

УДК 351:614.2:331.108.2

DOI 10.35433/ISSN2410-3748-2026-1(38)-20

Гльїн Ігор

здобувач третього (науково-освітнього) рівня вищої освіти  
Житомирський державний університет імені Івана Франка<https://orcid.org/0009-0008-2080-7190>

## ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ КАДРОВОЮ СТІЙКІСТЮ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СІЛЬСЬКИХ ТА ВІДДАЛЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ

*У статті здійснено систематизацію закордонного досвіду утримання медичних кадрів у сільських та віддалених територіях у контексті сучасних викликів кадрової стійкості систем охорони здоров'я. Метою дослідження є узагальнення міжнародних підходів до розв'язання проблеми кадрового вибуття через аналіз трьох взаємопов'язаних аспектів: чинників, що зумовлюють нестійке закріплення медичних працівників; інструментів, які застосовуються для підвищення рівня їх утримання; та управлінських механізмів, через які ці інструменти реалізуються на різних рівнях публічного управління. Показано, що кадрова нестабільність у периферійних територіях має багатофакторний характер і формується під впливом професійного перевантаження, низької якості робочого середовища, професійної ізоляції, обмежених можливостей кар'єрного та професійного розвитку, несприятливих життєвих умов і труднощів соціальної інтеграції. На цій основі виокремлено ключові групи інструментів утримання кадрів: освітні, фінансові, регуляторні, інструменти професійної підтримки, організаційно-трудова, соціально-побутові, громадсько-орієнтовані та інструменти стратегічного кадрового планування. Обґрунтовано, що жоден із цих інструментів не забезпечує стійкого результату ізолювано; їх ефективність визначається узгодженістю, послідовністю застосування та адаптацією до особливостей конкретної території. Доведено, що найбільш результативними є багаторівневі, партнерські та контекстно чутливі моделі реалізації політики, у яких центральна влада формує нормативну й фінансову рамку, регіональний рівень координує та адаптує інструменти, а місцевий створює фактичні умови професійного і соціального закріплення фахівця. Зроблено висновок, що для України практична цінність цього досвіду полягає у необхідності переходу від фрагментарних кадрових рішень до довгострокової, міжсекторально узгодженої політики утримання, зорієнтованої на кадрову стійкість сільської медицини в умовах демографічного старіння, територіальних диспропорцій та повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.*

**Ключові слова:** утримання медичних кадрів, сільські та віддалені території, публічне управління охороною здоров'я, кадрова політика, інструменти утримання, багаторівневе врядування, кадровий дефіцит.

## INTERNATIONAL EXPERIENCE IN PUBLIC ADMINISTRATION OF HEALTH WORKFORCE SUSTAINABILITY IN RURAL AND REMOTE AREAS

*The article systematizes international experience in retaining healthcare workers in rural and remote areas within the context of contemporary challenges to the workforce sustainability of health systems. The purpose of the study is to summarize international approaches to addressing workforce attrition through the analysis of three interrelated dimensions: the factors that cause unstable retention of healthcare professionals; the instruments used to improve their retention; and the governance mechanisms through which these instruments are implemented at different levels of*

*public administration. The study demonstrates that workforce instability in peripheral territories is multifactorial and is shaped by professional overload, poor working environments, professional isolation, limited career and professional development opportunities, unfavorable living conditions, and difficulties of social integration. On this basis, the paper identifies the main groups of retention instruments, including educational, financial, regulatory, professional support, organizational and labor-related, social and living-condition, community-oriented, and strategic workforce planning instruments. It is argued that none of these instruments can ensure sustainable results in isolation; their effectiveness depends on coherence, consistency of implementation, and adaptation to the specific characteristics of a given territory. The article shows that the most effective models are multilevel, partnership-based, and context-sensitive, in which the central government establishes the regulatory and financial framework, the regional level coordinates and adapts the instruments, and the local level creates the actual conditions for the professional and social embedding of healthcare workers. It is concluded that, for Ukraine, the practical value of this experience lies in the need to move from fragmented personnel decisions to a long-term, intersectorally coordinated retention policy aimed at strengthening the workforce sustainability of rural healthcare under conditions of demographic ageing, territorial disparities, and post-war health system recovery.*

**Keywords:** *healthcare workforce retention, rural and remote areas, public administration of healthcare, health workforce policy, retention instruments, multilevel governance, workforce shortage.*

**Постановка проблеми.** Проблема кадрового забезпечення сільських та віддалених територій є однією з найбільш стійких і структурно складних у сфері публічного управління охороною здоров'я. Попри значний масив міжнародних досліджень і накопичений практичний досвід, більшість країн продовжує стикатися з вираженими диспропорціями в розподілі медичних кадрів між міськими та сільськими районами. Ця нерівномірність не є випадковою: вона відтворюється системно, оскільки зумовлена комплексом взаємопов'язаних чинників – професійних, організаційних, соціальних та управлінських, – подолання яких потребує цілеспрямованої й інституційно спроможної державної політики.

