

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра «Управління персоналом і економіка праці»

Допущено до захисту  
Завідувач кафедри  
д.е.н., с.н.с  
**Познанська І.В**

\_\_\_\_\_  
(підпис)  
“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**на здобуття освітнього ступеня магістр**  
**зі спеціальності 051 «Економіка»**  
**за магістерською програмою професійного спрямування**  
**«Економіка»**

**на тему: «Інвестування в персонал організації та його ефективність»**  
**(на прикладі КНП «Чорноморська лікарня»)**

**Виконавець:**

Студентка 6 курсу 3 групи  
Факультету економіки і управління  
підприємництвом

**Вініченко Катерина Вадимівна** \_\_\_\_\_

/підпис/

**Науковий керівник:**

д.е.н., с.н.с.

**Познанська Інна Володимирівна** \_\_\_\_\_

/підпис/

**Одеса 2025**

## АНОТАЦІЯ

**Вініченко К.В. «Інвестування в персонал організації та його ефективність» (на прикладі КНП «Чорноморська лікарня»).**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра зі спеціальності 051 «Економіка» за освітньою програмою «Економіка». - Одеський національний економічний університет. – Одеса, 2025.

Кваліфікаційна робота магістра складається з трьох розділів.

*Об'єктом дослідження* виступає система інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня», як одна з основних складових загальної системи менеджменту підприємства. У роботі розглядаються теоретико-методологічні основи інвестування в персонал у сфері охорони здоров'я.

*Проаналізовано:*

- сучасний стан діяльності КНП «Чорноморська лікарня» за допомогою основних економічних показників (фінансовий звіт, продуктивність праці, динаміка ФОП, плинність кадрів, структура персоналу тощо);
- стан існуючої системи інвестування в персонал КНП «Чорноморська лікарня» (етапи, заходи, оцінка рівня ефективності).

*Запропоновано:*

- напрямки удосконалення системи інвестування в персонал;
- систему безперервного навчання;
- заходи з профілактики вигорання;
- проєкт «Положення про преміювання»;
- проєкт «Плану адаптації молодого фахівця».

Наведено обґрунтовані розрахунки економічного ефекту щодо пропозицій.

**Ключові слова:** інвестування в персонал, людський капітал, ефективність, рентабельність, професійне вигорання, навчання, мотивація.

## ANNOTATION

**Vinichenko K.V. «Investment in an Organization's Personnel and Its Effectiveness» (based on the case of the MNPE«Chornomorsk Hospital»).**

Master's Qualification Thesis for obtaining the educational degree of Master in the specialty 051 «Economics» under the educational program «Economics». Odesa National University of Economics – Odesa, 2025.

The Master's qualification thesis consists of three chapters.

*The object of the study* is the personnel investment system at the MNPE«Chornomorsk Hospital», considered as one of the key components of the organization's general management system. The thesis examines the theoretical and methodological foundations of investing in personnel in the healthcare sector.

*Analyzed:*

- the current state of operations of the MNPE«Chornomorsk Hospital» using key economic indicators (financial statements, labor productivity, wage fund dynamics, staff turnover, personnel structure, etc.);
- the condition of the existing personnel investment system at the enterprise (stages, measures, and assessment of effectiveness).

*Proposed:*

- directions for improving the personnel investment system;
- a system of continuous professional training;
- measures for burnout prevention;
- a draft "Regulation on Incentive Bonuses";
- a draft "Adaptation Plan for a Young Specialist."

Substantiated calculations of the economic effect of the proposed measures are provided.

**Keywords:** personnel investment, human capital, efficiency, profitability, professional burnout, training.

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>ВСТУП</b> .....                                                                                                               | 4   |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ<br/>ІНВЕСТУВАННЯ В ПЕРСОНАЛ МЕДИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ</b>                                |     |
| 1.1. Сутність та зміст концепцій інвестування в персонал.....                                                                    | 7   |
| 1.2. Особливості інвестування в персонал у закладах охорони здоров'я...                                                          | 16  |
| 1.3. Методичні засади оцінки ефективності інвестування в персонал<br>медичного закладу. ....                                     | 22  |
| Висновки до розділу 1.....                                                                                                       | 29  |
| <b>РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ІНВЕСТУВАННЯ В<br/>ПЕРСОНАЛ НА КНП «ЧОРНОМОРСЬКА ЛІКАРНЯ»</b>                                   |     |
| 2.1. Організаційно-управлінський аналіз діяльності КНП «Чорноморська<br>лікарня».....                                            | 32  |
| 2.2. Діагностика основних соціально-економічних та трудових<br>показників на КНП «Чорноморська лікарня».....                     | 41  |
| 2.3. Оцінка ефективності системи інвестування в персонал на КНП<br>«Чорноморська лікарня».....                                   | 54  |
| Висновки до розділу 2.....                                                                                                       | 65  |
| <b>РОЗДІЛ 3. ВИЗНАЧЕННЯ ШЛЯХІВ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ<br/>СИСТЕМИ ІНВЕСТУВАННЯ В ПЕРСОНАЛ НА КНП<br/>«ЧОРНОМОРСЬКА ЛІКАРНЯ»</b> |     |
| 3.1. Міжнародний досвід інвестування в персонал у медичній сфері.....                                                            | 68  |
| 3.2. Напрямки удосконалення системи інвестування в персонал на КНП<br>«Чорноморська лікарня».....                                | 78  |
| 3.3. Оцінка соціально-економічної ефективності запропонованих заходів.                                                           | 88  |
| Висновки до розділу 3.....                                                                                                       | 93  |
| <b>ВИСНОВКИ</b> .....                                                                                                            | 96  |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....                                                                                          | 102 |
| <b>Додатки</b> .....                                                                                                             | 109 |

## ВСТУП

*Актуальність теми дослідження.* В умовах трансформації системи охорони здоров'я України, її переходу до нової моделі фінансування, посилення конкуренції між медичними закладами та необхідності підвищення якості медичних послуг особливого значення набуває ефективне управління персоналом як основним стратегічним ресурсом організації. Посилення навантаження на систему охорони здоров'я внаслідок воєнних дій, зростаючі вимоги пацієнтів до медичного сервісу, необхідність забезпечення безперервності надання медичної допомоги зумовлюють потребу у розвитку кадрового потенціалу шляхом цілеспрямованих інвестицій у персонал.

Сучасні медичні заклади, зокрема комунальні некомерційні підприємства, вимушені оперативно адаптуватися до змін зовнішнього середовища, впроваджувати інноваційні підходи до управління, вдосконалювати систему мотивації та професійного розвитку персоналу. Інвестиції в персонал — у навчання, планування кар'єри, стимулювання, створення сприятливих умов праці — стають ключовою умовою підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності закладу. У зв'язку з цим особливо актуальним є дослідження інвестицій у персонал медичних організацій та оцінювання їх ефективності на практиці.

*Аналіз досліджень та публікацій.* Питанням аналізу ефективності інвестування коштів та аналізу трудових ресурсів присвячені праці провідних вчених. Авторами цих досліджень є: А.В. Кір'янов, К. Макконнелл, С. Брю, О.А. Грішнова, В.М. Данюк, А. Василик, В. Петюх, С.О. Цимбалюк, І.Є. Рисін, В.А. Савченко та ін.

Вагомий внесок у дослідження питання управління персоналом у сфері охорони здоров'я зробили такі науковці, як Ю. Андрійчук, В. Бабченко, О. Андрушко, І. Граматик, Г. Захарчин, Ж. Поплавська, Г. Зеленько, Л. Ганжурова, І. Сковронська, Т. Толокова та ін.

Попри значні теоретичні напрацювання з питань інвестування в

персонал та оцінювання його ефективності, зазначена проблематика потребує подальшого дослідження з урахуванням сучасних викликів воєнного часу, цифровізації медичної галузі та особливостей функціонування комунальних медичних підприємств.

*Об'єктом дослідження* виступає система інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня», як одна з основних складових загальної системи менеджменту підприємства.

*Предметом дослідження* являються теоретичні, методичні та практичні питання організації системи інвестування в персонал, а також напрямки її удосконалення на КНП «Чорноморська лікарня».

*Метою кваліфікаційної роботи* є розробка пропозицій щодо підвищення ефективності інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня».

*Для досягнення поставленої мети були поставлені наступні завдання:*

- *Розглянути* теоретико-методологічні аспекти інвестування в персонал медичної організації (сутність та зміст концепцій інвестування в персонал, їх особливості у закладах охорони здоров'я та методичні засади оцінки їх ефективності).
- *Дослідити* сучасний стан діяльності КНП «Чорноморська лікарня» за допомогою основних економічних показників (фінансовий звіт, продуктивність праці, динаміка ФОП, плинність кадрів, структура персоналу тощо).
- *Проаналізувати* стан існуючої системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня» (заходи та оцінка рівня ефективності).
- *Розробити* пропозиції щодо підвищення ефективності системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня».

*Новизна* представленої роботи полягає у:

- розробці комплексу напрямків щодо удосконалення системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня»;
- розробці проектів «Положення про преміювання» та «План адаптації молодого фахівця»;

- розрахунку економічної ефективності конкретних напрямків інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня».

Для вирішення поставлених завдань у роботі використовувались *методи* дослідження: теоретичного узагальнення, спостереження, класифікації, порівняння, аналізу, соціологічні дослідження тощо.

За результатами дослідження сформульовані напрямки удосконалення системи інвестування в персонал: розроблено заходи з профілактики вигорання; запропоновано форми безперервного навчання; надані рекомендації для вдосконалення системи мотивації у відповідності за принципом «оплати за результатами праці»; розроблені напрямки залучення молодих кадрів та заходи для виявлення потенційних лідерів серед персоналу, для формування кадрового резерву.

*Наведено* соціальний та економічний ефект від запропонованих заходів. Одержані результати вже частково впроваджені для вдосконалення системи інвестування в персонал КНП «Чорноморська лікарня» (Акт впровадження ).

*Джерелами інформації* для написання даної роботи є: наукові видання та практичні матеріали вітчизняних та закордонних авторів з досліджуваного питання, фінансові звіти підприємства, положення про відділ кадрів, інтернет-ресурси.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ІНВЕСТУВАННЯ В ПЕРСОНАЛ МЕДИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

### 1.1. Сутність та зміст концепцій інвестування в персонал

Тема інвестування у персонал останніми роками отримала широкий розвиток як у науковій літературі, так і у практичних управлінських підходах. Розвиток технологій, демографічні виклики та глобальна конкуренція за таланти зміщують акценти від витратної логіки до трактування персоналу як стратегічного активу. У цьому підрозділі розглядаються основні концепції інвестування у персонал, їхній зміст, переваги та обмеження.

*Традиційна HR-концепція* інвестування у персонал сформувалася у другій половині XX століття під впливом класичного управлінського підходу, який трактував працівників як ресурс, необхідний для виконання виробничих функцій. В основі цієї парадигми — розуміння інвестицій у персонал як сукупності витрат на забезпечення функціонування працівника в організації, зокрема на його підбір, навчання, оплату праці, соціальні гарантії та підтримку належних умов праці [1].

Головний акцент у межах традиційної концепції робиться на операційному рівні управління персоналом. Інвестиції тут мають чітко окреслену та відносно коротку мету: підвищення продуктивності працівників, скорочення витрат на плинність кадрів, підвищення задоволеності персоналу умовами праці та зменшення ризиків конфліктів. У цьому контексті інвестування розглядається як форма витратної діяльності, яка має дати швидкий ефект. Наприклад, витрати на тренінги трактуються як інвестиції лише в тому випадку, якщо вони призводять до безпосереднього зростання виробітку чи скорочення помилок у роботі.

Методологічно традиційна HR-концепція спирається на HR-метрики та КРІ короткострокового характеру, серед яких найчастіше використовуються:

- рівень плинності кадрів (turnover rate);
- середній час закриття вакансії (time-to-hire);

- рівень продуктивності (output на одного працівника);
- рівень задоволеності персоналу (employee satisfaction index).

Ці показники дозволяють менеджменту швидко оцінювати ефективність окремих програм і приймати оперативні рішення, наприклад, чи доцільно продовжувати певну форму навчання або систему бонусів.

Водночас слабкістю традиційної HR-концепції є відсутність довгострокового горизонту оцінки. Вона не враховує накопичувального ефекту від розвитку знань і навичок, амортизації компетенцій чи впливу корпоративної культури на фінансову стійкість компанії. Іншими словами, якщо працівник після навчання починає ефективніше працювати через пів року, а відтік кадрів скорочується через два роки, традиційна HR-модель ці результати недооцінює. Крім того, у межах цієї концепції часто ігноруються зовнішні ефекти — наприклад, підвищення привабливості роботодавця на ринку праці, зростання довіри клієнтів через більш професійний сервіс або покращення репутації компанії як соціально відповідальної.

Попри зазначені обмеження, традиційна HR-концепція має важливе значення для становлення сучасних підходів до інвестування у персонал. Вона створила основу для розуміння того, що витрати на працівників не можна розглядати лише як «зарплатний фонд», а варто сприймати як цілеспрямовані інвестиції в ефективність діяльності організації. Подальший розвиток цієї логіки відбувся через інтеграцію HR-метрик у більш комплексні системи оцінки — HR Scorecard, Balanced Scorecard, HR Analytics, які поступово зблизили традиційну концепцію з економічною теорією людського капіталу [1].

*Концепція людського капіталу* має глибоке економічне підґрунтя й виходить за межі суто управлінського розуміння інвестицій у персонал. Її становлення пов'язують з працями Т. Шульца та Г. Беккера, які у середині XX століття вперше обґрунтували ідею, що витрати на освіту, підготовку, підвищення кваліфікації та охорону здоров'я працівників є не поточними витратами, а капіталовкладеннями, які формують актив — людський капітал [2].

У цьому контексті персонал розглядається не як «робоча сила», а як накопичений запас знань, навичок, досвіду, мотивації та здоров'я, який здатний приносити організації економічну вигоду в майбутньому. Людський капітал функціонує за тією ж логікою, що й матеріальні чи фінансові активи: він може зростати за рахунок інвестицій (навчання, розвиток, інноваційна культура), зберігатися завдяки правильному управлінню (утримання кадрів, створення сприятливих умов праці), але й зменшуватися внаслідок амортизації (плинність, старіння компетенцій, вигорання персоналу).

Основними характеристиками концепції людського капіталу є:

- Інвестиційна природа персоналу. Вкладення у працівників трактуються як довгострокові інвестиції, які створюють додану вартість, підвищують продуктивність і конкурентоспроможність.
- Динамічність активу. Людський капітал не є статичним — він накопичується і водночас амортизується. Для організацій важливо підтримувати баланс між цими процесами.
- Прямий зв'язок з доходом. Зростання людського капіталу веде до покращення якості роботи, інноваційності та клієнтоорієнтованості, що безпосередньо впливає на фінансові результати.
- Довгострокова логіка. Ефекти інвестицій у людський капітал часто мають відкладений характер і проявляються на горизонті 3–10 років.

Концепція людського капіталу пропонує фінансово-економічний інструментарій, який складається з таких показників як:

- NPV (чиста приведена вартість) — дозволяє оцінити, чи майбутні вигоди від інвестицій у персонал перевищать витрати з урахуванням дисконтування.
- IRR (внутрішня норма рентабельності) — показує норму прибутковості інвестицій у людський капітал.
- ROI (віддача на інвестиції) — класичний показник, що порівнює вигоди та витрати.

Такі методи підкреслюють, що інвестиції у персонал — це не лише

«соціальна відповідальність», а економічно доцільні рішення з вимірюваною віддачею.

Серед сильних сторін цієї концепції слід зазначити: стратегічне бачення персоналу як активу; врахування довгострокових вигод і екстерналій (репутація, інноваційність, соціальний ефект); інтеграція HR-управління з фінансовим менеджментом. Однак є й обмеження, що пов'язані зі складністю вимірювання реального обсягу людського капіталу; труднощами в ідентифікації прямого причинного зв'язку між інвестиціями та фінансовими результатами та залежністю від зовнішніх чинників (економіка, демографія, регуляторне середовище).

Одним із найновіших підходів до управління персоналом є *концепція Skills-first*, що виникла у відповідь на швидкі технологічні зміни, цифровізацію та трансформацію ринку праці. Її головна ідея полягає у переорієнтації інвестування з формальних кваліфікацій на реальні навички працівників. Якщо традиційно кадрова політика базувалася на дипломах, сертифікатах чи посадових категоріях, то Skills-first підхід пропонує оцінювати і розвивати працівників насамперед за їхніми компетенціями, практичними знаннями та здатністю адаптуватися до нових вимог [3; 4].

Серед основних принципів Skills-first концепції слід виділити:

- пріоритет навичок, а не титулів. Для працівника важливо не те, яку він має освіту, а які конкретні навички здатний застосовувати у роботі.
- динамічне інвестування. Оскільки технології змінюються швидко, інвестиції у персонал повинні мати форму безперервного розвитку: upskilling (поглиблення існуючих компетенцій) та reskilling (опанування нових компетенцій).
- внутрішня мобільність. Організації інвестують у системи, що дозволяють працівникам переходити між посадами всередині компанії залежно від їхніх навичок, а не формальних посадових обмежень.
- аналіз навичок (skill-gap analysis). Інвестиції орієнтуються на виявлення прогалин у компетенціях і заповнення їх через цілеспрямовані освітні

програми.

- використання технологій. Для управління навичками застосовуються HR- та workforce-аналітика, платформи штучного інтелекту, системи прогнозування дефіциту компетенцій.

У цій концепції інвестиції у персонал охоплюють:

- розробку адаптивних програм навчання, які швидко змінюються під потреби ринку;
- створення цифрових платформ для управління навичками та їхньої оцінки;
- фінансування програм внутрішнього переміщення кадрів, що дозволяє максимально використовувати потенціал працівників;
- стимулювання самоосвіти та мікронавчання (microlearning, онлайн-курси, сертифікати).

Таким чином, організація інвестує не лише у розвиток окремого працівника, а й у систему управління навичками, яка стає її стратегічною перевагою.

Перевагами даної концепції є: висока адаптивність до технологічних змін; зниження ризику структурного безробіття; ефективніше використання внутрішніх ресурсів (працівники з актуальними навичками можуть перекваліфіковуватися для нових завдань); посилення конкурентоспроможності організації за рахунок швидкого оновлення компетенцій.

Серед недоліків експерти виділяють: високу вартість створення та підтримки системи управління навичками; швидке старіння багатьох компетенцій, що потребує постійного інвестування; ризик зниження значення фундаментальної освіти та базових знань, якщо акцент робиться лише на прикладних навичках.

Ще однією відносно новою концепцією у контексті інвестування у персонал є так звана *«ROI- та value-based концепція»*. Це сучасний підхід, який розглядає вкладення у працівників не як соціально-етичну діяльність чи

непрямі витрати, а як бізнес-кейс із чітко вимірюваними фінансовими та нефінансовими вигодами. Вона спирається на інструментарій інвестиційного аналізу (ROI, NPV, IRR) і переносить його на сферу управління персоналом, інтегруючи HR у систему стратегічного та фінансового менеджменту [5-7].

Інвестиції у персонал у цій моделі розглядаються як циклічний процес створення доданої вартості:

1. Вхід (інвестиції): фінансування навчальних програм, розвиток навичок, заходи з утримання та мотивації, цифрові рішення для HR.
2. Механізми (зміни у поведінці та процесах): підвищення компетентності, зростання залученості, покращення командної роботи.
3. Проміжні результати: підвищення якості послуг, скорочення плинності кадрів, зниження витрат на рекрутинг, підвищення продуктивності.
4. Фінансовий ефект: зростання прибутковості, оптимізація витрат, збільшення ринкової вартості компанії.
5. Реінвестування: частина отриманої вигоди спрямовується на подальший розвиток персоналу, формуючи замкнений цикл сталого зростання [5].

Ключовим індикатором ROI-підходу є Return on Investment (ROI). Окрім ROI, застосовуються також:

- NPV (чиста приведена вартість) — оцінює довгострокові вигоди з урахуванням фактора часу;
- IRR (внутрішня норма рентабельності) — дозволяє порівняти ефективність різних HR-програм;
- QI-ROI (quality improvement ROI) — концепт, розроблений для сфери охорони здоров'я, що включає нефінансові вигоди (якість послуг, безпека пацієнтів, задоволеність клієнтів) [7].

Особливістю сучасної версії Value-based концепції полягає у переході від суто фінансових показників до ціннісного (value-based) виміру. Це означає, що інвестиції в персонал оцінюються не лише через прямий прибуток, а й через: цінність для працівників (добробут, кар'єрні можливості, баланс робота—життя); цінність для клієнтів (якість сервісу, довіра, лояльність); цінність для

суспільства (зайнятість, інноваційність, соціальна стабільність). Таким чином, value-based розширює ROI-підхід, формуючи більш комплексне уявлення про ефективність інвестицій.

Перевагами Value-based концепції є: інтеграція HR у фінансову стратегію компанії; наявність чітких кількісних метрик для оцінки ефективності; врахування як фінансових, так і нефінансових вигод; орієнтація на довгострокове зростання та реінвестування. Водночас необхідно враховувати такі аспекти як: складність збору повних даних для розрахунків; довгий горизонт отримання ефекту (часто 2–5 років); ризик «звуження» бачення інвестицій лише до тих, що легко піддаються кількісному виміру.

Макроекономічний аспект інвестування у персонал розглядається в рамках *інституційно-суспільної концепції*, яка ґрунтується на уявленні про те, що людський капітал є не лише ресурсом окремої організації, а суспільним благом, від якого залежить конкурентоспроможність національної економіки, рівень соціальної стабільності та добробуту громадян. Ця парадигма активно розвивається у дослідженнях міжнародних організацій — Світового банку, WHO, McKinsey Global Institute, а також у політиках національних урядів [8-10].

Головна теза цієї концепції полягає у тому, що інвестиції у персонал - це державний пріоритет. У рамках ініціативи Human Capital Project Світовий банк підкреслює, що кожна країна повинна розглядати витрати на освіту, охорону здоров'я, професійну підготовку як довгострокові інвестиції у свій економічний розвиток [8]. У цьому контексті робиться акцент на міжсекторальну цінність. Тобто інвестиції у працівників створюють ефекти не лише для роботодавців, а й для суспільства в цілому: підвищується продуктивність, знижується безробіття, покращується якість послуг у сфері охорони здоров'я та освіти, зростає податкова база.

Не менш важливим аспектом є інституційні рамки, що означає - для реалізації цієї концепції потрібна підтримка на рівні державної політики: етичне регулювання міжнародної міграції кадрів [9], податкові стимули для

компаній, що інвестують у розвиток працівників, створення систем безперервної освіти. Також концепція охоплює таке питання як відповідальність бізнесу. Організації у цій логіці сприймаються не лише як економічні агенти, а й як інституції, що беруть участь у формуванні людського капіталу суспільства. Інвестування у персонал трактується як частина корпоративної соціальної відповідальності (CSR).

Для оцінки на макрорівні використовується такі індикатори:

- Human Capital Index (HCI) — комплексний індикатор Світового банку, що враховує освіту, здоров'я та перспективи майбутнього заробітку населення;
- OECD Skills Outlook — оцінка балансу між наявними та майбутніми навичками на ринку праці [11];
- прогнознi моделі дефіциту кадрів, які демонструють потенційні економічні втрати у разі недоінвестування [10] .

Для компаній у межах цієї концепції важливим стає не лише ROI, а й соціальний ефект інвестицій: скорочення безробіття, підвищення соціальної мобільності, формування інноваційного середовища.

Серед сильних сторін цієї концепції слід виділити:

- широкий системний підхід, що враховує не лише інтереси компаній, а й економіки загалом;
- підкреслення соціальної відповідальності бізнесу;
- створення інституційних умов для розвитку людського капіталу (законодавство, податкові стимули, державні програми).

Слабкі сторони:

- абстрактність для окремих організацій: складно виміряти прямий ефект на рівні компанії;
- залежність від державної політики й міжнародних регуляцій;
- ризик розриву між задекларованими суспільними цілями та практичними кроками бізнесу.

Більш узагальнено всі розглянуті концепції представлено у табл.1.1.

Таблиця 1.1.

## Порівняння концепцій інвестування у персонал

| Концепція           | Фокус                                     | Одиниця/<br>горизонт                          | Метрики                                             | Сильні/<br>слабкі<br>сторони                               |
|---------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Традиційна<br>HR    | Навчання,<br>мотивація,<br>умови праці    | Посада/відділ;<br>короткий горизонт           | Плинність,<br>продуктив-<br>ність,<br>задоволеність | Простота;<br>відсутність<br>довгостро-<br>кової<br>оцінки  |
| Людський<br>капітал | Нагромадження<br>людського<br>активу      | Організація;<br>довгий горизонт               | NPV, IRR,<br>ROI, індекси<br>компетент-<br>ностей   | Стратегічн<br>ий підхід;<br>складність<br>вимірюван<br>ня  |
| Skills-first        | Навички як<br>основа<br>конкурентності    | Роль/компетенції;<br>безперервний<br>горизонт | Skill-gap,<br>мобільність,<br>продуктивніст<br>ь    | Адаптивніс<br>ть; високі<br>витрати на<br>аналітику        |
| ROI/value-<br>based | Фінансова<br>віддача та<br>реінвестування | Організація; 12–36<br>міс.                    | ROI, QI-ROI,<br>NHCVM                               | Фінансова<br>валідність;<br>високі<br>вимоги до<br>даних   |
| Інституційна        | Соціально-<br>економічний<br>розвиток     | Національний/між<br>народний рівень           | Human Capital<br>Index,<br>макромоделі              | Широкий<br>ефект;<br>абстракт-<br>ність для<br>організацій |

*Джерело: розроблено автором на основі [1-11]*

Підсумовуючи ці концепції, інвестування в персонал визначимо як цілеспрямоване вкладення ресурсів (фінанси, час, управлінська увага) у формування, підтримання й оновлення людського капіталу та організаційних рутин з очікуваною економічною (ROI, продуктивність, маржа), операційною (якість, надійність процесів) і соціальною (залученість, добробут, репутація) віддачею. Це визначення є ширшим за традиційний HR-фокус і опирається на доказову логіку «інвестиція → механізм → результат → економічний ефект».

Таким чином, аналіз концепцій інвестування у персонал демонструє поступову еволюцію від управління витратами до управління активом, що створює довгострокову цінність для організацій і суспільства. Найбільш перспективним є комбінований підхід, що поєднує ROI-методику з skills-first

практиками та інституційним баченням людського капіталу. У наступному розділі ми розглянемо ці концепції з точки зору їх використання у сфері охорони здоров'я.

## **1.2. Особливості інвестування в персонал у закладах охорони здоров'я**

Заклади охорони здоров'я належать до найбільш трудоінтенсивних секторів економіки, де результати діяльності значною мірою визначаються компетентністю та залученістю працівників. За даними ОЕСР, на сферу охорони здоров'я та догляду припадає близько 10% усієї зайнятості, що свідчить про ключову роль людського капіталу у функціонуванні системи [3]. У такому контексті інвестиції в персонал мають розглядатися не як витрати, а як стратегічні вкладення, здатні забезпечувати економічний, клінічний та соціальний ефект [5].

На відміну від матеріальних чи фінансових ресурсів, людський капітал у сфері охорони здоров'я характеризується високою динамічністю та складністю вимірювання. Інвестиції в персонал охоплюють фінансування професійного навчання, підтримку робочого середовища, розвиток навичок, управління навантаженням і заходи із запобігання професійному вигоранню. У системі охорони здоров'я такі інвестиції мають безпосередній зв'язок із якістю надання медичних послуг, безпекою пацієнтів та економічною ефективністю лікувальних процесів [6].

Концептуально це ґрунтується на моделі Nursing Human Capital Value Model (NHCVM), яка була запропонована Yakusheva, Lee & Weiss [5] та є інноваційною концептуальною рамкою, що трактує медсестринський персонал не як витратну статтю, а як дохід-створюючий людський капітал. Особливістю моделі є її циклічна структура представлена на рис.1.1., яка відображає динаміку інвестування та віддачі:

1. Інвестиції: фінансування освіти, навчання, підвищення кваліфікації, підтримки умов праці.

2. Механізми: підвищення компетентності, ефективності командної взаємодії, здатності до впровадження інновацій.
3. Проміжні результати: зростання клінічної якості, безпеки, задоволеності пацієнтів.
4. Фінансова віддача: зменшення витрат на лікування, підвищення операційної ефективності, зростання доходів організації.
5. Реінвестування.

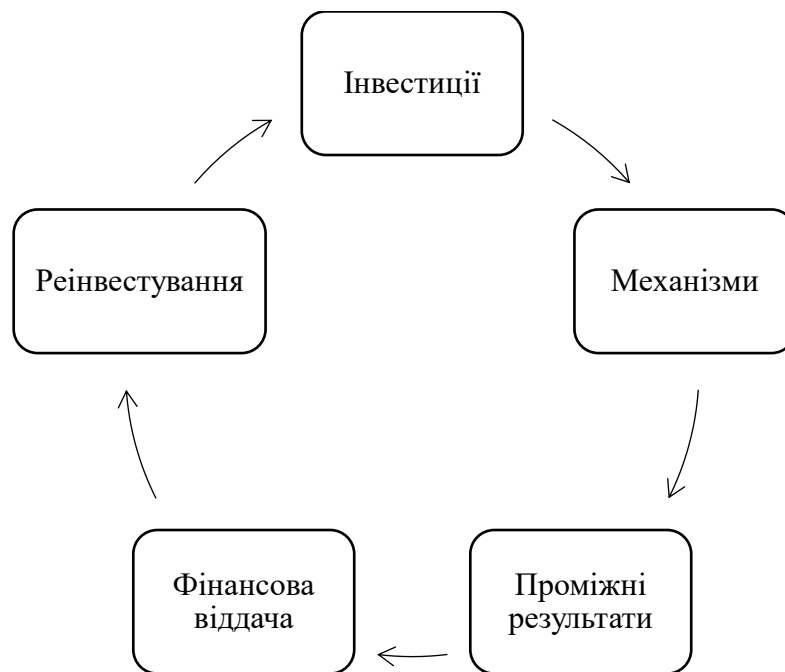


Рис.1.1. Модель Nursing Human Capital Value Model (NHCVM)

*Джерело: складено автором на основі: [5].*

Таким чином, модель вперше чітко формалізує логіку перетворення кадрових інвестицій на фінансові результати через клінічні та організаційні механізми [5-6].

