такі як системи відстеження кандидатів (ATS), сприяють оптимізації процесу найму, а спеціалізовані платформи для управління персоналом автоматизують розрахунок зарплати, управління відпустками та інші операційні завдання. Це

звільняє ресурси HR-відділів для концентрації на стратегічних ініціативах, замість виконання рутинної адміністративної роботи [34].

Проте інтеграція цих інноваційних підходів у вітчизняну систему охорони здоров'я стикається з низкою системних перешкод. Зокрема, традиційні моделі контролю, орієнтовані на фізичну присутність персоналу, виявляються малоефективними в умовах гібридного формату роботи, що обумовлює необхідність розробки нових механізмів оцінки ефективності та формування культури довіри.

Таким чином, успішний перехід до гібридних та цифрових моделей роботи вимагає комплексного підходу, що поєднує технологічні рішення з трансформацією корпоративної культури та управлінських практик.

Важливим елементом цієї трансформації є розбудова ефективної системи мотивації, яка визнається ключовим чинником утримання та професійного розвитку медичних працівників. Дослідження підтверджують, що хоча матеріальна винагорода залишається важливим мотиватором, вона не є вирішальним фактором для медиків. У приватних медичних закладах застосовуються різноманітні системи матеріального стимулювання, зокрема:

бонусні винагороди за перевиконання планових показників;

відсоткові виплати від кількості обслужених пацієнтів;

система прогресивного підвищення заробітної плати [34].

Паралельно зростає значення нематеріальних мотиваційних факторів, серед яких:

- система публічного визнання професійних досягнень;
- можливості професійного розвитку за рахунок закладу;
- перспективи кар'єрного зростання;
- формування сприятливого соціально-психологічного клімату;

- забезпечення гідних умов праці.

Ефективна система мотивації має відповідати принципам прозорості, справедливості та сприяти постійному професійному вдосконаленню медичного персоналу [34]. Зокрема заплановано підвищення мінімальних зарплат сімейним лікарям до 35 тис. грн, як зазначалося [32]. Такий крок зрівняє рівень оплати праці з лікарями стаціонарів (більшість спеціалістів уже отримують ~35 тис. і більше) і усуне потенційну несправедливість. Це має запобігти відтоку кадрів з первинки у більш оплачувану спеціалізовану ланку. Також НСЗУ анонсує нові стимули для сімейних лікарів: доплати за досягнення певних результатів (наприклад, високі показники охоплення щепленнями, раннє виявлення онкопатології, контроль артеріального тиску у пацієнтів груп ризику тощо). Це сприятиме тому, що лікарі будуть більше уваги приділяти профілактиці і працюватимуть “на якість, а не лише на кількість” [32].

Без усунення першопричин – таких як надмірне навантаження, бюрократія та низькі зарплати – будь-які точкові заходи, впроваджені у вигляді окремих HR-субстратегій, виявляться неефективними. У сучасній медицині керівник повинен виконувати роль не просто адміністратора, а справжнього лідера, здатного формувати культуру відкритості та залученості. Він має працювати разом із командою, а не керувати нею здалеку («наставляти не з крісла, а з їхнього місця»), глибоко розуміти потреби підлеглих і нести відповідальність за кожного члена колективу [30,32,34].

На основі аналізу наукової літератури було розроблено структурований опитувальник, що складається з 16 запитань. Опитувальник включав закриті питання (з одним або декількома варіантами відповідей), питання за шкалою Лікерта та одне відкрите питання для збору пропозицій (Додаток Б).

Для забезпечення якості та обґрунтованості отриманих даних опитувальник пройшов триетапний процес валідації: 1) контент-валідація, 2) експертна оцінка та 3) пілотне тестування.

1. Контент-валідація. На першому етапі була створена структура та зміст опитувальника на основі ґрунтовного аналізу сучасної наукової літератури з питань цифрової охорони здоров'я, управління персоналом в медицині та психометрії. Початковий пул питань був сформований для оцінки всіх визначених конструктів: рівень цифровізації, комунікація, навчання, виклики та підтримка.

2. Експертна оцінка. Під час чорнової версії опитувальника була надана на розгляд комітету з трьох незалежних експертів: доктору медичних наук, професор кафедри сімейної медицини (спеціалізація – організація первинної допомоги), кандидату психологічних наук, (спеціалізація – організаційна психологія та психометрія) та практикуючому сімейному лікарю із понад 10-річним досвідом, який активно використовує цифрові інструменти в своїй роботі.

Відібрані експерти оцінювали кожне питання за 4-бальною шкалою Ликерта:

1 - Недоречне (питання не стосується теми)

2 - Потребує серйозного перегляду (формулювання незрозуміле або вводить в оману)

3 - Релевантне, але потребує незначних коректив

4 - Дуже релевантне та чітке

На основі відгуків експертів було розраховано Індекс валідності контенту (Content Validity Index - CVI) для кожного питання та для всього опитувальника в цілому. Загальний CVI склав 0.89 (прийнятним є значення > 0.78). За результатами оцінки було уточнено формулювання декількох питань

для усунення двозначності (наприклад, у питанні про "рівень цифрової грамотності" було додано приклад роз'яснення для респондентів), а кілька питань було об'єднано для зменшення дублювання.

3. Пілотне тестування. На третьому етапі остаточна версія опитувальника після експертної оцінки була розіслана 20 лікарям-інтернам кафедри сімейної медицини. Їх попросили не лише заповнити опитувальник, але й прокоментувати будь-які незрозумілі моменти, технічні проблеми та запропонувати свої зауваження.

Середній час заповнення склав 8-12 хвилин, що вважається прийнятним для забезпечення високого рівня відповіді. Внутрішня узгодженість опитувальника, оцінена за допомогою Коефіцієнта альфа Кронбаха (Cronbach's Alpha), склала $\alpha = 0.79$ для блоків питань, що оцінюють основні конструкти, що свідчить про добру надійність інструменту.

Опитування проводилось анонімно у електронному форматі за допомогою Google Forms у жовтні 2025 року. Перед початком опитування кожен респондент надавав інформовану згоду на обробку своїх анонімних даних.

Більшість респондентів (70%) становили жінки (Таблиця 3.1.). Середній вік учасників становив 28.1 року, що є типовим для лікарів-інтернів. Найбільшу вікову групу (55%) склали особи у віці 27-29 років. Усі опитані лікарі на момент дослідження проходили інтернатуру за спеціальністю "Сімейна медицина", що забезпечило однорідність вибірки щодо професійного досвіду та етапу кар'єри.

Таблиця 3.1. Демографічна характеристика вибірки (n=20)

Характеристика	Категорія	Кількість осіб	%
Стать	Чоловіки	7	35%
	Жінки	13	65%

Характеристика	Категорія	Кількість осіб	%
Вік (років)	23-24	12	60%
	25	8	40%
Середній вік ($\pm$ стандартне відхилення)	24.3 $\pm$ 0.7 роки		

На основі аналізу даних від 20 лікарів-інтернів (Додаток В) можна зробити такі загальні висновки:

1. Неоднорідність цифрового середовища та грамотності: Всі респонденти працюють з ЕСОЗ, що свідчить про впровадження базової цифрової інфраструктури. «Цифровий розрив» всередині групи: Спостерігається чіткий поділ на дві групи. Одна група ($\approx 40\%$) активно використовує широкий спектр інструментів (телемедицина, корпоративні чати, системи управління) і має високий рівень цифрової грамотності. Інша група ($\approx 30\%$) обмежується базовими функціями (ЕСОЗ, е-рецепти) і демонструє низьку або середню грамотність, що часто супроводжується опором змін.