Актуальність теми посилюється загальносвітовими демографічними тенденціями. Старіння населення формує зростаючий попит на медичні послуги саме в тих територіях, де кадровий дефіцит є найбільш вираженим, а самі медичні працівники також старіють і вибувають із системи швидше, ніж поповнюються нові когорти фахівців. В умовах обмеженості кадрових ресурсів і нерівномірності їх розподілу питання утримання медичних працівників у периферійних регіонах набуває не лише галузевого, а й ширшого

управлінського виміру – як проблема територіальної справедливості та доступності публічних послуг.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У сучасній міжнародній науковій літературі проблема утримання медичних кадрів у сільських та віддалених територіях висвітлюється у кількох основних дослідницьких напрямках. Насамперед увага зосереджується на виявленні чинників, що впливають на кадрову стабільність у периферійних районах. У працях С. Marchand і S. Peckham, G. I. C. Mbemba, M.-P. Gagnon і L. Hamelin-Brabant, U. Lehmann, M. Dieleman і T. Martineau, а також M. Willis-Shattuck та співавторів проаналізовано значення умов праці, професійної мотивації, можливостей розвитку, життєвого середовища та соціальної інтеграції для утримання медичних працівників. Окремий блок становлять дослідження, присвячені ефективності конкретних інструментів кадрової політики. У цьому контексті праці D. Russell та співавторів, M. R. McGrail, B. G. O'Sullivan і D. J. Russell, F. Noya та співавторів, L. Grobler, B. J. Marais і S. Mabunda, G. Tort-Nasarre та співавторів, S. Kumar і B. Clancy, A. Bland та співавторів зосереджені на освітніх, фінансових, регуляторних, організаційних і громадсько-орієнтованих засобах утримання персоналу. Важливу нормативно-аналітичну основу становлять документи World Health Organization, зокрема *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* та *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. Водночас аналіз наявних публікацій засвідчує, що питання управлінських механізмів реалізації політики утримання кадрів на різних рівнях публічного управління досліджено меншою мірою. Саме ця обставина визначає наукову доцільність і дослідницьку логіку цієї статті.

**Мета статті:** Метою статті є систематизація закордонного досвіду утримання медичних кадрів у сільських та віддалених територіях у вимірі трьох взаємопов'язаних аспектів: чинників, що зумовлюють нестійке закріплення персоналу; інструментів, що застосовуються для протидії вибуттю кадрів; та управлінських механізмів, через які ці інструменти реалізуються на різних

рівнях публічного управління. Такий аналіз дозволяє сформулювати управлінські уроки, релевантні для країн, що здійснюють реформи в галузі охорони здоров'я, зокрема для України.

**Виклад основного матеріалу.** Проблема вибуття медичних працівників із сільської місцевості має багатофакторний характер і не може бути пояснена дією якогось одного чинника. Міжнародний досвід свідчить, що рішення залишити роботу в периферійних громадах формується під впливом поєднання професійних, організаційних і соціально-побутових обставин. У зв'язку з цим доцільно виокремити основні причини, які найчастіше підривають кадрову стабільність і прискорюють відтік медичних кадрів із сільських територій.

Першим важливим чинником є професійне перевантаження. Зростання робочого навантаження є одним із ключових чинників кадрової нестабільності в первинній ланці охорони здоров'я. Задоволеність роботою виступає головним предиктором утримання персоналу, а перевантаження безпосередньо підриває цю задоволеність – відтак зменшення навантаження є не факультативним, а обов'язковим елементом стратегії утримання кадрів [1, с. 1, 6]. Демографічне старіння населення посилює цю проблему: скорочення чисельності персоналу перекладає дедалі більший обсяг роботи на тих, хто залишається, що збільшує ризики вигорання та загрози для здоров'я і добробуту працівників. У сільських і віддалених районах ці процеси проявляються найгостріше [2, с. iv284].