Теоретичне значення моделі NHCVM полягає у тому, що вона поєднує концепцію людського капіталу з практикою оцінки ефективності у сфері охорони здоров'я. Вона заповнює прогалину між HR-теоріями та фінансовим менеджментом лікарень. З практичної точки зору модель дає змогу керівникам лікарень обґрунтовувати інвестиції у персонал як бізнес-кейс, демонструючи причинно-наслідкові зв'язки між навчанням, якістю догляду і фінансовими результатами. У ширшому масштабі NHCVM може бути використана для

формування державної політики у сфері підготовки медсестер та обґрунтування бюджетного фінансування кадрових програм [9].

Серед переваг моделі:

- Інтегрованість: враховує не лише прямі витрати й вигоди, а й проміжні організаційні та клінічні ефекти.
- Циклічність: акцент на реінвестуванні створює підхід до сталого розвитку людського капіталу.
- Універсальність: модель може застосовуватися на рівні окремої лікарні, медичної мережі чи національної системи охорони здоров'я.
- Можливість кількісної оцінки: дозволяє використовувати класичні інвестиційні показники (ROI, NPV, IRR), поєднуючи їх із клінічними метриками.
- Фокус на доданій вартості: формує нове бачення медсестринського персоналу як ключового чинника економічної ефективності.

До недоліків моделі належать:

- Складність вимірювання: повна реалізація вимагає доступу до великого обсягу клінічних та фінансових даних, що не завжди можливо.
- Довгостроковість ефекту: віддача від інвестицій може проявлятися лише через кілька років, що знижує привабливість для короткотермінових бюджетів.
- Ризик контекстної залежності: модель найбільш ефективна в системах охорони здоров'я із розвиненою аналітичною інфраструктурою, тоді як у країнах із нестачею ресурсів її застосування обмежене.
- Невизначеність у врахуванні нефінансових вигод: хоча модель декларує включення показників якості й безпеки, їхнє монетарне вимірювання залишається дискусійним.

Для визначення особливостей інвестицій в персонал закладів охорони здоров'я розглянемо наступні питання:

1. Взаємозв'язок інвестування із клінічною якістю та безпекою.
2. Skills-first підхід як сучасна стратегія інвестування у медичний персонал.

3. Специфіка структури навичок і кадрових моделей.
4. Психологічна безпека та запобігання вигоранню.
5. Інституційний і глобальний контекст.

1) У закладах охорони здоров'я економічні результати інвестицій у персонал реалізуються опосередковано через показники якості та безпеки лікування. Висока якість медсестринського та клінічного догляду не лише знижує ризики ускладнень, а й формує довгострокову конкурентну перевагу закладу за рахунок репутації, довіри пацієнтів і підвищеної операційної ефективності [6; 7].

Якість догляду включає клінічні, організаційні та комунікативні компоненти. Вона формується завдяки достатньому рівню staffing, компетентності персоналу та наявності сприятливого робочого середовища. У систематичному огляді Якушевої О. наголошується, що інвестиції в підготовку та утримання персоналу підвищують якість догляду, яка, у свою чергу, стає основою для скорочення витрат на лікування та зростання фінансової стійкості медичних організацій. [6].

Поліпшення якості догляду напряду зменшує частоту ускладнень, внутрішньолікарняних інфекцій і повторних госпіталізацій. Це призводить до скорочення середньої тривалості перебування пацієнта у стаціонарі (LOS) та оптимізації використання ресурсів. Таким чином, лікарня отримує економію витрат, пов'язаних із додатковими процедурами, медикаментами та робочим часом персоналу [7].

Окрім економії витрат, якість догляду позитивно впливає на доходи медичного закладу. Пацієнти частіше обирають лікарні з високими показниками якості, що сприяє зростанню кількості звернень, підвищує рівень контрактів зі страховими компаніями та державними програмами, а також покращує результати зовнішніх акредитацій і рейтингів. У сучасних умовах ринкової конкуренції якість догляду перетворюється на фінансовий актив, що забезпечує сталість доходів і розширення частки ринку [12].

Інвестиції у персонал створюють не лише безпосередні економічні

вигоди, а й формують репутаційний капітал лікарні. Задоволеність пацієнтів якістю догляду підвищує рівень лояльності, що стимулює повторні звернення та позитивні рекомендації. Це особливо важливо в умовах цифровізації та прозорості, коли публічні рейтинги й відгуки мають суттєвий вплив на вибір закладу охорони здоров'я.

2) Згідно з аналітикою OECD (2025), актуальною тенденцією є перехід до *skills-first* парадигми, у межах якої головним об'єктом інвестування стають конкретні навички, а не формальні кваліфікації. Для закладів охорони здоров'я це означає розвиток програм перепідготовки (*reskilling*) і підвищення кваліфікації (*upskilling*), що дозволяє адаптувати кадровий склад до динамічних змін у технологіях і стандартах медичної допомоги.

Спільний звіт OECD/ILO (2022) документує порівняльні практики 16 країн щодо прогнозування навичок та використання цих даних у політиці, а *Society at a Glance 2024* показує, що сектор охорони здоров'я та довготривалої опіки вже сьогодні поглинає  $\approx 10\%$  зайнятих, причому старіння кадрів посилює потребу в цільових, довгострокових інвестиціях у підготовку та перепідготовку. У 2025 р. OECD окремим звітом концептуалізує «*skills-first*» як перехід від дипломоцентричної до навикової логіки в ринку праці — корисний орієнтир для лікарень, що планують кадрові програми, побудовані на компетенціях та ролях, а не лише на формальній атестації [3; 12; 13].

3) Ефективність інвестицій у медичний персонал залежить не лише від загального рівня кваліфікації, а й від оптимізації так званого *skill-mix* — співвідношення різних категорій працівників (медсестер, лікарів, молодшого медичного персоналу). Правильний розподіл функцій та впровадження гнучких моделей забезпечують підвищення продуктивності та стійкість кадрових систем. Систематичний огляд Якушевої О. [6] демонструє, що саме кадрові моделі є одним із ключових чинників, що зумовлюють економічний ефект від інвестицій.

Сучасні підходи передбачають перехід від статичних кадрових схем до динамічних і гнучких моделей. Прикладами є:

- «Плавучі пули» (float pools): формування резервних груп персоналу, які можуть швидко замінювати відсутніх працівників у різних підрозділах.
- Моделі внутрішньої мобільності: орієнтовані на skills-first підхід, коли персонал переміщується між відділеннями залежно від компетенцій, а не лише посадових рамок [11].
- Інтеграція цифрових рішень: застосування аналітики для прогнозування потреб у кадрах та оптимізації графіків роботи.

4) Особливістю охорони здоров'я є високий рівень емоційного навантаження. Як зазначається у звіті U.S. HHS/ASPE (2024), середній рівень професійного вигорання серед медичних працівників у розвинених країнах перевищує 40 %, а в умовах кадрового дефіциту та надмірної інтенсивності праці ця цифра може сягати 60 % [14; 15]. В українських закладах, де навантаження посилюється через нестачу персоналу, воєнний стан та обмежені ресурси, ризики емоційного виснаження є ще більш вираженими [16].

У таких умовах інвестиції у програми підтримки психоемоційного добробуту персоналу стають не лише соціально необхідними, а й економічно доцільними. Аналіз досліджень McKinsey Health Institute (2025) та Якушевої О. показує, що реалізація програм з профілактики вигорання, розвитку навичок саморегуляції, командної взаємодії та гнучкого графіку роботи має прямий вплив на зниження плинності кадрів на 15–25 % [6; 10]. Це, своєю чергою, забезпечує економію коштів, пов'язаних із рекрутингом, навчанням та адаптацією нових працівників, а також підвищує якість догляду через стабільність кадрового складу.

5) Як вже зазначалось раніше Всесвітній банк у межах Human Capital Project просуває «інвестування в людський капітал» як державний пріоритет і «підхід всієї державної машини», розширюючи інвестиційну оптику від індивідуума до інституцій і систем (освіта, здоров'я, навички) — це задає нормативний вектор для галузевих стратегій, зокрема медичних [8].

Власне у сфері охорони здоров'я ВООЗ підкреслює: без достатньої, компетентної та мотивованої робочої сили системи не функціонують. Портал

WHO Health Workforce і інструментарій National Health Workforce Accounts (NHWA) закликають до системного планування потреб, тоді як Support and Safeguards List 2023 закріплює етичні межі рекрутингу (не стимулювати відтік кадрів із країн із критичним дефіцитом), фактично підштовхуючи організації до внутрішнього інвестування у підготовку та утримання власного персоналу [8; 9]. Для лікарень це означає, що стратегія інвестування у персонал стає не лише економічною необхідністю, а й елементом регуляторно-етичного комплаєнсу.

Інвестування в медичний персонал виходить за межі рівня окремих організацій і набуває суспільного значення. ВООЗ у своєму звіті за 2023 рік підкреслює необхідність етичного рекрутингу та підтримки країн із дефіцитом кадрів [9]. На макрорівні аргументацію підсилюють оцінки McKinsey Health Institute [10]: закриття дефіциту у світовій системі охорони здоров'я потенційно усуває до 7% тягаря хвороб та додає близько \$1,1 трлн до глобальної економіки. Хоча ці оцінки модельні, вони корелюють із тезою, що інвестиції у персонал — це економічний імператив і джерело продуктивності, а не «соціальні витрати». Таким чином, інвестиції в медичний персонал мають не лише організаційний, а й макроекономічний ефект. Для подальшого розрахунку економічного ефекту від інвестування у персонал доцільно розглянути більш детально методологічні підходи до оцінки ефективності інвестування у персонал.

### **1.3. Методичні засади оцінки ефективності інвестування в персонал медичного закладу**

Ефективне інвестування у людський капітал медичних закладів розглядається не лише як чинник підвищення якості медичних послуг, а й як стратегічний інструмент забезпечення конкурентоспроможності та фінансової стійкості установ.

За результатами досліджень наукових праць українських вчених було

виявлено, що методологія оцінки ефективності інвестицій у персонал має ґрунтуватися на інтеграції таких груп показників:

- економічні (скорочення витрат, зниження плинності кадрів, зменшення витрат на заміщення працівників, підвищення продуктивності праці);
- медичні (зменшення кількості ускладнень, скорочення тривалості перебування у стаціонарі, зниження рівня госпітальних інфекцій);
- соціальні (задоволеність персоналу роботою, зниження рівня вигорання, зростання довіри пацієнтів) [17; 18].

Методичний інструментарій оцінки інвестицій у персонал медичного закладу включає:

1. КРІ-метрики персоналу: плинність кадрів, середній термін перебування на посаді, рівень залученості, витрати на навчання на одного працівника [19].
2. Інтегральні індикатори ефективності управлінських рішень: розроблені Сумцем О.М., вони дозволяють враховувати багатовимірний вплив кадрових інвестицій на діяльність закладу [20].
3. Моделі компетентнісного розвитку: аналіз, запропонований Самодаєм та ін., обґрунтовує необхідність оцінки skill-mix і відповідності компетентностей сучасним потребам медицини [21].
4. Оцінка якості послуг як непрямий показник ROI: Труніна І.М., Федулова Л. І., Лисенко І. В. доводять, що інвестиції у персонал проявляються через покращення якості догляду, що, у свою чергу, знижує фінансові втрати закладу [22].

Серед методик, які застосовуються для вимірювання ефективності кадрових інвестицій, базовим інструментом залишається ROI (1.1). Його сутність полягає у порівнянні отриманого економічного ефекту з витратами на інвестицію. Проте у сфері охорони здоров'я ROI вимагає розширеного трактування, адже до економічних ефектів належить не лише безпосереднє зростання доходів, а й економія коштів за рахунок зниження плинності кадрів, зменшення витрат на overtime чи уникнення ускладнень. Приклад, наведений

у роботі Thusini, демонструє, що інвестиції у програми підвищення якості медичного обслуговування можуть забезпечити віддачу на рівні 150 %, що значно перевищує стандартні показники бізнес-інвестицій [23].

$$ROI = \frac{B-C}{C} * 100 \% , \quad (1.1)$$

де: В – сума вигод за період оцінки, приведених до порівняного рівня цін;  
С – інвестиційні витрати на персонал (навчання, наставництво, час відриву від роботи, матеріали, програмні рішення тощо).

У медицині: ефект = (економія витрат на лікування ускладнень + зменшення плинності кадрів + зниження overtime) – витрати на навчання/мотивацію.

Розклад вигод для медицини (приклад структури В) (1.2.)

$$B = \underbrace{\Delta Cost_{quality}}_{\text{економія витрат завдяки якості}} + \underbrace{\Delta Cost_{staff}}_{\text{зниження витрат на плинність/овертайм}} + \underbrace{\Delta Rev}_{\text{приріст доходів}} , \quad (1.2)$$

де:  $\Delta Cost_{quality}$  - економія витрат завдяки зменшенню клінічних ускладнень, скороченню LOS тощо;

$\Delta Cost_{staff}$  – зниження витрат на рекрутинг/адаптацію через нижчу плинність, менше агентських та надурочних годин;

$\Delta Rev$  – приріст доходів через вищу якість, репутацію, кращу заповнюваність, контракти зі страховиками.

Приклади застосування у медзакладах:

- економія від зниження плинності кадрів (менше витрат на рекрутинг);
- зменшення витрат на лікування ускладнень через підвищення якості догляду;
- скорочення витрат на агентський персонал за рахунок підвищення утримання співробітників.

Перевагами методу ROI є простота та зрозумілість для керівництва, але

водночас він не враховує нефінансових ефектів (якість, безпека) та має суттєві обмеження, оскільки цей показник є короткотерміновим і здебільшого фінансово орієнтованим. Саме тому дедалі більшої популярності набувають методики NPV та IRR.

NPV (Net Present Value) дозволяє оцінити довгострокову доцільність інвестицій у персонал, враховуючи часову вартість грошей. Особливо актуально для проєктів, які дають ефект через кілька років (наприклад, спеціалізація чи підготовка кадрів).

$$NPV = \sum_{t=1}^T \frac{CF_t}{(1+r)^t} - C_0, \quad (1.3)$$

де  $CF_t$  - грошовий потік у період  $t$ ,  $r$  - ставка дисконту,  $C_0$  - початкові інвестиції.

Приклади застосування:

- інвестиції у багаторічні освітні програми медсестер;
- програми підвищення кваліфікації, які скорочують витрати у майбутньому;
- впровадження систем безпеки пацієнтів.

Серед переваг цього методу виділяють те, що він враховує часовий аспект та дозволяє прогнозувати довгострокову віддачу. В той же час він вимагає точних прогнозів фінансових потоків, які у сфері охорони здоров'я часто важко визначити.

IRR (Internal Rate of Return) визначає внутрішню норму дохідності інвестицій. Це такий рівень відсоткової ставки, при якому NPV проєкту дорівнює нулю. Він дозволяє порівняти кілька кадрових проєктів і вибрати найбільш ефективний.

Приклади застосування:

- оцінка, наскільки вигідними є інвестиції у нові освітні програми для медсестер;

- порівняння альтернативних HR-програм: тренінгів, наставництва, системи мотивації.

Недоліком є те, що він не завжди враховує зовнішні ефекти (наприклад, соціальні вигоди).

У контексті медичних закладів ці інструменти особливо цінні, адже більшість інвестицій у персонал починають приносити віддачу лише через кілька років.

Ще одним перспективним підходом є використання системи КРІ (ключових показників результативності) та інших нефінансових метрик, що дозволяє оцінювати ефективність через показники плинності кадрів, співвідношення nurse-to-patient, рівень вигорання персоналу чи задоволеність пацієнтів (індикатори якості догляду). Такі метрики безпосередньо не конвертуються у фінансові вигоди, але формують цінні проміжні результати, які згодом впливають на економічні показники [24].

Окремо варто виділити Balanced Scorecard (BSC), яка представляє собою стратегічну систему управління, що дає змогу поєднувати фінансові та нефінансові показники задля комплексного вимірювання успіху організації. У медицині вона стає особливо корисною, адже дозволяє враховувати якість медичного обслуговування, задоволеність пацієнтів, внутрішні процеси та розвиток персоналу нарівні з фінансовими результатами.

У контексті медичного закладу BSC зазвичай модифікують під таку структуру:

1. Фінансова перспектива — витрати, доходи, ефективність використання ресурсів;
2. Перспектива внутрішніх процесів — операційна ефективність, час очікування, інфекції, внутрішні маршрути пацієнтів;
3. Перспектива навчання й розвитку — компетентність персоналу, обсяг навчання, використання знань, інновації;
4. Перспектива пацієнтів / клієнтів — задоволеність, лояльність, якість обслуговування [25].

У медичній практиці BSC дозволяє:

- Синхронізувати стратегію з операційною діяльністю. Через карту стратегії (strategy map) можна побудувати причинно-наслідкові ланцюги: інвестиції в підвищення кваліфікації → покращення внутрішніх процесів → кращі результати у пацієнтському сервісі → підвищення фінансової стабільності.
- Виділити ключові показники (KPI), узгоджені зі стратегією. Наприклад: середній час очікування на консультацію (перспектива процесів), частка персоналу, який пройшов навчання (навчання й розвиток), індекс задоволеності пацієнтів (клієнти), рентабельність послуг (фінанси).
- Забезпечити баланс між короткостроковими та довгостроковими показниками. BSC заохочує вводити як «leading» (попереджуючі), так і «lag» (результативні) індикатори, що в медицині важливо — з одного боку, треба швидко коригування, з іншого — оцінка реального клінічного ефекту.
- Сприяти організаційному навчанні і трансформації культури. У перспективі навчання й розвитку персоналу не просто як HR-активність, а як стратегічна ланка управління — через впровадження інновацій, міждисциплінарної взаємодії та безперервного вдосконалення.
- Моніторити «зворотний зв'язок» між перспективами. Наприклад, втрата якості обслуговування через перевантаження персоналу (перспектива процесів) може негативно вплинути на задоволеність пацієнтів і, в кінцевому рахунку, на фінансовий результат.

Є, однак, низка труднощів застосування BSC у медичних закладах:

- Визначення релевантних KPI може бути складним через різноманітність підрозділів і типів медичної діяльності.
- Необхідність збирати дані з різних джерел (медичні записи, інформаційні системи, опитування) — це ресурсозатратно.
- Вплив організаційної культури: персонал має бачити взаємозв'язок між своїми діями і стратегічними цілями, інакше BSC може залишитись

«офіційним документом без практичної ваги».

Не менш важливим є показник SPOI (Social Return on Investment), який враховує соціальні вигоди від інвестицій. Його розрахунок виглядає так:

$$SROI = \frac{\sum_i (SocialValue_i \times Attribution_i)}{TotalInvestment} \quad (1.4)$$

Для медицини це означає врахування таких вигод, як поліпшення доступності допомоги, підвищення тривалості життя, зменшення навантаження на сім'ї пацієнтів. Хоча кількісне вимірювання цих результатів є складним, SROI дозволяє інтегрувати соціальний вимір у загальну систему оцінки.

Наочно порівняння основних методик оцінки ефективності інвестування надано у табл. 1.2.

Таблиця 1.2.

Методики оцінки ефективності інвестицій у персонал медичного закладу

| Методика  | Сутність                           | Переваги                     | Недоліки                   | Приклади застосування          |
|-----------|------------------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| ROI       | Співвідношення вигод і витрат      | Простота, зрозумілість       | Ігнорує нефінансові ефекти | Оцінка тренінгів з якості      |
| NVP       | Врахування часової вартості грошей | Довгостроковий підхід        | Потребує точних прогнозів  | Програми спеціалізації лікарів |
| IRR       | Внутрішня норма прибутковості      | Дозволяє порівнювати проєкти | Чутливість до даних        | Наставництво vs. тренінги      |
| KPI + BSC | Нефінансові показники ефективності | Комплексність                | Складність монетизації     | Задоволеність пацієнтів        |
| SPOI      | Соціальна віддача інвестицій       | Врахування суспільних вигод  | Труднощі вимірювання       | Програми запобігання вигоранню |

Джерело: складено автором за [23-26].

Узагальнюючи, можна стверджувати, що ефективність інвестицій у персонал медичних закладів має оцінюватися через комплекс фінансових і

нефінансових показників. ROI залишається базовим інструментом, але його доцільно доповнювати NPV, IRR, KPI та SROI.

Сучасні моделі, зокрема NHCVM і staffing-підходи, демонструють причинно-наслідкові зв'язки між інвестиціями у персонал, клінічними результатами та фінансовими показниками. Інституційні підходи WHO та Світового банку розширюють рамку аналізу до суспільного рівня, де інвестиції у персонал розглядаються як чинник стійкого економічного зростання. Власне, інтеграція різних моделей і методик формує підґрунтя для уніфікованої системи оцінки, яка може бути впроваджена в Україні, забезпечивши водночас прозорість управлінських рішень, підвищення ефективності кадрової політики та зростання якості медичної допомоги.

### **Висновки до розділу 1**

У першому розділі було детально розглянуто теоретико-методологічні аспекти інвестування в персонал медичної організації. Сучасні трансформації ринку праці та економіки в цілому висувають нові вимоги до організацій щодо ефективного управління персоналом. Якщо раніше витрати на працівників розглядалися як обов'язкові, але другорядні статті бюджету, то нині домінує інша парадигма: персонал трактується як основний стратегічний ресурс і навіть як актив, у який необхідно інвестувати для забезпечення стійкого розвитку та конкурентоспроможності. Це зумовило формування низки концепцій інвестування у персонал, які відрізняються за змістом, логікою та методами оцінювання.

У методологічному розділі було розглянуто такі концепції як: традиційна HR-концепція, людського капіталу, Skills-first, ROI- та value-based та інституційно-суспільна. Проаналізовано головні відмінності та сильні/слабкі сторони кожної концепції. Зроблено висновок, що в сучасному світі інвестування у персонал трактується не як витрата, а як стратегічні капіталовкладення з очікуваною мультіфункціональною віддачею.

Особлива увага приділена вивченню особливостей інвестування в персонал у закладах охорони здоров'я. Для цього було розглянуто такі проблемні питання як: взаємозв'язок інвестування із клінічною якістю та безпекою; Skills-first підхід як сучасна стратегія інвестування у медичний персонал; специфіка структури навичок і кадрових моделей; психологічна безпека та запобігання вигоранню; інституційний і глобальний контекст інвестування в персонал.

Детально розглянуто інноваційну модель Nursing Human Capital Value Model (NHCVM), яка є концептуальною рамкою, що трактує медсестринський персонал не як витратну статтю, а як дохід-створюючий людський капітал. Теоретичне значення моделі NHCVM полягає у тому, що вона поєднує концепцію людського капіталу з практикою оцінки ефективності у сфері охорони здоров'я та має циклічну структуру, яка відображає динаміку інвестування та віддачі.

Підкреслено, що особливості інвестування у персонал закладів охорони здоров'я визначаються складністю взаємозв'язку між кадровими практиками, клінічною якістю та фінансовими результатами, які мають не лише організаційний, а й макроекономічний ефект.

Розділ також включає аналіз методологічних засад оцінки ефективності інвестицій у персонал медичних закладів. Визначено, що при здійсненні оцінки ефективності інвестицій має враховуватися багатовимірний характер цього процесу. Оцінка повинна поєднувати фінансові (ROI, NPV, IRR) та нефінансові показники (KPI, якість догляду, кадрова стійкість), а також інтегрувати соціальний вимір через SROI.

Окремо розглянуто систему Balanced Scorecard, що дає змогу поєднувати фінансові та нефінансові показники задля комплексного вимірювання успіху організації. У медицині вона стає особливо корисною, адже дозволяє враховувати якість медичного обслуговування, задоволеність пацієнтів, внутрішні процеси та розвиток персоналу нарівні з фінансовими результатами.

З рештою зазначено, що в українських умовах особливого значення

набуває підхід, який одночасно враховує потреби закладів, пацієнтів і суспільства, адже інвестиції у медичний персонал є не лише економічною, але й соціальною та національною необхідністю. Найбільш перспективним є поєднання інвестицій у розвиток навичок, кадрові моделі, добробут персоналу та цифрові технології. При цьому оцінювання ефективності потребує багатовимірного підходу, який включає як фінансові показники, так і клінічні та організаційні результати.

## РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ІНВЕСТИВАННЯ В ПЕРСОНАЛ НА КНП «ЧОРНОМОРСЬКА ЛІКАРНЯ»

### 2.1 Організаційно-управлінський аналіз діяльності КНП «Чорноморська лікарня»

КНП «Чорноморська лікарня» Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області є закладом охорони здоров'я комунальної форми власності, організаційно оформленим як комунальне некомерційне підприємство. Основним змістом діяльності установи є надання медичних послуг населенню на рівні первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Окрім лікувальної функції, заклад виконує завдання із профілактики захворювань, підтримання громадського здоров'я та запобігання поширенню хвороб. Підприємство здійснює господарську діяльність без мети отримання прибутку, орієнтуючись передусім на досягнення соціального ефекту у сфері охорони здоров'я, а також бере участь у реалізації державних, регіональних та місцевих програм у галузі медицини. Узагальнені відомості про підприємство подано в табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

#### Загальна характеристика КНП «Чорноморська лікарня»

|                                        |                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Повне найменування</b>              | Комунальне некомерційне підприємство «Чорноморська лікарня» Чорноморської міської ради Одеської області                                                                                              |
| <b>Зареєстрований</b>                  | Заснування 1952 рік                                                                                                                                                                                  |
| <b>Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ</b>  | 01982212                                                                                                                                                                                             |
| <b>Діяльність:</b>                     | Основний вид діяльності<br>86.10 Діяльність лікарняних закладів<br>Інші види діяльності:<br>Загальна медична практика<br>Спеціалізована медична практика<br>Інша діяльність у сфері охорони здоров'я |
| <b>Місцезнаходження</b>                | Україна, 68004, Одеська обл., місто Чорноморськ, вулиця Віталія Шума, буд. 4                                                                                                                         |
| <b>Міжміський код, телефон та факс</b> | +380486860124                                                                                                                                                                                        |
| <b>Електронна поштова адреса</b>       | knp.chl.chmr@gmail.com                                                                                                                                                                               |
| <b>Сайт</b>                            | <a href="https://chml.lic.org.ua/">https://chml.lic.org.ua/</a>                                                                                                                                      |

*Джерело: складено автором за даними [26].*

Історично заклад пройшов кілька етапів розвитку. Лікарня бере свій початок із невеликого лікарського пункту, створеного у 1952 році, який згодом трансформувався в Лікарню моряків порту Іллічівськ ЧАВЗВ. У 1971 році було введено в експлуатацію новий стаціонарний корпус та поліклінічний підрозділ на 300 ліжок і з потужністю до 300 відвідувань на зміну, що дало змогу суттєво розширити обсяг медичної допомоги.

Управління закладом неодноразово змінювалося. Серед керівників, які зробили помітний внесок у розвиток лікарні, відзначаються Олег Марнянський та Олена Кузар. З серпня 2020 року керівником КНП «Чорноморська лікарня» є Солтик Сергій Михайлович, який продовжує курс модернізації медичного закладу.

Важливим етапом трансформації стало 2019 року, коли на підставі наказу № 01/7-76/1 «Про реорганізацію шляхом перетворення державного закладу «Іллічівська басейнова лікарня на водному транспорті МОЗ України» заклад було офіційно реорганізовано у комунальне некомерційне підприємство «Чорноморська лікарня» Чорноморської міської ради Одеської області. Ця зміна надала лікарні статус КНП, що відповідає сучасній моделі фінансування та управління медичними послугами в Україні.

Рівень організації процесів підтверджується тим, що ще у 2016 році заклад пройшов аудит системи управління якістю та отримав відповідний сертифікат. Оцінювання проводилося фахівцями державного органу з сертифікації систем управління якістю — ДП «Вінницястандартметрологія». Це свідчить про впровадження у лікарні стандартів якості управління та контролю медичних процесів.

На сьогодні КНП «Чорноморська лікарня» виконує функції багатoproфільного закладу вторинного рівня надання медичної допомоги. Лікарня забезпечує:

- цілодобове надання спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги у стаціонарних умовах, розрахованих на 355 ліжок;
- амбулаторно-поліклінічну допомогу з максимальною пропускнуою

спроможністю до 1100 відвідувань за зміну;

- невідкладну та екстрену медичну допомогу у режимі 24/7.

Окремим напрямом розвитку закладу є модернізація інфраструктури та оновлення матеріально-технічної бази. У рамках державної програми «Велике будівництво» реалізується проєкт реконструкції та переобладнання приймального відділення з метою його переформатування у відділення екстреної медичної допомоги. Концепція цієї програми передбачає уніфікований стандарт для приймальних відділень опорних лікарень, у тому числі оснащення відповідним переліком діагностичного та лікувального обладнання. Це має забезпечити пацієнтам доступ до повного комплексу необхідних медичних послуг без зайвих затримок.

Стаціонарна частина лікарні структурно включає кілька профільних відділень. Основний лікувальний корпус є триповерховим і вміщує хірургічне, травматологічне, терапевтичне, кардіологічне, неврологічне, гінекологічне, акушерське та педіатричне відділення. Крім того, інфекційне відділення розташоване окремо в двоповерховій будівлі, що дозволяє дотримуватися вимог протиепідемічної безпеки та інфекційного контролю.

Організаційна структура лікарні наведена у додатку А. Вона має переважно функціональний характер. Це означає, що заклад поділено на окремі підсистеми відповідно до їхніх завдань та напрямів діяльності. До основних блоків належать:

- адміністративно-управлінський підрозділ;
- лікувально-профілактичний підрозділ;
- господарсько-технічний підрозділ;
- допоміжні діагностично-лікувальні служби та інші структурні одиниці.

Функціональний тип структури управління традиційно притаманний медичним установам і має як переваги, так і певні обмеження.

До недоліків можна віднести:

- ризик посилення бюрократизації управління та надмірної жорсткості у прийнятті рішень, коли погодження кожного кроку відбувається через

вертикальну ієрархію;

- ускладнену міждисциплінарну взаємодію між підрозділами (наприклад, між терапевтичним, хірургічним і реанімаційним блоками), що може впливати на безперервність маршруту пацієнта і рівень задоволеності медичною допомогою;
- обмежені можливості професійного зростання працівників, оскільки персонал часто закріплений за вузько визначеними функціями. Це може погіршувати мотивацію персоналу та ускладнювати утримання кваліфікованих кадрів.

Разом із тим така модель має і суттєві переваги для багатопрофільної лікарні:

1. Підвищення ефективності завдяки спеціалізації. Зосередженість кожного відділення на своїй функції сприяє накопиченню практичного досвіду та професійної компетентності персоналу. Це зазвичай означає більш якісну та швидку медичну допомогу, зниження кількості помилок і, відповідно, економію ресурсів.