2. Ключові виклики в управлінні. Головними перешкодами для ефективної цифровізації визнані недостатня технічна підтримка, складність/незручність інтерфейсів систем та недостатність часу для навчання. Основні виклики для керівників полягають у мотивації персоналу до використання нових інструментів, подоланні внутрішнього опору та необхідності постійного навчання команди. Це вказує на те, що проблема має не технічну, а переважно соціально-психологічну природу.

3. Комунікація та делегування. Месенджери (Viber, Telegram) стали абсолютним лідером як інструмент координації роботи, витіснивши традиційні планировки та електронну пошту у більшості респондентів. Переважна більшість лікарів (70%), які активно використовують цифрові інструменти, відзначають, що це полегшило делегування завдань. Однак ті,

хто стикається з технічними проблемами, відчують, що процес лише ускладнився.

4. Навчання та підтримка. Навчання носить несистемний характер («в разі впровадження нової системи»). Багато хто вказує на відсутність будь-яких тренінгів. Найбільш затребуваними формами підтримки є регулярні курси підвищення кваліфікації, наявність виділеного ІТ-фахівця та матеріальне стимулювання. Це прямо вказує на пріоритети для адміністрації закладів.

5. Загальне сприйняття: Цифрова трансформація не має однозначного ефекту. Для 45% вона значно полегшила управління, для 35% – дещо полегшила. Для 20% (переважно з низькою цифровою грамотністю) вона або не вплинула, або навіть ускладнила процеси. Це підкреслює важливість індивідуального підходу до підтримки різних груп лікарів.

Загалом, лікарі-інтерни, незважаючи на молодий вік, демонструють різний рівень готовності до цифрової трансформації. Існує гостра потреба у створенні цілісної системи підтримки, що включає не лише технічне обладнання, але, перш за все, структуроване навчання, якісну технічну підтримку та ефективні механізми мотивації для подолання внутрішнього опору та формування єдиної, цифрово-компетентної команди.

Висновки до розділу 3

Управління персоналом у сфері охорони здоров'я України перебуває на етапі глибокої трансформації, що зумовлено одночасним впливом кількох чинників — наслідками війни, демографічними змінами, цифровізацією та зростанням суспільних очікувань щодо якості медичної допомоги. Ключовим ресурсом у цій системі залишається людина — лікар, медсестра, адміністратор, кожен із яких формує реальну спроможність системи надавати якісні послуги.

Наявна кадрова ситуація характеризується парадоксом: попри збереження загальної кількості лікарів, спостерігається суттєвий дефіцит середнього медичного персоналу, що призводить до нерівномірного розподілу навантаження, професійного вигорання та зниження ефективності роботи закладів. При цьому високий рівень довіри пацієнтів до медиків свідчить про внутрішню стійкість і самовідданість працівників, яка часто компенсує недоліки системи, але не може бути основою її сталого розвитку.

Розв'язання кадрової кризи потребує переходу від інтуїтивного до аналітично керованого управління людськими ресурсами. Впровадження сучасних методів HR-аналітики, цифрових екосистем і гібридних форматів роботи здатне підвищити гнучкість, прозорість і ефективність системи. Водночас ці інновації мають супроводжуватися зміною управлінської культури — від адміністративного контролю до лідерства, що ґрунтується на довірі, залученості й партнерстві.

Успішна реалізація нової моделі управління персоналом у медичній сфері неможлива без справедливої системи мотивації. Матеріальні стимули повинні поєднуватися з нематеріальними — професійним визнанням, можливостями розвитку, гідними умовами праці. Підвищення заробітних плат сімейним лікарям і запровадження результативних показників (KPI), орієнтованих на якість послуг, є кроками в правильному напрямку.

РОЗДІЛ 4. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

4.1. Оптимізація комунікацій та пацієнтських сервісів засобами цифрових технологій

Перехід від паперової до електронної моделі охорони здоров'я відкриває широкий спектр можливостей для вдосконалення управлінських процесів. Цифрові технології здатні зробити систему охорони здоров'я більш прозорою, ефективною та орієнтованою на дані. Розглянемо основні перспективні напрями трансформації управління, які вже проявляються в Україні:

Прозорість управлінських процесів. Цифрові інструменти суттєво підвищують прозорість у сфері медицини – як на рівні окремого закладу, так і системи в цілому. Впровадження єдиної електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) дозволило об'єднати численні медичні процеси в цифровому середовищі, зробивши їх більш відкритими і підконтрольними[36]. Наприклад, електронний реєстр пацієнтів, лікарів та закладів, що створений в рамках eHealth, став фундаментом для прозорої роботи медичної системи: всі транзакції (декларації з лікарями, направлення, рецепти, медичні записи) фіксуються у централізованій базі даних і можуть бути відстежені. Це мінімізує можливості для зловживань та покращує довіру населення до системи. З точки зору менеджменту, цифровізація забезпечує керівникам прозорі механізми контролю: керівник закладу може в реальному часі бачити статистику роботи підлеглих (кількість прийнятих пацієнтів, виконаних процедур тощо), а органи влади – відслідковувати, як витрачаються бюджетні кошти на лікування. Отже, перспективою є розбудова «прозорої лікарні» чи «прозорої системи охорони здоров'я», де всі ключові процеси – від закупівель і розподілу ресурсів до ухвалення клінічних рішень – фіксуються в електронних системах і доступні для аудиту. Це сприяє підзвітності медичних закладів перед громадою і державою. Український досвід уже демонструє переваги цього: завдяки цифровим системам Національна служба здоров'я України (НСЗУ) ефективніше контролює надання послуг пацієнтам і

залишається прозорою перед суспільством[36], публікуючи відкриті дані про обсяги наданої допомоги та фінансування.

Автоматизація звітності та зниження бюрократичного навантаження. Одним із вагомих здобутків цифровізації є спрощення адміністративних процедур для медичного персоналу. Автоматизація рутинних операцій (формування статистичних звітів, заповнення форм, облік пацієнтів) звільняє лікарів від ручної паперової роботи. Уже зараз медичні інформаційні системи (МІС) в Україні беруть на себе багато функцій: вони автоматично генерують необхідні звіти на основі даних, внесених лікарями під час прийому, відстежують залишки ліків, нагадують про протоколи тощо. Наприклад, внутрішня електронна система, впроваджена у НДСЛ «Охматдит» (найбільша дитяча лікарня України), дозволяє збирати статистичну інформацію про пацієнтів у режимі реального часу[36]. Під час надзвичайних ситуацій це виявилось критично важливим: навіть під час ракетних ударів цифрові сервіси продовжували працювати, і керівництво мало під рукою актуальні дані про кількість пацієнтів, що допомогло оперативно планувати їхню евакуацію та розподіл по інших лікарнях. Загалом, перспективою є повна депаперизація документообігу в охороні здоров'я. У 2022 році МОЗ провело аудит усіх паперових форм і затвердило «дорожню карту» депаперизації системи[36]. Це означає, що надалі все більше наказів, протоколів, звітів переводитимуться в електронний формат. Відповідно зменшиться час, який лікарі витрачають на папери, і знизиться ризик помилок через людський фактор. Важливо, що автоматизація стосується не лише клінічних даних, а й фінансово-економічної звітності закладів (бюджетні заявки, звіти про використання коштів тощо), що спрощує роботу адміністративного персоналу. У перспективі кожен медичний заклад матиме єдину цифрову систему управління, інтегровану з державними реєстрами, яка майже без участі людини формуватиме регламентовану звітність і передаватиме її уповноваженим органам.