По-друге, вагомим чинником виступає низька якість робочого середовища. Доступність ресурсів, якість управління закладом та стан його інфраструктури є значущими чинниками, що визначають рішення медичного працівника залишати або утримуватись на посаді. В країнах, що розвиваються, умови праці та організаційне середовище – зокрема управлінська підтримка, наявність обладнання й стабільність зайнятості – належать до провідних причин вибуття персоналу [3, с. 64-65]. Кількісне підтвердження цього зв'язку наводить аналіз предикторів наміру лікарів залишатися на роботі: найсильнішим є загальна задоволеність роботою, за нею – вік, задоволеність характером роботи та перспективами кар'єрного розвитку. Показово, що лікарі з

фіксованим графіком роботи демонструють вищий рівень намірів залишатися порівняно з тими, хто працює за змінним графіком, – що вказує на значення передбачуваності й стабільності умов праці [4, с. i28–i30].

По-третє, окремим чинником є професійна ізоляція. Медичні працівники у сільських і віддалених громадах нерідко функціонують в умовах обмеженої командної взаємодії, слабшого професійного зв'язку та недостатньої управлінської підтримки. У дослідженнях наголошується, що для утримання кадрів у таких територіях критично важливими є згуртована команда, підтримувальний стиль управління, безпечне й добре оснащене клінічне середовище, а також належний цифровий зв'язок і доступ до мереж професійної взаємодії [5, с. 3–4].

Четвертим чинником є обмежені можливості кар'єрного та професійного розвитку. Відсутність чітких кар'єрних траєкторій і можливостей для професійного просування є самостійним і вагомим чинником вибуття медичних кадрів із периферійних територій. ВООЗ прямо констатує: за відсутності таких можливостей у сільській місцевості працівники, зорієнтовані на професійне зростання, змушені переміщуватися до міст [6, с. 49–50]. Водночас заходи, що підтримують розширення навичок або підвищення кваліфікації вже працюючих у сільській місцевості фахівців, стійко пов'язані з вищим рівнем їхнього утримання [7, с. 1]. Це свідчить про те, що інвестиції в розвиток наявного персоналу є не менш важливими, ніж залучення нових кадрів.

П'ятим чинником є невідповідність життєвих умов, очікуванням працівника та його сім'ї. Рішення медичного працівника залишитися на посаді у сільській місцевості визначається не лише професійними, а й побутовими чинниками. Забезпеченість житлом, доступ до медичної допомоги, наявність шкіл для дітей, якість транспортної та комунальної інфраструктури утворюють те загальне життєве середовище, яке визначає привабливість або непривабливість місця роботи для фахівця та його родини [8, с. 4–5]. Ігнорування цих чинників у кадровій політиці суттєво знижує результативність будь-яких інших заходів із залучення та утримання персоналу.

Шостим чинником є труднощі соціальної інтеграції. Утримання медичних працівників у сільській місцевості значною мірою залежить від того, наскільки успішно фахівець інтегрується в місцеву громаду. Важливу роль у цьому процесі відіграють соціальні зв'язки – наявність родини чи друзів поруч, а також збіг між способом життя, що пропонує місцевість, і особистими цінностями та уподобаннями працівника. Брак підготовки до роботи в сільських умовах і упереджене сприйняття периферійних територій знижують готовність фахівців до переїзду й ускладнюють їхнє подальше вкорінення в новому середовищі [9, с. 2]. Таким чином, соціальна інтеграція є не другорядним, а структурно важливим компонентом кадрової стабільності.

Виокремлення основних причин вибуття медичних працівників із сільських територій має не лише аналітичне, а й безпосередньо прикладне значення, оскільки дозволяє зрозуміти, на які саме чинники повинна бути спрямована політика утримання кадрів. Якщо кадрова нестабільність формується під впливом професійного перевантаження, низької якості робочого середовища, професійної ізоляції, обмежених можливостей розвитку, несприятливих життєвих умов і труднощів соціальної інтеграції, то відповідь на ці виклики має бути комплексною та багаторівневою. Саме тому міжнародний досвід утримання медичних працівників у сільській місцевості ґрунтується не на одному універсальному рішенні, а на поєднанні різних інструментів, кожен із яких спрямований на послаблення конкретних причин вибуття та зміцнення кадрової стабільності. На основі закордонних джерел було виділено наступні інструменти.

