

ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВО-ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
АКАДЕМІКА ЮРІЯ БУГАЯ»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ДАНІЛКО МИХАЙЛО ВАЛЕРІЙОВИЧ

УДК 614.2:351(477)

ДИСЕРТАЦІЯ

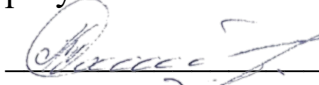
**СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ**

Спеціальність: 073 Менеджмент

Галузь знань: 07 Управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 М. В. Данілко

Науковий керівник:

Борщ Вікторія Ігорівна, доктор економічних наук, професор

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

ДАНІЛКО М. В. Стратегічне управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії з галузі знань 07 «Управління та адміністрування» за спеціальністю 073 «Менеджмент». Дисертацію виконано у Закладі вищої освіти «Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая». Захист відбудеться у разовій Спеціальній раді у Закладі вищої освіти «Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая», Київ, 2026.

Зміст анотації. Дисертаційна робота присвячена обґрунтуванню теоретико-методичних засад стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації. Основні теоретичні положення і висновки дисертації доведено до рівня конкретних рекомендацій, які сприятимуть удосконаленню системи стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації та післявоєнного відновлення.

Об'єктом дослідження була визначена система управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я, а предметом дослідження – теоретико-методичні засади, інструменти, моделі та механізми стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації та посткризових трансформацій.

Автором визначена гіпотеза дослідження, згідно з якою поєднання структурних засад класичних моделей стратегічного управління людськими ресурсами із сучасними концепціями Agile-менеджменту, стійкісно орієнтованими підходами та принципами управління у VANI-середовищі створює підґрунтя для формування інтегрованої моделі стратегічного

управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я, спроможної забезпечити вищий рівень адаптивності, організаційної стійкості, інноваційної активності та результативності функціонування порівняно з традиційними HR-архітектурами.

Методологічна основа дисертаційної роботи ґрунтується на загальнонаукових і спеціальних методах.

Для досягнення цілей дисертаційного дослідження було досліджено теоретико-методичні засади стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я. Результати цього аналізу дозволили удосконалити категоріально-понятійний апарат дослідження стратегічного управління людськими ресурсами, а саме інтерпретувати дефініцію «стратегічного управління людськими ресурсами» як концепцію й практику довгострокового управління персоналом, що передбачає інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією організації та базується на розумінні людського капіталу як ключового стратегічного ресурсу.

Було визначено HR-модель (модель управління людськими ресурсами) як цілісну концептуальну рамку, що описує принципи, логіку та інструменти організації роботи з персоналом і забезпечує інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією. У роботі проаналізовано сучасні HR-моделі, а саме стандартну причинно-наслідкову, HR-модель П. Бозелі, модель ланцюга цінності управління персоналом (HR Value Chain), розширену модель ланцюга цінності управління людськими ресурсами, Гарвардську HR-модель, HR-модель за Д. Гестом, HR-модель Ворвіка, HR-модель Д. Ульріха, HR-модель Дж. Сторі, HR-модель 5Ps. Теоретичні та практичні побудови та організації цих моделей взяті за основу у формуванні інтегрованої адаптивно-резилієнтної стратегічної моделі управління людськими ресурсами.

Здійснено дослідження теоретико-методичних основ інвестування у людські ресурси закладів охорони здоров'я, за результатами якого було удосконалено підхід до інвестування у людські ресурси закладів охорони

здоров'я з метою забезпечення їх сталого розвитку та конкурентоспроможності. Цей підхід розглядає інвестиції як систему цілеспрямованих економічних, організаційних, інтелектуальних, цифрових і соціально-ціннісних вкладень у формування, розвиток, збереження та ефективне використання професійного потенціалу медичних працівників, яка забезпечує зростання їх компетентності, адаптивності та психологічної стійкості, сприяє підвищенню якості медичної допомоги та створює довгострокову соціально-економічну віддачу для закладу охорони здоров'я, системи охорони здоров'я і суспільства загалом. Цей підхід доповнено авторською концепцією інвестування в людські ресурси, а саме (1) гуманітарним виміром до економічної категорії інвестицій, (2) трансформацією інвестиції в людські ресурси з економічного акту на ціннісний процес, (3) трактуванням психологічної стійкості персоналу як стратегічного ресурсу, що підлягає інвестуванню та підтримці на рівні закладу охорони здоров'я, (4) додає до оцінки економічної та соціальної ефективності інвестицій важливість аналізу ефекту на організаційному, пацієнтському та системному рівнях, (5) цифровий контекст розглядається як невід'ємний і стратегічно важливий компонент розвитку людського ресурсу, цифрова компетентність уперше визначається як форма людського капіталу, а цифрова екосистема – як об'єкт інвестицій, який об'єднує економічну ефективність, інноваційність і безперервність професійного розвитку.

Представлено результати аналізу глобальних трендів та викликів управління людськими ресурсами в охороні здоров'я. У роботі узагальнено глобальні мегатренди в управлінні людськими ресурсами охорони здоров'я, які формують нову архітектуру ринку медичної праці та визначають рамкові умови функціонування національних систем, зокрема в Україні. Показано, що поєднання глобального дефіциту та структурного дисбалансу медичних кадрів, демографічного старіння персоналу, гендерних диспропорцій, посилення міжнародної мобільності, цифрової трансформації та зростання

психологічного тиску й вигорання створює системні ризики для досягнення цілей сталого розвитку й універсального охоплення медичними послугами. Обґрунтовано, що технологічні інновації, цифровізація та штучний інтелект радикально змінюють компетентнісний профіль медичних працівників, водночас посилюючи загрози цифрової нерівності та професійного виснаження. Показано, що добробут і психічне здоров'я медичних працівників переходять у ранг стратегічного пріоритету кадрової політики. Зроблено висновок, що зазначені глобальні трансформації безпосередньо проявляються у стані та стійкості кадрового потенціалу українських закладів охорони здоров'я, що зумовлює необхідність системного, стратегічно орієнтованого підходу до оцінювання й розвитку людського капіталу в умовах війни, післявоєнного відновлення та цифрової трансформації.

У дисертаційному дослідженні здійснено комплексне оцінювання людських ресурсів охорони здоров'я України в контексті глобальної кадрової кризи. На основі офіційних статистичних даних ВООЗ, МОЗ та НСЗУ проаналізовано динаміку забезпеченості лікарями та середнім медичним персоналом. За результатами аналізу виявлено стійкий структурний дисбаланс між лікарськими й сестринськими кадрами, територіальну нерівність (місто–село, прифронтові та деокуповані території), високий рівень вакансій та тенденцію до старіння кадрового складу. Побудовано лінійну та ковзну трендові моделі й запропоновано інерційний, оптимістичний і песимістичний сценарії кадрового забезпечення лікарями до 2030 р., що окреслюють «коридор» 31,5–36,0 лікаря на 10 тис. населення. Показано, що за формально прийнятного середнього рівня забезпеченості існують глибокі міжрегіональні, рівневі й вікові диспропорції, які загрожують кадровою резилієнтністю системи. Оцінено кваліфікаційний і науковий потенціал, стан безперервного професійного розвитку, інвестиційну спроможність закладів (структура витрат, частка фонду оплати праці, обмежені вкладення в навчання та

програми добробуту й ментального здоров'я персоналу). Обґрунтовано, що поєднання демографічних, фінансових та організаційних обмежень формує структурну кризу людських ресурсів та кадрові ризики, подолання яких потребує переходу від фрагментарного реагування до стратегічного, сценарно орієнтованого управління та цільових інвестицій у розвиток людського капіталу.

У процесі дослідження було здійснено комплексне дослідження системи управління людськими ресурсами та інвестицій у розвиток людського капіталу в закладах охорони здоров'я України на основі репрезентативної вибірки з десяти закладів охорони здоров'я різних рівнів (первинної, вторинної, третинної допомоги; приватних, державних, комунальних закладів охорони здоров'я). Методологія включала контент-аналіз нормативно-правових та внутрішніх HR-документів, порівняльний аналіз кадрових показників (чисельність, структура, вакансії, плинність, продуктивність, заробітна плата), індикаторний підхід до оцінки HR-зрілості, побудову матриць відповідності вимогам МОЗ і НСЗУ, аналіз інвестиційних моделей (БПР, цифрові рішення, симуляційні центри, програми добробуту), теплове картування кадрового потенціалу та розрахунок інтегрального HR-індексу на основі агрегування 20 первинних індикаторів за методикою багатокритеріальної оцінки.

Результати дослідження засвідчили глибоку структурну диференціацію системи управління людськими ресурсами за рівнем інституційної зрілості, кадрової стійкості та інвестиційної активності. Виявлено три типові моделі HR-менеджменту: проактивну (високоспеціалізовані та приватні ЗОЗ), адаптивну (частина комунальних лікарень) та реактивну (первинка та заклади із структурним кадровим дефіцитом). Обґрунтовано, що інвестиції у людський капітал (особливо в БПР, цифровізацію, професійне навчання та програми ментального здоров'я) прямо корелюють зі зниженням плинності та підвищенням продуктивності персоналу, а поріг ефективності інвестицій становить

приблизно 8-10 % бюджету ЗОЗ. Отримані результати не лише окреслюють сучасний стан HRM у закладах охорони здоров'я, а й формують науково обґрунтовану стратегічну рамку трансформації управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я України.

Обґрунтовано необхідність удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України в умовах демографічної кризи, кадрового дефіциту та високої турбулентності зовнішнього середовища з метою забезпечення конкурентоспроможності закладів в умовах глобалізації. Для оцінювання стану HRM застосовано метод експертного аналізу кадрових ризиків ($n = 12$ експертів), побудову інтегрального індексу критичності ризиків, матрицю їх пріоритезації, а також соціологічне опитування медичних працівників ($n = 130$) із використанням авторської анкети. Аналітичні методи включали контент-аналіз, порівняльний аналіз ризиків, статистичну агрегацію індикаторів, візуалізацію даних, а також інтерпретацію результатів у логіці BANІ-парадигми.

Отримані результати засвідчили наявність системної кризи людського капіталу, що проявляється у таких кадрових ризиках, як критичний дефіцит ключових спеціальностей, старіння кадрового потенціалу, висока плинність персоналу, інституційна незрілість HRM, низький рівень цифровізації та формальності БПР, що негативно впливає на сталий розвиток охорони здоров'я. Емпіричні дані соціологічного дослідження підтвердили високу поширеність професійного вигорання, низьку задоволеність оплатою праці, психологічну небезпеку та брак можливостей розвитку. Узгодженість експертних і опитувальних даних доводить, що кадрові виклики мають багатовимірний і нелінійний характер, а наявні HR-практики не забезпечують стійкості та адаптивності закладів охорони здоров'я.