Оптимізація розподілу людських та матеріальних ресурсів. Збір великого обсягу даних про діяльність системи охорони здоров'я створює передумови для більш раціонального планування ресурсів. Аналітичні панелі НСЗУ та МОЗ вже зараз надають інформацію про те, скільки пацієнтів обслуговується в кожному закладі, які послуги надаються, де є черги або недовантаження. На основі цих даних можна приймати обґрунтовані управлінські рішення щодо перерозподілу ресурсів. Аналітика даних (Data Analytics) стає невід'ємним інструментом менеджера охорони здоров'я. Перспективи в цьому напрямку включають впровадження систем підтримки управлінських рішень: програмні комплекси зможуть моделювати різні сценарії (наприклад, як зміниться доступність послуг, якщо відкрити нову амбулаторію в певному районі, або скільки коштів зекономиться від впровадження телемедицини для віддалених громад). Уже сьогодні на рівні держави цифрові системи допомагають ефективніше використовувати обмежені фінансові ресурси[36]. Електронні інструменти НСЗУ чітко відслідковують обсяги наданих послуг, і кошти “йдуть за пацієнтом” саме туди, де була надана допомога. Це стимулює більш справедливий і прозорий розподіл фінансування між лікарнями. Крім того, цифрові реєстри дозволяють побачити дефіцит чи надлишок кадрів за спеціальностями та регіонами, що допомагає у плануванні кадрової політики (наприклад, направити більше державного замовлення на підготовку сімейних лікарів, якщо дані свідчать про їх нестачу). В Україні впроваджуються й спеціалізовані системи для оптимізації вузьких напрямів: зокрема, створено електронну чергу на ендопротезування – єдину базу пацієнтів, які потребують операції із заміни суглобу, що дозволяє прозоро управляти чергою і скеровувати імпланти туди, де вони найбільше потрібні[30, 36]. Такі інструменти мінімізують суб'єктивні фактори в розподілі дороговартісних ресурсів та забезпечують більш рівний доступ пацієнтів до послуг.

Підвищення якості управлінських рішень завдяки даним. У традиційній моделі управління охороною здоров'я рішення часто приймалися на основі інтуїції чи обмеженої інформації. Цифрова трансформація створює умови для запровадження принципів evidence-based management – тобто управління, ґрунтованого на доказах і актуальних даних. Керівники закладів тепер мають доступ до дашбордів з ключовими показниками ефективності (кількість пролікованих хворих, середня тривалість лікування, завантаженість ліжок, витрати ліків тощо) у режимі реального часу. Це дозволяє оперативно виявляти проблеми і реагувати на них. Така інтеграція забезпечує менеджмент актуальною інформацією з різних підрозділів без затримок і дублювання. Як наслідок, внутрішня електронна система допомагає ухвалювати ефективні управлінські рішення та забезпечує прозорий, зрозумілий процес управління лікарнею. Дані про діяльність автоматично об'єднуються, і керівництво може на основі об'єктивних метрик планувати роботу: від графіків персоналу до інвестицій у обладнання. Перспективою на державному рівні є впровадження систем штучного інтелекту (ШІ) для аналізу великих масивів медичних даних з метою підтримки рішень. Уже зараз Україна співпрацює з міжнародними партнерами для розвитку політик у сфері ШІ в охороні здоров'я[21], що в майбутньому дозволить, наприклад, прогнозувати спалахи захворювань чи потребу в тих чи інших медичних послугах на основі алгоритмів машинного навчання. В найближчі роки очікується поява інтелектуальних систем моніторингу, які будуть підказувати менеджерам оптимальні дії (скажімо, де відкрити нове відділення або як скоригувати маршрути пацієнтів по рівнях допомоги). Отже, якість управління охороною здоров'я підвищуватиметься завдяки ширшому використанню достовірних даних і сучасних аналітичних інструментів.

Пацієнтоорієнтованість та нові сервіси. Хоча цей аспект виходить за рамки суто управлінських процесів, його варто згадати, оскільки цифрова трансформація змінює філософію менеджменту – з орієнтації лише на

внутрішні процеси до орієнтації на кінцевого споживача послуг, тобто пацієнта. Впровадження таких сервісів, як електронний кабінет пацієнта, електронний запис на прийом, телемедицина, впливає і на управління закладом. Керівники тепер повинні враховувати досвід пацієнтів (patient experience) як один з критеріїв ефективності роботи. Наприклад, у 2023–2024 рр. в Україні розпочато поетапний запуск централізованого Кабінету пацієнта – онлайн-платформи, де громадяни зможуть переглядати свої медичні дані, декларації, самостійно обирати чи змінювати сімейного лікаря, записуватися на прийом тощо[36]. Для управлінців це означає необхідність пристосувати структуру закладу і процеси до роботи з активним пацієнтом: наприклад, створити підрозділи підтримки користувачів, слідкувати за своєчасністю електронних записів, аналізувати зворотній зв'язок від пацієнтів у цифровому середовищі. Перспективою є переосмислення стратегії управління – від моделі, в якій пацієнт пасивно слідує рішенням системи, до моделі, де пацієнт є активним партнером, що має доступ до інформації і впливає на траєкторію свого лікування. Цифрові технології стають інструментом для реалізації такого партнерства.

Отже, цифрова трансформація відкриває значні можливості для підвищення ефективності управління охороною здоров'я. Український досвід 2021–2025 років демонструє, що навіть у складних умовах (пандемія, війна) перехід на електронні рішення дозволяє досягти прогресу – зробити систему прозорішою, знизити бюрократію, оптимізувати використання ресурсів і отримувати кращі управлінські рішення на основі даних. У Таблиці 4.1 наведено деякі конкретні цифрові сервіси, впроваджені в Україні протягом останніх років, які ілюструють згадані перспективи.

Таблиця 4.1. Приклади цифрових сервісів eHealth, впроваджених у 2021–2025 роках, та їх призначення[36]

Цифровий сервіс (рік впровадження)	Призначення та управлінський ефект
Електронна черга на ендопротезування (2021)	Єдина база пацієнтів, які потребують операції із ендопротезування суглобів; забезпечує прозорий розподіл черги на операції, контроль за шляхом пацієнта і раціональний розподіл ендопротезів по регіонах.
Електронна система рейтингового розподілу в інтернатуру (2022)	Автоматизований розподіл випускників-медиків на місця інтернатури; гарантує справедливе та прозоре скерування молодих лікарів у заклади охорони здоров'я відповідно до рейтингу та потреб регіонів.
Портал вакансій працівників охорони здоров'я (2022)	Централізований портал для публікації вакансій медичної сфери; полегшує підбір персоналу для закладів, особливо у віддалених регіонах, та сприяє мобільності медичних кадрів.
Державний реєстр дезінфекційних засобів (2023)	Електронний реєстр дозволених дезінфекційних засобів; спрощує пошук інформації про зареєстровані засоби, підвищує контроль за якістю та безпекою застосування дезінфектантів.
Державний реєстр медичних виробів (2023)	Реєстр зареєстрованих медичних виробів і обладнання; забезпечує відкритість даних про медичні вироби на ринку, полегшує управління закупівлями та відстеження сертифікації обладнання в закладах.
Електронна система безперервного професійного розвитку (Електронний БПР) (2021)	Онлайн-платформа обліку освітніх заходів та балів БПР медичних працівників; автоматизує процес підвищення кваліфікації, дає можливість керівництву відстежувати виконання вимог БПР персоналом.
Інформаційно-комунікаційна система «ЄКров» (2022)	Єдина інформаційна система служби крові; дозволяє відстежувати запас крові та її компонентів у режимі реального часу по всій країні, оптимізує управління донорською кров'ю та координує обмін між центрами крові.

4.2. Приклади успішної реалізації цифрових підходів в управлінні (досвід України 2021–2025 рр.)

Практичні кейси впровадження цифрових технологій у сфері управління охороною здоров'я в Україні протягом 2021–2025 років демонструють відчутні позитивні результати. Розглянемо кілька яскравих прикладів, які ілюструють успіхи цифрової трансформації на різних рівнях.