2. Поглиблення професійної експертизи. Вузькоспеціалізовані підрозділи (кардіологічний, неврологічний, хірургічний тощо) формують власні команди, які володіють специфічними методиками діагностики та лікування. Це безпосередньо впливає на результативність лікувального процесу.

3. Чіткість підпорядкування та контроль. У кожного підрозділу є відповідальна посадова особа (завідувач, керівник служби), яка несе відповідальність за організацію роботи, дотримання стандартів, раціональне використання ресурсів і якість надання допомоги. Це спрощує управління, моніторинг показників діяльності та впровадження внутрішніх стандартів.

Отже, КНП «Чорноморська лікарня» функціонує як багатопрофільний медичний заклад, що поєднує цілодобову стаціонарну допомогу, амбулаторно-поліклінічні послуги та екстрену медицину, має сформовану структуру управління та підтримує курс на технічну модернізацію. Водночас особливості функціональної організаційної структури вимагають постійної координації

між підрозділами та розробки механізмів утримання персоналу, щоб мінімізувати ризики бюрократичної інерції та професійного вигорання.

Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності КНП «Чорноморська лікарня» за 2022–2024 роки (табл. 2.2) свідчить про істотні структурні зрушення у фінансово-господарській діяльності закладу, які відображають перехід від кризового стану 2022 року до етапу стабілізації та зростання у 2024 році.

Таблиця 2.2.

**Основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Чорноморська лікарня» за 2022-2024 роки**

| Показники                                                       | 2022      | 2023      | 2024      | Динаміка показників, % |                 |                 |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------------------|-----------------|-----------------|
|                                                                 |           |           |           | 2023/<br>2022 р        | 2024/<br>2023 р | 2024/<br>2022 р |
| 1. Виручка від реалізації, тис.грн                              | 210823,60 | 206139,70 | 251585,10 | 97,78                  | 122,05          | 119,33          |
| 2. Чистий дохід від реалізації, тис.грн                         | 162172,00 | 158569,00 | 193527,00 | 97,78                  | 122,05          | 119,33          |
| 2. Собівартість реалізованої продукції, тис.грн                 | 157758,00 | 140113,00 | 129851,00 | 88,82                  | 92,68           | 82,31           |
| 3. Валовий прибуток (збиток), тис.грн.                          | 4413,00   | 18456,00  | 63676,00  | 418,22                 | 345,02          | 1442,92         |
| 4. Чистий прибуток (збиток), тис.грн.                           | -10309,00 | 300,00    | 36122,00  | -2,91                  | 12040,6<br>7    | -350,39         |
| 5. Середньорічна вартість основних фондів, тис.грн.             | 559646,00 | 546499,00 | 555608,00 | 97,65                  | 101,67          | 99,28           |
| 6. Середньооблікова чисельність працівників, осіб               | 800,00    | 633,00    | 567,00    | 79,13                  | 89,57           | 70,88           |
| 7. Фондоозброєність праці, тис.грн/особа                        | 699,56    | 863,35    | 979,91    | 123,41                 | 113,50          | 140,08          |
| 8. Фондовіддача, грн/грн.                                       | 0,38      | 0,38      | 0,45      | 100,13                 | 120,05          | 120,20          |
| 9. Фондовіддача на 1 працівника, грн/особа                      | 0,00036   | 0,00046   | 0,00061   | 126,55                 | 134,02          | 169,60          |
| 10. Річна продуктивність праці одного працівника, тис.грн/особу | 263,53    | 325,66    | 443,71    | 123,57                 | 136,25          | 168,37          |
| 11. Середньомісячна продуктивність праці, грн/особу             | 21960,79  | 27137,93  | 36976,06  | 123,57                 | 136,25          | 168,37          |
| 12. Фонд заробітної плати штатних працівників, тис.грн.         | 123764,70 | 112015,60 | 101929,30 | 90,51                  | 91,00           | 82,36           |

## Продовження табл.2.2.

|                                                 |           |           |           |        |        |        |
|-------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|--------|--------|--------|
| 13. Середньорічна заробітна плата, грн./особа   | 154705,88 | 176959,87 | 179769,49 | 114,38 | 101,59 | 116,20 |
| 14. Середньомісячна заробітна плата, грн./особа | 12892,16  | 14746,66  | 14980,79  | 114,38 | 101,59 | 116,20 |

*Джерело:* складено автором за даними [27-29].

У 2022 році, що характеризувався складними умовами повномасштабної війни, лікарня зазнала значного падіння фінансових результатів. Виручка від реалізації знизилась до 210,8 млн грн, а підприємство отримало чистий збиток у розмірі 10,3 млн грн. Проте вже у 2023 році відбулося вирівнювання ситуації — лікарня вийшла на мінімальний позитивний фінансовий результат (чистий прибуток 0,3 млн грн), а у 2024 році показники суттєво покращилися: чистий прибуток зріс до 36,1 млн грн, що зростання свідчить про підвищення попиту на послуги, розширення кількості пацієнтів за рахунок відділення екстреної медичної допомоги та укладення більш вигідних договорів із НСЗУ.

Собівартість реалізованої продукції у 2024 році знизилася до 129,9 млн грн, що становить лише 82,3 % від рівня 2022 року. Таке зменшення можна розглядати як наслідок впровадження елементів витратного менеджменту, енергозбереження та переходу на більш ефективну організацію виробничих процесів. Водночас зменшення чисельності персоналу та відсутність масштабних капітальних вкладень у 2023 році свідчать, що економія мала частково вимушений характер.

Фінансові показники також демонструють зростання ефективності використання основних фондів, про що свідчить динаміка показників фондоозброєності та фондівіддачі. Фондоозброєність праці підвищилася з 699,56 грн/особу у 2022 році до 979,91 грн/особу у 2024 році, тобто на 40,1 %. Це означає, що на кожного працівника припадає більший обсяг технічного оснащення, що підвищує потенціал виробничої спроможності лікарні. Фондовіддача зросла з 0,38 до 0,45 грн/грн, тобто кожна гривня основних засобів приносить більше доходу. Це свідчить про ефективніше використання

матеріально-технічної бази без значного оновлення фондів.

Також при аналізі можна побачити підвищення річної продуктивності праці та фондівдачі на 1 працівника за період 2022 – 2024 рр. (на 68,37% та 69,6% відповідно). Зростання фондівдачі на 1 працівника є позитивною тенденцією та означає, що кожен працівник працює ефективніше з наявною технікою. В той же час стрімке зростання продуктивності праці потребує ретельного аналізу з точки зору робочого навантаження та інтенсивності праці, хоча це безумовно гарна тенденція для лікарні.

Фонд оплати праці штатних працівників має тенденцію до скорочення: з 123,8 млн грн у 2022 році до 101,9 млн грн у 2024 році (–17,6 %). Попри це, середньомісячна заробітна плата одного працівника зросла з 12,9 тис. грн до 14,98 тис. грн (+16,2 %), що пояснюється перерозподілом коштів між меншою кількістю працівників та поступовим переходом на нову систему оплати відповідно до вимог МОЗ та НСЗУ. Це свідчить про часткову компенсацію кадрового скорочення шляхом підвищення оплати праці ключових фахівців.

Для більш детального аналізу фінансової стабільності та рентабельності медичного закладу звернемося до розрахунку таких показників як: рентабельність продажів, рентабельність продукції, рентабельність ФЗП, рентабельність персоналу, коефіцієнт автономії, коефіцієнт фінансової стійкості, коефіцієнт фінансового ризику, коефіцієнт використання власного капіталу (табл.2.3.).

За трактуванням сучасних українських науковців під «фінансовою стабільністю закладу охорони здоров'я слід розуміти такий фінансовий стан закладу, при якому підтримується рівновага між зростаючими видатками та обмеженими фінансовими ресурсами, зберігається високий рівень безпеки закладу, є можливість якісно і в повному обсязі надавати медичні послуги, здійснюється постійний його розвиток» [31].

«Коефіцієнти рентабельності є основними показниками ефективності фінансово-господарської діяльності підприємства, вони і є відносними характеристиками фінансових результатів, що відбивають здатність

підприємства генерувати необхідний прибуток в процесі своєї господарської діяльності і загальну ефективність використання активів і вкладеного капіталу» [32].

Таблиця 2.3.

Показники фінансової стабільності та рентабельності на КНП «Чорноморська лікарня» за 2022-2024 роки

| Показники                                 | 2022   | 2023  | 2024  | Динаміка показників, % |                 |                 |
|-------------------------------------------|--------|-------|-------|------------------------|-----------------|-----------------|
|                                           |        |       |       | 2023/<br>2022 р        | 2024/<br>2023 р | 2024/<br>2022 р |
| Коефіцієнт автономії                      | 0,83   | 0,82  | 0,81  | 99,42                  | 98,04           | 97,47           |
| Коефіцієнт фінансової стійкості           | 7,59   | 6,25  | 5,34  | 82,38                  | 85,41           | 70,36           |
| Коефіцієнт фінансового ризику             | 1,21   | 1,21  | 1,24  | 100,58                 | 102,00          | 102,59          |
| Коефіцієнт використання власного капіталу | -2,04  | 0,06  | 6,90  | -3,00                  | 11287,97        | -338,41         |
| Рентабельність продажів, %                | 2,09   | 8,95  | 25,31 | 427,72                 | 282,69          | 1209,14         |
| Рентабельність продукції, %               | 2,80   | 13,17 | 49,04 | 470,89                 | 372,28          | 1753,02         |
| Рентабельність ФЗП, %                     | -8,33  | 0,27  | 35,44 | -3,22                  | 13232,14        | -425,45         |
| Рентабельність персоналу, грн/особу       | -12,89 | 0,47  | 63,71 | -3,68                  | 13442,23        | -494,38         |

*Джерело:* складено автором за даними [27-30].

Аналіз показників фінансової стійкості підтверджує позитивну тенденцію у розвитку медичного закладу. Так коефіцієнт автономії залишається стабільно високим (0,81 у 2024 році), що вказує на фінансову незалежність закладу від зовнішніх джерел фінансування. Тобто понад 80 % активів профінансовано за рахунок власного капіталу. Для КНП це означає: лікарня фінансово стійка, має запас міцності і може дозволити собі інвестувати у власний розвиток (у тому числі в персонал), не збільшуючи боргове навантаження.

Коефіцієнт фінансової стійкості показник «антикризового запасу». Якщо він високий, лікарня не залежить критично від термінового залучення коштів, зокрема кредиторської заборгованості чи екстрених дотацій. Це важливо в охороні здоров'я, де є затримки фінансування, регульовані тарифи і непередбачувані витрати (наприклад, аварійний ремонт обладнання). У нашому випадку коефіцієнт фінансової стійкості знижується з 7,59 (2022) до 5,34 (2024). Формально це ще дуже високий рівень — значно вище за 1, отже

лікарня лишається фінансово стійкою. Але сам тренд до зменшення означає, що запас стійкості поступово витрачається, і менеджменту важливо не допустити виснаження резервів.

Коефіцієнт фінансового ризику лікарні перебуває на рівні 1,21–1,24, що свідчить про помірну й контрольовану залежність від позикового капіталу. Для КНП це безпечно і не несе загрози дестабілізації в короткостроковій перспективі.

Позитивною є динаміка коефіцієнта використання власного капіталу — з –2,04 у 2022 році до 6,9 у 2024 році, що свідчить про відновлення прибутковості та раціональне використання власних ресурсів. Це якісна зміна стану: власний капітал почав генерувати відчутну віддачу. Тобто кошти, закріплені за лікарнею (майно, обладнання, інфраструктура), тепер приносять фінансовий результат, а не збитки, а інвестиції в модернізацію закладу охорони здоров'я (у тому числі в людський капітал) стали економічно виправданими.

Протягом 2022–2024 років простежується зростання рентабельності продажів із 2,09 % до 25,31 %, а рентабельності продукції — із 2,8 % до 49,04 %. Це свідчить про поступовий перехід лікарні до економічно стабільної моделі функціонування, що базується на раціональному використанні коштів Національної служби здоров'я України, підвищенні ефективності надання послуг і скороченні неефективних витрат.

Показник рентабельності ФЗП дуже важливий для медичних закладів, оскільки витрати на персонал зазвичай є одними з найвищих. Цей показник за 2022–2024 роки зріс із –8,33% до 35,44%, що свідчить про перехід оплати праці з розряду витрат у фактор формування прибутку. Це означає, що інвестиції у персонал почали приносити відчутну економічну віддачу. Рентабельність персоналу також різко зросла — з негативного значення (–12,89 грн/особу у 2022 році) до 63,71 грн/особу у 2024 році, що підтверджує ефективність кадрової політики. Загалом, за аналізований період діяльність КНП «Чорноморська лікарня» характеризується переходом від збитковості до фінансової стабільності та прибутковості. Позитивні результати досягнуті

завдяки оптимізації витрат, раціональному використанню матеріально-технічної бази, проведенню реструктуризації та підвищенню продуктивності праці. Водночас скорочення персоналу та незначне зростання заробітної плати створюють ризики кадрової нестабільності, що може негативно позначитися на якості медичних послуг у майбутньому.

**2.2 Діагностика основних соціально-економічних та трудових показників на КНП «Чорноморська лікарня»**

Діяльність лікарні у 2022–2024 роках відбувалася в умовах значних зовнішніх викликів (бойові дії, міграція працівників, збільшення пацієнтів-військових) та обмежених ресурсів, що безпосередньо вплинуло на її кадровий склад. Відповідно до даних таблиці 2.4., загальна чисельність працівників помітно скоротилася з 800 осіб у 2022 році до 567 осіб у 2024 році, тобто майже на 29%.

Таблиця 2.4.

Склад та структура персоналу КНП «Чорноморська лікарня» за категоріями за 2022-2024 роки

| Категорії персоналу                    | 2022 |       | 2023 |       | 2024 |       | Відхилення чисельності, 2024 до 2022 року |      |
|----------------------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|-------------------------------------------|------|
|                                        | осіб | %     | осіб | %     | осіб | %     | %                                         | осіб |
| Керівники                              | 10   | 1,25  | 9    | 1,42  | 10   | 1,76  | 0,51                                      | 0    |
| Лікарі                                 | 174  | 21,75 | 135  | 21,33 | 122  | 21,52 | -0,23                                     | -52  |
| Середній медичний персонал             | 301  | 37,60 | 242  | 38,23 | 201  | 35,45 | -2,15                                     | -100 |
| Молодший медичний персонал             | 141  | 17,60 | 92   | 14,50 | 96   | 16,93 | -0,67                                     | -45  |
| Адміністративно-управлінський персонал | 25   | 3,13  | 23   | 3,63  | 22   | 3,88  | 0,76                                      | -3   |
| Допоміжний персонал                    | 150  | 18,75 | 132  | 20,85 | 116  | 20,46 | 1,71                                      | -34  |
| Всього                                 | 800  | 100   | 633  | 100   | 567  | 100,0 | -29, 13                                   | -233 |

Джерело: розраховано автором за матеріалами [29-30].

Це скорочення торкнулося усіх категорій персоналу: зокрема, чисельність лікарів зменшилася з 174 до 122 осіб (–52 особи), середнього медичного персоналу – з 301 до 201 осіб (–100 осіб). Молодший медичний персонал також скоротився (на 45 осіб, до 96 у 2024 році), як і адміністративно-управлінський (–3 особи) та допоміжний персонал (–34 особи). Частка окремих категорій у загальній структурі дещо змінилася: питома вага середнього медперсоналу знизилася з 37,6% у 2022 р. до 35,5% у 2024 р. через випереджаюче скорочення цієї категорії, тоді як частка молодшого та допоміжного персоналу у 2024 р. незначно зросла. Отже, у кадровій структурі лікарні спостерігається тенденція до скорочення переважно медичного персоналу, що може свідчити про втрату значної кількості медсестер та лікарів і потенційно створює навантаження на персонал, який залишився.

Однією з ключових характеристик кадрового потенціалу є рівень укомплектованості штатних посад.

Таблиця 2.5.

Забезпеченість потреби у персоналі КНП «Чорноморська лікарня» у 2024 році

| Категорії персоналу                    | Кількість посад | Кількість працівників, осіб | Забезпеченість потреби у персоналі, % |
|----------------------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Керівники                              | 12              | 10                          | 83,33                                 |
| Лікарі                                 | 150             | 122                         | 81,33                                 |
| Середній медичний персонал             | 235             | 201                         | 85,53                                 |
| Молодший медичний персонал             | 122             | 96                          | 78,69                                 |
| Адміністративно-управлінський персонал | 29              | 22                          | 75,86                                 |
| Допоміжний персонал                    | 158             | 116                         | 73,42                                 |
| Всього                                 | 706             | 567                         | 80,31                                 |

Джерело: розраховано автором за матеріалами [29-30].

Таблиця 2.5. демонструє, що на кінець 2024 р. лікарня заповнила лише близько 80% від передбаченої чисельності персоналу. Із наявних 706 штатних посад фактично заміщено 567, що підтверджує значний дефіцит кадрів. Найбільш укомплектованими є посади середнього медичного персоналу (85,5%) та керівників (83,3%), тоді як серед лікарів забезпеченість становить близько 81,3%. Особливо низька укомплектованість спостерігається серед допоміжного (73,4%) та молодшого медичного персоналу (78,7%). Така ситуація свідчить про те, що лікарня має суттєву нестачу працівників майже в усіх категоріях, що може негативно впливати на здатність установи повною мірою надавати медичні послуги. Для ефективного функціонування необхідно або залучати нових спеціалістів, або оптимізувати розподіл навантаження серед наявного персоналу.

Наступним аспектом аналізу є зміни у демографічній структурі персоналу за ознаками статі та віку (табл. 2.6.).

Таблиця 2.6.

Структура персоналу за віком та статтю на КНП «Чорноморська лікарня» за 2022-2024 роки

| Показники                      | 2022 |       | 2023 |       | 2024 |       | 2024/<br>2022,<br>% |
|--------------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|---------------------|
|                                | осіб | %     | осіб | %     | осіб | %     |                     |
| Персонал підприємства, усього  | 800  | 100   | 633  | 100   | 567  | 100   | 70,88               |
| Структура персоналу за статтю: |      |       |      |       |      |       |                     |
| чоловіки                       | 219  | 27,38 | 217  | 34,28 | 154  | 27,16 | 70,32               |
| жінки                          | 581  | 72,63 | 416  | 65,72 | 413  | 72,84 | 71,08               |
| Віковий склад:                 |      |       |      |       |      |       |                     |
| 18-35 років                    | 242  | 30,25 | 187  | 29,54 | 142  | 25,04 | 58,68               |
| 36-59 років                    | 430  | 53,75 | 345  | 54,50 | 331  | 58,38 | 76,98               |
| понад 60 років                 | 128  | 16,00 | 101  | 15,96 | 94   | 16,58 | 73,44               |

*Джерело: розраховано автором за матеріалами [29-30].*

За 2022–2024 рр. статевий склад колективу дещо коливався: якщо у

2022 році жінки становили близько 72,6% персоналу, то у 2023 році їх частка зменшилася до 65,7% на тлі істотного відтоку працівниць. Відповідно, частка чоловіків тимчасово зросла у 2023 р. (з 27,4% до 34,3%), однак у 2024 році співвідношення знову змінилося – жінки становили 72,8%, а чоловіки лише 27,2%. Така динаміка може бути пов'язана із різними хвилями звільнень або мобілізацій, адже галузь охорони здоров'я традиційно є більш фемінізованою. Зрештою, кадровий склад лікарні лишається переважно жіночим, що узгоджується із загальною структурою медичного персоналу в Україні.

Вікова структура персоналу зазнала змін (табл.2.6.), які сигналізують про тенденцію до «старіння» колективу. Частка молодих працівників віком до 35 років знизилася з 30,3% у 2022 р. до 25,0% у 2024 р., причому їх абсолютна кількість скоротилася з 242 до 142 осіб. Натомість частка середньої вікової групи (36–59 років) зросла з 53,8% до 58,4%, хоча їхня чисельність також дещо зменшилася. Частка працівників пенсійного віку (понад 60 років) залишалася на рівні ~16%, незначно підвищившись до 16,6% у 2024 році. Така тенденція вказує на те, що відтік кадрів непропорційно зачепив молодших фахівців, можливо через їх більшу мобільність чи пошук кращих можливостей. У результаті середній вік колективу підвищується: з одного боку, це означає накопичений досвід, але з іншого – створює ризики кадрового голоду в майбутньому через відсутність достатнього притоку молодих спеціалістів.

Важливою характеристикою колективу є розподіл працівників за стажем роботи (табл.2.7.). Дані за 2022–2024 роки показують суттєве зменшення частки нових працівників зі стажем до 5 років: їхня кількість впала з 38 осіб (4,8% персоналу) у 2022 році до лише 13 осіб (2,0%) у 2023 році, з незначним відновленням до 24 осіб (4,2%) у 2024 році. Це свідчить про майже повну відсутність притоку молодих кадрів у 2023 році та певне покращення ситуації в 2024-му, хоча рівень оновлення все ще низький. Натомість найбільшу частку персоналу тепер складають працівники зі значним досвідом: у 2024 році 41,5% штату мають стаж понад 20 років (235 осіб), що більше, ніж у 2022 році (38,1%).

Таблиця 2.7.

Розподіл працівників на КНП «Чорноморська лікарня» за стажем роботи за  
2022-2024 роки

| Показники                                  | 2022 |       | 2023 |       | 2024 |       |
|--------------------------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|
|                                            | осіб | %     | осіб | %.    | осіб | %     |
| Кількість працівників на кінець року, осіб | 800  | 100   | 633  | 100   | 567  | 100   |
| Розподіл персоналу за стажем роботи:       |      |       |      |       |      |       |
| до 5 років                                 | 38   | 4,80  | 13   | 2,00  | 24   | 4,23  |
| 5-10 років                                 | 153  | 19,10 | 94   | 14,90 | 79   | 13,93 |
| 10-15 років                                | 114  | 14,20 | 100  | 15,80 | 87   | 15,34 |
| 15-20 років                                | 190  | 23,80 | 169  | 26,70 | 142  | 25,04 |
| понад 20 років                             | 305  | 38,10 | 257  | 40,6  | 235  | 41,45 |

*Джерело: розраховано автором за матеріалами [29-30].*

Близько чверті персоналу (25,0% у 2024 р.) мають стаж 15–20 років. Зростання частки «ветеранів» при одночасному скороченні молодших за стажем груп означає старіння трудового колективу не лише за віком, а й за структурою досвіду. Попри високий професійний рівень старших працівників, дефіцит фахівців із малим стажем може негативно позначитися на наступності кадрів та інноваційності, адже мало нових працівників приходить на зміну досвідченим.

Розподіл персоналу за рівнем освіти залишався відносно стабільним, проте простежується тенденція до підвищення освітнього рівня кадрів у відсотковому відношенні (табл.2.8.). Загальна кількість працівників із повною вищою освітою зменшилася з 239 осіб у 2022 р. до 185 у 2024 р., але їхня частка в колективі зросла з 29,8% до 32,6%. Це пояснюється тим, що скорочення штату найбільше торкнулося працівників з неповною та базовою вищою освітою: чисельність цієї категорії впала з 474 до 314 осіб (їхня частка знизилася з 59,2% до 55,4%). Частка співробітників із середньою спеціальною або середньою загальною освітою залишалася найменшою і теж трохи скоротилася (з 11,0% у 2022 р. до 12,7% у 2023 р., а у 2024 р. – 12,0%).

Таблиця 2.8.

Розподіл працівників на КНП «Чорноморська лікарня» за рівнем освіти за  
2022-2024 роки

| Показники                                   | 2022 |       | 2023 |       | 2024 |       | Динаміка<br>2024 до<br>2022 р, % |
|---------------------------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|----------------------------------|
|                                             | осіб | %     | осіб | %     | осіб | %     |                                  |
| Кількість працівників, осіб                 | 800  |       | 633  |       | 567  |       | 70,88                            |
| З них мають вищу освіту за освітнім рівнем: |      |       |      |       |      |       |                                  |
| - повну вищу освіту                         | 239  | 29,80 | 190  | 30,00 | 185  | 32,63 | 77,41                            |
| - неповну й базову вищу                     | 474  | 59,20 | 363  | 57,30 | 314  | 55,38 | 66,30                            |
| - середню спеціальну та середню освіту      | 88   | 11,00 | 80   | 12,70 | 68   | 11,99 | 77,27                            |

*Джерело: розраховано автором за матеріалами [29-30].*

Така структура є типовою для медичного закладу: більшість персоналу має вищу або середню спеціальну освіту. Відносне підвищення частки фахівців із повною вищою освітою може свідчити про краще збереження лікарів у штаті порівняно з молодшим медичним персоналом. Водночас суттєве скорочення числа працівників з неповною вищою освітою (ймовірно, медичних сестер) вказує на ризик недостатнього забезпечення середньої ланки медичного персоналу, що може ускладнювати надання допомоги.

Скорочення чисельності штатних працівників частково компенсувалося залученням зовнішніх сумісників і працівників за контрактом. За результатами аналізу таблиці 2.9. виявлено, що середньооблікова чисельність штатних працівників зменшилась на третину (з 759 у 2022 р. до 506 у 2024 р.). Водночас середня кількість зовнішніх сумісників зросла з 38 до 56 осіб, а працівників, які працюють за цивільно-правовими договорами, – з 3 до 5. Це свідчить про спроби лікарні підтримувати кадровий потенціал за рахунок гнучких форм зайнятості, проте такі працівники не повністю замінюють постійний персонал.

Таблиця 2.9.

Аналіз кадрового складу та робочого навантаження на КНП  
«Чорноморська лікарня» за 2022-2024 роки

| Показники                                                      | 2022    | 2023    | 2024   | Динамика<br>2024 до<br>2022,% |
|----------------------------------------------------------------|---------|---------|--------|-------------------------------|
| Середня кількість працівників, усього                          | 800     | 633     | 567    | 70,88                         |
| у тому числі                                                   |         |         |        |                               |
| середньо-облікова чисельність штатних працівників              | 759     | 581     | 506    | 66,67                         |
| середня кількість зовнішніх сумісників                         | 38      | 49      | 56     | 147,37                        |
| середня кількість працюючих за ЦПД                             | 3       | 3       | 5      | 166,67                        |
| Кількість людино-годин, за які була нарахована заробітна плата |         |         |        |                               |
| всього                                                         | 1049600 | 1015965 | 960498 | 91,51                         |
| на 1 працівника                                                | 1312    | 1605    | 1694   | 129,12                        |
| Кількість пацієнтів, осіб                                      |         |         |        |                               |
| всього за рік                                                  | 8024    | 9682    | 11505  | 143,38                        |
| на 1 лікаря                                                    | 46      | 72      | 94     | 204,50                        |

*Джерело: розраховано автором за матеріалами [29-30].*

Загальний обсяг відпрацьованого часу (людино-годин) скоротився лише на 8,5%, тоді як чисельність персоналу впала майже на 29%, що призвело до різкого зростання навантаження: у середньому кількість відпрацьованих годин на одного працівника за рік збільшилася з 1312 до 1694 (+29%). Це означає, що решта персоналу була змушена працювати інтенсивніше (ймовірно, за рахунок понаднормових змін або суміщення посад), аби підтримувати належний рівень роботи закладу.

Паралельно зі скороченням кадрів, обсяг медичної допомоги, що надається лікарнею, зростав (табл.2.9.). Кількість пацієнтів, пролікованих за рік, збільшилася з 8024 у 2022 р. до 11505 у 2024 р. (+43%). На одного лікаря припало в середньому 94 пацієнти у 2024 році проти 46 у 2022 році, тобто навантаження на лікарський персонал більш ніж подвоїлося. Таке різке

зростання продуктивності може відображати підвищення ефективності роботи або зміну структури надання послуг (наприклад, збільшення кількості амбулаторних пацієнтів на одного лікаря). Втім, надмірне навантаження на медичний персонал несе ризики зниження якості медичних послуг і професійного вигорання працівників. Таким чином, хоча лікарня продемонструвала здатність обслуговувати більше пацієнтів меншими силами, це досягнуто ціною значного підвищення інтенсивності праці, що в довгостроковій перспективі може загрожувати стійкості персоналу.

Рух трудових ресурсів у 2022–2024 роках характеризувався негативним сальдо і високою плинністю кадрів (табл.2.10 та рис. 2.1.).

Таблиця 2.10.

Рух трудових ресурсів на КНП «Чорноморська лікарня» за 2022-2024 роки

| Показники                                             | 2022 | 2023 | 2024 | Темпи приросту, 2024 до 2022, % |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|---------------------------------|
| Прийнято, осіб                                        | 101  | 115  | 85   | -15,84                          |
| Вибуло осіб усього                                    | 164  | 263  | 297  | 81,10                           |
| у тому числі з причин:                                |      |      |      |                                 |
| - власне бажання                                      | 162  | 262  | 294  | 81,48                           |
| - невідповідність кваліфікації                        | 1    | 0    | 1    |                                 |
| - у зв'язку з порушенням трудової дисципліни          | 1    | 0    | -    |                                 |
| інші причини                                          | 0    | 1    | 2    |                                 |
| Облікова чисельність на кінець звітного періоду, осіб | 800  | 633  | 567  | -29,13                          |
| Чисельність працівників зі стажем роботи більше року  | 699  | 518  | 473  | -32,33                          |

*Джерело:* розраховано автором за матеріалами [29-30].

Кількість прийнятих на роботу за рік коливалася: у 2023 р. було найнято 115 осіб, тоді як у 2024 р. – лише 85 (проти 101 у 2022 р.). Натомість звільнення зросли до тривожно високого рівня: якщо у 2022 р. звільнилося 164 працівники, то у 2023 р. – 263, а у 2024 р. вже 297 осіб. Причому переважна більшість звільнень відбувалася за власним бажанням (практично 99% випадків у 2023–2024 рр.), що вказує на добровільний характер плинності. У

результаті облікова чисельність персоналу на кінець 2024 р. була майже на третину меншою за рівень 2022 р.