Дослідження обґрунтовує потребу у переході від адміністративного до стратегічно орієнтованого, даноорієнтованого та компетентнісного

управління людськими ресурсами, що є підґрунтям для формування інноваційної HR-моделі для забезпечення сталого розвитку закладів охорони здоров'я в умовах війни та післявоєнного відновлення. Отримані результати формують доказову основу для стратегічного удосконалення системи управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я України.

У підсумку, на основі результатів дослідження було запропоновано науково-обґрунтовані рекомендації щодо напрямів удосконалення системи управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я України. Вперше запропоновано інтегровану адаптивно-резилієнтну стратегічну модель управління людськими ресурсами, побудовану на принципах Agile-менеджменту та концепції організаційної стійкості для закладів охорони здоров'я, яка поєднує структурні засади класичних моделей стратегічного управління людськими ресурсами з принципами Agile-менеджменту та VANI-парадигми. На відміну від існуючих підходів, ця модель забезпечує формування адаптивної, антикрихкої та стійкої HR-системи та концептуалізує застосування VANI-мислення як методологічної основи для прогнозування, виявлення та нейтралізації кадрових ризиків, що забезпечує здатність закладу охорони здоров'я ефективно функціонувати в умовах високої невизначеності, посткризових трансформацій і системних демографічних та кадрових викликів, протистояти зовнішнім шокам та підтримувати довгострокову стабільність кадрового потенціалу, на основі багаторівневої інтеграції структурного, аналітичного, процесного та поведінкового компонентів HR-системи.

У роботі обґрунтовано інвестиційну концепцію стратегічного розвитку людських ресурсів у закладах охорони здоров'я на основі теорій людського капіталу Т. Шульца та Г. Беккера, міжнародних рекомендацій OECD, ВООЗ та сучасних підходів стратегічного управління людськими ресурсами. На підставі системного аналізу наукових джерел, порівняльного аналізу міжнародних практик, контент-аналізу аналітичних документів та

узагальнення результатів емпіричних досліджень виокремлено чотири ключові напрями інвестування в людські ресурси: кар'єрний розвиток як інвестиція в кадрову стійкість, компенсаційні пакети та соціальні гарантії як детермінанти залученості, формування культури безперервного навчання й розвитку (зокрема в цифровому середовищі) та створення позитивного й психологічно безпечного робочого середовища як стратегічної основи резилієнтності персоналу.

Обґрунтовано підхід до оцінювання доцільності та результативності інвестицій у персонал на організаційному, пацієнтському та системному рівнях. Показано, що перехід до інвестиційно орієнтованої моделі стратегічного управління людськими ресурсами, інтегрованої із запропонованою адаптивно-резилієнтною Agile-моделлю HRM, формує цілісний стратегічний контур управління людськими ресурсами, здатний забезпечити стійкість, інноваційність і конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я в умовах демографічної кризи, воєнних викликів та цифрової трансформації.

Результати дослідження можуть бути використані на рівні закладів охорони здоров'я для формування оптимальної системи стратегічного управління людськими ресурсами в умовах глобалізації та післявоєнного відновлення задля забезпечення сталого розвитку та конкурентоспроможності закладів. Також результати дослідження можуть бути використані на рівні закладів вищої освіти та післядипломної освіти для вдосконалення освітніх програм підготовки майбутніх керівників закладів охорони здоров'я у частині стратегічного управління та управління персоналом закладів охорони здоров'я. Окрім того вони можуть використовуватися на рівні органів державної влади для удосконалення системи стратегічного управління людськими ресурсами на мезо- та макрорівнях.

Ключові слова: війна, заклад охорони здоров'я, інвестиції, кадровий ресурсний потенціал, конкурентоспроможність, стратегія, стратегічне

управління, управління людськими ресурсами, управління персоналом, людські ресурси, людський капітал, сталий розвиток, цифровізація.

DANILKO M. V. Strategic human resource management in healthcare institutions in the context of globalization.

A dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 07 “Management and Administration”, specialty 073 “Management”. – The dissertation was completed at the Higher Educational Institution “Academician Yuriy Bugay International Scientific and Technical University”. The defence will take place before a one-time Special Council at the Higher Educational Institution “Academician Yuriy Bugay International Scientific and Technical University”, Kyiv, 2026.

Annotation. The dissertation is devoted to substantiating the theoretical and methodological foundations of strategic human resource management in healthcare institutions under conditions of globalization. The main theoretical provisions and conclusions of the dissertation have been developed to the level of concrete recommendations that will contribute to improving the system of strategic human resource management in healthcare institutions in the context of globalization and post-war recovery.

The object of the study is the human resource management system of healthcare institutions, and the subject of the study is the theoretical and methodological foundations, tools, models and mechanisms of strategic human resource management in healthcare institutions under conditions of globalization and post-crisis transformations.

The author formulated the research hypothesis, according to which the combination of the structural principles of classical models of strategic human resource management with modern concepts of Agile management, resilience-oriented approaches and principles of management in a BANI environment

creates the basis for the formation of an integrated model of strategic human resource management in healthcare institutions, capable of ensuring a higher level of adaptability, organizational resilience, innovation activity and performance compared to traditional HR architectures.

The methodological basis of the dissertation is grounded in general scientific and special methods.

To achieve the aims of the dissertation research, the theoretical and methodological foundations of strategic human resource management in healthcare institutions were examined. The results of this analysis made it possible to improve the categorical and conceptual framework for the study of strategic human resource management, namely to interpret the definition of “strategic human resource management” as a concept and practice of long-term personnel management that presupposes the integration of HR strategy with the corporate strategy of the organization and is based on understanding human capital as a key strategic resource.

An HR model (human resource management model) was defined as a holistic conceptual framework that describes the principles, logic and tools for organizing work with personnel and ensures the integration of HR strategy with corporate strategy. The study analyzes modern HR models, namely the standard causal model, P. Boxall’s HR model, the HR Value Chain management model, the extended HR Value Chain model, the Harvard HR model, D. Guest’s HR model, the Warwick HR model, D. Ulrich’s HR model, J. Storey’s HR model, and the 5Ps HR model. Theoretical and practical constructions and organizational forms of these models were taken as a basis for forming the integrated adaptive-resilient strategic human resource management model.

A study of the theoretical and methodological foundations of investing in human resources in healthcare institutions was carried out, based on which the approach to investing in human resources in healthcare institutions was improved. This approach considers investments as a system of targeted economic, organizational, intellectual, digital and socio-value contributions to the formation,

development, preservation and efficient use of the professional potential of healthcare workers, which ensures the growth of their competence, adaptability and psychological resilience, contributes to improving the quality of medical care and creates long-term socio-economic returns for the healthcare institution, the health system and society as a whole. This approach is complemented by the author's concept of investing in human resources, namely: (1) adding a humanitarian dimension to the economic category of investment, (2) transforming investment in human resources from an economic act into a value-based process, (3) interpreting the psychological resilience of personnel as a strategic resource subject to investment and support at the level of the healthcare institution, (4) adding to the assessment of the economic and social effectiveness of investments the importance of analyzing effects at the organizational, patient and system levels, (5) considering the digital context as an integral and strategically important component of human resource development, where digital competence is for the first time defined as a form of human capital, and the digital ecosystem is regarded as an object of investment that combines economic efficiency, innovativeness and continuity of professional development.

The results of the analysis of global trends and challenges in human resource management in healthcare are presented. The thesis generalizes global megatrends in health workforce management that form a new architecture of the medical labor market and define the framework conditions for the functioning of national systems, including in Ukraine. It is shown that the combination of the global shortage and structural imbalance of health personnel, demographic ageing of staff, gender disparities, increased international mobility, digital transformation and growing psychological pressure and burnout generates systemic risks for achieving sustainable development goals and universal health coverage. It is substantiated that technological innovations, digitalization and artificial intelligence radically change the competency profile of healthcare workers while reinforcing the risks of digital inequality and professional exhaustion. It is shown that the well-being and mental health of healthcare workers are becoming a

strategic priority of HR policy. It is concluded that these global transformations are directly reflected in the state and resilience of the human resource potential of Ukrainian healthcare institutions, which determines the need for a systemic, strategically oriented approach to the assessment and development of human capital under conditions of war, post-war recovery and digital transformation.

The dissertation provides a comprehensive assessment of the health workforce in Ukraine in the context of the global HR crisis. Based on official statistical data from WHO, the Ministry of Health and the National Health Service of Ukraine, the dynamics of the availability of physicians and nursing staff were analyzed. The analysis revealed a persistent structural imbalance between medical and nursing personnel, territorial inequality (urban–rural, frontline and de-occupied territories), a high vacancy rate and a tendency towards ageing of the workforce. Linear and moving trend models were constructed and inertial, optimistic and pessimistic scenarios of physician staffing up to 2030 were proposed, outlining a “corridor” of 31.5–36.0 physicians per 10,000 population. It is shown that, despite a formally acceptable average level of staffing, there are deep interregional, level and age disparities that threaten the workforce resilience of the system. The qualification and scientific potential, the state of continuing professional development, and the investment capacity of institutions (expenditure structure, share of the wage fund, limited investments in training and well-being and mental health programs for staff) were assessed. It is substantiated that the combination of demographic, financial and organizational constraints form a structural crisis of human resources, overcoming which requires a transition from fragmented responses to strategic, scenario-based management and targeted investments in the development of human capital.

In the course of the research, a comprehensive study of the human resource management system and investments in staff development in Ukrainian healthcare institutions was carried out on the basis of a representative sample of ten healthcare institutions at different levels (primary, secondary and tertiary care; private, state and municipal healthcare institutions). The methodology included

content analysis of legal and internal HR documents, comparative analysis of HR indicators (headcount, structure, vacancies, turnover, productivity, wages), an indicator-based approach to assessing HR maturity, the construction of matrices of compliance with the requirements of the Ministry of Health and the NHSU, analysis of investment models (CPD, digital solutions, simulation centers, well-being programs), heat mapping of human resource potential and calculation of an integrated HR index based on the aggregation of 20 primary indicators according to a multi-criteria assessment method.