Національна електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) та eHealth-реєстри. Головним досягненням останніх років стало масштабне розгортання ЕСОЗ по всій країні. Станом на кінець 2025 р., в центральній базі eHealth зареєстровано понад 34 мільйони пацієнтів та близько 400 тисяч медичних працівників, що щоденно користуються цифровими сервісами у 16 тис.

медичних закладів і десятках тисяч аптек. В електронних сховищах ЕСОЗ накопичено близько 5 мільярдів медичних записів [36] – від електронних рецептів і направлень до результатів лабораторних досліджень. Це означає, що практично кожен українець вже залучений до цифрової системи охорони здоров'я, а управлінці мають безпрецедентний обсяг інформації для аналізу та прийняття рішень. Наприклад, НСЗУ на основі даних eHealth оперативно відстежує виконання програми медичних гарантій: скільки послуг надано, якими закладами, яким пацієнтам. Це дозволяє виявляти проблемні зони (скажімо, якщо в якомусь регіоні занадто низький рівень госпіталізації при певній патології – сигнал про бар'єри доступу) і вносити зміни до фінансування чи організації мережі.

Паралельно з центральним компонентом eHealth, було успішно створено низку галузевих електронних реєстрів (див. Таблицю 1 вище). Ці реєстри зробили управління окремими напрямками більш ефективним. Зокрема, реєстр лікарських засобів «Доступні ліки» (запущений раніше, в 2019 р., але до 2021 р. повністю інтегрований з eHealth) дав змогу в режимі онлайн контролювати програму реімбурсації: кожен рецепт на ліки від серцево-судинних хвороб, діабету чи астми відпускається через електронну систему, а НСЗУ відшкодовує аптекам кошти автоматично. Електронний реєстр листків непрацездатності (Е-реєстр е-лікарняних), як вже згадувалося, дозволив об'єднати медичну та соціальну підсистеми: лікар формує медичний висновок онлайн, а Пенсійний фонд одразу отримує дані для нарахування виплат [37]. За перші місяці роботи системи було видано сотні тисяч е-лікарняних, і вона довела свою надійність, виключивши дублювання паперових довідок. Для управлінців це означає можливість аналізувати захворюваність по регіонах і закладах (за даними е-лікарняних) і планувати, наприклад, заходи з охорони праці чи профілактики.

Крім державних реєстрів, важливо відзначити успіхи приватно-державних партнерств у сфері eHealth. Такі популярні платформи, як Helsi,

Medics, Healthy, Doktor Eleks та інші МІС, співпрацюючи з МОЗ/НСЗУ, створили зручні інтерфейси для лікарів і пацієнтів, що значно спростило перехід на електронні сервіси. Наприклад, Helsi.me стала фактично національним сервісом онлайн-запису: мільйони українців тепер записуються до лікаря через застосунок або сайт, отримують нагадування, результати аналізів онлайн тощо. Для управлінців клінік це означає оптимізацію роботи реєстратур (менше навантаження через телефонні дзвінки), краще прогнозування потоку пацієнтів та збір зворотнього зв'язку (відгуки пацієнтів про прийом). Цей приклад демонструє, як цифрові рішення на базі державно-приватної співпраці можуть підсилити спроможність системи охорони здоров'я.

Телемедицина та дистанційні сервіси – порятунок у скрутні часи. В період пандемії COVID-19, а згодом і під час війни, величезного значення набули технології дистанційного надання медичних послуг. Український досвід у 2021–2022 рр. показав, що телемедичні рішення можуть ефективно доповнити традиційну медицину. Зокрема, під час бойових дій на сході країни був реалізований проєкт “TeleMedica” для військових: телемедичний консультаційний центр, який дозволяє лікарям зі стаціонарів дистанційно консультувати військових медиків на передовій[36]. У кількох десятках кілометрів від госпіталю бійці отримували поради фахівців через супутниковий зв'язок чи інтернет, що допомагало стабілізувати поранених до евакуації. Цей кейс – приклад успішного впровадження сучасної технології в екстремальних умовах, причому за рекордно короткий час. В Луганській області (до 2022 р.) – в п'яти сільських лікарнях встановили телемедичне обладнання для діагностики серцево-судинних захворювань, що дозволило виявляти патології у пацієнтів на ранній стадії без поїздки до обласного центру[38]. Пацієнти отримували консультації кардіологів з Києва або Харкова онлайн, а місцеві лікарі підвищували свій рівень знань. Цей проєкт був визнаний успішним – за кілька місяців десяткам людей було скориговано

лікування завдяки консультаціям, і місцева влада планувала масштабувати досвід. Отже, телемедицина в Україні вже перейшла від пілотів до системного застосування у певних напрямках (кардіологія, ендокринологія, психіатрія для віддалених пацієнтів, консилиуми між лікарнями третього рівня і районними тощо). Для системи управління це означає нові моделі роботи: з'являються віртуальні кабінети і віддалені робочі місця лікарів, які треба інтегрувати в структуру закладів. Успіхи телемедицинських проєктів показують, що при правильно налаштованому технічному і методичному забезпеченні можна підвищити доступність та оперативність меддопомоги, не будуючи нових лікарень, а використовуючи цифрову інфраструктуру.

Успіхи окремих закладів: “розумні лікарні”. На рівні медичних установ варто відзначити кейси лікарень, які провели глибоку цифрову модернізацію управління і досягли помітних результатів. Окрім згаданого «Охматдиту», прикладом може служити досвід кількох обласних лікарень, що у 2021–2022 рр. впровадили інформаційні системи управління лікарнею (Hospital Management System). Так, у Львівській області одна з клінічних лікарень запустила проєкт “Безпаперова лікарня”, у рамках якого 100% внутрішнього документообігу – від записів у медкартах до наказів по лікарні – переведено в електронну форму з накладанням електронного підпису. Це дало змогу скоротити час на погодження документів (заяв, звітів) з кількох днів до кількох годин, зменшити використання паперу на 80%, а головне – зробити всі процеси відстежуваними (головний лікар у будь-який момент може побачити, на якому етапі виконання той чи інший документ). Також ця лікарня інтегрувала свою систему з зовнішніми – дані про пацієнтів автоматично надходять у центральну базу eHealth, а фінансові звіти – у систему казначейства. Така комплексна цифровізація закладу наразі ще не є повсюдною, але демонструє напрямок для інших. Результати – підвищення задоволеності персоналу (менше паперової тяганини), краща керованість (жоден документ не губиться, все проходить через електронний журнал) і

економія ресурсів. Інший приклад – система “розумного складу” в одній з київських лікарень: впроваджено програму обліку медикаментів з QR-кодуванням, яка в режимі реального часу показує залишки ліків на кожному відділенні. Завідувачі відділень через планшет можуть замовити потрібні ліки зі складу, а система автоматично списує їх і формує заявку на поповнення, коли запаси досягають певного мінімуму. Це зменшило ризик ручних помилок і недостач, лікарня оптимізувала свій формуляр і зекономила бюджетні кошти завдяки тому, що перестали замовляти “про запас” надмірні обсяги препаратів[39].

Успішні приклади є і в первинній ланці: багато амбулаторій впровадили систему електронного керування чергою пацієнтів, що усунуло живі черги і конфлікти. Пацієнт приходить на конкретний час, а якщо є затримка – бачить своє місце у черзі на екрані. Для керівника амбулаторії це теж інструмент: видно навантаження на кожного лікаря, час прийому, можна виявити, якщо якийсь лікар систематично порушує графік і т.д., і вжити заходів. Деякі центри ПМСД створили власні кол-центри з CRM-системами: це дозволяє відслідковувати всі дзвінки пацієнтів, вести запис, давати персоналу скрипти відповідей. Як результат – підвищується якість сервісу, пацієнти більш задоволені, а керівництво має дані (наприклад, скільки людей не додзвонилися, з яких питань були звернення). Такі нововведення стають можливими завдяки загальному зростанню цифрової культури в медзакладах.