Першим інструментом є освітній інструмент. Освітні заходи діють на утримання медичних кадрів насамперед через два взаємопов'язані механізми: цільовий відбір абітурієнтів із сільського середовища та організацію тривалішої підготовки безпосередньо в периферійних регіонах. Тривала регіональна підготовка у поєднанні з попереднім зв'язком студента з конкретною територією суттєво підвищує ймовірність повернення випускника до роботи саме там — а отже освітня політика може цілеспрямовано використовуватися

як інструмент територіального кадрового закріплення [10, с. 1–2]. Ефективність освітнього інструменту зростає, коли він поєднує три елементи: регіональну медичну школу, занурення студентів у практику місцевої громади під час навчання та відбір осіб із сільським походженням. Позитивний досвід такого занурення статистично пов'язаний із перевагою роботи в сільській місцевості після завершення навчання, а регіональна медична школа забезпечує кадровий потік саме у свою периферійну зону [11, с. 1, 11].

Важливим інструментом є фінансовий інструмент. Фінансові стимули належать до найчастіше застосовуваних інструментів кадрової політики, однак їхня самодостатність є ілюзорною. Низький рівень оплати праці демотивує персонал, змушує шукати додаткову зайнятість і посилює відтік кадрів, проте підвищення заробітної плати само по собі не гарантує стабільного утримання [12, с. 1, 4]. Фінансові стимули дають результат у поєднанні з покращенням умов праці та реальними можливостями кар'єрного просування — і саме в такому комбінованому вигляді вони є значущим чинником утримання, особливо в країнах із нижчим рівнем доходу [3, с. 61, 64-65].

Наступним інструментом є регуляторний інструмент. До регуляторних інструментів належать цільові стипендії з юридично закріпленим зобов'язанням відпрацювання у сільській місцевості, обов'язкова громадська служба та інші форми примусового розподілу. Такі заходи здатні вирішувати проблему короткострокового покриття кадрового дефіциту, однак за відсутності належних умов праці та підтримки вони можуть формувати стійке відчуження від сільської практики й унеможливити довгострокове закріплення кадрів [13, с. 30]. Програми відпрацювання, пов'язані з отриманням візових пільг, доступу до ліцензій або реєстраційних номерів постачальника послуг, асоціюються з порівняно низьким рівнем довгострокового утримання — особливо після завершення встановленого зобов'язання. Примусові регуляторні механізми потребують обережного застосування в тих випадках, коли метою є саме стійке, а не тимчасове закріплення медичних кадрів [7, с. 21].

Ще одним інструментом є інструмент професійної підтримки. Підтримувальні механізми – мережі взаємодопомоги, виїзна спеціалізована допомога, телемедицина, постійний зв'язок між первинним, вторинним і третинним рівнями – ВООЗ розглядає як самостійний і рівноправний інструмент утримання кадрів. Телемедицина та виїзна підтримка підвищують компетентність і задоволеність роботою медичних фахівців периферії, а професійні мережі допомагають долати ізоляцію та знижувати рівень стресу [6, с. 48, 69]. Ефективна професійна підтримка має бути вбудована у ширшу модель забезпечення кадрової стабільності. Вона охоплює згуртованість команди, підтримувальний стиль управління, безпечне та добре оснащене клінічне середовище, а також міжсекторальні інвестиції в навчання і просування по службі. Таким чином, ця група інструментів поєднує наставництво, організаційний супровід і можливості фахового зростання в єдину підтримувальну систему [5, с. 3–4].

Окремим інструментом є організаційно-трудоий інструмент. Організація праці є самостійним і вагомим полем кадрової політики. Лікарі з фіксованим, передбачуваним графіком роботи, вищою задоволеністю умовами праці та реальними перспективами кар'єрного зростання значно частіше виявляють намір залишатися на посаді. Це свідчить про те, що якість організаційного середовища є не менш значущою, ніж рівень заробітної плати [4, с. i28–i30]. Організаційно-трудоий інструмент повинен включати якісне наставництво, індивідуалізований підхід до підготовки, стабільні й довгострокові трудові контракти та зниження бюрократичного навантаження. Короткострокові й невизначені пропозиції зайнятості разом із надмірною адміністративною роботою системно підривають здатність організації утримувати кадри [14, с. 5, 8].