The results of the study demonstrated a deep structural differentiation of the human resource management system in terms of institutional maturity, workforce resilience and investment activity. Three typical HR management models were identified: proactive (highly specialized and private healthcare institutions), adaptive (some municipal hospitals) and reactive (primary care and facilities with structural staff shortages). It is substantiated that investments in human resources (especially in CPD, digitalization, professional training and mental health programs) are directly correlated with reduced staff turnover and increased staff productivity, and that the efficiency threshold for investments is approximately 8-10 % of the healthcare institution's budget. The results obtained not only describe the current state of HRM in healthcare institutions, but also form a scientifically grounded strategic framework for transforming human resource management in the Ukrainian health system.

The need to improve strategic human resource management in healthcare institutions in Ukraine under conditions of demographic crisis, workforce shortages and high turbulence of the external environment has been substantiated. To assess the state of HRM, the expert method of HR risk analysis (n = 12 experts), the construction of an integrated risk criticality index, a risk prioritization matrix, as well as a sociological survey of healthcare workers (n = 130) using an author's questionnaire were applied. Analytical methods included content analysis, comparative risk analysis, statistical aggregation of indicators, data visualization, and interpretation of results in the logic of the BANI paradigm.

The results demonstrated the existence of a systemic human capital crisis, manifested in a critical shortage of key specialties, ageing of the workforce, high staff turnover, institutional immaturity of HRM, low levels of digitalization and the formal nature of CPD. Empirical data from the sociological survey confirmed the high prevalence of professional burnout, low satisfaction with remuneration, psychological insecurity and a lack of development opportunities. The consistency of expert and survey data proves that workforce challenges are multidimensional and nonlinear in nature, and that current HR practices do not ensure the resilience and adaptability of healthcare institutions.

The study substantiates the need to move from administrative to strategically oriented, data-driven and competency-based human resource management, which forms the basis for the development of an innovative HR model. The obtained results form an evidence base for the strategic improvement of the human resource management system in healthcare institutions in Ukraine.

As a result, on the basis of the research findings, scientifically grounded recommendations were proposed regarding areas for improving the human resource management system of healthcare institutions in Ukraine. For the first time, an integrated adaptive-resilient strategic human resource management model has been proposed, built on the principles of Agile management and the concept of organizational resilience for healthcare institutions, which combines the structural principles of classical models of strategic human resource management with the principles of Agile management and the BANI paradigm. In contrast to existing approaches, this model ensures the formation of an adaptive, anti-fragile and resilient HR system and conceptualizes the application of BANI thinking as a methodological basis for forecasting, identifying and neutralizing workforce risks, which ensures the ability of a healthcare institution to function effectively under conditions of high uncertainty, post-crisis transformations and systemic demographic and HR challenges, to withstand external shocks and maintain the long-term stability of its human resource

potential, based on multi-level integration of the structural, analytical, process and behavioral components of the HR system.

The study substantiates an investment-based concept of the strategic development of human resources in healthcare institutions, based on the theories of human capital by T. Schultz and G. Becker, international recommendations of the OECD and WHO, and modern approaches to strategic human resource management. On the basis of a systematic analysis of scientific sources, a comparative analysis of international practices, content analysis of analytical documents and a synthesis of empirical research results, four key areas of investment in human resources are identified: career development as an investment in workforce resilience, compensation packages and social guarantees as determinants of staff engagement, the formation of a culture of continuous learning and development (particularly in a digital environment), and the creation of a positive and psychologically safe working environment as a strategic basis for staff resilience.

Using methods of economic and analytical and institutional analysis, modelling and interpretation of indicators of the effectiveness of investments in human capital (HEVA, HCVA, HCROI, HCCF, HCMV, etc.), an approach to assessing the feasibility and effectiveness of investments in personnel at the organizational, patient and system levels has been substantiated. It is shown that the transition to an investment-oriented model of strategic human resource management, integrated with the proposed adaptive-resilient Agile HRM model, forms a holistic strategic contour of human resource management, capable of ensuring the resilience, innovativeness and competitiveness of healthcare institutions under conditions of demographic crisis, wartime challenges and digital transformation.

The results of the study can be used at the level of healthcare institutions to shape an optimal system of strategic human resource management under conditions of globalization and post-war recovery. The research findings can also be used at the level of higher education institutions and postgraduate education

institutions to improve educational programs for training future managers of healthcare institutions in the field of strategic management and personnel management in healthcare institutions. In addition, they can be used at the level of public authorities to improve the system of strategic human resource management at the meso- and macro-levels.

Key words: war, healthcare institution, investment, human resource potential, competitiveness, strategy, strategic management, human resource management, personnel management, human resources, human capital, sustainable development, digitalisation.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1.1 Статті у виданнях, що включені до міжнародної наукометричної бази даних:

1. Марічереда В. Г., Борщ В. І., Жуковська В. М., Миколайчук І. П., Данілко М. В. Шляхи удосконалення надання медичних послуг через застосування механізмів управління кадровими змінами в закладі охорони здоров'я. *Одеський медичний журнал*. 2024. № 5 (190). С. 73-82. (публікація у вітчизняному періодичному індексованому в Scopus, категорія А). (1,0 д.а.).

Особистий внесок: Досліджено складники кадрових змін у закладах охорони здоров'я. Проаналізовано кількісні зміни у кадровому потенціалі та сформовано передумови кадрових змін у галузі охорони здоров'я (0,57 д.а.). [Scopus].

2. Safonov Y., Borshch V., **Danylko M.** Human capital assessment methodology. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2023. № 9 (3). P. 179-184. <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2023-9-3-179-184> (публікація у іноземному періодичному індексованому в Web of Sciences виданні). (0,95 д.а.).

Особистий внесок: Здійснено аналіз методології оцінки людського капіталу. Досліджено сучасні методи оцінки людського капіталу на різних

рівнях: мікро-, мезо-, макро-, а також їх порівняльний аналіз. Розглянуто характеристики основних підходів до оцінки людського капіталу, проведено аналіз проблем непрямих методів оцінки людського капіталу (0,6 д.а.). [Web of Science].

3. Borshch V., Sheremet O., Mykolaichuk I., Bashuk H., Pavlenko O., **Danilko M.** Investment Strategy for the Development of Human Capital of the Enterprise. *WSEAS Transactions on Business and Economics*. 2023. Volume 20. P. 1517 – 1526. DOI: 10.37394/23207.2023.20.134 (публікація у іноземному періодичному індексованому в Scopus виданні). (1,2 д.а.).

Особистий внесок: Обґрунтовано теоретичні та прикладні принципи формування інвестиційної стратегії розвитку людського капіталу підприємства (0,3 д.а.). [Web of Science].

1.2. Статті в наукових фахових виданнях України:

4. Борщ В. І., Данілко М. В. Аналіз стилів лідерства в сфері охорони здоров'я України. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2025. Випуск 1 (98). С. 88-95. DOI: <https://doi.org/10.32782/2520-2200/2025-1-12> (публікація у вітчизняному періодичному виданні категорії Б). (1,0 д.а.).

Особистий внесок: Проаналізовано стилі лідерства в сфері охорони здоров'я на основі соціологічних досліджень (0,5 д.а.).

5. Борщ В. І., Данілко М. В. AGILE та BANI-підходи в управлінні персоналом медичних закладів України. *Науковий вісник Полісся*. 2025. 1 (30). С. 300–308. [https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1\(30\)-300-308](https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1(30)-300-308) (публікація у вітчизняному періодичному виданні категорії Б). (1,5 д.а.).

Особистий внесок: Узагальнено наукові підходи до застосування Agile та розглянуто BANI як аналітичну рамку для опису середовища функціонування медичних закладів. Запропонована HR-модель, яка поєднує контекстні характеристики BANI з інструментами Agile (0,9 д.а.).

1.3. Статті в іноземних наукових виданнях:

6. **Danylko M. V.**, Liashchenko-Shcherbakova V. Measuring the Stock of Human Capital in Health Care. *Global Academics*. 2023. № 3 (21). Pp. 18–26.

URL: <https://www.i-journal.org/upload/21.pdf> (0,8 д.а.)

Особистий внесок: Розглянуто теоретичні засади поняття людського капіталу в охороні здоров'я (0,6 д.а).

1.4. Розділи у міжнародних колективних наукових монографіях:

7. Борщ В. І., Данілко М. В. Стратегія управління кадровими ресурсами в охороні здоров'я України. *Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024.* С. 161–165.

<http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/503/13385/28034-1>

(1,3 д.а.)

Особистий внесок: Здійснено аналіз стану кадрових ресурсів в охороні здоров'я України. Проаналізовано сучасну політику розвитку кадрів охорони здоров'я в Україні. (0,9 д.а.).

8. Борщ В. І., Данілко М. В. Інвестиційно-інноваційна концепція управління людським капіталом у закладах охорони здоров'я в умовах глобалізації. *Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph. Volume 2 / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2025.* С. 37-57. DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-593-8-2> (1,1 д.а.)

Особистий внесок: Здійснено теоретичний аналіз засад інвестиційно-інноваційної моделі людського капіталу. Розглянуто особливості інвестицій у здоров'я людського капіталу закладів охорони здоров'я. (0,8 д.а.).

1.5. Тези доповідей в збірках матеріалів конференцій:

9. Букреєва Н.І., Данілко М. В. Управління персоналом як елемент стратегічного розвитку закладу охорони здоров'я. *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, психологія та комунікація* : збірка матеріалів II міжнар. наук.- практ. конф. м. Одеса, 30 травня 2025 р. / за заг. ред. академіка НАМН України, д. мед. н., професора

В. М. Запорожана ; наук. ред. д. мед н., професор В. Г. Марічереда. Одеса : ОНМедУ, 2025. С. 116-118 (0,3 д.а.).

Особистий внесок: Описано систему управління персоналом як елемент стратегічного розвитку закладу охорони здоров'я (0,1 д.а)

10. **Борщ В. І., Данилко М. В.** Інвестиційно-інноваційна концепція людського капіталу охорони здоров'я в умовах глобалізації. *Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції "Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу", 23-24 квітня 2025 р. : у 2 т.* Київ : Видавничий дім "Києво-Могилянська академія", 2025.Т. 1. С. 481-483. (0,2 д.а.).

Особистий внесок: Описано сутність інвестиційно-інноваційної концепції людського капіталу охорони здоров'я (0,15 д.а.).