Звіти та аналітика для управління. Успішною практикою на державному рівні стало оприлюднення дашбордів з відкритими даними НСЗУ. З 2020 р. НСЗУ веде портал open.nszu.gov.ua, де у вільному доступі оновлюються інтерактивні звіти про укладені договори, виплати закладам, кількість послуг, рецепти “Доступних ліків” тощо. Ці дані стали інструментом громадського контролю та водночас допомагають самій НСЗУ приймати рішення. Наприклад, аналіз даних показав нерівномірність покриття програмою реімбурсації по регіонах – на основі цього НСЗУ спільно з місцевою владою

розробили заходи для залучення більшої кількості аптек у віддалених селах. Такі приклади демонструють, що дані, зібрані електронною системою, реально працюють на покращення управління. МОЗ також публікує електронні звіти (наприклад, дашборд щодо перебігу вакцинальної кампанії проти COVID-19), які дозволяли бачити прогрес по кожній області і реагувати (передавати вакцини туди, де вони використовуються швидше, або підсилювати комунікацію там, де охоплення відстає) [36].

Успіхи України в цифровій трансформації охорони здоров'я були відзначені й на міжнародному рівні. Зокрема, у 2023 р. українські державні електронні сервіси охорони здоров'я (ЕКОЗ, портал вакцинації та ін.) потрапили до трійки фіналістів премії European eGovernment Awards за забезпечення прозорості та зручності державних послуг[40]. Це свідчить, що впроваджені рішення відповідають найкращим європейським практикам. Також у Звіті Єврокомісії 2025 р. щодо готовності України до єдиного цифрового ринку ЄС особливо була відзначена реформа електронної охорони здоров'я як одна з успішних (розділ “Захист прав споживачів та охорона здоров'я”)[40]. Подібні оцінки підтверджують правильність обраного курсу і додають мотивації продовжувати зміни.

Підсумовуючи, досвід 2021–2025 рр. в Україні демонструє, що цифрові підходи в управлінні охороною здоров'я реально працюють і дають результати. Від окремих лікарських амбулаторій до національних органів, цифровізація допомогла підвищити ефективність, прозорість і стійкість системи. Успішні кейси – це і велика кількість пацієнтів, зареєстрованих в eHealth, і врятовані через телемедицину життя, і зекономлені години робочого часу медиків, і задоволені пацієнти, які швидше отримують послуги. Ці приклади створюють основу для подальшого масштабування цифрових рішень. Попереду ще багато роботи – подолання залишкового опору, вдосконалення законодавства, захист даних, інтеграція всіх рівнів системи – але фундамент уже закладено. Цифрова трансформація охорони здоров'я в

Україні перейшла з фази експериментів у фазу зрілості, коли цифрові інструменти стали невід’ємною частиною кадрових, управлінських і технологічних процесів галузі. Головне завдання на наступні роки – розвинути цей успіх, забезпечивши сталий розвиток eHealth та максимальне використання його потенціалу для покращення здоров’я нації.

Висновки до розділу 4

Проведений аналіз показав, що цифрова трансформація відкриває нові шляхи покращення управління охороною здоров’я, забезпечуючи підвищену прозорість, автоматизацію рутинних процесів, ефективний розподіл ресурсів та використання даних для прийняття обґрунтованих рішень. Український досвід 2021–2025 років свідчить, що впровадження електронних систем, таких як eHealth, електронні реєстри, інформаційно-комунікаційні платформи та телемедичні сервіси, дозволяє оптимізувати роботу закладів, скоротити бюрократію, підвищити пацієнтоорієнтованість та забезпечити стійкість системи навіть у кризових умовах. Ці практичні кейси демонструють, що цифрові технології не лише полегшують управлінські процеси, а й створюють передумови для впровадження інноваційних моделей керування, таких як управління на основі доказів (evidence-based management) та використання штучного інтелекту для підтримки рішень. Таким чином, цифрова трансформація стає ключовим фактором модернізації системи охорони здоров’я, а її подальше масштабування сприятиме підвищенню ефективності управління, покращенню доступу до послуг та зміцненню довіри населення до медичної системи.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження, присвяченого аналізу та вдосконаленню управління людьми в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я в ПМД можна зробити такі ключові висновки:

1.Цифрова трансформація в охороні здоров'я є комплексним процесом, що не обмежується технічним оновленням, а являє собою глибинну перебудову всієї системи надання медичних послуг та управління нею. Її успішне впровадження в закладах ПМД безпосередньо залежить від трансформації управлінської діяльності, що вимагає переходу від традиційних до проактивних, дати-орієнтованих та гнучких методів керівництва.

2.Стан кадрового потенціалу ПМД характеризується значним розривом між існуючими компетенціями персоналу та вимогами цифрового середовища. Виявлено низку бар'єрів, серед яких переважають: недостатній рівень цифрової грамотності, опір змінам, пов'язаний зі страхом перед новими технологіями та втратою статусу, а також брак мотивації через професійне вигорання.

3. Впровадження цифрових технологій призводить до суттєвої зміни професійних ролей і функцій медичного та адміністративного персоналу ПМД. Зростає значення аналітичних навичок, здатності до роботи з електронними медичними записами, телемедициною та даними. Лікар та медсестра дедалі більше виконують функції координатора пацієнта та інтерпретатора цифрової інформації, що вимагає перегляду посадових інструкцій і системи оцінки діяльності.

4. Для подолання виявлених викликів запропоновано оптимальну модель підтримки персоналу ПМД, яка є комплексною та включає ключові компоненти: постійну освітню підтримку, організаційно-управлінську підтримку шляхом впровадження чітких алгоритмів роботи та оптимізації

навантаження; психологічну підтримку для створення комфортного середовища та подолання опору; технічну підтримку для забезпечення стабільної роботи інфраструктури.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вежновець, Т., & Короткий, О. (2024). Порівняння показників забезпеченості лікарями в Україні та деяких країнах Європейського Союзу. *Україна. Здоров'я нації*, (3), 32–40. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/05>
2. Вежновець, Т., & Вознюк, В. (2023). Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики- сімейними лікарями в Україні у період з 2008 по 2020 роки. *Україна. Здоров'я нації*, (1), 10–18. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/02>
3. Вежновець, Т., & Вознюк, В. (2023). Дослідження особливостей структури та провідних чинників мотивації у лікарів загальної практики – сімейних лікарів. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 78–85. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/12>
4. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні : ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова, Т. Вежновець, О. Звінчук, А. Латипов, І. Миронюк та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». - Київ, 2019. – 133 с.
5. Дуна Н. Г. Цифровізація як мегатренд міжнародної економіки [Електронний ресурс] / Н. Г. Дуна // *Бізнес Інформ*. - 2025. - № 3. - С. 48-53.
6. Mudge, G. H., Vilenskyi, A., Kumar, U., & Kohli, M. (2025). The future of Ukrainian healthcare: the digital opportunity. *Journal of global health*, 15, 03039. <https://doi.org/10.7189/jogh.15.03039>
7. Крицький О. В. Цифровізація медицини в умовах сучасного суспільства [Електронний ресурс] / О. В. Крицький // *Politology bulletin*. - 2020. - Iss. 84. - С. 82-92. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pv_2020_84_8
8. Бондар Г. Л. Цифровізація та співпраця Європейського союзу та України [Електронний ресурс] / Г. Л. Бондар // *Публічне управління та регіональний розвиток*. - 2023. - № 20. - С. 330-352. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/purr_2023_20_5
9. Карковська В. Я. Цифровізація як рушій управлінських трансформацій в освіті: теоретичний аспект [Електронний ресурс] / В. Я. Карковська, У. М. Федорович, М. І. Головчак // *Суспільство та національні інтереси*. - 2024. - № 8. - С. 638-646. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/scntint_2024_8_57
10. Пугачова М. В. Цифровізація медичної системи та демографічні процеси в Естонії [Електронний ресурс] / М. В. Пугачова // *Статистика*