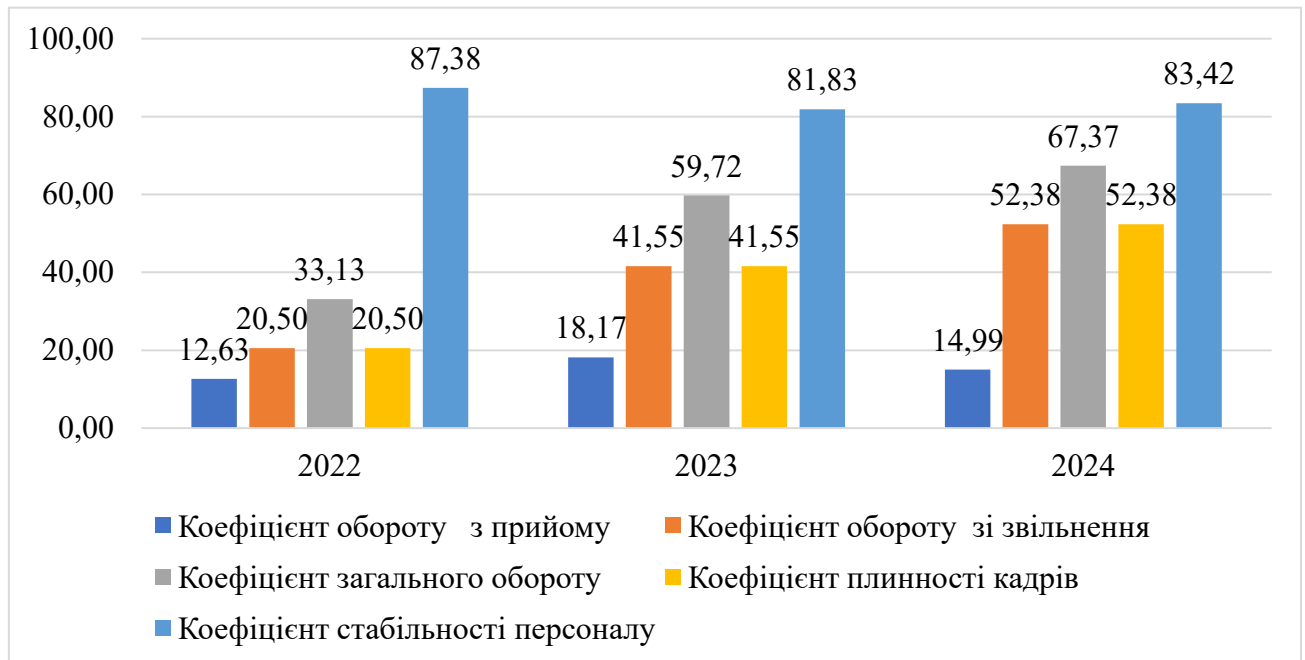


Рис. 2. 1. Рух трудових ресурсів на КНП «Чорноморська лікарня» за 2022-2024 роки

*Джерело:* розраховано автором за матеріалами [29-30].

Коефіцієнт обороту зі звільнення в 2024 році сягнув 52,4% (проти 20,5% у 2022 р.), а загальний коефіцієнт обороту кадрів перевищив 67%. Це означає, що понад дві третини штату протягом року оновилися, що є надзвичайно високим показником нестабільності. Коефіцієнт стабільності персоналу, який відображає частку працівників зі стажем роботи понад 1 рік, знизився з 87,4% до 83,4%, що підтверджує втрату досвідчених кадрів. Така ситуація є критичною: висока плинність негативно впливає на згуртованість колективу, вимагає постійного навчання нових співробітників і може погіршувати якість медичного обслуговування через дефіцит досвідчених фахівців.

Аналізуючи фонд оплати праці (табл.2.11) теба відмітити, що незважаючи на скорочення персоналу він зменшився менш суттєво – з 123,8 млн грн у 2022 р. до 101,9 млн грн у 2024 р. (–17,6%). Це означає, що

видатки на оплату праці в розрахунку на одного працівника зросли. Середньорічна заробітна плата одного працівника збільшилася зі 154,7 тис. грн у 2022 р. до 179,8 тис. грн у 2024 р. (+16,2%), тобто середньомісячна зарплата зросла з 12,9 тис. до 15,0 тис. грн. Проте темпи зростання оплати праці значно сповільнилися у 2024 р. (лише +1,6% до попереднього року), що в умовах високої інфляції фактично означає стагнацію реальних доходів персоналу.

Таблиця 2.11.

Основні показники фонду заробітної плати на КНП «Чорноморська лікарня»  
за 2022-2024 роки

| Показники                                      | 2022      | 2023     | 2024     | Темпи приросту, % |                 |                 |
|------------------------------------------------|-----------|----------|----------|-------------------|-----------------|-----------------|
|                                                |           |          |          | 2023/<br>2022 р   | 2024/<br>2023 р | 2024/<br>2022 р |
| Середньооблікова чисельність працівників, осіб | 800       | 633      | 567      | -20,88            | -10,43          | -29,13          |
| Фонд оплати праці, тис. грн.                   | 123764,7  | 112015,6 | 101929,3 | -9,49             | -9,00           | -17,64          |
| Середньорічна з/п одного працівника, грн       | 154705,88 | 176959,9 | 179769,5 | 14,38             | 1,59            | 16,20           |
| Середньомісячна з/п одного працівника, грн     | 12892,156 | 14746,66 | 14980,79 | 14,38             | 1,59            | 16,20           |

*Джерело:* розраховано автором за матеріалами [28-30].

Варто зазначити, що середня зарплата в лікарні наприкінці 2024 р. (близько 15 тис. грн) залишалася нижчою за середню по сфері охорони здоров'я (16,85 тис. грн) та значно відставала від середньої по економіці України (18,0 тис. грн) (табл.2.12). Зниження конкурентоспроможності оплати праці могло сприяти відтоку кадрів у приватний сектор або інші регіони.

Структура заробітної плати персоналу демонструє, що більшість співробітників отримують відносно невисокий дохід (табл.2.12.). За даними розподілу працівників за розміром зарплати на грудень 2024 р., понад половину персоналу (близько 57%) мала місячну зарплату в межах 10–15 тис. грн. Ще приблизно 16% отримували 8–10 тис. грн, тоді як лише 11%

працівників заробляли понад 20 тис. грн на місяць.

Таблиця 2.12.

Розподіл працівників за розміром заробітної плати на КНП «Чорноморська лікарня» за грудень місяць 2024 р.

| Показники                                                                                        | Фактично працівників, осіб | Питома вага, % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|
| Кількість працівників, яким оплачено 50% і більше робочого часу, встановленого на місяць, усього | 567                        | 100,00         |
| від однієї мінімальної заробітної плати до 7000,00                                               | 0                          | 0              |
| від 8 001,00 до 10 000,00                                                                        | 91                         | 16,10          |
| від 10 000,01 до 13 000,00                                                                       | 117                        | 20,60          |
| від 13 000,01 до 15 000,00                                                                       | 206                        | 36,40          |
| від 15 000,01 до 20 000,00                                                                       | 89                         | 15,70          |
| понад 20 000,01                                                                                  | 64                         | 11,20          |
| Законодавчо встановлена мінімальна заробітна плата в грудні 2024 р., грн                         |                            |                |
|                                                                                                  | 8000                       |                |
| Середня ЗП в Україні за грудень 2024 р, грн                                                      |                            |                |
| за усіма видами екон. діяльності                                                                 | 18012                      |                |
| сфера охорони здоров'я та соціальної допомоги                                                    | 16850                      |                |
| на підприємстві                                                                                  | 14981                      |                |

*Джерело:* розраховано автором за матеріалами [29-30, 33].

Отже, оплата праці основної маси персоналу перебувала на середньому рівні і не досягала середньогалузових показників. Така ситуація може негативно впливати на мотивацію: висококваліфіковані кадри шукають вищої оплати, а для молодших співробітників поточний рівень зарплат не є достатнім стимулом залишатися в закладі. Диференціація заробітків (наявність невеликої групи з відносно високими зарплатами та значної кількості персоналу з нижчими) також створює потенційну внутрішню напругу та ризик плинності кадрів.

Структура фонду оплати праці зазнала змін, що відображають перерозподіл видатків на різні види виплат (табл.2.13). Частка основної заробітної плати в загальному фонді зменшилася з 34,2% у 2022 р. до 31,2% у

2024 р., тоді як частка додаткової зарплати (надбавки, доплати, премії тощо) лишалася переважною – близько 60% фонду.

Таблиця 2.13.

Склад фонду оплати праці та інші виплати на КНП «Чорноморська лікарня»  
за 2022-2024 роки

| Показники                                                                                                                      | За період з початку року, тис.грн. |            |            | Динаміка показників,% |               |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------|------------|-----------------------|---------------|---------------|
|                                                                                                                                | 2022                               | 2023       | 2024       | 2023/<br>2022         | 2024/<br>2023 | 2024/<br>2022 |
| Фонд оплати праці штатних працівників, усього                                                                                  | 123764,70                          | 112015,60  | 101929,3   | -9,49                 | -9,00         | -17,64        |
| Фонд основної заробітної плати                                                                                                 | 42377,03                           | 36281,85   | 31781,56   | -14,38                | -12,40        | -25,00        |
| 1. у % до загального ФОП                                                                                                       | 34,24                              | 32,39      | 31,18      | -5,40                 | -3,74         | -8,94         |
| Фонд додаткової заробітної плати                                                                                               | 76511,34                           | 68340,72   | 61269,70   | -10,68                | -10,35        | -19,92        |
| 2. у % до загального ФОП                                                                                                       | 61,82                              | 61,01      | 60,11      | -1,31                 | -1,48         | -2,77         |
| з нього: надбавки та доплати                                                                                                   | 57426,82                           | 56926,33   | 60454,27   | -0,87                 | 6,20          | 5,27          |
| 3. у % до загального ФОП                                                                                                       | 46,40                              | 50,82      | 59,31      | 9,53                  | 16,71         | 27,82         |
| Премії та винагороди,що носять систематичний характер (щомісячні /квартальні)                                                  | 7661,03                            | -          | -          |                       |               |               |
| 4. у % до загального ФОП                                                                                                       | 6,19                               | -          | -          |                       |               |               |
| Оплата за невідпрацьований час;                                                                                                | 9542,26                            | 11414,39   | 8837,27    | 19,62                 | -22,58        | -7,39         |
| 5. у % до загального ФОП                                                                                                       | 7,71                               | 10,19      | 8,67       | 32,17                 | -14,92        | 12,45         |
| Виплати, що не входять до фонду оплати праці                                                                                   |                                    |            |            |                       |               |               |
| Нараховано працівникам за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності | 3039677,00                         | 3201602,00 | 3109537,00 | 5,33                  | -2,88         | 2,30          |
| З них оплата перших п'яти днів тимчасової непрацездатності за рахунок підприємства                                             | 764672,70                          | 862475,00  | 923469,00  | 12,79                 | 7,07          | 20,77         |

Джерело: розраховано автором за матеріалами [29-30].

Особливо помітно зросли витрати на обов'язкові надбавки та доплати: у 2024 р. вони склали ~59,3% фонду оплати праці, що на 13 процентних пунктів

більше, ніж у 2022 р.. Це може бути пов'язано з виплатою компенсацій за підвищене навантаження, нічні чергування або роботу в складних умовах (наприклад, в умовах воєнного стану) замість підвищення окладів. У той же час регулярні премії та винагороди після 2022 р. взагалі не виплачувалися – їхня частка впала до нуля, що могло негативно позначитися на мотивації персоналу. Виплати за невідпрацьований час (лікарняні, відпустки тощо) у 2023 р. тимчасово зросли (до 10,2% фонду), ймовірно через збільшення кількості лікарняних або вимушених простоїв, але у 2024 р. їхній рівень знизився до 8,7%, що ближче до звичайного. Також зросло навантаження на кошти соціального страхування: підприємство було змушене витратити більше власних коштів на оплату перших днів тимчасової непрацездатності працівників (у 2024 р. на 20,8% більше, ніж у 2022 р.). Загалом, така динаміка витрат свідчить про напружену фінансову ситуацію: щоб утримати персонал та забезпечити роботу лікарні, доводилося збільшувати додаткові виплати (ймовірно, за рахунок державних або страхових надходжень), тоді як можливостей для підвищення базових окладів і преміювання не було. Це може негативно впливати на довгострокову стабільність колективу та інвестиційну привабливість закладу, адже значна частина фонду оплати праці витрачається на компенсацію важких умов та лікарняних, а не на розвиток персоналу.

В цілому, у кадровому забезпеченні лікарні спостерігаються тривожні тенденції: різке скорочення персоналу, висока плинність кадрів і зростаюче навантаження на тих, хто залишився. Це вже призвело до зміни структури колективу (старіння, дефіцит молодих фахівців) та може мати довгострокові негативні наслідки для якості медичних послуг і стабільності роботи закладу.

Хоча формально ефективність використання трудових ресурсів (кількість пацієнтів на одного працівника) зросла, така «ефективність» досягнута за рахунок перевантаження персоналу, що є небезпечним для якості обслуговування. Нестача кадрів і перенапруження наявного персоналу також знижують інвестиційну привабливість лікарні, адже успіх будь-яких проєктів в охороні здоров'я значною мірою залежить від достатнього та мотивованого

персоналу. Для відновлення організаційної стійкості керівництву необхідно зосередитися на покращенні умов праці, підвищенні оплати та активнішому залученні нових кадрів (особливо молодих спеціалістів), аби забезпечити належну якість медичних послуг і сталий розвиток лікарні.

### **2.3 Оцінка ефективності системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня»**

Для всебічного аналізу чинної системи управління персоналом у КНП «Чорноморська лікарня» першочерговим завданням є вивчення діючого кадрового механізму, який реалізується через діяльність відповідного структурного підрозділу – відділу кадрів. Станом на момент дослідження, цей відділ налічує трьох працівників, які функціонально підпорядковуються заступнику генерального директора з кадрових питань.

Основні напрями роботи кадрової служби регламентуються посадовими інструкціями та Положенням про відділ, де сформульовано ключові завдання, що відображають класичну модель кадрового адміністрування з елементами стратегічного HR-менеджменту [34]. До основних напрямів діяльності входять:

1. Кадрове планування, що включає оцінку поточних і перспективних потреб у персоналі відповідно до цілей розвитку установи та визначення способів залучення, утримання і підвищення ефективності працівників.
2. Організація процесу підбору кадрів, яка охоплює відбір кандидатів, проведення співбесід і первинну оцінку професійної придатності персоналу.
3. Адаптація та професійне навчання, що передбачає створення умов для ефективного входження нових співробітників у колектив, а також реалізацію освітніх і тренінгових програм для поточного складу персоналу.
4. Оцінювання результатів праці та мотиваційна політика, включаючи формування системи оцінки трудової діяльності та розробку мотиваційних інструментів – як матеріальних (зарплати, доплати), так і нематеріальних (визнання, підтримка, можливості розвитку).

5. Кадровий документообіг та архівна робота, що забезпечує юридичну правильність і відповідність ведення персональної документації чинному законодавству.

6. Внутрішня комунікація та регулювання трудових відносин, включаючи медіацію конфліктів, організацію корпоративних заходів і підтримку командної взаємодії.

Крім цього, до функціонального наповнення відділу входить реалізація рекрутингової політики, організація внутрішнього і зовнішнього навчання, періодичний кадровий аудит, ведення облікової та звітної документації, а також підтримка елементів корпоративної культури.

Попри формально повноцінну структуру і широкий функціональний спектр кадрової служби, описані завдання, переважно, відповідають класичній адміністративній моделі, орієнтованій на документаційне супроводження трудових відносин, а не на інвестиційний підхід до персоналу як стратегічного ресурсу. Відсутність механізмів постійного зворотного зв'язку, обмеженість програм професійного розвитку та недостатнє використання нематеріального стимулювання свідчать про низький рівень стратегічного інвестування в людський капітал.

З огляду на це, для більш глибокої діагностики стану кадрової роботи та оцінки ефективності інвестування в персонал як одного з ключових чинників функціонування закладу, у межах цього дослідження було обрано соціологічний підхід – проведення анонімного анкетного опитування серед різних категорій працівників. Такий метод дозволяє отримати емпіричні дані щодо рівня задоволеності персоналу основними аспектами трудової діяльності, ефективності системи мотивації, потреб у навчанні, а також виявити прогалини в HR-політиці закладу з точки зору її сприйняття працівниками. Для цього було розроблено анкету з 13 питань (додаток Б). В опитуванні прийняло участь 385 осіб, що складає 67,9% від загальної кількості працівників. За допомогою анонімного анкетування у Google Forms було опитано різні категорії та вікові групи персоналу. Дані щодо структури опитаних осіб надано

на рис. 2.2. та рис.2.3.



Рис. 2.2. Розподіл учасників анкетування за категоріями, %

*Джерело:* розраховано за даними анкетування.



Рис.2.3. Розподіл учасників анкетування за стажом роботи у лікарні, %

*Джерело:* розраховано за даними анкетування.

Згідно представлених даних видно, що найбільшу частину опитуваних складають особи, які займають посаду середнього медичного персоналу (35,7%) та працюють на підприємстві від 11 до 20 років (35,4%).

В анкеті були запитання двох типів: з варіантами відповідей та необхідністю оцінити за наведеною шкалою Лайкерта якість твердження. Докладніше методику оцінки відповідей за шкалою Лайкерта наведено у додатку В. На початку ми проаналізуємо питання з варіантами відповідей, а потім питання зі шкалою Лайкерта. При аналізі анкети також було враховано поділ на функціональні групи респондентів.

Відповідаючи на питання, щодо відповідності рівня оплати праці робочому навантаженню більшість опитаних вважають, що не відповідає - від

31,9% до 51,3% респондентів у різних категоріях (рис.2.4.). Від 28,5% до 47,4% вважають, що оплата частково відповідає навантаженню, а від 18,4% до 22,6% обрали варіант «важко відповісти». Найбільш критичними виявилися молодший і середній медперсонал, тоді як лікарі продемонстрували дещо вищу толерантність до поточного рівня оплати. Загальна тенденція свідчить про дефіцит фінансової мотивації, який може бути ключовим чинником потенційного відтоку кадрів.

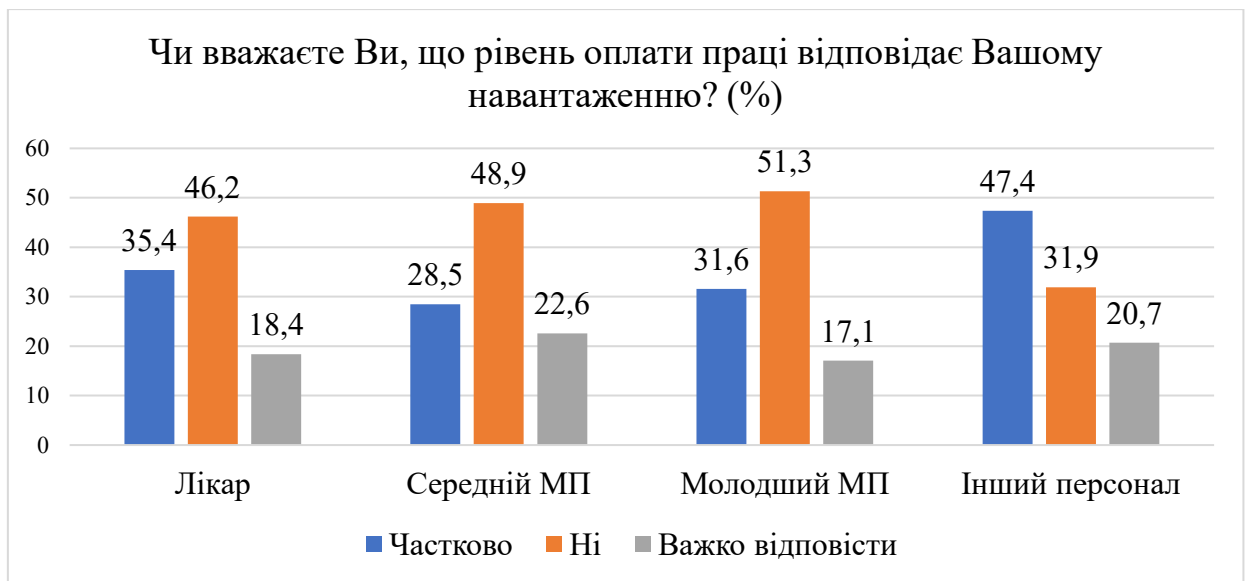


Рис. 2.4. Розподіл відповідей на питання «Чи вважаєте Ви, що рівень оплати праці відповідає Вашому навантаженню?», %

*Джерело:* розраховано за даними анкетування.

На запитання про участь у навчанні / підвищенні кваліфікації протягом останнього року більшість респондентів відповіли позитивно, проте з різною інтенсивністю (рис.2.5.). Так, у категорії «Лікарі» - 83,5% проходили навчання (близько 35% — неодноразово), серед середнього та молодшого медичного персоналу ці показники менше – 67,7% та 54,3% відповідно, інші категорії – 36,8%. Це демонструє нерівномірний доступ до навчальних можливостей та різний рівень залученості в освітні процеси. Вочевидь, навчання є більш системним для лікарів, тоді як молодший персонал має обмежений розвитковий потенціал, що потребує управлінського втручання.

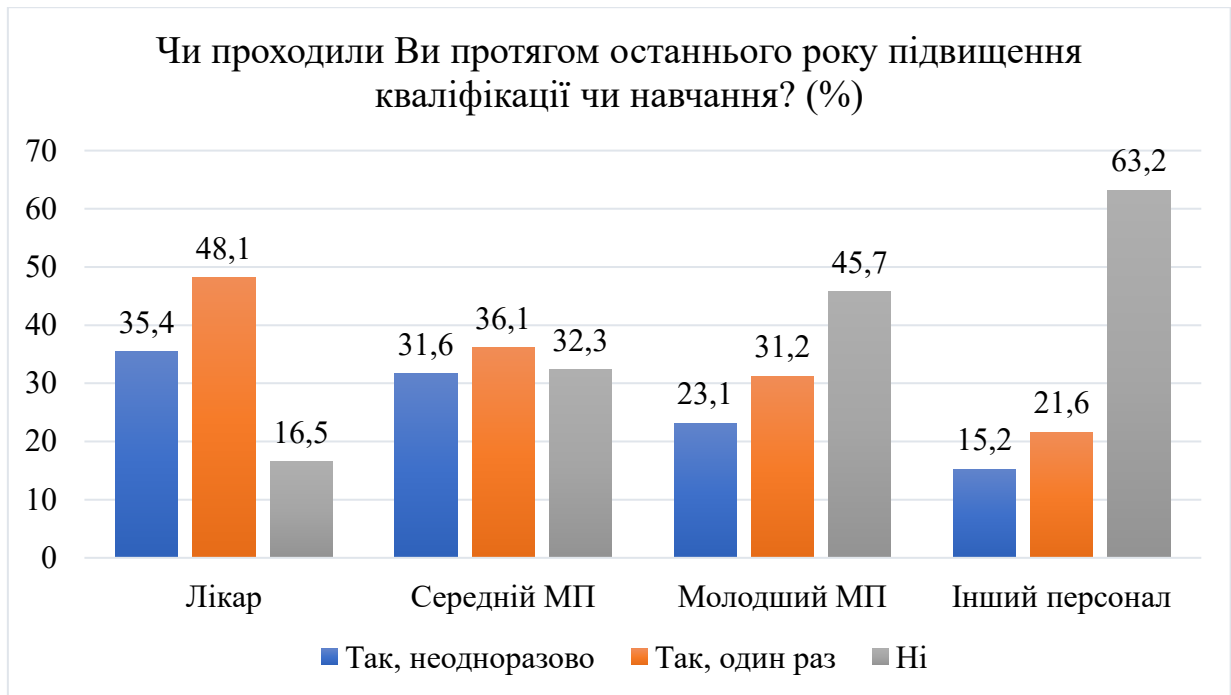


Рис. 2.5. Розподіл відповідей на питання «Чи проходили Ви протягом останнього року підвищення кваліфікації чи навчання?», %

*Джерело:* розраховано за даними анкетування.

При відповіді на питання про форми нематеріальної мотивації респонденти мали змогу обрати кілька відповідей (рис.2.6.). Найчастіше відзначалися показники: «доброзичлива атмосфера в колективі» - понад 30% у всіх категоріях персоналу, далі «гнучкий графік» - від 26,3% до 38,2% та «можливість кар'єрного росту» - від 21,7% до 35,9%. Але більш детально за категоріями персоналу можна виявити такі тенденції: для лікарів більш релевантним є професійна реалізація (39,1%), атмосфера в колективі (37,4%) та кар'єрний рост (35,9%). Середній та молодший медичний персонал більш цінують фактори гнучкого графіку (38,2% та 37,5%) та доброзичливу атмосферу (35,4% та 31,2%). Це показує, що лікарі більш націлені на професійний розвиток, тоді як інші категорії частіше орієнтуються на психологічний комфорт та стабільність. Це свідчить про потребу диференційованого підходу до мотивації — від кар'єрного розвитку для лікарів до емоційної підтримки для нижчих категорій.

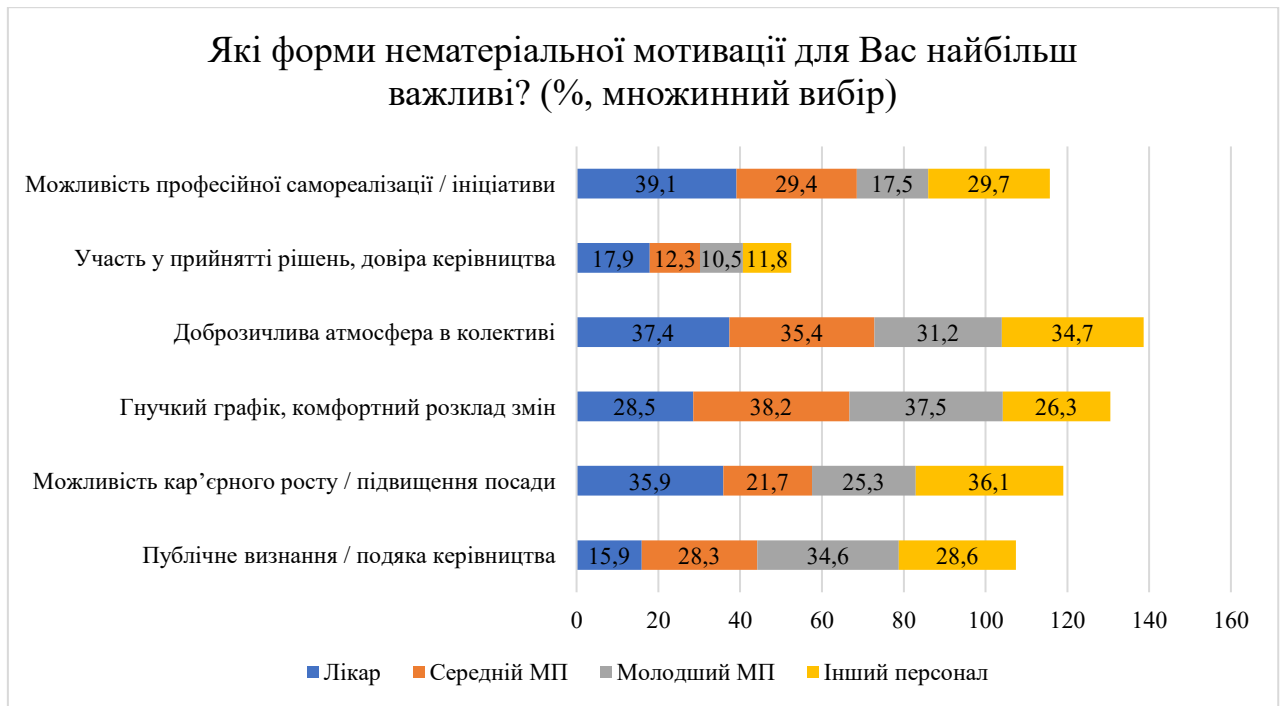


Рис. 2.6. Розподіл відповідей на питання «Які форми нематеріальної мотивації для Вас найбільш важливі?», %

*Джерело:* розраховано за даними анкетування.

Наступне питання також з можливістю множинного вибору стосувалося напрямків інвестування з токи зору респондентів (рис.2.7.). Треба відмітити, що за всіма категоріями персоналу найбільш важливим напрямком вважається психологічні підтримка та профілактика вигоряння (від 43,9% до 49,1%). Це дуже важливий момент, який показує, що персонал працює у доволі інтенсивному ритмі (що підтверджується даними пункту 2.2.) та має недостатньо часу та резервів для відновлення. У подальшому, це може спричинити суттєве зростання плинності кадрів та значні фінансові та репутаційні втрати для лікарні. Якщо розглядати у розрізі категорій персоналу, то для лікарів окрім психологічної підтримки важливими є охорона праці (39,1%), нове обладнання (37,8%) та підвищення заробітної плати (35,2%). Для середнього та молодшого медичного персоналу необхідно приділити увагу зменшенню робочого навантаження (40,2% та 42,9%) та підвищенню заробітної плати (38,4% та 39,5%). Це зрозуміло, бо на ці категорії приходить значне робоче навантаження при дефіциті кадрів та часто неконкурентній

оплати праці. За сукупністю відповідей друге місце по важливості інвестування займає напрямок «охорона праці та безпека робочого місця», що пояснюється необхідністю оновлення бомбосховищ на території лікарні в умовах бойових дій у країні.

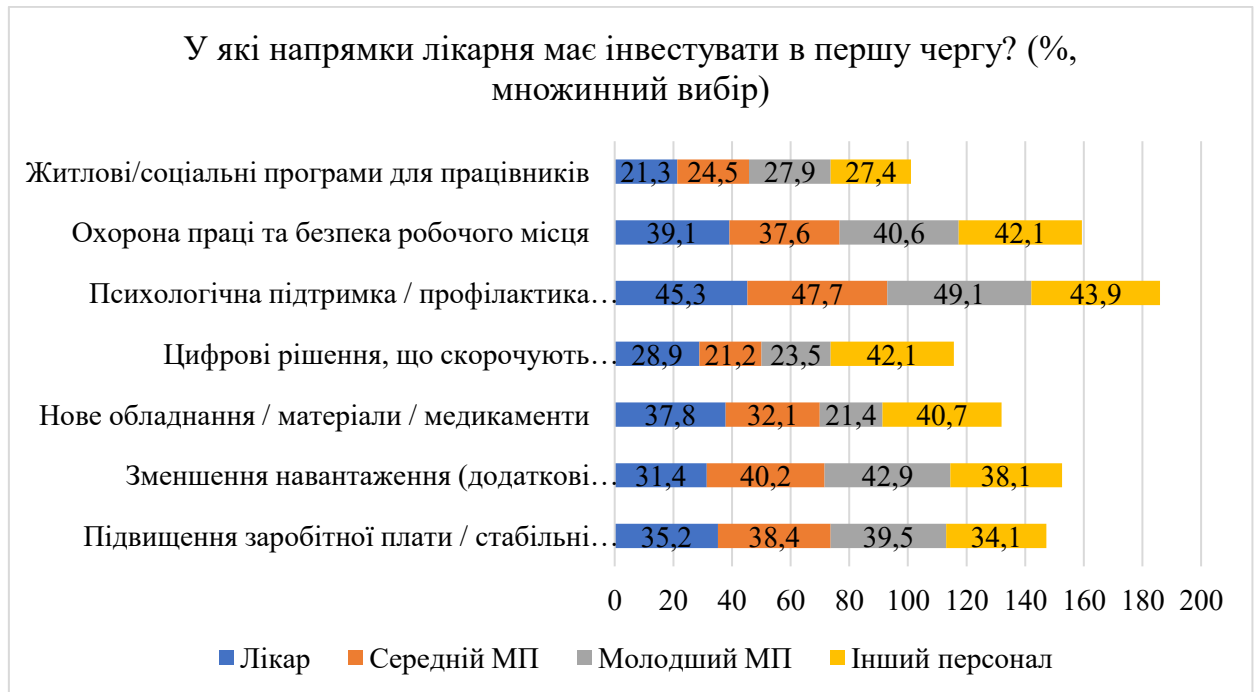


Рис. 2.7. Розподіл відповідей на питання «У які напрямки лікарня має інвестувати в першу чергу?», %

*Джерело:* розраховано за даними анкетування.