11. **Борщ В. І., Данилко М. В.** Реалізація компетентнісного підходу через організацію самостійної роботи підготовки фахівців з управління охороною здоров'я. *Сучасні технології оцінювання у системі вищої медичної освіти : матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 5 грудня – 15 січня 2023 року. / за ред. проф. В. Г. Марічереда.* Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2023. С. 18-19. (0,17 д.а.)

Особистий внесок: Оцінено компетентнісний підхід до підготовки фахівців з управління охороною здоров'я. (0,1 д.а.).

12. **Данилко М. В.** Соціально-економічний розвиток системи управління персоналом в охороні здоров'я. *Людина як цілісність: традиції та інновації: Збірник матеріалів V Міжнародної наукової конференції (20 жовтня 2022 р., м. Одеса) / Одеськ. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов, Міжнародна академія психосінергетики та альфології та ін. ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін.* Одеса, 2023. С. 245-247. (0,2 д.а.).

13. **Данилко М. В.** Проблеми та перспективи інвестування в людський капітал в охороні здоров'я. II Міжнародна науково-практична конференція молодих учених "Стратегічні орієнтири сталого розвитку в

Україні та світі" : збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (21 квітня 2023 року, м. Чернігів) / НУ "Чернігівська політехніка". С. 182-183. (0,1 д.а.).

14. **Данилко М. В.** Соціоекономічні тенденції розвитку людського капіталу в галузі охорони здоров'я в умовах військового часу. *Людина як цілісність: людське, позалюдське, надлюдське: Збірник матеріалів VI Міжнародної наукової конференції (19 жовтня 2023 р., м. Одеса) /* Одеськ. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов, Міжнародна академія психосінергетики та альфології та ін. ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін. – Одеса, 2024. С. 126-129. (0,3 д.а.).

15. Данілко М. В. Сучасні HR-моделі, побудовані на agile та bani-підходах. *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, психологія та комунікація [Електронне видання] : збірка матеріалів II міжнар. наук.-практ. конф. м. Одеса, 30 травня 2025 р. / за заг. ред. академіка НАМН України, д. мед. н., професора В. М. Запорожана ; наук. ред. д. мед н., професор В. Г. Марічереда. Одеса : ОНМедУ, 2025. 320 с. С. 10-13 (0,45 д.а.).*

16. Борщ В. І., **Данилко М. В.** Сучасні підходи та методи оцінювання людського капіталу в сфері охорони здоров'я. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу в умовах економіки відновлення", 18-19 квітня 2023 р.* Київ : Видавничий дім "Києво-Могилянська академія", 2023. Т. 1. С. 324-326. (0,25 д.а.).

Особистий внесок: Досліджено сучасні підходи та методи оцінювання людського капіталу в охороні здоров'я. (0,15 д.а.).

17. Борщ В. І., **Данилко М. В.** «Запас» людського капіталу в галузі охорони здоров'я: дефініція та вимір. *Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання» / за заг. ред.: І.*

І. Рекуненко, В. В. Сулим. Суми : Сумський державний університет, 2023. С. 109-114. (0,4 д.а.).

Особистий внесок: Досліджено категорію «запас» людського капіталу. Проаналізовано підходи до його оцінювання. (0,2 д.а.).

18. Борщ В. І., Данілко М. В. Сучасні тренди в управлінні персоналом сфери охорони здоров'я України. *Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції 17-19 квітня 2024 р Електронне видання у 2 т.* Київ: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2024. Т. 1. С. 488–491 <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ab5e75b9-ee19-40b3-813c-30912353b5fd/content> (0,3 д.а.).

Особистий внесок: Визначено ключові чинники, що впливають на управління персоналом в сфері охорони здоров'я України. Визначено інструменти для подолання кризових явищ в управлінні персоналом в сфері охорони здоров'я України. (0,2 д.а.).

19. Данілко М. В. Переваги інвестування в людський капітал в охороні здоров'я. *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація: Міжнародна наукова конференція, 31 травня 2024 року, м. Одеса.* Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. С. 27-29. <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/284/8968/20151-1> (0,17 д.а.).

20. Данілко М. В. Практичне застосування лідерських стратегій в управлінні охороною здоров'я. *Людина як цілісність: філософський, мовознавчий та педагогічний дискурси: Збірник матеріалів VII Міжнародної наукової конференції (31 жовтня 2024 р., м. Одеса) / Одес. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін. Одеса, 2025. С. 94-96. (0,21 д.а.).*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	24
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	38
1.1. Концептуальні підходи до стратегічного управління людськими ресурсами: від класичних теорій до сучасних моделей управління.....	38
1.2. Аналіз сучасних HR-моделей.....	59
1.3. Теоретико-методичні основи інвестування у людські ресурси закладів охорони здоров'я.....	85
Висновки до Розділу 1.....	102
РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	105
2.1. Глобальні тренди та виклики управління людськими ресурсами в охороні здоров'я.....	105
2.2. Оцінювання людських ресурсів закладів охорони здоров'я України	129
2.3. Аналіз системи управління людськими ресурсами та інвестицій у розвиток людські ресурси у закладах охорони здоров'я України.....	157
Висновки до Розділу 2.....	195
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	202
3.1. Обґрунтування необхідності удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України.....	202
3.2 Розробка моделі стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я в умовах глобалізації та післявоєнної відбудови України.....	234
3.3. Інвестиційна концепція стратегічного розвитку людських ресурсів в закладах охорони здоров'я.....	261
Висновки до Розділу 3.....	280
ВИСНОВКИ.....	284
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	297
ДОДАТКИ.....	325

ВСТУП

Актуальність наукового дослідження зумовлена комплексом взаємопов'язаних глобальних, європейських та національних викликів, які безпосередньо трансформують вимоги до кадрової політики закладів охорони здоров'я. Глобалізація супроводжується посиленням міграції медичних працівників, загостренням конкуренції за таланти між країнами, стандартизацією підходів до якості медичної допомоги, стрімким розвитком цифрового здоров'я, телемедицини та міжнародних акредитаційних стандартів. У відповідь на це Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) сформувала *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, яка акцентує на стратегічному плануванні кадрів, інвестиціях у розвиток компетентностей, зміцненні стійкості системи охорони здоров'я та управлінні глобальними потоками медичних працівників [156].

Аналітичні огляди ОЕСД та Європейської Комісії засвідчують, що більшість країн ЄС уже сьогодні стикаються з дефіцитом лікарів і медичних сестер, старінням кадрового потенціалу, високим рівнем професійного вигорання та зростаючим навантаженням на систему охорони здоров'я внаслідок демографічного старіння, поширеності хронічних захворювань і наслідків пандемії COVID-19. За даними [168-169], у 2023-2024 рр. 20 країн ЄС повідомили про дефіцит лікарів, 15 – про дефіцит медичних сестер. Одночасно у міжнародних аналітичних звітах підкреслюється необхідність підвищення продуктивності та ефективності використання наявних людських ресурсів, розвитку нових моделей організації праці та використання цифрових технологій [168-1695]. У цих умовах людські ресурси визнаються ключовим активом, що визначає спроможність систем охорони здоров'я до адаптації, інновацій та стійкого функціонування.

Сучасні емпіричні дослідження переконливо доводять, що саме стратегічне управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я є одним із центральних детермінантів якості медичної допомоги,

організаційної ефективності та конкурентоспроможності. Роботи іноземних науковців [155; 166; 190; 206; 211] демонструють стабільний позитивний зв'язок між впровадженням комплексних HR-стратегій і такими результатами, як задоволеність пацієнтів, зниження рівня медичних помилок, зменшення плинності кадрів, зростання операційної ефективності та економічних показників закладів охорони здоров'я. Окремі дослідження [135; 153; 184; 207; 232] наголошують, що в умовах турбулентного середовища й високої невизначеності (COVID, воєнні конфлікти, глобальні кризи) стійкість і адаптивність кадрової політики стають ключовими факторами довгострокової життєздатності закладів охорони здоров'я.

Для України актуальність проблематики стратегічного управління людськими ресурсами в охороні здоров'я додатково загострюється повномасштабною війною, глибокою демографічною кризою, руйнуванням інфраструктури та міграцією значної частини медичних працівників. За оцінками ВООЗ та міжнародних партнерів, тисячі закладів зазнали пошкоджень або руйнування, частка кадрів у прифронтових та окупованих регіонах істотно скоротилася, а навантаження на персонал у відносно безпечних областях зросло через переміщення населення та накопичення відкладеного попиту на медичну допомогу [242]. Водночас Україна задекларувала євроінтеграційний курс, імплементацію європейських стандартів якості, розвиток універсального охоплення послугами, цифрової охорони здоров'я та нової мережі «кластерних» лікарень, що потребує якісно іншої моделі управління людським капіталом, а саме стратегічного управління та інвестування в компетентності, лідерство, організаційну культуру та інноваційні HR-практики.

Проблематика управління людськими ресурсами охорони здоров'я розглядалася у наукових працях українських науковців. Так теоретико-методологічні засади дослідження цієї тематики формує монографія О. Левицької, яка присвячена кадровій політиці у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні [63]. Кадровий потенціал було досліджено у роботах І.

Лепетана [65], І. Мазур, В. Заболотько, І. Стешенко [69], Т. Сабецької [85], Р. Августина та І. Демків [1], К. Берцуна, О. Рубіна, А. Сасюка [5].

Загальні аспекти управління персоналом у закладах охорони здоров'я серед українських вчених розглядали Т. Білорус та А. Зиненко [6], В. Борщ [9-8], В. Брич, Л. Ліштаба та П. Микитюк [19], Р. Власенко [23], О. Волосовець, В. Заболотько А. Волосовець [24], В. Вороніна, А. Горопашна та Д. Стівбун [26], М. Денисенко, С. Бреус та О. Левченко [40], Т. Желюк [45; 99], М. Копитко [55], В. Корпусенко [56], В. Короленко, Т. Юрочко [60], М. Шкільняк та Н. Кривокульська [98], О. Ханіна [101] та інші. Вагомий пласт українських досліджень присвячено управлінню персоналом закладів охорони здоров'я в умовах реформування та кризових явищ, а саме у роботах Бричко А. [20], І. Кравчук, О. Присяжнюк, О. Веселовського [57], Ровенської В.В. та Саржевської Є.О [83], Сумець О., Перог Т. [93], Л. Черчик та Ю. Матюшко [103] та інші.