Важливим інструментом є соціально-побутовий інструмент. Рішення медичного працівника залишатись у периферійній місцевості залежить не лише від умов на робочому місці, а й від якості повсякденного життя на цій території. Забезпеченість житлом, доступ до медичної допомоги, наявність шкіл для дітей,

стан доріг, транспорту, водо- та електропостачання утворюють те середовище, що визначає реальну привабливість місця роботи [8, с. 4–5]. Соціально-побутовий інструмент принципово відрізняється від решти тим, що його об'єктом є не окремих фахівець, а родина в цілому. Стратегії утримання, які не беруть до уваги соціальний контекст і вплив сімейного оточення, є приреченими на обмежену результативність. Натомість якість побутових умов, баланс між роботою та особистим життям, а також сімейна та громадська підтримка є вирішальними чинниками довгострокового закріплення кадрів [15, с. 9–10].

Наступним інструментом є громадсько-орієнтований інструмент. Утримання медичних кадрів у сільській місцевості не може бути виключно галузевим завданням – воно потребує активної участі місцевої громади, органів місцевого самоврядування, освітніх установ, бізнесу та інших зацікавлених сторін. Успішні стратегії, орієнтовані на конкретне місце, виникають там, де всі учасники спільно мобілізують ресурси, спираються на місцеве знання й адаптують інструменти до особливостей конкретної території [9, с. 5]. Практичним втіленням цього підходу є моделі залучення лікаря до справ громади: участь у консультаціях, прозора комунікація, спільне прийняття рішень і побудова довіри між медичними працівниками та місцевою спільнотою. Такі механізми підтримують не лише первинний рекрутинг, а й безперервність надання допомоги та довгострокову стійкість сільських медичних служб [16, с. 1–2].

Завершальним інструментом є інструмент стратегічного кадрового планування. Кадрова криза у сільських і віддалених районах є найгострішою саме там, де відсутні розвинені підходи до врядування та системний розвиток і впровадження кадрової політики [2, с. iv284]. Подолання цієї прогалини потребує не лише підвищення інституційної обізнаності щодо проблеми, а й створення інклюзивних інституційних механізмів, спеціалізованих підрозділів з кадрової політики, узгодженого планування, обґрунтування інвестицій у кадрові ресурси та постійного моніторингу й підзвітності [17, с. 30–31].

Стратегічне кадрове планування, таким чином, виступає системною рамкою, у межах якої лише й можуть бути результативно інтегровані інші заходи утримання.

Огляд основних інструментів закріплення медичних кадрів у периферійних територіях показує, що жоден із них не є самодостатнім. Освітні, фінансові, регуляторні, організаційні та соціально-побутові заходи дають стійкий результат лише тоді, коли вони узгоджені між собою, послідовно реалізуються впродовж усього кадрового циклу та адаптовані до специфіки конкретної території. Проте здатність поєднати ці інструменти в єдину дієву стратегію залежить не від самих інструментів, а від якості управлінської архітектури, в межах якої вони застосовуються. Питання про те, які саме механізми публічного управління – на національному, регіональному та місцевому рівнях – забезпечують практичну реалізацію політики утримання, є, таким чином, ключовим для розуміння відмінностей між країнами за результатами кадрового закріплення.

Закордонний досвід переконливо засвідчує: політика утримання медичних кадрів у сільських та віддалених територіях дає стійкий результат лише тоді, коли вона реалізується не як сукупність розрізнених заходів, а як цілісна багаторівнева система управління. Запровадження окремих освітніх, фінансових, регуляторних чи соціально-побутових інструментів не забезпечує тривалого кадрового закріплення за відсутності інституційної узгодженості між ними та належної організаційної спроможності для їх практичного впровадження. Саме тому в зарубіжних країнах увага дедалі більше зміщується від питання, які інструменти застосовуються, до питання, як вони поєднуються, ким координуються і на якому рівні влади забезпечується їх реалізація [6, с. 7–8; 19].

Ключова роль у цій системі належить центральній владі, яка формує нормативну рамку кадрової політики, визначає її стратегічні цілі та створює фінансові передумови для реалізації. На національному рівні закріплюються принципи територіальної справедливості в доступі до медичної допомоги,

затверджуються загальні підходи до розвитку, залучення та утримання персоналу, встановлюються правила застосування стимулів і зобов'язань. Водночас центральна влада виконує не лише нормотворчу, а й інтеграційну функцію: вона визначає модель поєднання інструментів – чи будуть освітні заходи доповнені цільовими фінансовими стимулами, чи супроводжуватимуться регуляторні механізми професійною підтримкою, чи буде розвиток телемедицини пов'язаний із розширенням клінічного наставництва та безперервного фахового розвитку [17, с. 30–31].