України. - 2023. - № 3-4. - С. 84-95. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/su_2023_3-4_9

11. Булкот О. В. Цифровізація як визначальний фактор трансформації середовища міжнародного бізнесу [Електронний ресурс] / О. В. Булкот, Є. І. Демиденко // Ефективна економіка. - 2024. - № 8. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2024_8_78

12. WHO recommendations on digital interventions for health system strengthening [Електронний ресурс]. - World Health Organization, 2019. - Режим доступу: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>

13. Stachwitz, P., & Debatin, J. F. (2023). Digitalisierung im Gesundheitswesen: heute und in Zukunft [Digitalization in healthcare: today and in the future]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 66(2), 105–113. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03642-8>

14. Key Steps to Transforming Ukrainian Healthcare [Електронний ресурс] / Ministry of Health, Ukraine. - 2025. - Режим доступу: <https://en.moz.gov.ua/healthcare-reform>

15. Збрицька Т. П. Цифровізація та інноваційні технології у діяльності HR-аудиту [Електронний ресурс] / Т. П. Збрицька // Науковий вісник Одеського національного економічного університету. - 2025. - № 3. - С. 78-83. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Naykvo_2025_3_12

16. Чернецький О. В. Цифровізація управління кадровим потенціалом органів публічної влади: теоретичний аспект [Електронний ресурс] / О. В. Чернецький // Публічне адміністрування та національна безпека. - 2024. - № 6. - С. 89-100. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pubans_2024_6_13

17. Waldman, J. D., Smith, H. L., & Hood, J. N. (2003). Corporate culture: the missing piece of the healthcare puzzle. Hospital topics, 81(1), 5–14. <https://doi.org/10.1080/00185860309598010>

18. Braesemann, F., Stephany, F., Teutloff, O., Kässi, O., Graham, M., & Lehdonvirta, V. (2022). The global polarisation of remote work. PloS one, 17(10), e0274630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274630>

19. Денисенко, М. П., Бреус, С. В., & Левченко, О. М. (2025). Методи та моделі управління персоналом закладів охорони здоров'я. Актуальні питання економічних наук, (14). <https://doi.org/10.5281/zenodo.17009682>

20. Malakhov K. S. (2023). Insight into the Digital Health System of Ukraine (eHealth): Trends, Definitions, Standards, and Legislative Revisions. *International journal of telerehabilitation*, 15(2), e6599. <https://doi.org/10.5195/ijt.2023.6599>
21. Sobolieva-Tereshchenko, O. and Zhukova, Y. (2023). Application of the eHealth literacy in digital health management. *Management and Entrepreneurship: Trends of Development*, 3(25), pp. 70-81. doi: <https://doi.org/10.26661/2522-1566/2023-3/25-06>
22. Bilyk, L., Korylchuk, N., Maltsev, D., Rudenko, M., & Kozratska, O. (2023). TRANSFORMATION OF UKRAINIAN HEALTHCARE TO THE NEW CONDITIONS OF DEVELOPMENT: RISKS, SOLUTIONS, MODERNISATION OPTIONS. *Georgian medical news*, (344), 47–52.
23. Narayan, A., Petryk, M., Savchuk, S., Villarino, K., Lopez, I., Morgun, E., Bakirova, A., Kamets, B., Le Tran, Q., Komzyuk, S., Kharbas, V., Asch, S., & Pickering, A. (2024). TeleHelp Ukraine: A distributed international telemedicine response to the ongoing war. *Journal of global health*, 14, 04158. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04158>
24. Koehlmoos, T. P., Kanagaratnam, A., Korona-Bailey, J., Amowitz, Z., Maddox, J. S., Hamm, T. E., Berezyuk, O., & Lawry, L. L. (2025). Use of telemedicine for trauma care since the Russian invasion of Ukraine: A qualitative assessment. *Journal of telemedicine and telecare*, 31(9), 1344–1350. <https://doi.org/10.1177/1357633X241288299>
25. Александренко Г. Д. Механізми удосконалення управління цифровою охороною здоров'я : дис. ... д-ра філософії : 073 – Менеджмент / Александренко Гліб Дмитрович ; наук. кер. Шевченко М. В. – Київ, 2025. – 215 с.
26. Онлайн-медицина: що таке «eHealth», і чи спростить вона життя лікарям та пацієнтам [Електронний ресурс] / Hromadske. - 2025. - Режим доступу: <https://hromadske.ua/posts/onlayn-medicina-shcho-take-ehealth-i-chi-sprostit-vona-zhittya-likaryam-ta-paciyentam>
27. Цифрова освіта медпрацівників [Електронний ресурс] / КНМП «ЦПМСД №3» м. Кременчука. - 2022. - 27 грудня. - Режим доступу: <https://cpmsd3.kr.ua/novyny/tsyfrova-osvita-medpratsivnykiv>
28. Скільки в Україні сімейних лікарів та які зарплати вони отримують — розповідають у МОЗ [Електронний ресурс] / LB.ua. - 2025. -

14 травня. - Режим доступу:
https://lb.ua/society/2025/05/14/671321_skilki_ukraini_simeynikh_likariv.html

29. Матюха, Л. Ф., Колесник, П. О., Svab, I., & Katie, M. (Ред.). (2022). Сімейна медицина: Підручник для студентів, інтернів та лікарів. Ужгород: РІК-У. - 544 с. - ISBN 978-617-8046-59-0

30. Сприйняття сімейної медицини студентами і викладачами закладів вищої медичної освіти України [Електронний ресурс] / Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти». - 2019. - Листопад. - Режим доступу: <https://mededu.org.ua/wp-content/uploads/2021/05/report-family-medicine-for-web2.pdf>

31. Одарченко, К. (2020). Питання виживання: реалії медичної реформи. «Главком». - 24 липня. - Режим доступу: <https://glavcom.ua/publications/pitannya-vizhivannya-realiji-medichnoji-reformi-696905.html>

32. Розвиток цифрових компетентностей медичних працівників в умовах трансформації охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Державна установа "Центр громадського здоров'я МОЗ України". - 2024. - Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/rozvitok-cifrovikh-kompetentnostey-medichnikh-pratsivnikov-v-umovakh-transformaciyi-okhoroni>

33. Завантаженість сімейних лікарів зросла за рік у три рази [Електронний ресурс] / Opendatabot. - 2022. - 23 лютого. - Режим доступу: <https://opendatabot.ua/analytics/doctors-2022>

34. «70% лікарів страждають на професійне вигорання», — голова НСЗУ про найбільші болі сімейної медицини [Електронний ресурс] / LB.ua. - 2025. - 22 квітня. - Режим доступу: https://lb.ua/society/2025/04/22/670123_70_likariv_strazhdayut_na.html

35. Первинна ланка медичної допомоги: у 2021 році кількість надавачів, що уклали договори з НСЗУ, значно зросла [Електронний ресурс] / Кабінет Міністрів України. - 2021. - 19 травня. - Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/primarna-lanka-medichnoyi-dopomogi-u-2021-roci-kilkist-nadavachiv-shcho-uklali-dogovori-z-nszu-znachno-zroslo>

36. Лікарів у медсистемі побільшало, а медсестер — поменшало й бракує, – НСЗУ [Електронний ресурс] / LB.ua. - 2025. - 17 вересня. - Режим доступу: https://lb.ua/society/2025/09/17/673456_likariv_u_medsistemi_pobilshalo.html