Проте незважаючи на значні наукові здобутки за цим напрямком, на теоретико-методологічному рівні залишається недостатньо опрацьованим питання інтеграції класичних моделей стратегічного HRM, сучасних підходів до управління в умовах ВАНІ-середовища, цифровізації HR-процесів та глобальних політик у сфері управління людськими ресурсами у цілісну концепцію, адаптовану до специфіки закладів охорони здоров'я країн із воєнними та поствоєнними викликами. Наявні міжнародні та українські дослідження фрагментарно висвітлюють окремі аспекти, а саме зв'язок стратегій управління людськими ресурсами з показниками результативності, вплив системи управління людськими ресурсами на економічну ефективність, досвід окремих закладів охорони здоров'я чи національних систем, але майже не розкривають формування інтегрованих стратегічних моделей стратегічного управління для закладів охорони здоров'я, що проходять одночасно через трансформацію фінансування, демографічний спад, цифрову трансформацію й безпекові кризи.

Все це актуалізує дослідження та має високу наукову та практичну значущість, оскільки сприятиме стратегічному розвитку закладів охорони здоров'я України в умовах глобалізації.

Наведене вище підкреслює науково-практичну значущість теми дослідження, а також обґрунтовує мету та завдання дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Наукову роботу виконано в межах НДР Одеського національного медичного університету за темою: «Дослідження особливостей формування організаційно управлінських механізмів, підходів та технологій корпоративного управління для забезпечення якості та інноваційного функціонування зоз на макро-, мезо- та мікро – рівнях» (Державний реєстраційний номер 0123U100329), в межах якої здійснено аналіз сучасних трендів та викликів охорони здоров'я, запропоновано модель стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я та ЗВО «Мфжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая» за темою: «Підвищення ефективності управлінської структури економічних систем на різних рівнях функціонування» (Державний реєстраційний номер 0118U001589), у межах якої досліджено концептуальні підходи до стратегічного управління людськими ресурсами та сучасні HR-моделі закладів охорони здоров'я.

Мета і завдання наукового дослідження. Метою цього дослідження є розроблення та обґрунтування науково-концептуальних засад стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я України в умовах глобалізації.

Задля досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання:

- 1) *дослідити* теоретико-методичні засади стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я;
- 2) *проаналізувати* сучасні HR-моделі;
- 3) *обґрунтувати* теоретико-методичний підхід до інвестицій у людські ресурси закладів охорони здоров'я;

- 4) *висвітлити* сучасні світові тенденції розвитку сфери охорони здоров'я;
- 5) *здійснити* аналітичну оцінку стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я України;
- 6) *запропонувати* модель стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я в умовах глобалізації та післявоєнної відбудови України;
- 7) *сформувати* інвестиційну концепцію стратегічного розвитку людських ресурсів в закладах охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є система управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико-методичні засади, інструменти, моделі та механізми стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації та посткризових трансформацій.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що поєднання структурних засад класичних моделей стратегічного управління людськими ресурсами із сучасними концепціями Agile-менеджменту, стійкісно орієнтованими підходами та принципами управління у VANI-середовищі створює підґрунтя для формування інтегрованої моделі стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я, спроможної забезпечити вищий рівень адаптивності, організаційної стійкості, інноваційної активності та результативності функціонування порівняно з традиційними HR-архітектурами.

У межах цієї гіпотези передбачається, що синергія класичних стратегічних підходів та сучасних гнучких і антикрихких управлінських парадигм дозволяє створити таку модель HRM, яка здатна ефективно реагувати на глобалізаційні, соціально-економічні та післякризові виклики, забезпечуючи проактивний розвиток кадрового потенціалу та підвищення результативності закладів охорони здоров'я.

Методи дослідження. Методологічною основою дисертаційного дослідження є сукупність загальнонаукових і спеціальних методів, які забезпечили комплексне, системне й багаторівневе вивчення стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я України. Для досягнення мети та розв'язання поставлених у роботі завдань використано такі групи методів:

– Загальнонаукові методи пізнання, такі як діалектичний, логіко-історичний, системний, структурно-функціональний та комплексний підходи. Вони автором застосовувалися для розкриття еволюції теоретичних уявлень про управління людськими ресурсами, з'ясування сутності стратегічного управління HR у закладах охорони здоров'я, виявлення внутрішніх і зовнішніх детермінант його трансформації в умовах глобалізації.

– Методи теоретичного узагальнення й абстрагування, а саме аналіз, синтез, індукція, дедукція, узагальнення, абстрагування. За їх допомогою систематизовано підходи до стратегічного управління людськими ресурсами, уточнено понятійно-категоріальний апарат, виокремлено ключові елементи інтегрованої моделі стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я.

– Методи аналізу нормативно-правової та стратегічної бази, зокрема контент-аналіз. За їх допомогою досліджено міжнародні та національні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я, OECD, Європейського Союзу, а також стратегії розвитку системи охорони здоров'я України.

– Статистичні та економіко-статистичні методи, а саме групування, ранжування, порівняльний аналіз, індексний метод, елементи кластерного аналізу. Ці методи застосовано для оцінювання людських ресурсів системи охорони здоров'я України, аналізу структури й динаміки кадрового забезпечення, плинності персоналу, вікової структури, щільності кадрів, рівня кваліфікації, навантаження та інвестицій у розвиток людських

ресурсів у різних типах закладів. На основі статистичних методів здійснено порівняння між закладами охорони здоров'я.

– Методи соціологічного дослідження, а саме анкетування медичних працівників ($n = 130$), яке використано для виявлення оцінок респондентів щодо стану та проблем стратегічного управління людськими ресурсами. Соціологічні дані слугували емпіричною базою для валідації висновків щодо необхідності удосконалення HR-стратегій у закладах охорони здоров'я.

– Методи експертних оцінок – метод експертного опитування, бальний метод, інтеграція експертних суджень. Залучення експертів (керівників закладів охорони здоров'я, керівників підрозділів, HR-фахівців) дозволило оцінити рівень розвитку системи стратегічного управління людськими ресурсами, визначити вагомість окремих факторів ризику, сформувані інтегральні показники. На основі експертних оцінок здійснено вагове агрегування показників при побудові узагальнених індексів.

– Методи моделювання та проектування, а саме структурно-логічне моделювання, функціонально-структурний аналіз, елементами процесного підходу та проектного управління. На їх основі розроблено інтегровану адаптивно-резилієнтну стратегічну модель управління людськими ресурсами для закладів охорони здоров'я, схеми взаємодії суб'єктів управління, процесні карти HR-процесів, механізми інституціоналізації інвестиційно орієнтованого управління людськими ресурсами.

– Графічні та візуалізаційні методи – побудова графіків, діаграм, «теплових карт» за допомогою R-платформи [208], структурно-логічних схем. Вони застосовувалися для наочного представлення динаміки кадрових показників, інвестицій у людські ресурси, рівня кадрових ризиків, типології закладів за індексами HR-розвитку, а також для візуалізації елементів авторської моделі стратегічного управління людськими ресурсами.

Інформаційною базою даного дослідження слугують нормативно-правові акти, які регулюють діяльність закладів охорони здоров'я в Україні, міжнародні нормативні та стратегічні документи, наукові праці провідних вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячені проблематиці управління персоналом, офіційні статистична звітність, первинна документація закладів охорони здоров'я України, інформаційні матеріали з мережі Інтернет, а також результати власних досліджень автора, зокрема й матеріали соціологічного дослідження, проведеного автором, і дані власних аналітичних розрахунків.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в поглибленні науково-концептуальних засад стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації. Основні результати наукового дослідження, які характеризують наукову новизну роботи, полягають у наступному:

вперше:

– запропоновано інтегровану адаптивно-резилієнтну стратегічну модель управління людськими ресурсами, побудовану на принципах Agile-менеджменту та концепції організаційної стійкості для закладів охорони здоров'я, яка поєднує структурні засади класичних моделей стратегічного управління людськими ресурсами з принципами Agile-менеджменту та VANI-парадигми. На відміну від існуючих підходів, ця модель забезпечує формування адаптивної, антикрихкої та стійкої HR-системи та концептуалізує застосування VANI-мислення як методологічної основи для прогнозування, виявлення та нейтралізації кадрових ризиків, що забезпечує здатність закладу охорони здоров'я ефективно функціонувати в умовах високої невизначеності, посткризових трансформацій і системних демографічних та кадрових викликів, протистояти зовнішнім шокам та підтримувати довгострокову стабільність кадрового потенціалу, на основі багаторівневої інтеграції структурного, аналітичного, процесного та поведінкового компонентів HR-системи.

удосконалено:

– науково-методичний підхід до управління людськими ресурсами, який, на відміну від існуючих, передбачає інтеграцію структурного, контекстного, ціннісного та стратегічного підходів до управління людськими ресурсами з урахуванням індивідуальних характеристик організації (галузеві особливості, бізнес-стратегія, структура, корпоративна культура), кадрового потенціалу HR-команди та поєднання кількісних і якісних методів оцінки результативності HR-процесів як ключових чинників вибору ефективної HR-моделі. Удосконалений науково-методологічний підхід забезпечує перехід від фрагментарного до інтегрованого стратегічного управління людськими ресурсами, орієнтованого на досягнення стратегічних цілей організації, розвиток кадрового потенціалу персоналу та формування стійкої організаційної культури у динамічному середовищі в умовах глобалізації;

– теоретико-методичний підхід до інвестицій у людські ресурси закладів охорони здоров'я, що розглядає їх як систему цілеспрямованих економічних, організаційних, інтелектуальних, цифрових і соціально-ціннісних вкладень у формування, розвиток, збереження та ефективне використання професійного потенціалу медичних працівників, яка забезпечує зростання їх компетентності, адаптивності та психологічної стійкості, сприяє підвищенню якості медичної допомоги та створює довгострокову соціально-економічну віддачу для закладу охорони здоров'я, системи охорони здоров'я і суспільства загалом. Такий підхід, на відміну від існуючих, класичних трактувань, доповнено авторською концепцією інвестування в людські ресурси, а саме (1) гуманітарним виміром до економічної категорії інвестицій, (2) трансформацією інвестиції в людські ресурси з економічного акту на ціннісний процес, (3) трактуванням психологічної стійкості персоналу як стратегічного ресурсу, що підлягає інвестуванню та підтримці на рівні закладу охорони здоров'я, (4) додає до оцінки економічної та соціальної ефективності інвестицій важливість