На запитання про можливість зміни роботи протягом наступного року близько 30% респондентів за всіма категоріями розглядають такий варіант чи вагаються, а від 15,9% до 25,6% вже планують це зробити (рис.2.8). Найвищу стабільність демонструють інші категорії персоналу, серед яких частка тих, хто не планує змінювати роботу, є найбільшою (20,7%). Лікарі, середній та молодший медичний персонал частіше зазначають готовність до змін, що може бути наслідком низької матеріальної мотивації та обмежених перспектив розвитку.

Для частини питань анкети було використано 5-бальну шкалу Лайкерта – респонденти оцінювали рівень своєї задоволеності чи погодженості з наведеними твердженнями від 1 (мінімальна оцінка) до 5 (максимальна).

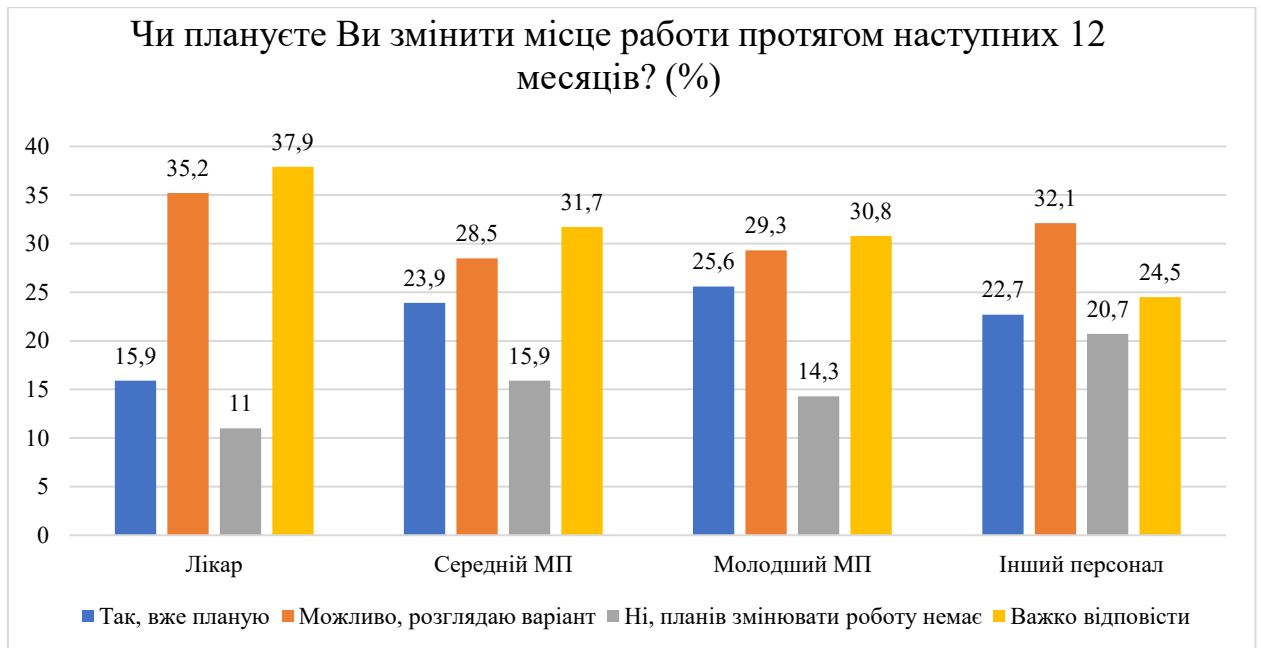


Рис. 2.8. Розподіл відповідей на питання «Чи плануєте Ви змінити місце роботи протягом наступних 12 місяців?», %

*Джерело:* розраховано за даними анкетування.

Кожне з цих питань стосувалося ключових аспектів управління персоналом, зокрема: матеріальної мотивації, забезпеченості робочого місця, користі навчання для роботи, професійного навантаження, нематеріальної мотивації та врахування інтересів персоналу. На основі відповідей було обчислено середній бал за кожним питанням та відповідний індекс (у відсотках до максимальної оцінки), окремо для кожної категорії персоналу. Зведені результати наведено в табл. 2. 14.

Згідно з узагальненою таблицею результатів за шкалою Лайкерта, оцінки різних аспектів системи інвестування в персонал помітно варіюються між категоріями працівників. Зокрема, матеріальна мотивація персоналу отримала середній бал 3,10 у лікарів (що відповідає індексу 61,96%, тобто дещо вище середнього рівня). У середнього та молодшого медичного персоналу цей показник нижчий – середній бал 2,85 (індекс 56,9%) та 2,69 (індекс 53,7%) відповідно. Це свідчить про загальну незадоволеність цих категорій рівнем заробітної плати та матеріального стимулювання.

Таблиця 2.14.

Зведена таблиця відповідей на запитання за шкалою Лайкерта

| Питання<br>анкети                  | Категорії персоналу |        |                 |        |                 |        |                 |        |
|------------------------------------|---------------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|
|                                    | Лікар               |        | Середній МП     |        | Молодший МП     |        | Інший персонал  |        |
|                                    | Середній<br>бал     | Індекс | Середній<br>бал | Індекс | Середній<br>бал | Індекс | Середній<br>бал | Індекс |
| 3. Матеріальна мотивація           | 3,10                | 61,96  | 2,85            | 56,90  | 2,69            | 53,70  | 2,86            | 57,14  |
| 5. Забезпеченість робочого місця   | 3,13                | 62,56  | 2,78            | 55,54  | 2,60            | 52,00  | 3,37            | 67,40  |
| 7. Користь навчання                | 3,31                | 66,28  | 3,03            | 60,60  | 2,79            | 55,82  | 3,01            | 60,16  |
| 8. Професійне навантаження         | 3,50                | 69,92  | 3,32            | 66,34  | 3,39            | 67,84  | 3,03            | 60,60  |
| 9. Нематеріальна мотивація         | 2,83                | 56,68  | 2,53            | 50,66  | 2,55            | 51,00  | 2,65            | 52,98  |
| 13. Урахування інтересів персоналу | 3,56                | 71,20  | 3,25            | 65,06  | 2,66            | 53,16  | 2,64            | 52,88  |

*Джерело: розраховано за даними анкетування.*

Нематеріальна мотивація (нематеріальні стимули та заохочення) оцінена ще нижче: середній бал 2,83 у лікарів (56,7%) і лише 2,53–2,55 у середнього та молодшого персоналу (близько 51% за індексом). Такий низький рівень підтверджує недостатню ефективність нематеріальних чинників мотивації в закладі для більшості працівників, особливо середнього медперсоналу.

Забезпеченість робочого місця (умови праці) лікарями оцінена в середньому на 3,13 бала (індекс 62,56%), тоді як молодший медперсонал оцінив цей показник лише на 2,60 (індекс 52,0%). Помітно, що найвищу оцінку умовам роботи дали представники «іншого» персоналу – середній бал 3,37, що відповідає 67,4% за індексом. Це може означати, що адміністративно-технічний персонал в цілому більш забезпечений необхідними ресурсами та умовами чи має менші вимоги, тоді як молодший медперсонал відчуває брак належних умов праці.

Професійне навантаження (інтенсивність роботи) оцінено доволі нейтрально: лікарі в середньому на 3,50 бала (індекс 69,92%), середній

медперсонал – на 3,32 (66,34%), молодший – на 3,39 (67,84%). Найменш задоволені своїм робочим навантаженням виявилися працівники інших підрозділів, які оцінили цей аспект в середньому на 3,03 (лише 60,6% за індексом). В цілому показники близькі до середніх, що може вказувати на певну збалансованість розподілу роботи, хоча трохи нижчі оцінки в адміністративного персоналу можуть сигналізувати про окремі проблеми з навантаженням або ефективністю організації праці у цій групі.

Користь навчання (підвищення кваліфікації та навчальних заходів) персоналом оцінена помірно. Лікарі, котрі найактивніше залучені до професійного навчання, дали цьому аспекту середню оцінку 3,31 (індекс 66,28%). Для порівняння, молодший медичний персонал оцінив корисність навчання лише на 2,79 бала (індекс 55,82%), що може свідчити про брак можливостей або стимулів для навчання у цієї категорії, чи про те, що існуючі програми навчання менш адаптовані до потреб молодшого персоналу.

Урахування інтересів персоналу керівництвом отримало доволі високі бали у лікарів – 3,56 (індекс 71,2%), а також відносно високі у середнього медперсоналу – 3,25 (65,06%). Водночас молодший медперсонал і працівники інших підрозділів значно критичніше оцінили цей показник: середні бали лише 2,66 та 2,64 (близько 53% за індексом). Це означає, що молодші категорії працівників найменш впевнені у тому, що їх думка та інтереси враховуються керівництвом, тоді як лікарі відчують себе більш залученими у процес управління та прийняття рішень.

У цілому інтегральний середній індекс задоволеності (середнє значення індексів по всіх оцінюваних показниках) найвищий у лікарів і становить 64,77%, тоді як у молодшого медичного персоналу він найнижчий – лише 55,59% (рис. 2.9). Середній медперсонал (59,18%) та інший персонал (58,53%) займають проміжне положення. Ці цифри свідчать, що лікарі загалом найбільш позитивно сприймають систему мотивації та можливостей розвитку у закладі, тоді як молодший медичний персонал є найбільш невдоволеним і відчуває найбільший дефіцит інвестицій у свій розвиток та стимулювання. Виявлені

диспропорції в рівні задоволеності між різними категоріями потребують уваги з боку керівництва, аби вирівняти умови та можливості для всіх груп персоналу.

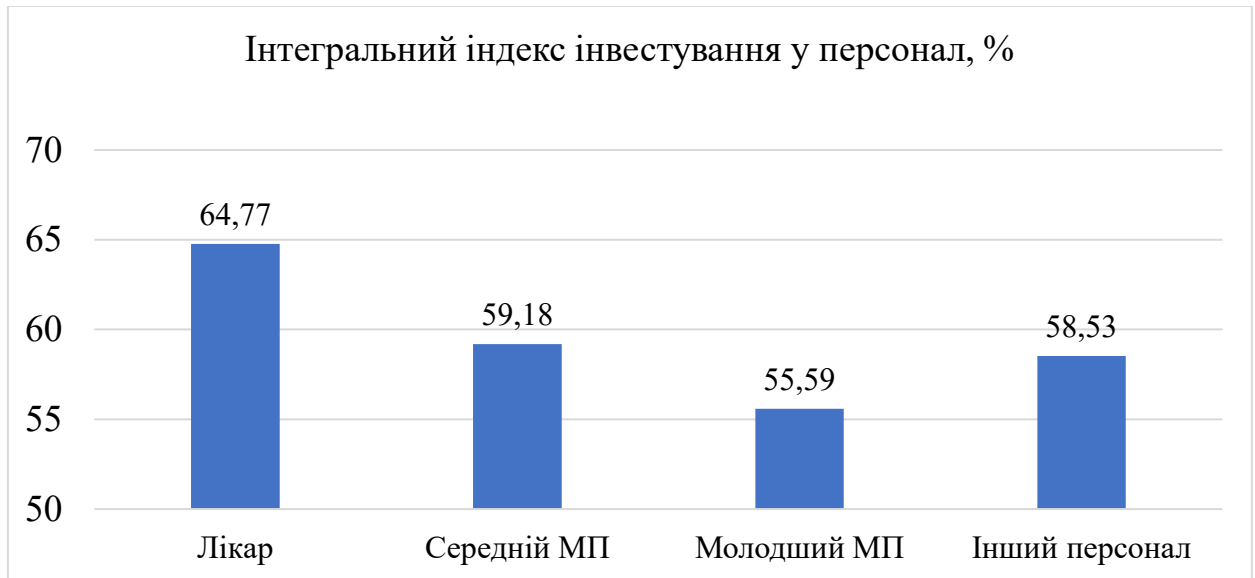


Рис.2.9. Інтегральний індекс інвестування у персонал на КНП «Чорноморська лікарня», %

*Джерело:* розраховано за даними анкетування.

Таким чином, за результатами проведеного анкетування персоналу КНП «Чорноморська лікарня» можна зробити висновок, що система інвестування в персонал має певні позитивні елементи, проте загалом характеризується недостатнім рівнем ефективності та стратегічної спрямованості. Отримані дані свідчать, що кадрова політика лікарні здебільшого ґрунтується на адміністративно-документаційному підході, тоді як інвестиційний аспект розвитку людського капіталу реалізується лише частково. Це підтверджується низьким рівнем задоволеності працівників матеріальними та нематеріальними стимулами, обмеженими можливостями професійного зростання та нерівномірним доступом до навчання.

Отже, ефективність системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня» можна оцінити як середню, з наявністю суттєвих резервів для підвищення. Основними напрямками покращення мають стати: запровадження комплексної системи нематеріальної мотивації, розширення можливостей для навчання та кар'єрного розвитку молодшого персоналу, а

також посилення заходів психологічної підтримки. Реалізація цих кроків дозволить не лише підвищити рівень задоволеності працівників, але й сформувати більш ефективну модель управління людським капіталом, що відповідатиме сучасним принципам стратегічного інвестування в персонал у сфері охорони здоров'я.

## **Висновки до розділу 2**

У другому розділі було проведено дослідження системи інвестування в персонал КНП «Чорноморська лікарня» з комплексною оцінкою соціально-економічних тенденцій, кадрової ситуації та ефективності управління людськими ресурсами у контексті післявоєнної трансформації медичного закладу.

У результаті організаційно-управлінського аналізу було встановлено, що лікарня функціонує як багатoproфільний медичний заклад вторинного рівня, який надає цілодобову медичну допомогу населенню та має функціональну організаційну структуру, яка традиційно притаманна медичним установам.

В останні роки простежується позитивна фінансово-економічна динаміка: після збитковості 2022 року заклад вийшов на стабільне зростання та прибутковість у 2024 році. Так за період 2022-2024 рр. чистий дохід підвищився на 19,33%, собівартість послуг знизилась на 17,69%, фондovіддача зросла на 20,20%, що свідчать про більш ефективне використання ресурсів та управлінську раціоналізацію. Соціально-економічним наслідком стало підвищення фінансової стабільності та посилення потенціалу для внутрішніх інвестицій, про що говорять відповідні показники рентабельності та фінансової стійкості, які нахотяться на високому рівні.

Окремо варто виділити показник рентабельності ФЗП, якій за 2022-2024 рр. зріс із -8,33% до 35,44%, що свідчить про перехід оплати праці з розряду

витрат у фактор формування прибутку. Рентабельність персоналу також різко зросла - з негативного значення (-12,89 грн/особу у 2022 році) до 63,71 грн/особу у 2024 році, що підтверджує ефективність кадрової політики.

Однак більш детальна діагностика соціально-економічних і трудових показників засвідчила наявність гострих проблем у сфері кадрового забезпечення. За 2022–2024 рр. чисельність персоналу зменшилася майже на 30 %, при цьому рівень укомплектованості штатів становить лише 80%. Найбільший дефіцит спостерігається серед лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу, що безпосередньо впливає на обсяг і якість наданих послуг. Вікова структура демонструє тенденцію до старіння колективу: частка працівників до 35 років скоротилася на п'яту частину, а понад 40% штату мають стаж понад 20 років. Зменшення притоку молодих фахівців та висока плінність кадрів (понад 50% у 2024 р.) створюють ризик кадрового виснаження. Зросло навантаження на одного працівника - кількість пацієнтів на лікаря збільшилася у два рази (з 46 осіб на 1 лікаря у 2022 році до 94 осіб – у 2024 році), що свідчить про інтенсивну експлуатацію трудового потенціалу. Попри формальне зростання продуктивності праці, така ефективність має примусовий характер і досягається за рахунок перевтоми персоналу. Середня заробітна плата хоч і зросла на 16%, проте залишається нижчою за середньогалузеву, що посилює відтік кадрів. Таким чином, соціально-економічна ситуація у трудовій сфері лікарні характеризується дисбалансом між фінансовими результатами та людськими ресурсами.

Оцінка ефективності системи інвестування в персонал виявила, що кадрова політика лікарні має адміністративно-документальний, а не стратегічно-інвестиційний характер. Кадрова служба переважно виконує функції обліку, добору та звітності, тоді як механізми розвитку персоналу залишаються обмеженими. Результати анкетного опитування працівників показали, що більшість респондентів незадоволені співвідношенням між оплатою праці та навантаженням, а також відчують нестачу нематеріальних стимулів. Навчальні програми реалізуються вибірково: активніше серед

лікарів, але майже не охоплюють молодший персонал. Система мотивації орієнтована здебільшого на надбавки та компенсації за складні умови праці, тоді як преміювання і визнання результатів практично відсутні. Недостатнє використання інструментів розвитку, кар'єрного планування та корпоративної культури знижує залученість і лояльність працівників. Це підтверджує низький рівень інвестування у людський капітал, що обмежує інноваційність і адаптивність організації до зовнішніх викликів.

Узагальнюючи результати аналізу, можна зробити висновок, що діяльність КНП «Чорноморська лікарня» у 2022–2024 рр. характеризується поєднанням позитивних фінансово-економічних тенденцій із загостренням кадрових проблем. Лікарня успішно подолала кризовий період і забезпечила фінансову стабілізацію, однак ця стабільність досягнута шляхом скорочення персоналу та підвищення інтенсивності праці. Такий підхід не є сталим у довгостроковій перспективі. Подальше підвищення ефективності медичного закладу можливе лише за умови переходу від витратної моделі до інвестиційної стратегії розвитку персоналу, яка передбачає:

- упровадження системи безперервного професійного навчання та внутрішніх програм наставництва;
- перегляд політики оплати праці з урахуванням ринкових стандартів і результативності;
- розширення нематеріальної мотивації (визнання досягнень, корпоративна культура, можливості кар'єрного росту);
- формування кадрового резерву й залучення молодих фахівців.

### РОЗДІЛ 3. ВИЗНАЧЕННЯ ШЛЯХІВ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ІНВЕСТИВАННЯ В ПЕРСОНАЛ НА КНП «ЧОРНОМОРСЬКА ЛІКАРНЯ»

#### 3.1 Міжнародний досвід інвестування в персонал у медичній сфері

Інвестування в медичний персонал визнано критично важливим для зміцнення систем охорони здоров'я в усьому світі. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2030 року глобальний дефіцит кадрів охорони здоров'я може сягнути 11 мільйонів фахівців, причому найбільше бракуватиме медичного персоналу в країнах із низьким та середнім рівнем доходів [35]. Причинами цього є багаторічне недостатнє фінансування підготовки кадрів, демографічні зміни (старіння населення, зростання хронічних захворювань), а також трудова міграція медиків із бідніших країн до багатших [35]. Пандемія COVID-19 додатково оголила вразливість систем, підсиливши навантаження на наявних працівників і показавши ціну дефіциту кадрів.

Світові організації закликають уряди розглядати видатки на медичний персонал як інвестицію, а не витрати. За даними Міжнародної ради медсестер (ICN), вкладення коштів у розвиток медичних кадрів, особливо медсестер, дає потужну віддачу: у країнах із низьким і середнім доходом кожен 1 долар, інвестований у розбудову кадрового потенціалу медицини, приносить у майбутньому до 10 доларів економічної вигоди [36]. Зокрема, збільшення чисельності медсестер до рекомендованого рівня (70 на 10 тисяч населення) є умовою досягнення Цілей сталого розвитку в частині загального медичного покриття, і світовій спільноті потрібно підготувати й найняти понад 30 млн нових медсестер до 2030 року [36].

До ключових трендів інвестування в медичних працівників належать:

1. *Розширення підготовки та освіти* – країни збільшують фінансування медичних вишів, кількість навчальних місць та програм стажування, часто впроваджуючи інноваційні підходи (симуляційне навчання, онлайн-освіта,

скорочені програми тощо).

2. *Покращення умов праці та оплати* – підвищення зарплат, соціальних гарантій, забезпечення безпечного робочого середовища і можливостей професійного розвитку розглядаються як інструмент утримання кадрів. Після пандемії багато держав переглянули політику оплати праці медиків: наприклад, уряд Франції у 2020 році виділив близько 7,5 млрд євро на підвищення зарплат 1,5 млн медичних працівників, що дало в середньому +183 євро щомісяця до окладу медсестер, санітарів та іншого персоналу [37]. Окремо ~450 млн євро спрямовано на підвищення оплати лікарів державних лікарень [37]. Це «історичне» підвищення стало визнанням внеску медиків на передовій боротьби з COVID-19 і частково ліквідувало багаторічне відставання у зарплатах.

3. *Цільові інвестиції в пріоритетні напрями охорони здоров'я* – все більше уваги приділяється кадрам для первинної медицини, психічного здоров'я, реабілітації, геріатрії та громадського здоров'я, оскільки саме ці ланки часто є «вузькими місцями» систем. Приміром, Канада у бюджеті 2023 р. заклала значні кошти на розширення доступу до сімейних лікарів та зміцнення психічного здоров'я і догляду вдома для літніх людей [38]. Велика Британія в своєму довгостроковому кадровому плані NHS визначила за мету до 2037 р. на 73% збільшити чисельність працівників у сфері психічного здоров'я, первинної та громадської медичної допомоги для переходу до більш проактивної, профілактичної медицини [39].

4. *Інноваційні стратегії подолання кадрового голоду* – окрім традиційного збільшення випуску власних медичних фахівців, країни застосовують підходи міжнародного партнерства та мобільності кадрів. Високорозвинені держави все частіше укладають угоди про керований імпорт медичних працівників з інших країн, поєднуючи це з підтримкою розвитку кадрів у країнах-донорах (принцип «взаємної вигоди»). Так, Німеччина паралельно зі спрощенням імміграції медсестер започатковує програми Global Skills Partnership: за схемою «глобального партнерства навичок» країна-одержувач (Німеччина)

фінансує підготовку медсестер у країні-постачальнику (Філіппіни), після чого частина випускників мігрує працювати за кордон, а частина залишається вдома [40]. Перша така німецько-філіппінська програма, стартувавши у 2019 році, вже до 2025 р. підготувала понад 300 медсестер, з яких ~100 готуються до переїзду в Німеччину або вже працюють там, а ~200 залишилися працювати на Філіппінах [40]. Це допомагає обом сторонам: Німеччина отримує кваліфіковані кадри для лікарень і будинків для літніх, а Філіппіни – інвестиції в свою освітню інфраструктуру та приріст медсестер для внутрішніх потреб, що зменшує відтік і «відтік мізків». Інший приклад – державна програма Німеччини «Triple Win» у співпраці з агентством GIZ, яка з 2013 р. сприяла працевлаштуванню понад 6 000 медичних сестер з Філіппін та інших країн у німецьких клініках [40]. При цьому акцент робиться на етичному рекрутингу: відбір з тих країн, де є надлишок медичних кадрів, і наданні підтримки іммігрантам (мовні курси, адаптація, визнання кваліфікацій тощо).

5. *Публічно-приватне партнерство (PPP)* – залучення приватного сектору до фінансування та розвитку медичного персоналу. Держави формують стимули для інвестицій бізнесу в освітні програми, стажування, науково-медичні кластери. Уряди також створюють спільні фонди та грантові програми за участі міжнародних організацій, донорів і приватних благодійників для підготовки кадрів (особливо актуально для бідніших країн). Партнерства з приватним сектором розглядаються як ключовий інструмент відновлення систем охорони здоров'я – наприклад, в Україні Міністерство охорони здоров'я офіційно визначило, що публічно-приватне партнерство буде одним із наріжних механізмів розвитку медицини, зокрема для інвестицій у пріоритетні напрями такі як реабілітація, психічне здоров'я, онкологія, медична освіта, материнство і дитинство тощо [41].

Розглянемо більш детально досвід конкретних країн.

*Велика Британія.* У 2023 році британський уряд затвердив масштабний Довгостроковий план розвитку кадрового потенціалу NHS, який передбачає одночасно стратегії «Train, Retain, Reform» (підготовка, утримання, реформа).

Протягом перших 5–6 років плану держава інвестує £2,4 млрд додаткових коштів у розширення програм навчання медиків – це дозволить збільшити кількість місць у медичних університетах та коледжах на 27% до 2028/29 рр. і розпочати підготовку понад 500 тисяч нових клінічних фахівців (на 60 тисяч більше, ніж при збереженні попередніх обсягів) [39]. В стратегічній перспективі до 2031/32 навчальний цикл буде нарощено на 64%, що дасть змогу майже подвоїти щорічний випуск лікарів (з 7,500 місць у медичних школах до 15,000) та суттєво збільшити випуск медсестер (на 80–90%), акушерок, фармацевтів, психологів та інших спеціалістів. Особлива увага – первинній ланці: кількість місць для підготовки сімейних лікарів (GP) зросте на 50%, до 6 000 місць на рік. Важливо, що фінансування виділяється не лише на базову освіту, але й на безперервний професійний розвиток: планом закріплено постійне національне фінансування підвищення кваліфікації медсестер, акушерок та парамедиків, аби працівники могли реалізувати свій повний потенціал протягом кар’єри. Одночасно NHS впроваджує програми утримання кадрів: поліпшення умов праці, гнучкі графіки, підтримка добробуту і ментального здоров’я персоналу, реформа пенсійної системи для лікарів, щоби стимулювати їх працювати довше. За рахунок цих заходів планується запобігти звільненню до 130 тисяч фахівців протягом 15 років. Також вводяться нові ролі (наприклад, асоційовані лікарі, асоційовані медсестри, фахівці з розширеними функціями) – за рахунок розширення таких посад до 5% штату можна вивільнити час лікарів та медсестер для роботи з пацієнтами. Фінансово британський уряд підкріпив ці цілі: бюджет на освіту і тренінги для NHS зростає з £5,5 млрд до £6,1 млрд у найближчі два роки, а додатково виділяються кошти (~£500 млн у 2023–2025 рр.) на першочергові заходи з навчання і стажування кадрів. Британський підхід може бути описаний формулою «Train more, pay more, stay longer» – більше навчати нових медиків, краще мотивувати наявних, щоб працювали довше [39].

*Канада.* У Канаді кадрове питання вирішується у тісній співпраці федерального уряду з провінціями, які безпосередньо відповідають за

організацію медицини. На початку 2023 року федеральний уряд анонсував 10-річний план вливання коштів у систему охорони здоров'я обсягом близько \$200 млрд (канадських доларів), значна частка яких піде на забезпечення стійкості кадрового ресурсу, покращення умов праці й доступу до послуг. Зокрема, план передбачає \$1,7 млрд на підвищення оплати праці найбільш низькооплачуваних працівників сфери догляду – йдеться про персональних помічників по догляду (санітарів, доглядальниць тощо), яким піднімуть погодинну ставку оплати, аби зробити ці вакансії більш привабливими. Також виділяються кошти на розширення домашньої допомоги та догляду в громадах (щоб розвантажити лікарні) і на послуги з психічного здоров'я – ці напрями визначені спільними пріоритетами для федерального центру та провінцій. Для залучення додаткових кадрів передбачено прискорення процедур визнання іноземних дипломів: уряд співпрацює з регуляторами, щоб спростити й прискорити підтвердження кваліфікації медиків-іммігрантів і навіть дозволити їм легше переміщатися між провінціями там, де є нагальна потреба. Одночасно розширено програми матеріального заохочення роботи у віддалених і сільських районах – діє федеральна програма прощення студентських кредитів для лікарів і медсестер, які після випуску відпрацьовують у сільській місцевості або віддалених громадах. Таким чином, канадська стратегія комбінує прямі інвестиції в оплату праці, адресні стимули для важкодоступних регіонів і інтеграцію міжнародних медичних фахівців до своєї системи [38].

*США.* У Сполучених Штатах значна увага приділяється як внутрішньому кадровому забезпеченню, так і допомозі у зміцненні глобального медичного персоналу. На федеральному рівні США фінансують ряд програм підготовки медичних кадрів – від грантів на освіту і стажування (через HRSA, Департамент охорони здоров'я) до стипендій і погашення кредитів для фахівців, що працюють у дефіцитних спеціальностях або регіонах (програми National Health Service Corps тощо). Окремою ланкою стало інвестування у кадри громадського здоров'я: після пандемії план порятунку

Америки (American Rescue Plan, 2021) передбачив понад \$1,1 млрд на розширення штату епідеміологів, медичних техніків, працівників з охорони громадського здоров'я та спільнотних медичних працівників по всій країні [42].

Разом з тим, відчуваючи брак медсестер і середнього персоналу, окремі штати (наприклад, Нью-Йорк) запроваджують власні фонди для розвитку робочої сили: так, у 2022 р. штат Нью-Йорк оголосив інвестиції \$1,3 млрд у протягом 5 років на набір і навчання медсестер та помічників, включно зі стипендіями для студентів-медиків і бонусами за продовження роботи у штаті [43].