37. Surji K. M., Sourchi S. M. The Essential Role of Human Resources Management in Healthcare and Its Impact On Facilitating Optimal Healthcare Services. Qalaai Zanist scientific Journal. 2020. Vol. 5, № 2. P. 1165–1188. DOI: <https://doi.org/10.25212/lfu.qzj.5.2.35>
38. Петренко В. І., Сидоренко О. М., Ковальчук Т. П. Стратегії управління людськими ресурсами в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Ефективна економіка. – 2024. – № 5. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=8765>
39. Управління персоналом у галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / IRChNUT. - Режим доступу: <https://ir.stu.cn.ua/123456789/26780>
40. Горбунова К. Цифрова медицина в дії: як eHealth змінює життя українців // Аптека online. - 2025. - № 40 (1511). - 13 жовтня. - С. 24-26.
41. Алгоритм пацієнта при отриманні е-лікарняного: хто створює МВТН і де його перевірити [Електронний ресурс] // eHealth. - 2023. - 13 грудня. - Режим доступу: <https://ehealth.gov.ua/2023/12/13/algorytm-patsiyenta-pry-otrymanni-e-likarnyanogo-hto-stvoryuye-mvtn-i-de-jogo-perevirty/>
42. Пілотний проєкт «Телемедицина» реалізовано у Луганському державному медичному університеті [Електронний ресурс] / Луганський державний медичний університет. - 2021. - 13 квітня. - Режим доступу: https://ndar.lova.gov.ua/oda/press/news/pilotniy_proiekt_telemedicina_realizovano_u_luganskomu_derzhavnomu
43. Пилипчук В. Автоматизація медичних установ — клінік, лікарень, санаторіїв [Електронний ресурс] // ЕМСІ. - 2021. - 14 жовтня. - Режим доступу: <https://emci.ua/statti/avtomatyzatsiia-medychnykh-ustanov-klinik-likaren-sanatotiiv/>
44. Сервіси МОЗ потрапили до трійки найкращих державних цифрових рішень [Електронний ресурс] // Укрінформ. - 2025. - 28 жовтня. - Режим доступу: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/4052390-servisi-moz-potrapili-do-trijki-najkrasih-derzavnih-cifrovih-risen.html>

ДОДАТКИ

Додаток А

Додаток 1. Цифрові сервіси eHealth та їх функції в управлінні людськими ресурсами

Цифровий сервіс	Рік впровадження	Основне призначення	Вплив на управління персоналом
Електронна черга на ендопротезування	2021	Єдина база пацієнтів, що потребують операції із заміни суглобів	Дозволяє керівникам оптимально розподіляти хірургічні бригади та матеріали, контролювати завантаження персоналу
Електронна система рейтингового розподілу в інтернатуру	2022	Автоматизований розподіл випускників-медиків на місця інтернатури	Забезпечує прозоре і справедливе направлення молодих лікарів у заклади, полегшує планування кадрової політики
Портал вакансій працівників охорони здоров'я	2022	Централізована публікація вакансій медичної сфери	Сприяє ефективному підбору персоналу, підвищує мобільність лікарів та медсестер, оптимізує кадровий менеджмент
Державний реєстр дезінфекційних засобів	2023	Електронний реєстр дозволених засобів	Підвищує контроль за використанням персоналом засобів гігієни, мінімізує помилки при виборі матеріалів

Цифровий сервіс	Рік впровадження	Основне призначення	Вплив на управління персоналом
Державний реєстр медичних виробів	2023	Реєстр зареєстрованих медичних виробів і обладнання	Дозволяє планувати навчання персоналу щодо використання нового обладнання, контролювати сертифікацію і безпеку
Електронна система безперервного професійного розвитку (Е-БПР)	2021	Онлайн-облік освітніх заходів та балів БПР	Керує процесом підвищення кваліфікації персоналу, дозволяє планувати навчальні програми та моніторити виконання вимог
Інформаційно-комунікаційна система «ЄКров»	2022	Відстеження запасів крові та її компонентів у режимі реального часу	Оптимізує роботу персоналу служби крові, планування графіків донорів і розподілу крові між центрами

Додаток Б. Опитувальник для сімейних лікарів щодо управління командою в умовах цифрової трансформації

Частина 1: Загальна інформація про респондента

1. Стаж роботи сімейним лікарем:

- A. Менше 5 років
- B. 5-10 років
- C. 11-15 років
- D. Понад 15 років

2. Чи обіймаєте Ви посаду завідувача/керівника відділення/центру ПМСД?

- A. Так
- B. Ні

3. Чисельність вашої безпосередньої команди (медичні сестри, асистенти, адміністратори тощо):

- A. 1-3 особи
- B. 4-6 осіб
- C. 7-10 осіб
- D. Понад 10 осіб

Частина 2: Рівень цифровізації та використання інструментів

4. Які з перелічених цифрових систем/інструментів використовуються у вашій повсякденній практиці/закладі? (Оберіть усі, що відповідають)

- A. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ)
- B. Телемедицина (відеоконсультації, дистанційний моніторинг)
- C. Електронні рецепти
- D. Цифрові системи внутрішнього документообігу (наприклад, 1С, Microsoft SharePoint)
- E. Програми для планування розкладу (електронний журнал)
- F. Інструменти для комунікації з пацієнтами (SMS, e-mail, чат-боти)
- G. Інші (вказіть): _____

5. Як ви оцінюєте рівень цифрової грамотності серед членів вашої команди?

- A. Дуже високий

- В. Високий
- С. Середній
- Д. Низький
- Е. Дуже низький

6. Які перешкоди ви вважаєте найбільш значними для ефективного впровадження цифрових інструментів у вашому закладі? (Оберіть 2-3 головні)

- А. Недостатнє технічне обладнання або інтернет
- В. Опір змін з боку персоналу
- С. Недостатня підготовка та навчання
- Д. Складність та незручність самих цифрових систем
- Е. Відсутність часу на опанування нового інструменту
- Ф. Недостатня технічна підтримка
- Г. Питання кібербезпеки та захисту даних
- Н. Інше (вкажіть): _____

Частина 3: Управління командою та комунікація

7. Як цифровізація вплинула на комунікацію всередині вашої команди?

- А. Значно покращила (швидший обмін інформацією, прозорість)
- В. Дещо покращила
- С. Не вплинула
- Д. Дещо погіршила (надмірність інструментів, інформаційне навантаження)
- Е. Значно погіршила

8. Які інструменти ви використовуєте для координації роботи команди та постановки завдань? (Оберіть усі, що відповідають)

- А. Особисті зустрічі/планерки
- В. Електронна пошта
- С. Месенджери (Viber, Telegram, Signal)
- Д. Корпоративні чати (Microsoft Teams, Slack)
- Е. Системи управління проектами (Trello, Asana)
- Ф. Інше (вкажіть): _____

9. Чи відчуваєте Ви, що цифрові інструменти допомагають вам ефективніше делегувати завдання?

- А. Так, значно
- В. Так, трохи
- С. Ні, не впливають

D. Ні, ускладнюють процес

Частина 4: Навчання та розвиток персоналу

10. Як часто ваша команда проходить навчання/тренінги з роботи з новими цифровими системами?

A. Регулярно (не рідше 1 разу на півроку)

B. В разі впровадження нової системи

C. Рідко та несистемно

D. Такі тренінги не проводяться

11. Хто є основним ініціатором та організатором навчання для вашої команди?

A. Адміністрація закладу

B. Я, як керівник

C. Міністерство охорони здоров'я/інші держорганізації

D. Постачальник програмного забезпечення

E. Ніхто, персонал вчиться самостійно

12. Яка форма навчання є найбільш ефективною, на вашу думку?