аналізу ефекту на організаційному, пацієнтському та системному рівнях, (5) цифровий контекст розглядається як невід’ємний і стратегічно важливий компонент розвитку людського ресурсу, цифрова компетентність уперше визначається як форма людського капіталу, а цифрова екосистема – як об’єкт інвестицій, який об’єднує економічну ефективність, інноваційність і безперервність професійного розвитку;

– концептуальний підхід до аналізу факторів, що впливають на стратегічне управління людськими ресурсами охорони здоров’я за рахунок систематизації в єдину аналітичну рамку глобальних мегатрендів, а саме дефіцит і структурний дисбаланс кадрів, старіння кадрового потенціалу, гендерні диспропорції, глобалізація ринку медичної праці та міжнародна мобільність, цифровізація, психологічний тиск і вигорання, добробут персоналу, що дало змогу розглядати їх як інтегрований комплекс стратегічних викликів стратегічних викликів для HR-менеджменту закладів охорони здоров’я, а також шляхом поєднання PESTEL-аналізу з експертним оцінюванням сили впливу за 5-бальною шкалою, що дозволило кількісно порівняти значущість окремих трендів, ранжувати їх за пріоритетністю для HR-політики та обґрунтувати напрями адаптації у стратегічному управлінні людськими ресурсами закладів охорони здоров’я;

набуло подальшого розвитку:

– категоріально-понятійний апарат дослідження стратегічного управління людськими ресурсами, а саме інтерпретація дефініції «стратегічне управління людськими ресурсами» трактується як концепція й практика довгострокового управління персоналом, що передбачає інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією організації та базується на розумінні людського капіталу як ключового стратегічного ресурсу. На відміну від інших трактувань, які обмежуються описом HR як функціональної діяльності або підсистеми менеджменту, ця інтерпретація акцентує увагу на формуванні, розвитку та утриманні компетенцій, що відповідають критеріям VRIN/VRIO та забезпечують перетворення

індивідуальних і колективних знань у стійкі конкурентні переваги організації. Визначення цього поняття дозволяє чітко окреслити стратегічний вимір управління людськими ресурсами, підкреслюючи його роль у підвищенні організаційної стійкості, інноваційності та конкурентоспроможності;

– визначення змісту поняття «HR-моделі (моделі управління людськими ресурсами)», під якою, на відміну від існуючих, слід розуміти цілісну концептуальну рамку, що описує принципи, логіку та інструменти організації роботи з персоналом і забезпечує інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією. У порівнянні з класичними трактуваннями, які зосереджуються переважно на кадрових процесах чи продуктивності, сучасне розуміння підкреслює роль HR-моделі у розвитку людських ресурсів, цифровій трансформації, впровадженні HR-аналітики та формуванні компетенцій, що відповідають VRIN-критеріям (цінність, рідкісність, унікальність, інтегрованість). Визначення цього поняття дозволяє розглядати HR-модель як ключовий інструмент стратегічного розвитку закладу охорони здоров'я, здатний трансформувати індивідуальні й колективні знання та навички у стійкі конкурентні переваги;

– інвестиційна концепція стратегічного розвитку людських ресурсів в закладах охорони здоров'я, що поєднує кар'єрний розвиток, компенсаційні механізми, культуру безперервного навчання та психологічно безпечне робоче середовище у єдину інвестиційну архітектуру, а також методичний підхід до оцінювання результативності інвестицій у людські ресурси, що базується на використанні інтегральних показників HEVA, HCVA, HCROI та HR-аналітики нового покоління. На відміну від традиційних концепцій, запропонована концепція розглядає інвестиції як системний механізм формування довгострокової доданої вартості та організаційної стійкості закладу охорони здоров'я та охоплює оцінку вигод, наслідків і мультиплікативних ефектів інвестування у людські ресурси закладів охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що положення дисертаційного дослідження доведено до рівня прикладних методичних розробок, інструментів та рекомендацій, які можуть бути використані закладами охорони здоров'я, органами державного управління та професійними спільнотами для удосконалення системи стратегічного управління людськими ресурсами. Запропоновані методичні підходи та розроблені рекомендації знайшли застосування у практичній діяльності закладів охорони здоров'я: Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка ОНМедУ) (акт від 04.03.2025 р.), Медичний Дім "Odrex" (акт від 02.12.2025 р.), КП «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради (акт від 25.11.2025 р.), приватної клініки "MediClub" (акт від 25.11.2025 р.), ДНТ «УМЦР МАТЕРІ ТА ДИТИНИ МОЗ УКРАЇНИ» (акт від 03.12.2025 р.).

Основні теоретичні положення дисертаційної роботи були впровадженні в освітню діяльність Одеського національного медичного університету (акт впровадження від 20.01.2025 р.) до використання в начальному процесі кафедри менеджменту охорони здоров'я, а також Міжнародного науково-технічного університету імені академіка Юрія Бугая (акт впровадження від 18.09.2025 р.) до використання в начальному процесі кафедри менеджменту, маркетингу та публічного адміністрування.

Впровадження результатів дослідження підтверджено відповідними документами (Додаток Б).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійним завершеним дослідженням, у якому розкрито авторський підхід до розроблення та обґрунтування науково-концептуальних засад стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я України в умовах глобалізації. Наукові результати, розробки, висновки та рекомендації, які викладені в роботі й виносяться на захист,

одержані автором особисто. Авторський внесок у працях, опублікованих у співавторстві, конкретизовано у списку публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та висновки дисертаційної роботи доповідались, обговорювались і отримали позитивну оцінку на міжнародних і вітчизняних наукових і педагогічних конференціях, зокрема: V Міжнародній науковій конференції «Людина як цілісність: традиції та інновації» (м. Одеса, 20 жовтня 2022 р.), Сучасні технології оцінювання у системі вищої медичної освіти : всеукраїнське науково-педагогічне підвищення кваліфікації (м. Одеса, 5 грудня-15 січня 2023 року), II Міжнародній науково-практичній конференції молодих учених «Стратегічні орієнтири сталого розвитку в Україні та світі» (м. Чернігів, 21 квітня 2023 р.), VI Міжнародній науковій конференції «Людина як цілісність: людське, позалюдське, надлюдське» (м. Одеса, 19 жовтня 2023 р.), Міжнародній науково-практичній конференції «Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу в умовах економіки відновлення» (м. Київ, 18-19 квітня 2023 р.), Міжнародній науково-практичній конференції «Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання» (м. Суми, 29-30 листопада 2023 р.), II Міжнародній науково-практичній конференції «Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу» (м. Київ, 17-19 квітня 2024 р.), Міжнародній науковій конференції «Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація» (м. Одеса, 31 травня 2024 р.), VII Міжнародній науковій конференції «Людина як цілісність: філософський, мовознавчий та педагогічний дискурси» (м. Одеса, 31 жовтня 2024 р.), III Міжнародній науково-практичній конференції «Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу» (м. Київ, 23-24 квітня 2025 р.), II Міжнародній науковій конференції «Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, психологія та комунікація» (м. Одеса, 30 травня 2025 р.).

Публікації. Основні положення, висновки та результати дослідження за темою дисертації опубліковано у 19 наукових працях, а саме 3 наукових статей у наукових фахових виданнях України, 2 статті – у періодичних наукових виданнях, проіндексованих у базі даних Web of Science Core Collection, одна стаття – у міжнародному періодичному науковому виданні, 2 розділі у колективних міжнародних монографіях, 11 публікацій у виданнях апробаційного характеру. Загальний обсяг наукових праць становить 11,6 друк. арк., із яких особисто автору належить 7,4 друк. арк.

Структура й обсяг роботи. Загальний обсяг дисертації становить 353 сторінки, її основний зміст викладений на 326 сторінках, який складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 24 таблиці, 42 рисунки та 6 додатків, розміщених на 27 сторінках. Список використаних джерел налічує 245 найменувань, серед них 139 – іноземних літературних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Концептуальні підходи до стратегічного управління людськими ресурсами: від класичних теорій до сучасних моделей управління

Проблематика стратегічного управління людськими ресурсами є однією з ключових у сучасній управлінській науковій дискусії, про що свідчить велика кількість досліджень як зарубіжних [108; 110-111; 128-130; 135; 160-161; 225-227], так і вітчизняних учених [21-22; 25-27; 33; 45; 51; 54; 59; 61; 67; 71; 80; 87; 106]. Науковий пошук у цій сфері спрямований на визначення ролі людського ресурсу як найважливішого стратегічного ресурсу організації, від якого залежить конкурентоспроможність і стійкість соціально-економічних систем у глобалізованому світі.

В умовах трансформації ринку праці, прискореного розвитку цифрових технологій, міграційних процесів і демографічних викликів особливого значення набуває формування сучасних концептуальних підходів до управління персоналом. Це стосується не лише бізнесу чи промисловості, але й соціально значущих сфер, зокрема охорони здоров'я, де людські ресурси мають вирішальне значення для збереження та підвищення якості життя населення.

Для системи охорони здоров'я України ця проблема є надзвичайно актуальною. Тривала кадрова криза, відтік медичних працівників за кордон, регіональні дисбаланси забезпечення лікарями та середнім медичним персоналом, а також зростаючі вимоги до компетентностей в умовах цифровізації та інтеграції у європейський простір зумовлюють потребу у переосмисленні традиційних моделей HR-менеджменту. Необхідність

інвестицій у людський капітал сфери охорони здоров'я та підвищення ефективності цих інвестицій стає ключовим завданням як для управлінців галузі, так і для державної політики.

Саме тому аналіз концептуальних підходів до стратегічного управління людськими ресурсами, від класичних теорій до сучасних моделей, має не лише теоретичне, а й практичне значення. Він дозволяє виявити сильні й слабкі сторони існуючих підходів, адаптувати їх до українських реалій і закласти наукове підґрунтя для розробки ефективних стратегій розвитку людського капіталу в охороні здоров'я України.

Таким чином, у центрі наукових дискусій опиняється не лише проблема визначення ролі людського ресурсу як стратегічного, але й уточнення понятійного апарату, яким оперує сучасна теорія та практика управління персоналом. Відсутність єдності у використанні категорій «персонал», «людський ресурс», «людський потенціал» і «людський капітал» створює методологічні розбіжності у підходах до розробки та реалізації HR-стратегій. Саме тому актуальним завданням є простеження еволюції цих понять у контексті класичних і сучасних теорій менеджменту та визначення їхнього місця у сучасній системі стратегічного управління людськими ресурсами.