На міжнародній арені США запустили у 2022 році спеціальну ініціативу Global Health Worker Initiative (GHWI), спрямовану на підтримку медичних працівників у країнах, що розвиваються. У рамках GHWI і суміжних програм США вже виділили понад \$10,5 млрд (у 2023 фінансовому році) на глобальні програми охорони здоров'я, з яких понад \$1,5 млрд щорічно спрямовується безпосередньо на підтримку та підготовку медичних працівників за кордоном. Зокрема, частина цих коштів іде через фонди успішних програм, таких як План надзвичайної допомоги при СНІД (PEPFAR) та Ініціатива проти малярії, які фінансують навчання і зарплати тисяч медпрацівників у більш ніж 50 країнах світу. У 2024 р. вперше було закладено окреме цільове фінансування USAID на розвиток GHWI – \$10 млн, а в бюджеті 2025 р. запитується вже \$20 млн на продовження цієї роботи. Пріоритети тут – захист і підтримка медичних працівників (безпека на робочому місці, забезпечення необхідним обладнанням, психосоціальна підтримка, боротьба з насильством проти медиків у гарячих точках) та розширення кадрового потенціалу (створення можливостей кар'єрного росту, оплата праці та соціальний захист, особливо для жінок-медиків і громадських медичних працівників). Наприклад, за підтримки США розгорнуто проекти з навчання кадрів первинної ланки і громадських медичних працівників у ряді країн Африки та Азії, а також ініціативи з підвищення кваліфікації медиків у кризових ситуаціях

(телемедицина для українських лікарів воєнного часу, навчання з інфекційного контролю для лабораторного персоналу в Африці тощо). Таким чином, досвід США поєднує внутрішні інвестиції у підготовку і утримання кадрів з міжнародним лідерством у підтримці світової медичної спільноти [43].

*Німеччина.* Окрім згаданих вище міжнародних партнерств, Німеччина також спрямовує ресурси на збільшення власного освітнього потенціалу та покращення умов праці. У відповідь на зростаючий дефіцит медсестер і доглядальниць (за офіційними даними, в 2023 р. було близько 35 000 вакантних місць медсестер при тому, що на 10 вакансій припадало лише 4 претенденти [40], німецький уряд фінансує відкриття нових місць у медичних коледжах, а також стимулює вербування молоді у професії охорони здоров'я. Важливим напрямком стало підвищення оплати праці в секторі догляду: починаючи з 2020 р., у Німеччині поетапно зростала мінімальна зарплатня доглядального персоналу та вводилися доплати за складність роботи. Також впроваджуються нові моделі розподілу навантаження – наприклад, передача частини функцій лікарів кваліфікованим медсестрам (після проходження ними спеціалізованих курсів) для підвищення ефективності використання кадрів. Варто відзначити, що в німецькій моделі помітну роль відіграє приватний сектор: великі лікарняні мережі та страховики інвестують у навчання персоналу, створюють власні навчальні центри, співпрацюють з університетами. Це приклад країни, яка комбінує державні інвестиції (освіта, зарплати) з керованою імміграцією та залученням приватних ресурсів.

*Франція.* Як згадувалося, Франція здійснила істотні капіталовкладення в утримання медичного персоналу після COVID-19. У рамках пакету «Ségur de la Santé» (2020 р.) уряд підняв зарплати більшості медичних працівників, виділивши €7,5 млрд на збільшення базових окладів медсестер, санітарів, технічного персоналу – у середньому на €183 на місяць [37]. Окремим рядком пішло фінансування на підвищення окладів лікарів державних лікарень (~€450 млн) [37]. Крім того, Франція інвестує у покращення умов праці в

лікарнях: було профінансовано програми модернізації лікарняної інфраструктури, найму додаткового допоміжного персоналу, щоб зменшити навантаження на медиків. Попри значні витрати, уряд вважав такі інвестиції необхідними, назвавши це «компенсацією за роки недофінансування» і кроком для запобігання відтоку кадрів за кордон. Французький досвід демонструє, що підняття престижу професії через достойну оплату та увагу до умов праці – дієвий шлях втримати кадри та залучити молодь у медицину.

Значущим доповненням до державних програм є ініціативи приватного сектора – транснаціональних фармацевтичних компаній, виробників обладнання, приватних клінік та благодійних організацій. Міжнародні компанії дедалі активніше інвестують у людський капітал в медицині, розглядаючи це як довгострокову стратегію розвитку ринку та підвищення якості послуг. Такі інвестиції набувають різних форм: від освітніх грантів і стипендій для медичних університетів – до проведення тренінгів, семінарів, стажувань для діючих працівників охорони здоров'я.

Прикладом є Україна, де західні партнери та корпорації, паралельно з гуманітарною допомогою, зосередилися на навчанні українських медиків за сучасними стандартами. Зокрема, великі виробники медичного обладнання та фармацевтичні фірми організували серії освітніх заходів: конференції, семінари, повноцінні навчальні програми для лікарів і медсестер різних спеціальностей [41].

Наприклад, німецька фармкомпанія *Heel* через створену нею Українську академію біологічної медицини вже понад 15 років інвестує у підготовку лікарів з фізичного та емоційного здоров'я – навчено понад 9 000 медичних працівників, розроблено сотні методичних матеріалів, створено базу даних сучасних протоколів для 30 000 лікарів. Більшість програм Академії для українських медиків безкоштовні, проводяться офлайн і онлайн, а щороку організовується близько 20 конференцій за участі міжнародних експертів.

Інший приклад: компанія *Siemens Healthineers* профінансувала у сусідній Польщі програму прискореної підготовки українських

рентгенолаборантів, яка поєднувала очні тренінги на сучасному обладнанні та онлайн-модулі; випускники цих курсів повернулися в Україну і застосовують набуті знання на практиці. Корпорація *Philips* у співпраці з Міністерством охорони здоров'я України реалізувала у 2024 р. проект зі створення мережі інсультних центрів. Як результат, вже у 2025 р. мережа сучасних інсультних відділень запрацювала, рятуючи життя пацієнтів з інсультом. У галузі онкології дві провідні фірми *Elekta* та *Varian* спершу організували цикл онлайн-курсів для українських онкологів про новітні протоколи лікування раку, а згодом встановили в українських лікарнях сучасні лінійні прискорювачі для променевої терапії, провівши навчання персоналу прямо на робочому місці на цьому обладнанні. [41].

Ці кейси ілюструють широку палітру корпоративних стратегій. Приватні компанії отримують краще підготовлених фахівців, здатних працювати з їхнім обладнанням чи препаратами, і водночас підвищують стандарти лікування в країні. Консолідовано основні напрями та особливості інвестування за різними країнами представлено у табл.3.1.

Таким чином, світовий досвід однозначно доводить: інвестиції в кадри – це фундаментальний крок для підвищення якості медичних послуг і стійкості системи охорони здоров'я. Для України, яка переживає складний період реформ та відновлення, доцільно врахувати такі рекомендації на основі кращих практик:

- Збільшити державне фінансування підготовки медиків (досвід Великої Британії та Німеччини).
- Поліпшити умови праці та оплату, щоб утримати наявний персонал (досвід Франції).
- Запровадити стимули для роботи в сільській місцевості та регіонах (досвід США та Канади).
- Активно використовувати міжнародні партнерства і гранти.
- Заохочувати приватні інвестиції в освіту медиків через пільги та PPP.
- Розвивати нові ролі та сучасні навчальні програми.

Таблиця 3.1.

## Ключові напрями і особливості інвестування в медичний персонал

| Країна                 | Ключові інвестиційні підходи                                                                                                                                                                                                                     | Пріоритетні напрями та категорії                                                                                                                                                               | Форма інвестицій                                                                       |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Велика Британія</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Масштабне розширення підготовки</li> <li>– Утримання кадрів</li> <li>– Реформа ролей: запровадження нових посад</li> </ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– лікарі, медсестри, сімейні лікарі, парамедики, психологи.</li> <li>Особливий акцент на первинну допомогу, психічне здоров'я, геріатрію</li> </ul>     | Державні інвестиції                                                                    |
| <b>Канада</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Фінансова підтримка кадрового забезпечення</li> <li>– Підвищення зарплат молодшого персоналу.</li> <li>– Стимули для роботи в селах:</li> <li>– Інтеграція іммігрантів.</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Молодший медперсонал, доглядальниці.</li> <li>–Лікарі та медсестри в сільській місцевості</li> <li>–Психічне здоров'я, довготривалий догляд</li> </ul> | Державні інвестиції (федеральний + провінційні бюджети), публічно-приватне партнерство |
| <b>США</b>             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Внутрішні програми: гранти й фінансування навчальних закладів; програми оплати навчання взамін на роботу у дефіцитних районах</li> <li>2. Штатні ініціативи</li> <li>3. Глобальні ініціативи</li> </ol> | Кадри громадського здоров'я, Медсестри, Лікарі первинної ланки                                                                                                                                 | Державно-приватні. Прямі бюджетні вкладення у США та міжнародна допомога за кордон     |
| <b>Німеччина</b>       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Збільшення внутрішнього випуску кадрів: 2. Підвищення мінімальної оплати праці в сфері догляду</li> <li>3. Міжнародний рекрутинг</li> </ol>                                                            | Медсестри, молодший персонал, доглядовий персонал, лікарі загальної практики                                                                                                                   | Державні програми, міжурядові угоди, приватний сектор                                  |
| <b>Франція</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Підвищення зарплат всіх категорій медпрацівників державного сектору</li> <li>– Збільшення фінансування лікарень</li> <li>- Реформа медосвіти</li> </ul>                                                 | Медсестри, санітари, лікарі державних лікарень, молоді фахівці                                                                                                                                 | Державне фінансування соціальний діалог з профспілками щодо умов праці                 |

*Джерело:* розроблено автором за матеріалами [35-40].

Отже, Україна, вивчаючи міжнародний досвід, може сформулювати власну ефективну модель, поєднуючи державне лідерство, підтримку міжнародних партнерів та енергію приватних ініціатив, щоб забезпечити громадян висококваліфікованими й мотивованими медичними працівниками.

### 3.2 Напрямки удосконалення системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня»

Детальний аналіз стану соціально-трудової сфери на КНП «Чорноморська лікарня» у попередньому розділі дозволили виділити нам наступні проблемні точки:

- висока інтенсивність праці в умовах зростаючого психологічного напруження;
- незадовільна система матеріальної та нематеріальної мотивації у лікарні;
- невисока охопленість навчанням, особливо серед категорій молодшого персоналу;
- висока плинність через складні умови праці, недостатня залученість молоді на робочі місця.

Таким чином, спираючись на виявлені тенденції, а також вивчення міжнародного досвіду інвестування в персонал медичних закладів можна запропонувати наступні напрямки удосконалення системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня» та форми їх реалізації. (див. рис.3.1.)

Розглянемо кожен з напрямків більш детально.

*1) Психологічна підтримка персоналу.* В умовах зростаючих навантажень, кадрового дефіциту та емоційно напруженої атмосфери роботи в медичних закладах особливої актуальності набуває питання психологічного благополуччя працівників. Станом на 2022–2024 роки в Україні та за кордоном зростає увага до проблеми професійного вигорання, яка прямо впливає на якість медичної допомоги, плинність кадрів та ризики помилок.

Професійне вигорання (burnout) — це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійної ефективності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 40% медичних працівників у світі перебувають у зоні ризику вигорання, а в окремих країнах (Італія, США, Угорщина) цей показник сягає 50–60% [44].

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Психологічна підтримка персоналу        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Впровадження програм профілактики професійного вигорання.</li> <li>- Консультації з психологами, тренінги з емоційного саморегулювання.</li> </ul>                                                                                     |
| 2. Розвиток системи безперервного навчання | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Створення внутрішніх програм наставництва для нових і молодших працівників.</li> <li>- Проведення регулярних тренінгів, курсів і симуляцій для всіх категорій персоналу.</li> </ul>                                                    |
| 3. Мотивація персоналу                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Впровадження комплексної нематеріальної мотивації: визнання досягнень, корпоративна культура, моральне заохочення.</li> <li>- Запровадження гнучкої системи премій та надбавок, прив'язаної до результатів і якості роботи.</li> </ul> |
| 4. Удосконалення системи оплати праці      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Перегляд заробітної плати з урахуванням ринкових стандартів.</li> <li>- Диференційовані ставки для молодих фахівців і тих, хто працює в навантажених або складних умовах.</li> </ul>                                                   |
| 5. Залучення молодих кадрів                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Стажування, стипендії та підтримка для студентів і інтернів.</li> <li>- Програми адаптації та кар'єрного росту для молоді.</li> </ul>                                                                                                  |
| 6. Формування кадрового резерву            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ідентифікація лідерів серед медперсоналу для наступних управлінських і відповідальних ролей.</li> <li>- Розробка довгострокової кадрової стратегії.</li> </ul>                                                                         |

Рис. 3.1. Напрямки вдосконалення системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня».

*Джерело: розроблено автором.*

В Україні ситуація також критична. За результатами дослідження

психічного здоров'я медиків в Україні Міжнародним комітетом порятунку (IRC) спільно зі ZDOROVІ (2024) було виявлено, що третина респондентів (30%) часто вдаються до негативних способів подолання стресу. Половина опитаних рідко відчувається розслаблено, а 46% не мають оптимістичного погляду на майбутнє [45].

Міжнародна практика пропонує впровадження структурованих програм профілактики вигорання, які містять:

- обов'язкові щомісячні групові зустрічі із супервізією або коучем;
- створення «тихих кімнат» для відновлення;
- зміни в організації праці: ротація навантажених змін, скорочення понаднормової роботи;
- оцінку рівня вигорання щонайменше раз на пів року з використанням опитувальника Маслач (MBI) або Copenhagen Burnout Inventory [46].

Одним із базових підходів до запобігання вигоранню є інституційна підтримка через регулярні психологічні консультації. Так, наприклад, у США, Канаді та скандинавських країнах більшість медичних установ мають договори з клінічними психологами або HR-консультантами. Психологічна підтримка реалізується у таких форматах:

- індивідуальні консультації (анонімно або за графіком);
- групові тренінги з емоційної стійкості, розпізнавання стресу, саморегуляції;
- навчання персоналу методам когнітивно-поведінкової терапії (CBT-lite) для самозаспокоєння;
- підтримка через мобільні додатки (Headspace, Calm, MindDoc).

За даними різних досліджень у країнах ЄС, запровадження щомісячних тренінгів із саморегуляції знизило частоту звернень до психологів на 22% і зменшило рівень депресії серед персоналу на 15%-29% в залежності від категорій персоналу [47]. Заходи з профілактики вигорання на КНП «Чорноморська лікарня» представлено на рис. 3.2.

2) *Розвиток системи безперервного навчання персоналу.* Одним із ключових напрямів удосконалення кадрової політики є формування сталого

механізму безперервного професійного розвитку персоналу медичного закладу. Це відповідає положенням Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року, де зазначено необхідність забезпечення системного підвищення компетенцій медичних працівників на всіх рівнях надання медичної допомоги [48].



Рис. 3.2. Заходи з профілактики вигорання на КНП «Чорноморська лікарня»

*Джерело:* розроблено автором.

Аналіз ситуації у КНП «Чорноморська лікарня» виявив потребу у створенні інституційної підтримки молодих фахівців на початкових етапах їхньої професійної діяльності. Одним з дієвих механізмів є організація внутрішньої програми наставництва, що передбачає закріплення досвідчених працівників (із практикою понад 5 років) за новоприйнятими медичними працівниками. Програма наставництва повинна включати:

- індивідуальні плани розвитку для нових працівників;

- систематичний моніторинг результатів адаптації;
- регулярні зустрічі «ментор-новачок» з фокусом на професійні виклики;
- систему заохочення наставників (грошові бонуси, визнання на рівні закладу).

Важливою складовою модернізації кадрової політики є впровадження систематичних тренінгів, симуляцій та курсів для всіх категорій персоналу. Згідно з наказом МОЗ України № 446 від 22.02.2019 року «Про затвердження Порядку проходження безперервного професійного розвитку лікарів», кожен лікар має щороку набирати щонайменше 50 балів безперервного професійного розвитку (БПР) [49]. Організація процесу безперервного навчання на КНП «Чорноморська лікарня» повинна здійснюватися у такій формі – див.рис. 3.3.

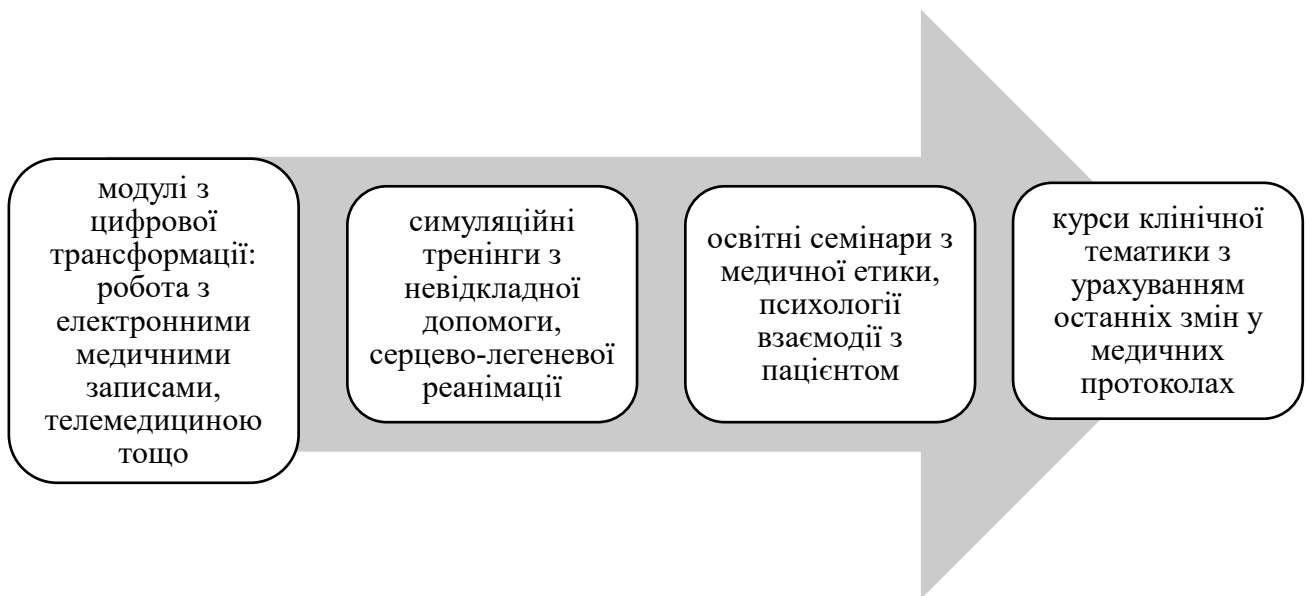


Рис. 3.3. Форми безперервного навчання на КНП «Чорноморська лікарня».

*Джерело:* розроблено автором.

У міжнародній практиці значна увага приділяється розбудові електронних платформ БПР (LMS – learning management systems), які дозволяють гнучко планувати навчання та автоматизувати облік результатів. Наприклад, у Національній службі охорони здоров'я Великобританії (NHS) щороку проводиться понад 1 млн онлайн-курсів для персоналу на основі гібридного підходу до навчання [50].

3) *Мотивація персоналу* - ключовий елемент підвищення ефективності праці, якості медичних послуг і зниження плинності кадрів. У сучасних умовах обмежених фінансових ресурсів та високих емоційних навантажень, заклади охорони здоров'я потребують багатокомпонентної системи мотивації, яка поєднує матеріальні й нематеріальні інструменти.

Нематеріальна мотивація має на меті задоволення внутрішніх потреб працівників: у визнанні, розвитку, безпеці та причетності. За результатами нашого дослідження, одним з основних факторів лояльності медиків до роботодавця є доброзичлива атмосфера в колективі, гнучкий графік, можливість кар'єрного росту та моральне визнання й підтримка керівництва. В рамках роботи КНП «Чорноморська лікарня» можна порекомендувати наступні форми нематеріального заохочення, представлені у табл. 3.2.

Таблиця 3.2.

Форми нематеріальної мотивації на КНП «Чорноморська лікарня»

| Форма                               | Заходи реалізації                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Визнання досягнень               | Публічне оголошення подяки, вручення грамот, символічні нагороди. Наприклад, впровадити «Дошку пошани» у внутрішніх комунікаціях; вести щомісячну рубрику «Працівник місяця». |
| 2. Розвиток корпоративної культури  | Регулярні внутрішні комунікації, участь у рішеннях, залучення до стратегічних зустрічей.                                                                                      |
| 3. Підтримання соціальних ініціатив | Святкування професійних дат, підтримка у складних життєвих обставинах.                                                                                                        |
| 4. Гнучкий графік роботи            | Надання можливості гнучкого графіку, де це можливо                                                                                                                            |

*Джерело:* розроблено автором.

Матеріальна мотивація залишається важливою, проте ефективною вона є лише за умов прозорості та гнучкості. Глобальний досвід демонструє ефективність pay-for-performance — оплати, залежної від результатів праці (P4P), яка активно застосовується у багатьох країнах світу. Впровадження принципу оплати, залежної від результатів праці на КНП «Чорноморська

лікарня» представлено на рис. 3. 4. Зазначимо, що проєкт положення про преміювання надано у додатку Г.



Рис. 3.4. Реалізація принципу «оплата за результатами праці»  
Джерело: розроблено автором.

В Україні подібні підходи почали реалізовуватись у межах співпраці з НСЗУ, де частина коштів надходить за результатами виконання договорів на медичні послуги.

4) *Удосконалення системи оплати праці.* Система оплати праці — це ключовий механізм утримання кваліфікованого персоналу, запобігання трудовій міграції та підвищення продуктивності в медичних установах. Неефективна й неадаптивна до реалій заробітна плата є однією з головних причин відтоку медиків із державного сектора в приватний або за кордон, що на жаль підтверджується даними нашого дослідження щодо намірів звільнитися найближчим часом та високою плинністю на КНП «Чорноморська лікарня». Рекомендації щодо удосконалення системи оплати праці

представлено на рис. 3.5.

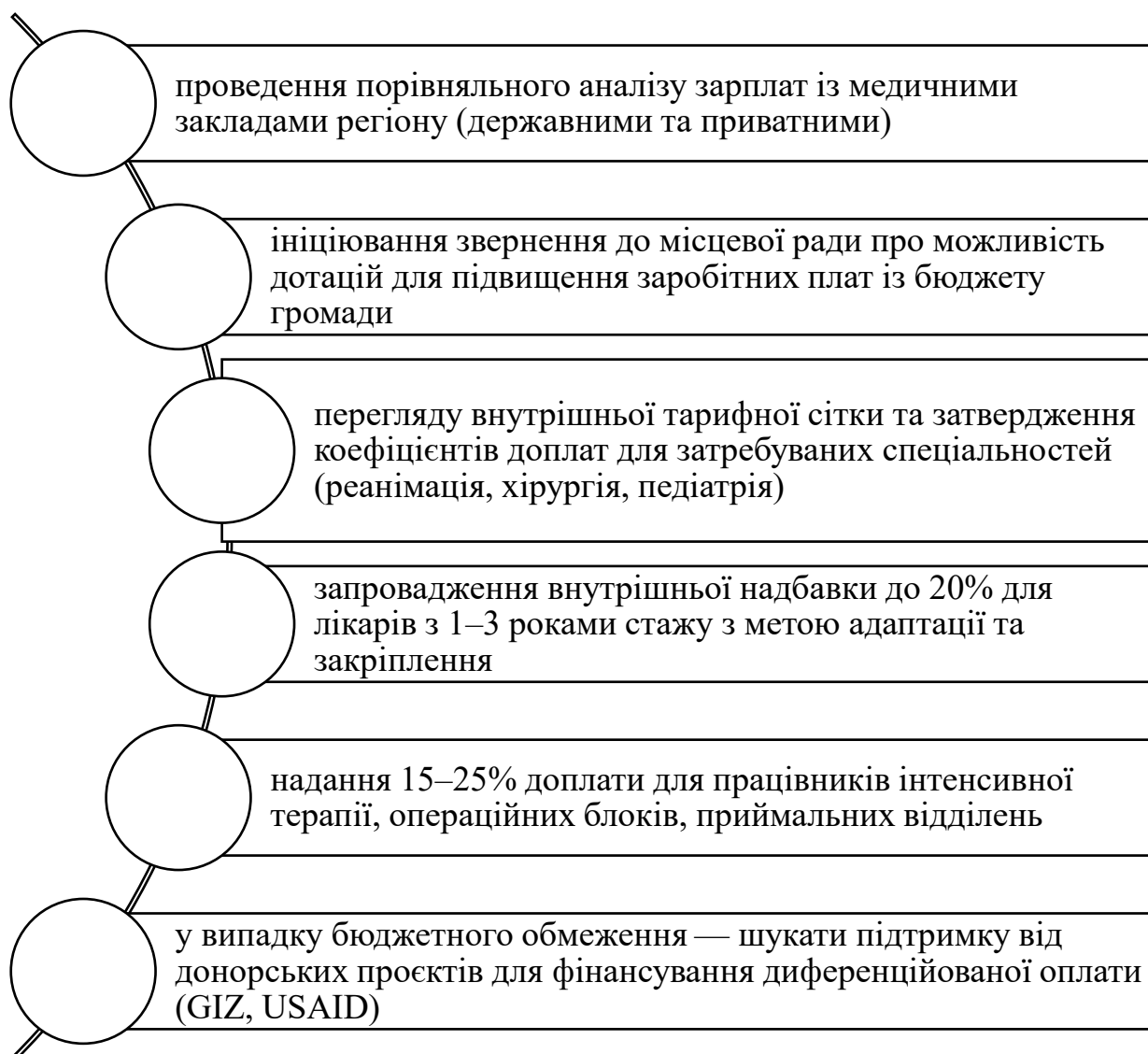


Рис. 3. 5. Удосконалення системи оплати праці на КНП «Чорноморська лікарня».

*Джерело:* розроблено автором.

5) *Залучення молодих кадрів.* Забезпечення безперервного відновлення медичного персоналу є одним із головних викликів сучасної системи охорони здоров'я України. Залучення молоді до медичних закладів потребує створення сприятливих умов ще на етапі навчання, стажування та перших років роботи. Для КНП «Чорноморська лікарня» вважаємо за необхідне зосередити увагу на залученні молодих кадрів за двома напрямками представленими в табл. 3. 3.

Таблиця 3.3.

Напрямки залучення молодих кадрів на КНП «Чорноморська лікарня»

| Створення підтримки для студентів та інтернів                                                                                          | Розробка програми адаптації та кар'єрного росту для молоді                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1. укласти партнерську угоду з медичним фаховим коледжем або університетом щодо бази практики;                                       | 2.1. розробити «План адаптації молодого фахівця» з обов'язковим наставництвом і чіткими етапами (проект «Плану адаптації молодого фахівця» надано у додатку Д); |
| 1.2. запровадити внутрішню стипендію (або одноразову грошову допомогу) для інтернів, які підписують контракт про роботу після випуску; | 2.2. призначати досвідченого працівника куратором молодого лікаря або медсестри (з доплатою);                                                                   |
| 1.3. залучити місцеві органи влади до компенсації проживання для студентів, які проходять практику в лікарні.                          | 2.3. визначити внутрішні критерії кар'єрного зростання (наприклад, після 1 року роботи – участь у конференціях, після 2 – підвищення кваліфікації тощо);        |
|                                                                                                                                        | 2.4. проводити оцінку адаптації через анкетування молодих працівників через 3, 6 та 12 місяців.                                                                 |

*Джерело:* розроблено автором.

б) *Формування кадрового резерву.* Ефективне управління персоналом у медичній сфері неможливе без стратегічного підходу до формування кадрового резерву. Кадровий резерв — це не лише перелік осіб, готових до заміщення ключових посад, а й система виявлення, розвитку та утримання перспективних працівників. Однією з ключових функцій HR у сучасних медичних установах є виявлення потенційних лідерів серед персоналу — як медичного, так і адміністративного. Практика показує, що ефективні управлінці в лікарнях нерідко виростають із медичних сестер, лікарів середньої ланки або координаторів, які демонструють високу відповідальність, ініціативу та комунікативні навички. Заходи для виявлення потенційних лідерів серед персоналу КНП «Чорноморська лікарня» представлено на рис. 3.6.

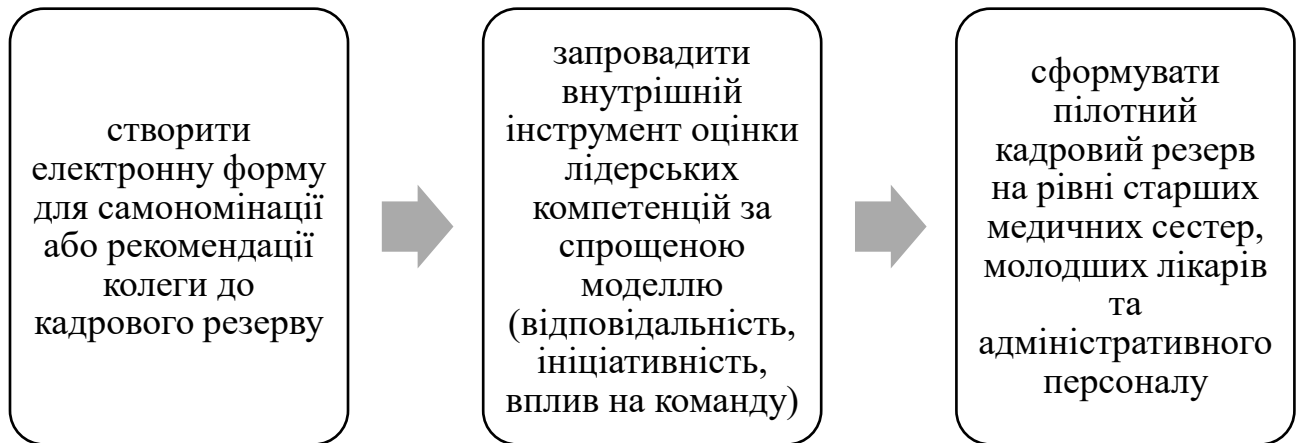


Рис. 3.6. Заходи для виявлення потенційних лідерів серед персоналу на КНП «Чорноморська лікарня».

*Джерело:* розроблено автором.

Наступним важливим кроком для формування кадрового резерву є розробка довгострокової кадрової стратегії. На рівні закладу така стратегія передбачає:

- розробку профілів майбутніх посад (з чіткими компетенціями);
- створення плану наступності (succession planning) для ключових посад (головні сестри, завідувачі, керівники напрямів);
- інвестиції у внутрішнє навчання з орієнтацією на розвиток управлінських навичок (time management, управління змінами, стратегічне планування).

Для КНП «Чорноморська лікарня» у напрямку формування кадрової стратегії необхідно:

- провести аудит кадрової структури з прогнозом на 3–5 років;
- скласти дорожню карту формування резерву: виявлення → навчання → практика → ротація → підготовка до призначення;
- інтегрувати кадрову стратегію до загального стратегічного плану розвитку лікарні.