Водночас навіть найбільш продумана національна політика не може бути результативною без ефективного регіонального рівня управління. Саме регіональні органи найчастіше забезпечують перетворення загальнонаціональних рішень на територіально конкретні кадрові програми, координують взаємодію між закладами охорони здоров'я, освітніми установами та місцевими громадами, а також адаптують загальні інструменти до особливостей окремих територій. На цьому рівні вирішується, які периферійні зони мають найбільший кадровий дефіцит, де доцільно концентрувати освітню підготовку, як вибудовувати маршрути професійної підтримки та де доцільно поєднувати фінансові стимули з житловими програмами. Таким чином, регіональний рівень виступає сполучною ланкою між стратегічною рамкою держави і конкретною просторовою конфігурацією кадрових потреб [11, с. 5–6].

Не менш важливим є місцевий рівень, оскільки довгострокове закріплення медичного працівника визначається не лише формальною наявністю стимулів, а й повсякденним досвідом його професійного та соціального життя в конкретній громаді. Саме громади, органи місцевої влади та локальні організації охорони здоров'я створюють умови, які перетворюють формальне призначення на реальне вкорінення фахівця на території. Йдеться про забезпечення житлом, підтримку родини, сприяння соціальній інтеграції, організацію передбачуваного режиму праці, формування підтримувального командного середовища, зниження адміністративного навантаження, а також

доступ до наставництва та фахових мереж. У цьому розумінні місцевий рівень є не просто виконавцем рішень, ухвалених вище, а середовищем, у якому політика утримання або набуває реального змісту, або втрачає свою ефективність [5, с. 1; 5–6].

Характерною рисою зарубіжних підходів є також те, що управлінські механізми утримання кадрів дедалі частіше будуються на основі партнерств. Стале кадрове закріплення в периферійних територіях забезпечується там, де держава, регіональні структури, місцеві громади, медичні заклади, освітні установи та професійні спільноти діють не ізольовано, а в межах спільної моделі відповідальності. Така модель дозволяє поєднати різноманітні ресурси: держава надає нормативні та фінансові інструменти, регіон забезпечує координацію, громада формує соціальне середовище, освітні установи – кадровий потік і фахову підготовку, а професійні спільноти – наставництво та канали фахової соціалізації. Перевага партнерського підходу полягає у здатності подолати вузькогалузеве бачення кадрової проблеми й перенести її у площину територіального розвитку та міжсекторальної взаємодії [11, с. 1; 11].

Принципово важливою рисою зарубіжних систем є також орієнтація механізмів реалізації на логіку тривалого кадрового циклу. Утримання починається не після працевлаштування, а значно раніше – на етапі відбору вступників, організації підготовки, формування позитивного досвіду роботи в сільському середовищі та встановлення зв'язку майбутнього працівника з конкретною територією. Далі цикл продовжується через поєднання первинного призначення з наставництвом, фаховою підтримкою, належною організацією праці, можливостями кар'єрного зростання і створенням прийнятних умов для життя родини. Такий підхід принципово відрізняється від вузького розуміння кадрової політики як одноразового залучення фахівця на вакантну посаду [5, с. 1; 5–6; 8].

Окремим управлінським уроком є те, що найвищу результативність демонструють не жорсткі примусові механізми, а збалансовані моделі, у яких нормативні зобов'язання поєднані з реальними фаховими та соціальними

перевагами. Якщо обов'язкове відпрацювання, контрактні обмеження або інші регуляторні заходи не супроводжуються належними умовами праці, фаховою підтримкою та можливістю нормального життя в громаді, вони здатні забезпечити лише короткострокове кадрове покриття. Натомість довгострокове закріплення виникає там, де формальна вимога підкріплюється відчуттям фахової перспективи, організаційної підтримки та соціальної прийнятності місця роботи. Саме тому в зарубіжній практиці механізми утримання дедалі частіше оцінюються не за кількістю формально направлених працівників, а за здатністю системи зберегти їх після завершення початкових стимулів або зобов'язань [6, с. 19; 40–41].

Узагальнюючи, можна стверджувати, що управлінські механізми реалізації політики утримання кадрів у зарубіжних країнах мають багаторівневий, партнерський і контекстно чутливий характер. Центральна влада задає рамку, ресурси й правила; регіональний рівень адаптує та координує; місцевий рівень забезпечує фактичні умови закріплення; а міжінституційні партнерства перетворюють окремі заходи на цілісну систему територіальної кадрової стійкості. Саме така архітектура реалізації дає підстави розглядати політику утримання медичних кадрів не як набір адміністративних рішень, а як складову сучасного публічного управління, зорієнтованого на довгострокову спроможність системи охорони здоров'я в периферійних територіях [9, с. 5; 17, с. 8–9].