Перехід від суто адміністративного трактування «персоналу» до розуміння «людського капіталу» як найціннішого активу організації зумовив новий погляд на роль працівників у забезпеченні конкурентоспроможності. Це особливо важливо для сфери охорони здоров'я України, де якість медичних послуг безпосередньо залежить від інвестицій у розвиток людського капіталу.

У цьому контексті логічним кроком є звернення до аналізу трансформації понять у теорії та практиці управління людськими ресурсами.

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика дефініцій

Категорія	Класичні теорії (поч. ХХ ст.)	Сучасні теорії управління персоналом	Системна, контингентна, агентська теорії
Персонал	Сукупність працівників, розглядається як фактор виробництва поряд із капіталом, землею та технікою.	Організаційна спільнота, суб'єкт корпоративної культури; носій знань і компетенцій.	Системна теорія: персонал – інтегрована підсистема організації, носій інформаційних і комунікаційних потоків, що впливають на ефективність усієї системи [224]. Контингентна теорія: роль персоналу визначається контекстом (стабільне/нестабільне середовище), органічні чи механістичні структури [131]. Агентська теорія: персонал виступає як «агент» із власними інтересами, потребує стимулів і механізмів контролю [176].
Людський ресурс	Розумівся як частина виробничих ресурсів; головний акцент – на кількості робочої сили.	Ресурс, що вимагає стратегічного управління; передбачає інвестиції у навчання, здоров'я, мотивацію.	Системна теорія: людські ресурси – взаємопов'язані елементи HR-системи, що взаємодіють із зовнішнім середовищем (організація як відкрита система). Контингентна теорія: набір HR-практик має відповідати середовищу (наприклад, у закладах охорони здоров'я – стандартизовані протоколи, гнучкі практики у інноваціях та дослідженнях) [181]. Агентська теорія: людські ресурси – носії асиметричної інформації; потрібні контракти, KPI та інцентивні мотивації для зниження агентських витрат.
Людський потенціал	Використовувався обмежено, асоціювався із фізичними можливостями робітників.	Сукупність здібностей, знань, навичок, креативності й інноваційності, що можуть бути реалізовані в майбутньому.	Системна теорія: потенціал – це «вхідний ресурс» для системи, що активується через навчання та розвиток. Контингентна теорія: реалізація потенціалу залежить від відповідності середовища (організаційної культури, технологій, ринку). Агентська теорія: потенціал може залишитися нереалізованим без механізмів узгодження інтересів працівника та організації.
Людський капітал	У класичній економічній думці (А. Сміт [90], К. Маркс [74]) – вкладення у людину розглядалися опосередковано через освіту та здоров'я.	Теорія людського капіталу (Г. Беккер [118], Т. Шульц [218]) визначає людину як носія активу, в який доцільно інвестувати. У менеджменті – головний чинник конкурентоспроможності.	Системна теорія: людський капітал – ключова підсистема, що створює синергію між знаннями, навичками та організаційними процесами. Контингентна теорія: цінність людського капіталу змінюється залежно від стратегічного контексту (наприклад, у кризових умовах важливіші компетенції кризового менеджменту). Агентська теорія: людський капітал розглядається як актив, що потребує захисту від втрат через плинність кадрів, конфлікти інтересів та моральний ризик; HR-політика має знижувати агентські витрати.

Джерело: систематизовано автором на підставі [13; 122; 126; 144].

Упродовж XX–XXI ст. у науковій літературі відбулося значне зміщення акцентів у трактуванні категорій, що описують людину в системі праці, розпочинаючи від персоналу як сукупності працівників до людського капіталу як стратегічного активу організації. Тож розглянемо змістовну характеристику трактування цих понять у розрізі: класичний період, неокласичний період і сучасні підходи до управління персоналом (табл. 1.1).

Класична теорія менеджменту – це основа управлінської думки, що сформувалася на початку XX століття, і яка орієнтувалася на організаційну ефективність, ієрархію, стандартизацію процедур і строгі правила. Вона акцентує увагу на розподілі праці, спеціалізації завдань, функціональній ієрархії, формалізованих структурах і гроші як основний мотиватор до праці.

У класичний період розвитку управлінської думки праця людини розглядалася лише крізь призму виробничих відносин і раціоналізації процесів. Ф. Тейлор у своїй науковій організації праці трактував працівника як елемент механізму, «гвинтик» у виробничій системі, де головними були дисципліна та контроль [220]. Він через аналіз руху і часу сформулював принципи максимізації продуктивності шляхом стандартизованих процедур, чіткого планування та контролю над виконанням завдань.

А. Файоль розвинув ідеї адміністративного менеджменту, підкреслюючи важливість ієрархії, єдиноначальності та спеціалізації функцій. Вчений запропонував універсальні принципи управління: планування, організацію, керівництво, координацію та контроль, які мали спростити, надійно структурувати та стандартизувати діяльність організацій [149].

М. Вебер у концепції бюрократії описав персонал як структурований за правилами та нормами апарат, де людина підпорядкована жорсткій системі влади та контролю [233]. Концепція М. Вебера підкреслювала необхідність офіційних правил, процедур, формальної влади та ієрархії як засобу забезпечення стабільності і передбачуваності.

Усі ці класичні підходи відображали бачення людини як персоналу, тобто виконавця, здатного забезпечити функціонування організації через

дотримання формальних процедур. Ці підходи забезпечили базис для ресурсно-орієнтованого підходу, де персонал розглядався, перш за все, як елемент виробничої системи, керований за допомогою правил, стандартів та інструкцій. У закладах охорони здоров'я вони реалізувалися через чітке підпорядкування, жорстку регламентацію діяльності та орієнтацію на продуктивність.

Згодом у неокласичний період акцент змістився в бік гуманізації управління. Неокласичний підхід – це відповідь на обмеженість класичних моделей, яка ігнорувала людський фактор. Е. Мейо – основоположник школи людських відносин, та представники неокласичного підходу підкреслювали, що продуктивність праці (а отже і мотивація працівників) залежить не лише від матеріальних стимулів, але й від психологічного клімату, соціальних зв'язків, неформальних відносин, групової динаміки, уваги керівництва, психологічного комфорту, а отже і від соціальних потреб працівників [186].

Неокласичний підхід включав розвиток концепцій:

- управління людськими відносинами (Human Relations Movement), що визнавало працівника як соціальну істоту, а не просто виконавця;
- поведінкову науку (Behavioral Approach), яка інтегрувала психологію, соціологію й антропологію для розуміння мотивації, групових норм та ефективності в командній роботі.

Це започаткувало активне використання поняття «людський ресурс» – не просто як робочої сили, а як цінності, яку слід розвивати й підтримувати. В управлінні охороною здоров'я цей підхід проявився у визнанні ролі колективів медичних працівників, мотивації через соціальні фактори та врахуванні індивідуальних потреб у професійному розвитку. Це стало підґрунтям сучасного розуміння важливості психологічного клімату у медичних колективах.

Ці зрушення у розумінні ролі працівника в організації заклали основу для подальших теоретичних пошуків, у яких людина почала розглядатися не лише як соціальна істота, але і як елемент складної організаційної системи.

Відповіддю на потребу пояснити взаємозв'язки між різними підсистемами організації та її зовнішнім середовищем стала системна теорія, яка інтерпретує організацію як відкриту систему з багаторівневими потоками ресурсів, інформації та зворотного зв'язку. У такій логіці персонал розглядається не ізольовано, а як ключова підсистема, що взаємодіє з технологічними, фінансовими й управлінськими елементами та визначає стабільність і результативність організації (табл. 1.1).

Системна теорія виникла у 40–50-х рр. ХХ ст. на основі праць Л. фон Берталанфі (General System Theory, 1968) [120] і подальших досліджень відкритих систем у менеджменті (The Social Psychology of Organizations, 1978) [177]. Її ключова ідея полягає в тому, що організація є відкритою системою, яка взаємодіє із зовнішнім середовищем через вхідні та вихідні потоки ресурсів, інформації, енергії.

У цій логіці персонал трактується як ключова підсистема, що забезпечує життєздатність усієї організації. Людські ресурси не просто входять у виробничий процес як «робоча сила», а стають динамічним елементом, який формує адаптивність, гнучкість і здатність системи реагувати на виклики середовища.

Персонал у системній теорії розглядається за наступних позицій:

1. Людина як елемент організаційної системи. Працівники розглядаються як частина багатофакторної структури, де ефективність залежить від узгодженості кадрових процесів із фінансовими, технологічними та управлінськими.

2. Принципи відкритої системи. Персонал взаємодіє із зовнішнім середовищем (ринком праці, освітніми установами, органами місцевого та державного регулювання), забезпечуючи організацію новими знаннями, навичками, цінностями.

3. Зворотний зв'язок. Оцінка діяльності персоналу, рівня мотивації та задоволеності є «сигналами», що дозволяють системі самокорегуватися і підтримувати рівновагу.

4. Інтеграція HR-практик. У межах системного підходу HR не розглядається як набір ізольованих процедур (добір, навчання, оплата праці), а як цілісна система управління людським капіталом, що взаємодіє із загальною стратегією організації.

Системна теорія є одним із головних підґрунть стратегічного управління людськими ресурсами. Вона пояснює:

- вертикальну інтеграцію: узгодження HR-стратегії із загальною корпоративною стратегією;
- горизонтальну інтеграцію: узгодженість HR-процедур (рекрутинг – навчання – мотивація – оцінка – результат) для отримання синергетичного ефекту;
- баланс стабільності й адаптивності: система HR має забезпечувати одночасно передбачувану ефективність (процедури, стандарти) та гнучкість у кризових умовах [44; 54; 71; 80; 95].

Отже, системна теорія дала можливість розглядати управління персоналом як інтегровану підсистему організації, що взаємодіє з іншими елементами та зовнішнім середовищем, забезпечуючи стабільність і розвиток. Проте системний підхід не враховував у достатній мірі варіативності середовища й того, що ефективні кадрові стратегії можуть змінюватися залежно від зовнішніх умов, технологій чи специфіки галузі. Саме на цю проблему відповіла контингентна теорія, яка висунула принцип: «не існує єдиного найкращого способу управління» – оптимальні HR-практики залежать від конкретного контексту, рівня динамічності середовища та стратегічних завдань організації, а ефективність залежить від зовнішнього середовища, технологій, розміру організації, рівня невизначеності.