### 3.3 Оцінка соціально-економічної ефективності запропонованих заходів

За результатами проведеного аналітичного дослідження стану інвестування у персонал на КНП «Чорноморська лікарня» нами було розроблено та обґрунтовано цілу низку заходів для підвищення ефективності інвестування у персонал. Для оцінки соціальної та економічної ефективності запропонованих заходів будемо спиратися на сучасні міжнародні дослідження ВООЗ та дані отримані шляхом анкетування персоналу лікарні. Виходячи з цього, для розрахунку економічного ефекту вважаємо за необхідне зосередитися на таких напрямках як:

- розвиток системи безперервного навчання для лікарів;
- удосконалення матеріальної та нематеріальної мотивації персоналу (у нашому випадку молодшого та середнього медичного персоналу);
- психологічна підтримка та зниження вигорання серед усіх категорій персоналу.

Кожен з цих напрямків має забезпечити додатковий дохід за рахунок підвищення продуктивності, що виражається у лікарні різними показниками.

Так, при розрахунку додаткового доходу за рахунок розвитку системи безперервного навчання лікарів показником підвищення продуктивності буде зменшення лікарських помилок та ускладнень (тобто зменшення додаткових процедур, днів стаціонару, кількості ліків, необхідних на одного пацієнта стаціонару).

Для розрахунку додаткового доходу нам необхідно врахувати кількість операцій, які проводяться у лікарні протягом року (за 2024 рік – 2785 по всіх відділеннях), середню додаткову вартість одного ускладнення (емпіричним шляхом виявлено, що це приблизно 30000 грн на один випадок) та загальні витрати на навчання лікарів (прогнозуємо, що це 400 000 грн). Розрахунок додаткового доходу від навчання лікарів наведено у табл.3. 4.

Таблиця 3.4.

## Додатковий дохід від навчання лікарів

|                                                                                           |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Кількість випадків операцій, госпіталізацій, процедур на рік                              | 2785                             |
| Частка ускладнень до навчання                                                             | 8%                               |
| Частка ускладнень після навчання                                                          | 5%                               |
| Середня додаткова вартість одного ускладнення (дні стаціонару, ліки, додаткові процедури) | 30 000 грн                       |
| Кількість ускладнень, яких уникаємо за рік                                                | $(0,08 - 0,05) * 2785 = 84$      |
| Економія (додатковий дохід за заходом)                                                    | $84 * 30\,000 = 2\,520\,000$ грн |

*Джерело:* розраховано автором.

Наступний крок – це розрахунок додаткового доходу від удосконалення матеріальної та нематеріальної мотивації молодшого та середнього медичного персоналу (ММП та СМП). Показником ефективності у даному випадку буде зниження плинності даної категорії персоналу. Для розрахунку необхідно було визначити витрати на впровадження програм мотивації та витрати, пов’язані із заміною однієї особи (витрати на підбір, навчання й адаптацію нового співробітника, зниження продуктивності в період адаптації, можливі переробітки інших співробітників). Для цього біли проведені відповідні розрахунки сумісно з відділом кадрів, результати зведено у таблицю 3.5.

Таблиця 3.5.

## Додатковий дохід від зниження плинності ММП та СМП

|                                                                 |                                          |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Кількість ММП та СМП у 2024 р                                   | 297 осіб                                 |
| Плинність ММП та СМП до впровадження заходів – 35 %             | 103 особи                                |
| Плинність ММП та СМП після впровадження заходів (прогноз) – 25% | 74 особи                                 |
| Середня вартість однієї заміни                                  | 40 000 грн                               |
| Витрати на захід                                                | 300 000 грн                              |
| Економія (додатковий дохід за заходом)                          | $(103 - 74) * 40\,000 = 1\,160\,000$ грн |

*Джерело:* розраховано автором.

Третій напрямок розрахунку додаткового доходу – це впровадження

системи психологічної підтримки та зниження вигорання серед усіх категорій персоналу, що є найбільш актуальним в умовах воєнного часу в Україні. Впровадження цього напрямку припускає цілу низку кроків, що детально розписано у пункті 3.2. Для розрахунку необхідно визначити показники продуктивності за цим заходом. Вважаємо за необхідне, у даному випадку створити комплексну інтегральну модель, яка враховує три канали економічного ефекту: 1) зменшення лікарняних/прогулів; 2) зменшення плинності; 3) зменшення помилок/ускладнень.

Модель матиме таку структуру:

$$\text{TOTAL EFFECT} = S_{\text{absence}} + S_{\text{turnover}} + S_{\text{errors}}$$

де:

$$\text{Економія від зниження лікарняних: } S_{\text{absence}} = \Delta \text{Days} * C_{\text{day}}$$

$$\text{Економія від зниження плинності: } S_{\text{turnover}} = \Delta T * C_{\text{turn}}$$

$$\text{Економія від зменшення помилок/ускладнень: } S_{\text{errors}} = \Delta \text{Errors} * C_{\text{error}}$$

$C_{\text{day}}$ ,  $C_{\text{turn}}$ ,  $C_{\text{error}}$  – вартість відповідно одного дня відсутності, заміни одного працівника при звільненні через вигорання, однієї помилки/ускладнення, грн

Проведемо розрахунок додаткового доходу від програми зниження вигорання серед усіх категорій персоналу (див.табл.3. 6).

Таблиця 3.6.

#### Додатковий дохід від зниження вигорання персоналу

|                                                                                   |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Тимчасова непрацездатність у 2024 р.                                              | 1589 днів                           |
| Тимчасова непрацездатність через вигорання за даними міжнародних досліджень – 40% | 635 днів                            |
| Прогнозована тимчасова непрацездатність через вигорання – 30%                     | 476 днів                            |
| Вартість одного дня відсутності                                                   | 1800 грн                            |
| 1) Економія (додатковий дохід) від зниження лікарняних                            | $(635 - 476) * 1800 = 286\,200$ грн |
| Кількість звільнень у 2024 р                                                      | 297 осіб                            |
| Кількість звільнень через вигорання – 35%                                         | 103 особи                           |
| Прогнозована кількість звільнень після програми профілактики вигорання – 25%      | 74 особи                            |
| Вартість заміни одного працівника                                                 | 40 000 грн                          |

Продовження табл.3.6.

|                                                                                                                  |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 2) Економія (додатковий дохід) від зниження плинності через вигорання                                            | $(103 - 74) * 40\,000 = 1\,160\,000$ грн              |
| Кількість медичних помилок за рік                                                                                | 222                                                   |
| Програма профілактики вигорання знижує кількість помилок на 10% - прогнозована кількість медичних помилок на рік | 199                                                   |
| Середня вартість однієї помилки                                                                                  | 30 000 грн                                            |
| 3) Економія (додатковий дохід) від зменшення помилок                                                             | $(222 - 199) * 30\,000 = 690\,000$ грн                |
| Загальна економія (додатковий дохід)                                                                             | $286\,200 + 1\,160\,000 + 690\,000 = 2\,136\,200$ грн |

*Джерело: розраховано автором.*

Тепер можемо перейти до розрахунку економічного ефекту та періоду окупності за всіма напрямками. Розрахунок здійснюється за формулами (3.1. та 3.2) та представлено у табл.3. 7:

$$Ек.еф = \text{Загальний додатковий дохід} - E_n \times B_{од} \quad (3.1.)$$

$$T_{окуп} = \frac{B_{од}}{\text{Загальний додатковий дохід}} * 12 \quad (3.2)$$

де  $E_n$  – нормативний коефіцієнт порівняльної економічної ефективності (0,15);

$B_{од}$  – одноразові витрати на захід.

Таблиця 3.7.

Розрахунок економічного ефекту від інвестування у персонал на КНП

«Чорноморська лікарня»

| Витрати                                                                      |               |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Витрати на навчання лікарів                                                  | 400 000 грн   |
| Витрати на удосконалення матеріальної та нематеріальної мотивації ММП та СМП | 300 000 грн   |
| Витрати на профілактику вигорання всього персоналу                           | 500 000 грн   |
| Загальні витрати (інвестиції)                                                | 1 200 000 грн |
| Доходи                                                                       |               |
| Додатковий дохід від навчання лікарів                                        | 2 520 000 грн |

Продовження табл.3.7.

|                                                         |                                                      |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Додатковий дохід від удосконалення мотивації ММП та СМП | 1 160 000 грн                                        |
| Додатковий дохід від зниження вигорання                 | 2 136 200 грн                                        |
| Загальний додатковий дохід, всього                      | 5 816 200 грн                                        |
| Чистий прибуток                                         | $5\,816\,200 - 0,15 * 1\,200\,000 = 5\,636\,200$ грн |
| Термін окупності                                        | $(1\,200\,000 / 5\,816\,200) * 12 = 2,4$ мес         |

Джерело: розраховано автором.

Отже, розглянуті напрямки підвищення ефективності інвестування у персонал є високоефективними та швидко окупними, що наочно доводить наукову тезу про інвестування у персонал актив. Загальна соціально-економічна ефективність запропонованих заходів наведена у табл. 3.8.

Таблиця 3.8.

Соціально-економічна ефективність запропонованих заходів

| Захід                                                                                                                           | Соціальна ефективність                                                                                                                                                                                    | Економічна ефективність                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Розвиток системи безперервного навчання для лікарів                                                                             | Підвищення професійної компетентності лікарів;<br>– Зростання якості діагностики та лікування;<br>– Підвищення довіри пацієнтів та задоволеності медичними послугами;<br>– Зменшення професійних помилок. | Зменшення кількості лікарських помилок та ускладнень на 3%,<br>річна економія - 2 520 000 грн |
| Удосконалення матеріальної та нематеріальної мотивації персоналу (у нашому випадку молодшого та середнього медичного персоналу) | -Підвищення задоволеності роботою та рівня залученості;<br>– Поліпшення командної взаємодії;<br>– Формування позитивного психологічного клімату;<br>– Зменшення емоційної напруги та ризику конфліктів.   | Зниження плинності серед ММП та СМП на 10%,<br>річна економія – 1 160 000 грн                 |

Продовження табл.3.8.

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Психологічні підтримка та зниження вигорання серед усіх категорій персоналу | - Поліпшення психоемоційного стану персоналу;<br>– Зменшення рівня професійного вигорання;<br>– Зростання якості взаємодії з пацієнтами;<br>– Підвищення стійкості персоналу до професійного стресу. | Зменшення кількості лікарняних на 10%, зменшення кількості звільнень через вигорання на 10%, зниження кількості лікарських помилок на 10%, річна економія – 2 136 200 грн |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Джерело:* складено автором.

Таким чином, проведені розрахунки переконливо доводять, що інвестиції у персонал КНП «Чорноморська лікарня» є стратегічно важливими, фінансово обґрунтованими та соціально значущими. Запропоновані заходи одночасно підвищують рівень якості медичної допомоги, знижують ризики професійних помилок, зміцнюють кадрову стабільність та покращують психологічний клімат у колективі.

### Висновки до розділу 3

У третьому розділі було розглянуто міжнародний досвід інвестування в персонал у медичній сфері. Вивчено ключові тренди інвестування в медичних працівників. Так, до найбільш поширених трендів належать: розширення підготовки та освіти (досвід Великої Британії, США), покращення умов праці та оплати (досвід Франції), цільові інвестиції в пріоритетні напрямки охорони здоров'я (Канада, Велика Британія), інноваційні стратегії подолання кадрового голоду (Німеччина), публічно-приватне партнерство. Підкреслено, що в Україні також реалізуються програми навчання українських медиків у колоборації з західними партнерами та корпораціями. Визначено найкращі практики, що доцільно впроваджувати в Україні.

Запропоновано напрямки удосконалення системи інвестування в

персонал на КНП «Чорноморська лікарня», а саме:

- психологічна підтримка персоналу;
- розвиток системи безперервного навчання;
- удосконалення матеріальної та нематеріальної мотивації;
- удосконалення системи оплати праці;
- залучення молодих кадрів;
- формування кадрового резерву.

Розроблено заходи з профілактики вигорання на КНП «Чорноморська лікарня». Розглянуто форми безперервного навчання та акцентована увага на необхідності використання електронних платформ для навчання.

Удосконалення мотивації як ключового елемента підвищення ефективності праці розгадалося з обох сторін: нематеріальної та матеріальної. Було окремо запропоновано форми нематеріальної мотивації, які повинні включати визнання досягнень, розвиток корпоративної культури, підтримання соціальних ініціатив та гнучкий графік. При розробці рекомендацій щодо удосконалення матеріальної мотивації було враховано міжнародний досвід оплати в залежності від результатів, тому особлива увага була приділена реалізації цього принципу та запропоновано проєкт «Положення про преміювання».

Окремо розглядалися рекомендації щодо удосконалення системи оплати праці, напрямки залучення молодих кадрів та заходи для виявлення потенційних лідерів серед персоналу, для формування кадрового резерву. Для залучення молодих кадрів було запропоновано проєкт «Плану адаптації молодого фахівця».

Розраховано економічну ефективність інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня» за напрямками:

- розвиток системи безперервного навчання для лікарів;
- удосконалення матеріальної та нематеріальної мотивації персоналу (у нашому випадку молодшого та середнього медичного персоналу);
- психологічна підтримка та зниження вигорання серед усіх категорій

персоналу.

Економічний ефект від інвестування у персонал буде реалізовано у вигляді зменшення лікарських помилок та ускладнень, зниження плинності, зменшення лікарняних/прогулів. Соціальний ефект буде проявлятися у підвищенні компетентності лікарів, рості задоволеності роботою та рівня залученості персоналу, поліпшенні психоемоційного стану персоналу та зростання якості взаємодії з пацієнтами.

Зроблено висновок, що запропоновані заходи інвестування у персонал КНП «Чорноморська лікарня» є стратегічно важливими, фінансово обґрунтованими та соціально значущими.

## ВИСНОВКИ

У першому розділі було детально розглянуто теоретико-методологічні аспекти інвестування в персонал медичної організації. Сучасні трансформації ринку праці та економіки в цілому висувають нові вимоги до організацій щодо ефективного управління персоналом. Якщо раніше витрати на працівників розглядалися як обов'язкові, але другорядні статті бюджету, то нині домінує інша парадигма: персонал трактується як основний стратегічний ресурс і навіть як актив, у який необхідно інвестувати для забезпечення стійкого розвитку та конкурентоспроможності. Це зумовило формування низки концепцій інвестування у персонал, які відрізняються за змістом, логікою та методами оцінювання.

У методологічному розділі було розглянуто такі концепції як: традиційна HR-концепція, людського капіталу, Skills-first, ROI- та value-based та інституційно-суспільна. Проаналізовано головні відмінності та сильні/слабкі сторони кожної концепції. Зроблено висновок, що в сучасному світі інвестування у персонал трактується не як витрата, а як стратегічні капіталовкладення з очікуваною мультифункціональною віддачею.

Особлива увага приділена вивченню особливостей інвестування в персонал у закладах охорони здоров'я. Для цього було розглянуто такі проблемні питання як: взаємозв'язок інвестування із клінічною якістю та безпекою; Skills-first підхід як сучасна стратегія інвестування у медичний персонал; специфіка структури навичок і кадрових моделей; психологічна безпека та запобігання вигоранню; інституційний і глобальний контекст інвестування в персонал.

Детально розглянуто інноваційну модель Nursing Human Capital Value Model (NHCVM), яка є концептуальною рамкою, що трактує медсестринський персонал не як витратну статтю, а як дохід-створюючий людський капітал. Теоретичне значення моделі NHCVM полягає у тому, що вона поєднує концепцію людського капіталу з практикою оцінки ефективності у сфері охорони здоров'я та має циклічну структуру, яка відображає динаміку

інвестування та віддачі.

Підкреслено, що особливості інвестування у персонал закладів охорони здоров'я визначаються складністю взаємозв'язку між кадровими практиками, клінічною якістю та фінансовими результатами, які мають не лише організаційний, а й макроекономічний ефект.

Розділ також включає аналіз методологічних засад оцінки ефективності інвестицій у персонал медичних закладів. Визначено, що при здійсненні оцінки ефективності інвестицій має враховуватися багатовимірний характер цього процесу. Оцінка повинна поєднувати фінансові (ROI, NPV, IRR) та нефінансові показники (KPI, якість догляду, кадрова стійкість), а також інтегрувати соціальний вимір через SROI.

Окремо розглянуто систему Balanced Scorecard, що дає змогу поєднувати фінансові та нефінансові показники задля комплексного вимірювання успіху організації. У медицині вона стає особливо корисною, адже дозволяє враховувати якість медичного обслуговування, задоволеність пацієнтів, внутрішні процеси та розвиток персоналу нарівні з фінансовими результатами.

З рештою зазначено, що в українських умовах особливого значення набуває підхід, який одночасно враховує потреби закладів, пацієнтів і суспільства, адже інвестиції у медичний персонал є не лише економічною, але й соціальною та національною необхідністю. Найбільш перспективним є поєднання інвестицій у розвиток навичок, кадрові моделі, добробут персоналу та цифрові технології. При цьому оцінювання ефективності потребує багатовимірного підходу, який включає як фінансові показники, так і клінічні та організаційні результати.

У другому розділі було проведено дослідження системи інвестування в персонал КНП «Чорноморська лікарня» з комплексною оцінкою соціально-економічних тенденцій, кадрової ситуації та ефективності управління людськими ресурсами у контексті післявоєнної трансформації медичного закладу.

У результаті організаційно-управлінського аналізу було встановлено,

що лікарня функціонує як багатопрофільний медичний заклад вторинного рівня, який надає цілодобову медичну допомогу населенню та має функціональну організаційну структуру, яка традиційно притаманна медичним установам.

В останні роки простежується позитивна фінансово-економічна динаміка: після збитковості 2022 року заклад вийшов на стабільне зростання та прибутковість у 2024 році. Так за період 2022-2024 рр. чистий дохід підвищився на 19,33%, собівартість послуг знизилась на 17,69%, фондоддача зросла на 20,20%, що свідчать про більш ефективне використання ресурсів та управлінську раціоналізацію. Соціально-економічним наслідком стало підвищення фінансової стабільності та посилення потенціалу для внутрішніх інвестицій, про що говорять відповідні показники рентабельності та фінансової стійкості, які нахотяться на високому рівні.

Окремо варто виділити показник рентабельності ФЗП, якій за 2022-2024 рр. зріс із -8,33% до 35,44%, що свідчить про перехід оплати праці з розряду витрат у фактор формування прибутку. Рентабельність персоналу також різко зросла - з негативного значення (-12,89 грн/особу у 2022 році) до 63,71 грн/особу у 2024 році, що підтверджує ефективність кадрової політики.

Однак більш детальна діагностика соціально-економічних і трудових показників засвідчила наявність гострих проблем у сфері кадрового забезпечення. За 2022–2024 рр. чисельність персоналу зменшилася майже на 30 %, при цьому рівень укомплектованості штатів становить лише 80%. Найбільший дефіцит спостерігається серед лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу, що безпосередньо впливає на обсяг і якість наданих послуг. Вікова структура демонструє тенденцію до старіння колективу: частка працівників до 35 років скоротилася на п'яту частину, а понад 40% штату мають стаж понад 20 років. Зменшення притоку молодих фахівців та висока плінність кадрів (понад 50% у 2024 р.) створюють ризик кадрового виснаження. Зросло навантаження на одного працівника - кількість пацієнтів

на лікаря збільшилася у два рази (з 46 осіб на 1 лікаря у 2022 році до 94 осіб – у 2024 році), що свідчить про інтенсивну експлуатацію трудового потенціалу. Попри формальне зростання продуктивності праці, така ефективність має примусовий характер і досягається за рахунок перевтоми персоналу. Середня заробітна плата хоч і зросла на 16%, проте залишається нижчою за середньогалузеву, що посилює відтік кадрів. Таким чином, соціально-економічна ситуація у трудовій сфері лікарні характеризується дисбалансом між фінансовими результатами та людськими ресурсами.

Оцінка ефективності системи інвестування в персонал виявила, що кадрова політика лікарні має адміністративно-документальний, а не стратегічно-інвестиційний характер. Кадрова служба переважно виконує функції обліку, добору та звітності, тоді як механізми розвитку персоналу залишаються обмеженими. Результати анкетного опитування працівників показали, що більшість респондентів незадоволені співвідношенням між оплатою праці та навантаженням, а також відчують нестачу нематеріальних стимулів. Навчальні програми реалізуються вибірково: активніше серед лікарів, але майже не охоплюють молодший персонал. Система мотивації орієнтована здебільшого на надбавки та компенсації за складні умови праці, тоді як преміювання і визнання результатів практично відсутні. Недостатнє використання інструментів розвитку, кар'єрного планування та корпоративної культури знижує залученість і лояльність працівників. Це підтверджує низький рівень інвестування у людський капітал, що обмежує інноваційність і адаптивність організації до зовнішніх викликів.

Узагальнюючи результати аналізу, можна зробити висновок, що діяльність КНП «Чорноморська лікарня» у 2022–2024 рр. характеризується поєднанням позитивних фінансово-економічних тенденцій із загостренням кадрових проблем. Лікарня успішно подолала кризовий період і забезпечила фінансову стабілізацію, однак ця стабільність досягнута шляхом скорочення персоналу та підвищення інтенсивності праці. Такий підхід не є сталим у довгостроковій перспективі. Подальше підвищення ефективності медичного

закладу можливе лише за умови переходу від витратної моделі до інвестиційної стратегії розвитку персоналу, яка передбачає:

- упровадження системи безперервного професійного навчання та внутрішніх програм наставництва;
- перегляд політики оплати праці з урахуванням ринкових стандартів і результативності;
- розширення нематеріальної мотивації (визнання досягнень, корпоративна культура, можливості кар'єрного росту);
- формування кадрового резерву й залучення молодих фахівців.

У третьому розділі було розглянуто міжнародний досвід інвестування в персонал у медичній сфері. Вивчено ключові тренди інвестування в медичних працівників. Так, до найбільш поширених трендів належать: розширення підготовки та освіти (досвід Великої Британії, США), покращення умов праці та оплати (досвід Франції), цільові інвестиції в пріоритетні напрямки охорони здоров'я (Канада, Велика Британія), інноваційні стратегії подолання кадрового голоду (Німеччина), публічно-приватне партнерство. Підкреслено, що в Україні також реалізуються програми навчання українських медиків у колоборації з західними партнерами та корпораціями. Визначено найкращі практики, що доцільно впроваджувати в Україні.

Запропоновано напрямки удосконалення системи інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня», а саме:

- психологічна підтримка персоналу;
- розвиток системи безперервного навчання;
- удосконалення матеріальної та нематеріальної мотивації;
- удосконалення системи оплати праці;
- залучення молодих кадрів;
- формування кадрового резерву.

Розроблено заходи з профілактики вигорання на КНП «Чорноморська лікарня». Розглянуто форми безперервного навчання та акцентована увага на необхідності використання електронних платформ для навчання.

Удосконалення мотивації як ключового елемента підвищення ефективності праці розгадалося з обох сторін: нематеріальної та матеріальної. Було окремо запропоновано форми нематеріальної мотивації, які повинні включати визнання досягнень, розвиток корпоративної культури, підтримання соціальних ініціатив та гнучкий графік. При розробці рекомендацій щодо удосконалення матеріальної мотивації було враховано міжнародний досвід оплати в залежності від результатів, тому особлива увага була приділена реалізації цього принципу та запропоновано проєкт «Положення про преміювання». Окремо розглядалися рекомендації щодо удосконалення системи оплати праці, напрямки залучення молодих кадрів та заходи для виявлення потенційних лідерів серед персоналу, для формування кадрового резерву. Для залучення молодих кадрів було запропоновано проєкт «Плану адаптації молодого фахівця».

Розраховано економічну ефективність інвестування в персонал на КНП «Чорноморська лікарня» за напрямками: 1) розвиток системи безперервного навчання для лікарів; 2) удосконалення матеріальної та нематеріальної мотивації персоналу (у нашому випадку молодшого та середнього медичного персоналу); 3) психологічні підтримка та зниження вигорання серед усіх категорій персоналу.

Економічний ефект від інвестування у персонал буде реалізовано у вигляді зменшення лікарських помилок та ускладнень, зниження плинності, зменшення лікарняних/прогулів. Соціальний ефект буде проявлятися у підвищенні компетентності лікарів, рості задоволеності роботою та рівня залученості персоналу, поліпшенні психоемоційного стану персоналу та зростання якості взаємодії з пацієнтами.

Зроблено висновок, що запропоновані заходи інвестування у персонал КНП «Чорноморська лікарня» є стратегічно важливими, фінансово обґрунтованими та соціально значущими.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Добвня С.Б., Письменний Р.В. Трансформація концепцій HR-менеджменту: від локальних теорій до сучасного діджитального підходу в управлінні людським капіталом. *Економіка та суспільство*. №64. 2024. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-64-23> (дата звернення: 04.10.2025).
2. Алексеев А.П., Бикова А.Л., Даценко В.В. Теоретико-методологічні основи інвестування у розвиток людського капіталу. *Економіка та організація управління*. №1 (53). 2024. С. 78 – 89. URL: <https://jeou.donnu.edu.ua/article/view/15988/15887> (дата звернення: 04.10.2025).
3. OECD (2025). Empowering the Workforce in the Context of a Skills-First Approach. Paris: OECD Publishing, 2025. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/empowering-the-workforce-in-the-context-of-a-skills-first-approach\\_345b6528-en.html?utm\\_source](https://www.oecd.org/en/publications/empowering-the-workforce-in-the-context-of-a-skills-first-approach_345b6528-en.html?utm_source)
4. World Economic Forum (2023). Putting Skills First: A Framework for Action. Geneva: WEF. – URL: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_CNES\\_Putting\\_Skills\\_First\\_2023.pdf?utm\\_source](https://www3.weforum.org/docs/WEF_CNES_Putting_Skills_First_2023.pdf?utm_source) (дата звернення: 04.10.2025).
5. Yakusheva, O., Lee, E., Weiss, M. Nursing Human Capital Value Model (NHCVM): Conceptual Framework and Empirical Applications . *Health Economics Review*. 2024. № 14(1). URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104890> (дата звернення: 04.10.2025).
6. Yakusheva, O. Return on Investment in Nursing Workforce Development: Evidence from Hospital Systems. *ScienceDirect*. 2025. URL: [https://www.researchgate.net/publication/392880388\\_Organizational\\_return\\_on\\_investment\\_in\\_nursing\\_A\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/392880388_Organizational_return_on_investment_in_nursing_A_systematic_review) (дата звернення: 04.10.2025).
7. Thusini, S. Value-Based Investment Models in Healthcare Human Resources. *Health Policy and Management Review*. 2022. № 17(3). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9728007/>(дата звернення: 04.10.2025).
8. World Bank. Human Capital Project Annual Report 2024. Washington, DC: The World Bank, 2024. URL: <https://www.worldbank.org/humancapitalproject>

(дата звернення: 04.10.2025).

9. World Health Organization (WHO). Support and Safeguards List for Health Workforce 2023. Geneva: WHO, 2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787> (дата звернення: 04.10.2025).

10. McKinsey Health Institute. Heartbeat of health: Reimagining the healthcare workforce of the future. McKinsey & Company, 2025. URL: <https://www.mckinsey.com.br/mhi/our-insights/heartbeat-of-health-reimagining-the-healthcare-workforce-of-the-future> (дата звернення: 04.10.2025).

11. OECD Skills Outlook 2023. Skills for a Resilient Green and Digital Transition. Report. Paris: OECD Publishing, 2025. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/oecd-skills-outlook-2023\\_df859811.html?utm\\_source](https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/oecd-skills-outlook-2023_df859811.html?utm_source) (дата звернення: 04.10.2025).

12. OECD / ILO. *Equipping Health Workers with the Right Skills: Comparative Practices from 16 Countries*. Paris: OECD Publishing, 2022. 84 с. URL: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/12/equipping-health-workers-with-the-right-skills\\_cb2ff13c/9b83282e-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/12/equipping-health-workers-with-the-right-skills_cb2ff13c/9b83282e-en.pdf) (дата звернення: 04.10.2025).

13. OECD. *Society at a Glance 2024: The Health and Care Workforce*. Paris: OECD Publishing, 2024. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024\\_918d8db3-en/full-report/health-and-care-workforce\\_4b952848.html](https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d8db3-en/full-report/health-and-care-workforce_4b952848.html) (дата звернення: 04.10.2025).

14. U.S. Department of Health and Human Services (HHS) / ASPE. Health Care Workforce: Key Issues, Challenges, and the Path Forward. Washington, DC: HHS/ASPE, 2024. – URL: <https://aspe.hhs.gov/reports/health-care-workforce-key-issues-challenges-path-forward> (дата звернення: 04.10.2025).

15. U.S. Surgeon General. Addressing Health Worker Burnout: The U.S. Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce. Washington, 2022. URL: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/health-worker-wellbeing-advisory.pdf> (дата звернення: 04.10.2025).

16. Міністерство охорони здоров'я України. Програма розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я до 2030 року. Київ: МОЗ України, 2024. URL: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/48965fab-8d77-4b14-83e5-126685d82af4/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B0\\_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BA%D1%83\\_%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85\\_%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83%D1%80%D1%81%D1%96%D0%B2\\_%D1%83\\_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%96\\_%D0%93%D0%97.p](https://moz.gov.ua/storage/uploads/48965fab-8d77-4b14-83e5-126685d82af4/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B0_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BA%D1%83_%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85_%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83%D1%80%D1%81%D1%96%D0%B2_%D1%83_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%96_%D0%93%D0%97.p) (дата звернення: 04.10.2025).
17. Тюріна Н. М., Антонюк Л. Л. Оцінювання ефективності інвестицій у людський капітал медичних закладів. *Економіка та управління охороною здоров'я*, 2024. URL: <https://heraldes.khmnmu.edu.ua/index.php/heraldes/article/view/78> (дата звернення: 06.10.2025).
18. Червеко І. В., Вовк О. М. Інвестиції у персонал як фактор підвищення якості медичних послуг. *Вісник економічних досліджень*, 2023. URL: <https://visnyk.lnup.edu.ua/index.php/economics/article/download/167/149> (дата звернення: 06.10.2025).
19. Бричко О. В. КРІ-метрики для оцінки ефективності управління персоналом у сфері охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*, 2022. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1159> (дата звернення: 06.10.2025).
20. Сумець О. М. Інтегральні індикатори ефективності управлінських рішень у медичних установах. *Вчені записки університету «КРОК»*, №1(73). 2024. URL: <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu-krok/article/view/678> (дата звернення: 06.10.2025).
21. Самодай В. П., та ін. Моделі компетентнісного розвитку персоналу у сфері медицини. *Вісник СумДУ, Серія «Економіка»*. №4. 2022. URL: [https://visnyk.fem.sumdu.edu.ua/issues/4\\_2022/14.pdf](https://visnyk.fem.sumdu.edu.ua/issues/4_2022/14.pdf) (дата звернення: 06.10.2025).