**Висновки.** Узагальнення закордонного досвіду дає підстави розглядати утримання медичних кадрів у сільських та віддалених територіях як комплексне завдання публічного управління, ефективність якого визначається не окремими заходами, а якістю їх системного поєднання. Вибуття персоналу зумовлюється взаємодією професійного перевантаження, несприятливого робочого середовища, професійної ізоляції, дефіциту можливостей кар'єрного розвитку, невідповідності побутових умов очікуванням працівника та його сім'ї, а також труднощів соціального вкорінення. Це означає, що політика утримання повинна бути спрямована не лише на компенсацію кадрового

дефіциту, а й на формування цілісного середовища, у якому медичний працівник має професійні перспективи, належні умови праці та підстави для довгострокового закріплення на території.

Для України такий висновок має не лише теоретичне, а й безпосереднє практичне значення. В умовах демографічного старіння, нерівномірного територіального розподілу кадрів, кадрових втрат, пов'язаних із війною, та потреби у повоєнному відновленні системи охорони здоров'я особливої ваги набуває перехід від фрагментарних кадрових рішень до довгострокової, багаторівневої та міжсекторально узгодженої політики утримання. Її результативність залежатиме від здатності держави поєднати нормативне регулювання, фінансові стимули, регіональну координацію, розвиток локальної інфраструктури, професійну підтримку та участь громад у створенні умов для реального закріплення фахівців. Саме така модель може стати організаційною основою кадрової стійкості сільської медицини в Україні.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Marchand C., Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: A systematic review. *British Journal of General Practice*. 2017. Vol. 67, no. 657. P. e227–e237. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X689929>
2. European Public Health Association. PechaKucha: Health and care workforce retention: How to integrate the needs of rural and remote areas? *European Journal of Public Health*. 2025. Vol. 35, Supplement 4. P. iv284. URL: [https://academic.oup.com/eurpub/article/35/Supplement\\_4/ckaf161.699/8301359](https://academic.oup.com/eurpub/article/35/Supplement_4/ckaf161.699/8301359)
3. Mbemba G. I. C., Gagnon M.-P., Hamelin-Brabant L. Factors influencing recruitment and retention of healthcare workers in rural and remote areas in developed and developing countries: An overview. *Journal of Public Health in Africa*. 2016. Vol. 7. P. 565. DOI: <https://doi.org/10.4081/jphia.2016.565>
4. Osorio R., Morais R., Correia T. Physician retention in a context of workforce shortages: Evidence from Portugal's National Health Service with European policy

implications. *European Journal of Public Health*. 2026. Vol. 36, Supplement 1. P. i28–i33. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf239>

5. Abelsen B., Strasser R., Heaney D., Berggren P., Sigurðsson S., Brandstorp H., Wakegijig J., Forsling N., Moody-Corbett P., Healey Akearok G., Mason A., Savage C., Nicoll P. Plan, recruit, retain: A framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*. 2020. Vol. 18. P. 63. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>

6. World Health Organization. *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. Geneva : World Health Organization, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>

7. Russell D., Mathew S., Fitts M., Liddle Z., Murakami-Gold L., Campbell N., Ramjan M., Zhao Y., Hines S., Humphreys J. S., Wakerman J. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health*. 2021. Vol. 19. P. 103. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>

8. Lehmann U., Dieleman M., Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*. 2008. Vol. 8. P. 19. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>

9. Gillespie J., Cosgrave C., Malatzky C. Making the case for place based governance in rural health workforce recruitment and retention: Lessons from Canada and Australia. *Social Sciences & Humanities Open*. 2022. Vol. 6. P. 100356. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2022.100356>

10. McGrail M. R., O'Sullivan B. G., Russell D. J. Rural training pathways: The return rate of doctors to work in the same region as their basic medical training. *Human Resources for Health*. 2018. Vol. 16. P. 56. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0323-7>

11. Noya F., Carr S., Thompson S., Clifford R., Playford D. Factors associated with the rural and remote practice of medical workforce in Maluku Islands of