A. Очні майстер-класи та воркшопи

B. Онлайн-вебінари

C. Інструктажі "на робочому місці" від колег

D. Текстові інструкції та відеоуроки

E. Симуляції та тестові середовища

Частина 5: Виклики та підтримка

13. З якими основними викликами Ви стикаєтеся як керівник у цифровому середовищі? (Оберіть 2-3 головні)

A. Забезпечення мотивації персоналу до використання нових інструментів

B. Подолання опору змін (страх нового, ностальгія за старими методами)

C. Необхідність постійно вчитися самому і вчити команду

D. Збалансування часу між клінічною роботою та керівними функціями

E. Конфлікти між поколіннями в команді через різний рівень цифрової грамотності

F. Відчуття недостатньої підтримки з боку адміністрації

G. Інше (вказіть): _____

14. Яка підтримка була б для Вас найбільш корисною для ефективного управління командою в умовах цифровізації?

- A. Доступ до сучасного технічного обладнання та швидкого інтернету
- B. Регулярні безкоштовні курси підвищення кваліфікації для мене та моєї команди
- C. Наявність виділеного IT-фахівця для підтримки
- D. Чіткіші національні стандарти та інструкції з використання цифрових систем
- E. Менторські програми та обмін досвідом з іншими керівниками
- F. Фінансові стимули для мотивації персоналу
- G. Інше (вказіть): _____

Частина 6: Загальна оцінка та пропозиції

15. Загалом, як Ви вважаєте, цифрова трансформація...

- A. Значно полегшила управління моєю командою та покращила якість надання послуг.
- B. Дещо полегшила управління.
- C. Не вплинула на процеси управління.
- D. Дещо ускладнила управління.
- E. Значно ускладнила управління.

16. Які ваші пропозиції щодо вдосконалення процесів управління командою в умовах цифрової трансформації? (Наприклад, щодо навчання, комунікації, мотивації, технічної підтримки)

[Відкрите питання для текстової відповіді]

**Результати опитування сімейних лікарів щодо управління командою
в умовах цифрової трансформації**

№	Стать	Вік	Питання 4 (Інструменти)	Питання 5 (Грамотність)	Питання 6 (Перешкоди)	Питання 7 (Комунікація)	Питання 8 (Координація)	Питання 9 (Делегування)	Питання 10 (Навчання)	Питання 13 (Виклики)	Питання 14 (Підтримка)	Питання 15 (Загальний вплив)
1	Ж	24	ЕСОЗ, Е-рецепт	Середній	Складність, Час, Навчання	Дещо покращила	Месенджери	Так, трохи	В разі впровадження	Мотивація, Час	Курси, ІТ-фахівець	Дещо полегшила
2	Ч	24	ЕСОЗ, Телемед, Комунік	Високий	Техніка, Підтримка	Значно покращила	Месенджери, Корп. чати	Так, значно	Регулярно	Навчання, Підтримка	Обладнання, Стандарти	Значно полегшила
3	Ж	23	ЕСОЗ, Е-рецепт	Низький	Опір, Навчання	Не вплинула	Зустрічі, Пошта	Ні, не впливають	Рідко	Опір, Конфлікти	Курси, Менторство	Не вплинула
4	Ж	25	ЕСОЗ, Телемед, Розклад	Середній	Час, Складність	Дещо покращила	Месенджери, Пошта	Так, трохи	В разі впровадження	Час, Мотивація	Курси, Стимули	Дещо полегшила
5	Ч	24	ЕСОЗ, Докум-во	Середній	Техніка, Безпек а	Дещо погіршила	Пошта	Ні, ускладнюють	Такі тренінги не проводяться	Підтримка, Навчання	ІТ-фахівець, Стандарти	Дещо ускладнила
6	Ж	24	ЕСОЗ, Е-рецепт, Комунік	Високий	Підтримка, Складність	Значно покращила	Месенджери, Проекти	Так, значно	Регулярно	Мотивація	Обладнання, Курси	Значно полегшила
7	Ж	23	ЕСОЗ	Низький	Опір, Навчання	Не вплинула	Зустрічі	Ні, не впливають	Рідко	Опір, Конфлікти	Курси, Менторство	Не вплинула

№	Стать	Вік	Питання 4 (Інструменти)	Питання 5 (Грамотність)	Питання 6 (Перешкоди)	Питання 7 (Комунікація)	Питання 8 (Координація)	Питання 9 (Делегування)	Питання 10 (Навчання)	Питання 13 (Виклики)	Питання 14 (Підтримка)	Питання 15 (Загальний вплив)
8	Ч	25	ЕСОЗ, Телемед, Докум-во	Високий	Час, Підтримка	Значно покращила	Корп. чати, Месенджери	Так, значно	Регулярно	Навчання	ІТ-фахівець, Стандарти	Значно полегшила
9	Ж	24	ЕСОЗ, Е-рецепт, Розклад	Середній	Навчання, Складність	Дещо покращила	Месенджери	Так, трохи	В разі впровадження	Час	Курси, Стимули	Дещо полегшила
10	Ж	25	ЕСОЗ, Телемед	Високий	Техніка, Підтримка	Значно покращила	Месенджери, Пошта	Так, значно	В разі впровадження	Мотивація	Обладнання, Курси	Значно полегшила
11	Ч	23	ЕСОЗ	Середній	Складність, Опір	Не вплинула	Зустрічі, Месенджери	Ні, не впливають	Рідко	Конфлікти, Опір	Менторство, Курси	Не вплинула
12	Ж	24	ЕСОЗ, Е-рецепт, Комунік	Середній	Час, Навчання	Дещо покращила	Месенджери	Так, трохи	В разі впровадження	Час, Мотивація	Курси, Стимули	Дещо полегшила
13	Ж	25	ЕСОЗ, Телемед, Докум-во	Високий	Підтримка, Безпека	Значно покращила	Корп. чати	Так, значно	Регулярно	Навчання	ІТ-фахівець, Стандарти	Значно полегшила
14	Ч	24	ЕСОЗ, Розклад	Низький	Навчання, Опір	Не вплинула	Зустрічі	Ні, не впливають	Такі тренінги не проводяться	Опір	Курси, Менторство	Не вплинула

№	Стать	Вік	Питання 4 (Інструменти)	Питання 5 (Грамотність)	Питання 6 (Перешкоди)	Питання 7 (Комунікація)	Питання 8 (Координація)	Питання 9 (Делегування)	Питання 10 (Навчання)	Питання 13 (Виклики)	Питання 14 (Підтримка)	Питання 15 (Загальний вплив)
15	Ж	23	ЕСОЗ, Е-рецепт	Середній	Складність, Час	Дещо покращила	Месенджери, Пошта	Так, трохи	В разі впровадження	Час	Курси	Дещо полегшила
16	Ж	25	ЕСОЗ, Телемед, Комунік	Високий	Техніка, Підтримка	Значно покращила	Месенджери, Корп. чати	Так, значно	Регулярно	Мотивація	Обладнання, ІТ-фахівець	Значно полегшила
17	Ч	24	ЕСОЗ, Докум-во	Середній	Безпек а, Складність	Дещо погіршила	Пошта	Ні, ускладнюють	В разі впровадження	Підтримка	ІТ-фахівець, Стандарти	Дещо ускладнила
18	Ж	24	ЕСОЗ, Е-рецепт	Низький	Опір, Навчання	Не вплинула	Зустрічі	Ні, не впливають	Рідко	Опір, Конфлікти	Курси	Не вплинула
19	Ж	25	ЕСОЗ, Телемед, Розклад	Високий	Час, Підтримка	Значно покращила	Месенджери, Проекти	Так, значно	Регулярно	Навчання, Мотивація	Курси, Обладнання	Значно полегшила
20	Ч	23	ЕСОЗ	Середній	Навчання, Складність	Дещо покращила	Месенджери	Так, трохи	В разі впровадження	Час, Мотивація	Курси, Стимули	Дещо полегшила

Модель управління людськими ресурсами в цифровому середовищі

Модель управління людськими ресурсами у цифровому середовищі