22. Труніна І. М., Федулова Л. І., Лисенко І. В. Особливості управління персоналом у медичній галузі. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки»*, (43), 51–56, 2021. URL: <https://www.ej.journal.kspu.edu/index.php/ej/article/view/748> (дата звернення: 06.10.2025).
23. Thusini T., et al. Identifying and understanding benefits associated with return-on-investment from large-scale healthcare Quality Improvement programmes: an integrative systematic literature review. *National Library of Medicine*, 2022. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36002852/> (дата звернення: 06.10.2025).
24. Потій О., Родченко В. Management of Relationships with Stakeholders in Healthcare Companies Using a Sustainability Balanced Scorecard. *Ukrainian Journal of Applied Economics and Technology*, 2024. URL: [https://www.researchgate.net/publication/380714535\\_Management\\_of\\_relationships\\_with\\_stakeholders\\_in\\_healthcare\\_companies\\_using\\_a\\_sustainability\\_balanced\\_scorecard](https://www.researchgate.net/publication/380714535_Management_of_relationships_with_stakeholders_in_healthcare_companies_using_a_sustainability_balanced_scorecard) (дата звернення: 06.10.2025).
25. Yull A. A., Mulyani R. R. D. Analysis of key success factors in implementing the balanced scorecard to improve hospital performance. *Publisia: Jurnal Ilmu Administrasi Publik*, 2024. URL: <https://jurnal.unmer.ac.id/index.php/jkpp/article/view/13935> (дата звернення: 06.10.2025).
26. Статут КНП «Чорноморська лікарня», 2020
27. Баланс КНП «Чорноморська лікарня», форма №1, 2022-2024 р.р.
28. Звіт про фінансові результати діяльності КНП «Чорноморська лікарня», форма №2, 2022-2024 р.р.
29. Звіт з праці КНП «Чорноморська лікарня», форма №1- ПВ, 2022-2024 р.р.
30. Звіт про кількість працівників, їхній якісний склад та професійне навчання КНП «Чорноморська лікарня», 2022-2024 р.р.
31. Гладкова О.В., Деренська Я.М., Котлярова В.Г. Оцінка фінансової стабільності комунальних некомерційних підприємств – закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. № 12. 2020. URL:

[http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/12\\_2020/97.pdf](http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/12_2020/97.pdf) (дата звернення: 02.11.2025).

32. Черненко К. П., Семененко Г. М., Луконін О. В. Оцінка фінансового стану медичного закладу в умовах реформи фінансування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. № 12. 2020. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=8449> (дата звернення: 02.11.2025).

33. *Державна служба статистики*. URL: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)

34. Положення про відділ кадрів КНП «Чорноморська лікарня», 2019

35. World Health Organization. Health workforce: Overview. *WHO Health Topics*. 2023. URL: <https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=overview> (дата звернення: 04.11.2025).

36. Samantaroy S. Investments In Healthcare Workforce, Particularly Nurses, Would Yield Tenfold Economic Returns For Global South. *Health Policy Watch*. May 12. 2024. URL: <https://healthpolicy-watch.news/investments-in-healthcare-workforce-particularly-nurses-would-tenfold-economic-returns-for-global-south/> (дата звернення: 04.11.2025).

37. Al-Arshani S. In a show of gratitude for frontline workers, France will give \$9 billion worth of pay raises to healthcare workers. *Business Insider*. July 15. 2020. URL: <https://www.businessinsider.com/france-give-9-billion-worth-raises-to-healthcare-workers-2020-7> (дата звернення: 04.11.2025).

38. Government of Canada. Government of Canada highlights budget investments to strengthen public health care and support health workers. *Health Canada News Release*. April 6. 2023. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2023/04/government-of-canada-highlights-budget-investments-to-strengthen-public-health-care-and-support-health-workers.html> (дата звернення: 04.11.2025).

39. NHS England. NHS Long Term Workforce Plan. London: NHS, 2023. Опубліковано 30 червня 2023. URL: <https://www.england.nhs.uk/long-read/nhs-long-term-workforce-plan-2/> (дата звернення: 04.11.2025).

40. Rodriguez L., Galsim G. C., Lao M. K., Dempster H. Hundreds of Nurses

Trained Through Philippines-Germany Global Skill Partnership. *Center for Global Development*. Blog. May 19. 2025. URL: <https://www.cgdev.org/blog/hundreds-nurses-trained-through-philippines-germany-global-skill-partnership> (дата звернення: 04.11.2025).

41. Подоляк Л. Інвестиції в людський капітал: як міжнародні компанії навчають українських лікарів. *Українські Національні Новини (УНН)*. 12 вересня. 2025. URL: <https://unn.ua/news/investytsii-v-liudskyi-kapital-yak-mizhnarodni-kompanii-navchaiut-ukrainskykh-likariv> (дата звернення: 04.11.2025).

42. The White House. FACT SHEET: Biden-Harris Administration Announces American Rescue Plan's Historic Investments in Community Health Workforce. September 30. 2022. URL: <https://bidenwhitehouse.archives.gov/briefing-room/statements-releases/2022/09/30/fact-sheet-biden-harris-administration-announces-american-rescue-plans-historic-investments-in-community-health-workforce/#:~:text=FACT%20SHEET%3A%20Biden,1%20Billion%20Today%20> С (дата звернення: 04.11.2025).

43. The White House. FACT SHEET: Global Health Worker Initiative (GHWI) Year Two. *Briefing Room – Statements and Releases*. May 15. 2024. URL: <https://bidenwhitehouse.archives.gov/briefing-room/statements-releases/2024/05/15/fact-sheet-global-health-worker-initiative-ghwi-year-two-fact-sheet/> (дата звернення: 04.11.2025).

44. WHO. Burn-out an «occupational phenomenon». 2021. URL: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/) (дата звернення: 16.11.2025).

45. Психічне здоров'я медиків під час війни: результати дослідження IRC за участю ZDOROVІ. 29.11.2024. URL: <https://www.prostir.ua/?news=psychichne-zdorovya-medykiv-pid-chas-vijny-rezultaty-doslidzhennya-irc-za-uchastyu-zdorovi> (дата звернення: 16.11.2025).

46. Kristensen, T.S. et al. (2021). The Copenhagen Burnout Inventory. *Scandinavian Journal of Public Health*. URL:

[https://www.researchgate.net/publication/247511197\\_The\\_Copenhagen\\_Burnout\\_Inventory\\_A\\_new\\_tool\\_for\\_the\\_assessment\\_of\\_burnout](https://www.researchgate.net/publication/247511197_The_Copenhagen_Burnout_Inventory_A_new_tool_for_the_assessment_of_burnout) (дата звернення: 16.11.2025).

47. Khalili, J., Miotto, K., Wang, T. *et al.* Professional Coaching to Reduce Physician Burnout: A Randomized Clinical Trial. *J GEN INTERN MED* (2025). URL: <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09653-w> (дата звернення: 16.11.2025).

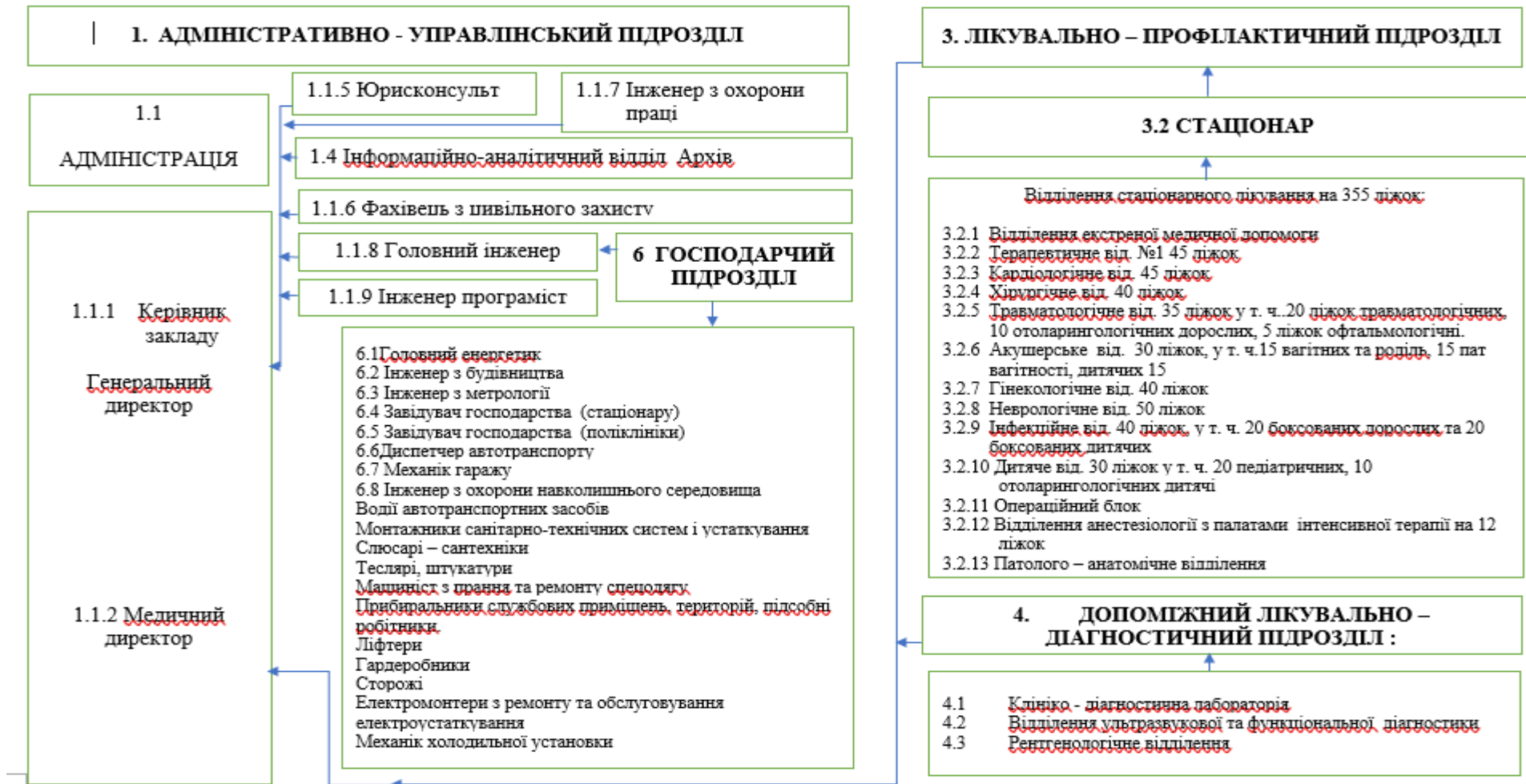
48. МОЗ України. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf> (дата звернення: 16.11.2025).

49. МОЗ України. Наказ № 446 від 22.02.2019 «Про затвердження Порядку проходження БПР лікарями». URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku-likariv> (дата звернення: 16.11.2025).

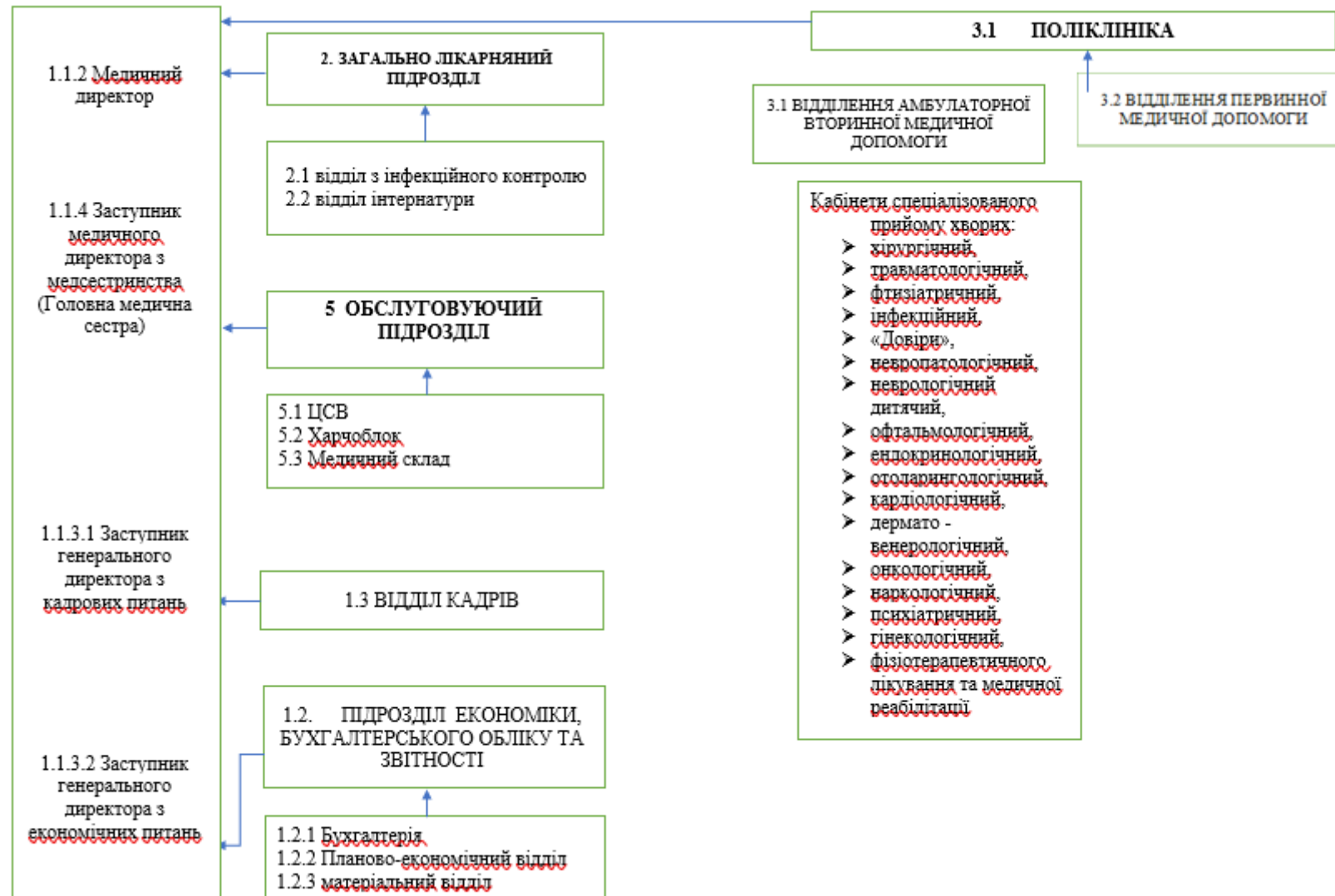
50. NHS Digital Academy: Learning needs analysis. May 2024. URL: <https://www.scwcsu.nhs.uk/documents/141-digital-academy-learning-needs-full-report-v1-9/file> (дата звернення: 16.11.2025).

# ДОДАТКИ

**СТРУКТУРА**  
**КНП «Чорноморська лікарня»**  
**Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області**



Продовження додатку А



## Анкета для опитування персоналу КНП «Чорноморська лікарня»

Шановні респонденти!

**Мета нашого дослідження:** оцінити, наскільки ефективно лікарня інвестує в персонал (оплата праці, умови праці, навчання, обладнання, навантаження) та які напрями потребують першочергового вдосконалення.

**Інструкція:** опитування є анонімним. Отримані результати будуть використані в узагальненому вигляді для наукового дослідження.

**1. Посада / категорія персоналу:**

- A. Лікар
- B. Середній медичний персонал (медсестра / фельдшер / акушерка)
- C. Молодший медичний персонал (санітарка / молодша медсестра тощо)
- D. Інша

**2. Стаж роботи у цій лікарні:**

- A. До 1 року
- B. 1-5 років
- C. 6-10 років
- D. 11-20 років
- E. Більше 20 років

**3. Як Ви оцінюєте рівень матеріальної мотивації (заробітна плата, премії, доплати) у нашій лікарні?**

Шкала від 1 до 5:

- 1 — абсолютно незадоволений(а)
- 2 — скоріше незадоволений(а)
- 3 — частково задоволений(а)
- 4 — скоріше задоволений(а)
- 5 — повністю задоволений(а)

Продовження додатку Б

**4. Чи вважаєте Ви, що рівень оплати праці відповідає реальному навантаженню і відповідальності?**

- A. Так, повністю
- B. Частково
- C. Ні
- D. Важко відповісти

Якщо «ні» або «частково», коротко поясніть: \_\_\_\_\_

**5. Оцініть забезпеченість Вашого робочого місця всім необхідним для якісної та безпечної роботи (обладнання, інструменти, витратні матеріали, IT-рішення).**

- ☐ 1 — критично недостатньо
- ☐ 2 — скоріше недостатньо
- ☐ 3 — середньо
- ☐ 4 — переважно достатньо
- ☐ 5 — повністю достатньо

**6. Чи отримували Ви протягом останніх 12 місяців будь-яке навчання / підвищення кваліфікації / тренінги, організовані або оплачені лікарнею (в т.ч. онлайн, стажування, внутрішні навчання)?**

- A. Так, неодноразово
- B. Так, один раз
- C. Ні, не отримував(ла)
- D. Важко відповісти

**7. Наскільки корисним було останнє навчання / підвищення кваліфікації для Вашої реальної роботи з пацієнтами?**

- ☐ 1 — зовсім не корисне
- ☐ 2 — малокорисне
- ☐ 3 — частково корисне
- ☐ 4 — корисне

## Продовження додатку Б

○ 5 — дуже корисне / застосовую постійно

○ Не проходив(ла) навчання

**8. Як Ви оцінюєте рівень професійного навантаження (кількість пацієнтів, обсяг документації, чергування, відповідальність, стрес)?**

○ 1 — дуже низьке

○ 2 — помірне

○ 3 — високе, але прийнятне

○ 4 — занадто високе / на межі вигорання

○ 5 — критично надмірне, небезпечне для здоров'я

**9. Як Ви оцінюєте рівень нематеріальної мотивації у лікарні (визнання досягнень, підтримка керівництва, атмосфера в колективі, можливість самореалізації)?**

○ 1 — дуже низький

○ 2 — низький

○ 3 — середній

○ 4 — високий

○ 5 — дуже високий

**10. Які форми нематеріальної мотивації для Вас найбільш важливі? (можна обрати до трьох)**

A. Публічне визнання / подяка керівництва

B. Можливість кар'єрного росту / підвищення посади

C. Гнучкий графік, комфортний розклад змін

D. Доброзичлива атмосфера в колективі

E. Участь у прийнятті рішень, довіра керівництва

F. Можливість професійної самореалізації / ініціативи

G. Інше: \_\_\_\_\_

Продовження додатку Б

**11. На Вашу думку, у які напрями лікарня має інвестувати в першу чергу, щоб покращити умови праці персоналу? (можна обрати до трьох варіантів)**

- A. Підвищення заробітної плати / стабільні доплати
- B. Зменшення навантаження (додаткові ставки, більше людей у зміні)
- C. Нове обладнання / матеріали / медикаменти
- D. Цифрові рішення, що скорочують паперову звітність
- E. Психологічна підтримка / профілактика вигорання
- F. Охорона праці та безпека робочого місця
- G. Житлові/соціальні програми для працівників
- H. Інше: \_\_\_\_\_

**12. Чи плануєте Ви змінити місце роботи протягом наступних 12 місяців?**

- A. Так, вже планую
- B. Можливо, розглядаю варіант
- C. Ні, планів змінювати роботу немає
- D. Важко відповісти

**13. Наскільки, на Вашу думку, керівництво лікарні враховує інтереси персоналу при прийнятті управлінських рішень (розподіл змін, закупівлі, оплата праці, розподіл премій, навантаження)?**

- ☐ 1 — зовсім не враховує
- ☐ 2 — скоріше не враховує
- ☐ 3 — частково враховує
- ☐ 4 — переважно враховує
- ☐ 5 — повністю враховує і відкрито комунікує

Дякуємо Вам за участь в опитуванні!

Ваші щирі відповіді допоможуть нам зробити КНП «Чорноморська лікарня» кращим місцем для роботи!

## Додаток В

Методика оцінки відповідей за шкалою Лайкерта є одним із найпоширеніших інструментів кількісного аналізу соціологічних опитувань, спрямованих на вимірювання суб'єктивних оцінок, рівня задоволеності, мотивації або ставлення респондентів до певних тверджень. У межах дослідження ефективності системи інвестування в персонал КНП «Чорноморська лікарня» шкала Лайкерта використовувалась для оцінки основних аспектів управління персоналом — таких як матеріальна мотивація, умови праці, навчання, професійне навантаження, нематеріальні стимули та врахування інтересів працівників.

## 1. Сутність методу

Шкала Лайкерта ґрунтується на принципі, що респонденти оцінюють кожне твердження за п'ятибальною шкалою інтенсивності згоди чи задоволеності, наприклад:

| Оцінка | Значення                                   |
|--------|--------------------------------------------|
| 1      | Повністю не згоден / зовсім не задоволений |
| 2      | Скоріше не згоден / скоріше не задоволений |
| 3      | Важко відповісти / нейтрально              |
| 4      | Скоріше згоден / скоріше задоволений       |
| 5      | Повністю згоден / повністю задоволений     |

Таким чином, кожен респондент надає кількісну оцінку якісному твердженню, що дозволяє далі обчислювати середні бали, індекси задоволеності та проводити порівняльний аналіз між різними групами.

## 2. Розрахунок середнього бала (Mean Score)

Після збору даних усі оцінки по певному питанню підсумовуються та діляться на кількість респондентів, які надали відповіді на це питання. Формула має вигляд:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} \quad (\text{B.1})$$

## Продовження додатку В

де:

$\bar{x}$  — середній бал за певним твердженням;

$X_i$  — індивідуальна оцінка  $i$ -го респондента (від 1 до 5);

$n$  — кількість респондентів, які відповіли на питання.

**Приклад:**

Якщо 100 працівників оцінили рівень матеріальної мотивації таким чином, що сумарна кількість балів становила 310, то:

$$\bar{x} = \frac{310}{100} = 3,10$$

**3. Розрахунок індексу задоволеності (Index of Satisfaction)**

Щоб забезпечити можливість порівняння між різними питаннями та групами, отримані середні бали нормуються у відсотковій формі — через індекс задоволеності, який показує, наскільки середній результат наближений до максимально можливої оцінки (5 балів).

Формула:

$$I = \frac{\bar{X}}{X_{\max}} \times 100\% \quad (\text{B.2})$$

де:

$I$  — індекс задоволеності (у відсотках),

$\bar{x}$  — середній бал за питанням,

$X_{\max}$  — максимальний можливий бал (у нашому випадку 5).

**Приклад:**

Для середнього бала 3,10 індекс становитиме:

$$I = \frac{3,10}{5} * 100 \% = 61,96\%$$

Цей показник означає, що рівень задоволеності за даним аспектом становить близько 62% від максимально можливого.

**4. Розрахунок інтегрального індексу (зведеного показника)**

## Продовження додатку В

Для узагальнення результатів за кількома аспектами (наприклад, для всієї системи інвестування в персонал) розраховується інтегральний індекс, який є середнім арифметичним усіх індивідуальних індексів за шкалою Лайкерта.

Формула:

$$I_{\text{інтегр.}} = \frac{\sum_{j=1}^m I_j}{m} \quad (\text{В.3})$$

де:

$I_{\text{інтегр.}}$  — інтегральний індекс задоволеності;

$I_j$  — індекс задоволеності за  $j$ -м питанням;

$m$  — кількість оцінюваних аспектів (у дослідженні — 6).

**Приклад:**

Якщо для певної групи працівників отримано індекси:  
61,96%, 62,56%, 66,28%, 69,92%, 56,68%, 71,20%,  
тоді інтегральний індекс дорівнює:

$$I_{\text{інтегр.}} = \frac{61,96 + 62,56 + 66,28 + 69,92 + 56,68 + 71,20}{6} = 64,77\%$$

Це означає, що загальний рівень ефективності інвестування в персонал для даної групи оцінюється як **середній**, із потенціалом для покращення.

## 5. Інтерпретація рівнів індексу

Для зручності інтерпретації результати зазвичай поділяються на рівні:

| Значення індексу | Інтерпретація                                    |
|------------------|--------------------------------------------------|
| 0-40%            | Низький рівень задоволеності / ефективності      |
| 41-60%           | Нижче середнього                                 |
| 61-75%           | Середній рівень, помірна ефективність            |
| 76-90%           | Високий рівень                                   |
| 91-100%          | Дуже високий рівень задоволеності / ефективності |

**ПОЛОЖЕННЯ ПРО ПРЕМІЮВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ**

КНП «Чорноморська лікарня»

Затверджено наказом № \_\_\_\_ від \_\_\_\_ 20\_\_ року

**1. Загальні положення**

1.1. Це Положення встановлює принципи, умови та порядок преміювання працівників КНП «Чорноморська лікарня» за високі виробничі результати, ініціативність, якість обслуговування пацієнтів та активну участь у підвищенні кваліфікації.

1.2. Преміювання є частиною системи мотивації персоналу та проводиться за рахунок власних доходів закладу або інших не заборонених джерел фінансування.

**2. Цілі преміювання**

- Стимулювання високої результативності праці;
- Підвищення якості медичних послуг;
- Заохочення участі у професійному розвитку;
- Утвердження пацієнтоорієнтованого підходу.
- 

**3. Категорії працівників, які можуть бути премійовані**

- Лікарі всіх спеціальностей
- Сестринський персонал
- Молодший медичний персонал
- Адміністративний персонал, залучений до медичного процесу
- 

**4. Умови та критерії преміювання**

Премії можуть виплачуватись щомісячно, щоквартально або одноразово. Рішення приймається на підставі оцінки наступних критеріїв:

**4.1. Кількісні показники:**

| Показник                        | Ваговий коефіцієнт | Пояснення                             |
|---------------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Кількість прийнятих пацієнтів   | 0,4                | порівняно з середнім по відділенню    |
| Участь у дежурствах/чергуваннях | 0,1                | з урахуванням складності навантаження |

**4.2. Якісні показники:**

| Показник                       | Ваговий коефіцієнт | Пояснення                                         |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|
| Рівень задоволеності пацієнтів | 0,3                | за результатами анкетування (бал $\geq 4,0$ із 5) |
| Відсутність скарг/претензій    | 0,1                | аналіз звернень за звітний період                 |

**4.3. Професійна активність:**

| Показник                                | Ваговий коефіцієнт | Пояснення                           |
|-----------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| Участь у навчанні, семінарах, тренінгах | 0,05               | за підтвердженням сертифікатом      |
| Наставництво молодих спеціалістів       | 0,05               | принаймні один підопічний за період |

**5. Порядок подання кандидатур**

5.1. Кандидатури подаються керівниками відділень щомісячно/щоквартально до комісії з преміювання.

5.2. До подання додається зведена таблиця результатів та коротке обґрунтування.

5.3. Рішення приймається наказом керівника на підставі протоколу засідання преміальної комісії.

**6. Розмір премій**

## Продовження додатку Г

- Премія може становити від **10% до 50% посадового окладу**, залежно від досягнення показників;
- Для працівників, які перевищили всі встановлені показники (сукупний бал > 90%), може бути встановлена **максимальна премія**;
- У разі недостатнього фонду заробітної плати — виплати здійснюються пропорційно коефіцієнту ефективності.

**7. Контроль**

7.1. Ведення обліку та моніторинг результатів покладається на економічний відділ та головну медсестру/головного лікаря.

7.2. Результати преміювання оголошуються на щомісячній нараді.

**Примітка:** Положення може бути змінено за рішенням адміністрації з повідомленням працівників не пізніше ніж за 10 днів.

**Підписи:**

Головний лікар: \_\_\_\_\_

Голова преміальної комісії: \_\_\_\_\_

Голова профспілки: \_\_\_\_\_

## План адаптації молодого працівника

### КНП «Чорноморська лікарня»

**ПІБ працівника:** \_\_\_\_\_

**Посада:** \_\_\_\_\_

**Дата початку роботи:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Тривалість адаптації:** 3 місяці (з можливістю продовження до 6 місяців)

**Куратор/наставник:** \_\_\_\_\_

#### 1. Мета адаптації

Забезпечити ефективне входження нового працівника в професійне середовище, ознайомлення з нормативними, організаційними та культурними стандартами роботи закладу, сприяти формуванню командної взаємодії та професійної впевненості.

#### 2. Етапи адаптації

| Етап                     | Період          | Цілі та завдання                                                                                                   | Відповідальні                   |
|--------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Вступний                 | 1-5 день        | Ознайомлення з лікарнею, адміністрацією, правилами внутрішнього розпорядку, ПВТР, охороною праці, технікою безпеки | Відділ кадрів, наставник        |
| Навчально-організаційний | 1–4 тиждень     | Ознайомлення з підрозділом, медичною документацією, стандартами обслуговування пацієнтів, порядком комунікацій     | Завідувач підрозділу, наставник |
| Практичний               | 2–12 тиждень    | Виконання професійних завдань під супроводом наставника, щотижнева оцінка прогресу                                 | Наставник                       |
| Оцінка результатів       | Кінець 3 місяця | Анкетування, співбесіда з керівником, рекомендації на подальше навчання чи перегляд посадових обов'язків           | Наставник, керівник             |

**3. Очікувані компетенції після проходження адаптації**

- Володіння базовими клінічними навичками за спеціальністю
- Знання внутрішніх процедур і маршрутів пацієнтів
- Командна взаємодія та відповідальне ставлення до роботи
- Дотримання професійної етики та медичних протоколів

**4. Форми підтримки**

- Наставництво з боку досвідченого працівника (індивідуальні зустрічі 1 раз на тиждень)
- Доступ до внутрішніх інструкцій та відеоматеріалів
- Участь у навчальних тренінгах лікарні
- Можливість отримати зворотний зв'язок (в усній чи письмовій формі)

**5. Відмітки про проходження етапів**

| Дата | Етап | Підпис працівника | Підпис наставника |
|------|------|-------------------|-------------------|
|      |      |                   |                   |

**6. Загальний висновок за результатами адаптації**

[ ] Успішно пройшов адаптацію / [ ] Потребує продовження адаптації до \_\_\_\_  
Рекомендації: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Підпис керівника підрозділу: \_\_\_\_\_