- Indonesia: A cross-sectional study. *Human Resources for Health*. 2021. Vol. 19. P. 126. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00667-z>
12. Willis-Shattuck M., Bidwell P., Thomas S., Wyness L., Blaauw D., Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008. Vol. 8. P. 247. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
13. Grobler L., Marais B. J., Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. No. 6. Art. CD005314. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>
14. Tort-Nasarre G., Vidal-Alaball J., Fígols Pedrosa M. J., Vazquez Abanades L., Forcada Arcarons A., Deniel Rosanas J. Factors associated with the attraction and retention of family and community medicine and nursing residents in rural settings: A qualitative study. *BMC Medical Education*. 2023. Vol. 23. P. 662. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04650-1>
15. Kumar S., Clancy B. Retention of physicians and surgeons in rural areas—what works? *Journal of Public Health*. 2021. Vol. 43, no. 4. P. e689–e700. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa031>
16. Bland A., Meyer A., Orrantia E., Hale I., Grzybowski S. Rural physician–community engagement: Building, supporting and maintaining resilient health care strategies in three rural Canadian communities. *Australian Journal of Rural Health*. 2024. Vol. 32. P. 930–937. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajr.13154>
17. World Health Organization. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva : World Health Organization, 2016. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

## REFERENCES

1. Marchand, C., & Peckham, S. (2017). Addressing the crisis of GP recruitment and retention: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 67(657), e227–e237. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X689929>

2. European Public Health Association. (2025). PechaKucha: Health and care workforce retention: How to integrate the needs of rural and remote areas? *European Journal of Public Health*, 35(Supplement 4), iv284. [https://academic.oup.com/eurpub/article/35/Supplement\\_4/ckaf161.699/8301359](https://academic.oup.com/eurpub/article/35/Supplement_4/ckaf161.699/8301359)
3. Mbemba, G. I. C., Gagnon, M.-P., & Hamelin-Brabant, L. (2016). Factors influencing recruitment and retention of healthcare workers in rural and remote areas in developed and developing countries: An overview. *Journal of Public Health in Africa*, 7, 565. <https://doi.org/10.4081/jphia.2016.565>
4. Osorio, R., Morais, R., & Correia, T. (2026). Physician retention in a context of workforce shortages: Evidence from Portugal's National Health Service with European policy implications. *European Journal of Public Health*, 36(Supplement 1), i28–i33. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf239>
5. Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., Wakegijig, J., Forsling, N., Moody-Corbett, P., Healey Akearok, G., Mason, A., Savage, C., & Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: A framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 18, 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>
6. World Health Organization. (2021). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>
7. Russell, D., Mathew, S., Fitts, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N., Ramjan, M., Zhao, Y., Hines, S., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health*, 19, 103. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>
8. Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 8, 19. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>

9. Gillespie, J., Cosgrave, C., & Malatzky, C. (2022). Making the case for place based governance in rural health workforce recruitment and retention: Lessons from Canada and Australia. *Social Sciences & Humanities Open*, 6, 100356. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2022.100356>
10. McGrail, M. R., O'Sullivan, B. G., & Russell, D. J. (2018). Rural training pathways: The return rate of doctors to work in the same region as their basic medical training. *Human Resources for Health*, 16, 56. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0323-7>
11. Noya, F., Carr, S., Thompson, S., Clifford, R., & Playford, D. (2021). Factors associated with the rural and remote practice of medical workforce in Maluku Islands of Indonesia: A cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 19, 126. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00667-z>
12. Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 8, 247. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
13. Grobler, L., Marais, B. J., & Mabunda, S. (2015). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD005314. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>
14. Tort-Nasarre, G., Vidal-Alaball, J., Fígols Pedrosa, M. J., Vazquez Abanades, L., Forcada Arcarons, A., & Deniel Rosanas, J. (2023). Factors associated with the attraction and retention of family and community medicine and nursing residents in rural settings: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 23, 662. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04650-1>
15. Kumar, S., & Clancy, B. (2021). Retention of physicians and surgeons in rural areas—what works? *Journal of Public Health*, 43(4), e689–e700. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa031>
16. Bland, A., Meyer, A., Orrantia, E., Hale, I., & Grzybowski, S. (2024). Rural physician–community engagement: Building, supporting and maintaining resilient

health care strategies in three rural Canadian communities. *Australian Journal of Rural Health*, 32, 930–937. <https://doi.org/10.1111/ajr.13154>

17. World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

*Дата першого надходження статті до видання: 24.03.2026*

*Дата прийняття статті до друку після рецензування: 07.04.2026*

*Дата публікації (оприлюднення) статті: 25.05.2026*

*Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)*