Контингентна теорія (теорія непередбачених обставин, contingency theory) сформувалася у 1960–1970-х рр. як відповідь на обмеженість універсальних моделей управління. Альтернативним цій теорії є ситуаційний підхід – це практика менеджера, який адаптує свій стиль керівництва до

конкретних потреб і характеристик своїх співробітників і конкретної ситуації, в якій вони знаходяться [215].

Контингентна теорія широко застосовується у дизайні організацій, стратегічному управлінні та прийнятті рішень, пояснюючи вплив умов зовнішнього середовища на HR-стратегії. Однак вона має низку обмежень:

- складність – важко ідентифікувати правильну практику для конкретного контексту;
- відсутність чіткої моделі – немає простого алгоритму вибору оптимального рішення;
- залежність від ситуації – складно узагальнити результати для інших умов;
- інституційні, культурні та технологічні аспекти – недостатнє представлення ролі культури, влади, технологічних трендів, емоцій та інституцій у формуванні управлінських практик [136; 223].

Для стратегічного управління людськими ресурсами контингентна теорія стала підґрунтям принципу найкращої відповідності, тобто вибору HR-стратегій відповідно до ситуаційних характеристик, а саме використовує наступні принципи:

- Гнучкість кадрових стратегій, наприклад, у кризі актуальні швидке реагування, командна мобільність та делегування; у плановій діяльності кращими є стандарти, протоколи, стабільні структури.
- Диференціація практик – одна організація може застосовувати різні HR-підходи у різних підрозділах.
- Цей підхід увійшов у модель стратегічного управління людськими ресурсами як контекстуальна адаптивність, що доповнює ресурсно-орієнтовану та поведінкову логіку SHRM.

Все це відрізняє контингентний підхід від ресурсно-орієнтованого підходу (RBV), який підкреслює «внутрішню цінність» людського капіталу.

У контингентній теорії персонал розглядається як ключовий фактор, ефективність якого безпосередньо залежить від середовища, у якому

функціонує організація. Людські ресурси та HR-системи не існують у відриві від контексту: їхня результативність визначається умовами зовнішнього середовища, рівнем його стабільності чи динамічності. Наприклад, у закладі охорони здоров'я, що працює у відносно стабільних умовах (планова хірургія), доречним є використання стандартизованих процедур, чіткої ієрархії та жорсткого контролю. Водночас у динамічному та непередбачуваному середовищі, такому як відділення невідкладної допомоги, пандемічні ситуації чи воєнні дії, ефективність забезпечують більш гнучкі, децентралізовані підходи, що ґрунтуються на командній взаємодії, швидкому прийнятті рішень і високій адаптивності.

У цьому контексті [131] розрізняли механістичні та органічні системи управління. Механістичні структури виявляються більш ефективними у стабільних умовах завдяки чіткій ієрархії, контролю та стандартизації процесів. Органічні системи, навпаки, краще відповідають динамічним умовам, оскільки орієнтовані на командність, комунікацію, інноваційність та швидку адаптацію до змін.

Подальший розвиток цієї логіки зробили [181], підкресливши, що різні підрозділи однієї організації можуть діяти в різних середовищах. Наприклад, лабораторія чи науковий підрозділ потребує гнучких та інноваційних HR-підходів, тоді як адміністративний відділ потребує стабільності та чітко регламентованих процедур. Завдання управління персоналом у такому випадку полягає у забезпеченні балансу між цими відмінностями через інтегровані кадрові практики, що дозволяють організації функціонувати як єдине ціле.

Все це є ключовими сильними сторонами даного підходу які пояснюють його важливість у сучасному стратегічному управлінні людськими ресурсами. Водночас контингентна теорія має і низку обмежень, які підкреслюють сучасні дослідники [142; 217]. Насамперед, вона є досить складною в практичному застосуванні: важко чітко визначити найкращі HR-практики для конкретної ситуації. Теорія не пропонує універсальної моделі чи алгоритму, а лише підкреслює залежність рішень від контексту, що робить її надмірно

контекстуальною та ускладнює узагальнення результатів для різних умов. Недостатньо уваги приділяється впливу організаційної культури та владних відносин на HR-практики, що є суттєвим чинником у сучасних організаціях. Також обмежено враховується динаміка змін – теорія слабо пояснює, як організації трансформуються у часі. Сучасні виклики, пов'язані з цифровізацією, інтегруються лише частково, а роль технологій у формуванні HR-стратегій часто залишається поза увагою. Крім того, інституційні фактори, такі як законодавчі норми, стандарти, міжнародні регуляції, перебувають на периферії контингентного підходу, хоча в охороні здоров'я вони визначають стратегічні рамки кадрової політики.

Отже, контингентна теорія показала, що ефективність управління персоналом залежить від конкретного контексту й зовнішніх умов, наголошуючи на принципі найкращої відповідності. Проте вона недостатньо пояснювала, як саме узгоджуються інтереси різних учасників організації, зокрема керівників і працівників, які можуть мати власні цілі. Відповіддю на цю проблему стала агентська теорія, що зосередила увагу на відносинах «принципал – агент», інформаційній асиметрії та механізмах стимулювання й контролю, які дозволяють поєднати інтереси персоналу з цілями організації.

Агентська теорія (agency theory) була сформульована Jensen & Meckling (1976) у статті [176]. Вона стала одним із найбільш впливових напрямів сучасної економічної та управлінської думки, оскільки пояснила природу відносин між принципалом (власником, акціонером чи керівником) та агентом (менеджером або працівником), які виконують завдання від імені принципала. Центральним у цій концепції є поняття інформаційної асиметрії: агент завжди має більше знань про свої дії, компетенції та реальні зусилля, ніж принципал, і тому може переслідувати власні інтереси, що не завжди збігаються з цілями організації. Це породжує агентські витрати – додаткові витрати, які організація змушена нести для контролю, моніторингу й стимулювання працівників [176].

У сфері управління персоналом агентська теорія має особливе значення. Вона підкреслює, що традиційного підходу до управління кадрами, де

працівник розглядався як «ресурс», недостатньо – необхідно створювати цілісні механізми, які забезпечують узгодження інтересів працівника та організації. Це може реалізовуватися через:

- систему контрактів, що чітко визначають обов'язки та відповідальність;
- матеріальні і нематеріальні стимули;
- моніторинг і контроль;
- зниження моральних ризиків.

У межах агентської теорії персонал розглядається насамперед як агент, що діє від імені організації, але має власні інтереси, які не завжди збігаються з інтересами керівництва чи власників. Працівники володіють специфічними знаннями, навичками та досвідом, які створюють для них інформаційну перевагу над принципалом. Ці знання і компетенції часто залишаються «прихованими» й не повністю прозорими для керівництва: наприклад, лікар може мати власний підхід до діагностики чи лікування, який важко оцінити зовнішнім контролем, або рівень його зусиль у виконанні завдань не завжди можна виміряти кількісно. Це породжує інформаційну асиметрію, що ускладнює процес управління персоналом.

Одним із ключових викликів у цій логіці є проблема мотивації. Працівники можуть проявляти схильність до мінімізації зусиль (феномен моральних ризиків), виконуючи лише необхідний мінімум, або віддавати перевагу легшим завданням, які не потребують надмірних зусиль. У результаті виникає ризик розбіжності між очікуваними результатами організації та фактичними діями персоналу.

Щоб зменшити ці ризики, агентська теорія передбачає активну роль HR-системи, яка повинна виконувати функцію узгодження інтересів агентів і принципала. Це можливо завдяки поєднанню системи стимулів та контролю. До стимулюючих інструментів належать оплата за результат (pay-for-performance), бонуси, премії, кар'єрні можливості, професійний розвиток і визнання. Водночас HR-політика повинна мати і механізми контролю: регулярні аудити, оцінювання якості роботи, незалежні перевірки,

акредитацію чи сертифікацію, які забезпечують прозорість дій агентів. Така комбінація стимулів і контролю дозволяє знизити агентські витрати, підвищити мотивацію працівників і забезпечити досягнення стратегічних цілей організації.

У цьому контексті HR-система постає не лише як адміністративний інструмент, а як ключовий механізм узгодження інтересів усередині організації, що перетворює людський капітал із потенційного джерела конфлікту в джерело стійкої конкурентної переваги.

Отже, агентська теорія переносить акцент в управлінні персоналом із простого адміністрування кадрів на побудову системи стимулів і механізмів довіри, які не лише запобігають конфлікту інтересів, а й мотивують персонал до результативної роботи. У контексті стратегічного управління людськими ресурсами вона дає пояснення, чому важливим є поєднання контрактного регулювання, фінансової мотивації, професійного розвитку та етичних стандартів – саме вони дозволяють мінімізувати агентські витрати й водночас перетворити людський капітал на джерело стійкої конкурентної переваги організації.

У стратегічному управлінні людськими ресурсами агентська теорія пояснює потребу у створенні таких HR-систем, які:

- забезпечують прозорість дій персоналу (аудит, звітність);
- узгоджують інтереси працівників і організації через системи винагороди, що базуються на результатах;
- знижують ризики опортуністичної поведінки (наприклад, зловживання ресурсами, уникнення складних завдань).

Еволюція управлінської думки поступово змінила уявлення про роль людини в організації. Якщо класичні школи розглядали працівника переважно як «робочу силу» чи елемент виробничої системи, а неокласичні моделі підкреслили його соціально-психологічну природу, то системна теорія дозволила побачити персонал як підсистему організації, тісно пов'язану з іншими елементами. Контингентний підхід, своєю чергою, акцентував на

тому, що ефективність HR-практик залежить від контексту, а агентська теорія висвітлила проблему асиметрії інтересів між працівником і роботодавцем, запропонувавши інструменти узгодження через стимули та контроль.

Однак у мінливому, глобалізованому середовищі цих пояснень виявилось недостатньо. Організації потребували не лише реактивних, але й проактивних моделей управління, які б розглядали людський капітал як стратегічний актив і інтегрували HR-політику в загальну стратегію розвитку, а також об'єднують управління людським капіталом, стратегічну цінність персоналу та довгострокові надбання через інвестиції в людські ресурси. Саме на цьому етапі формується концепція стратегічного управління людськими ресурсами (Strategic Human Resource Management, SHRM), що об'єднала попередні теоретичні напрацювання і зробила HR-функцію ключовим фактором довгострокової конкурентоспроможності, організаційної стійкості та інноваційності.

У другій половині XX ст. та на початку XXI ст. відбулося становлення сучасних концепцій стратегічного управління людськими ресурсами. М. Армстронг сформулював системний підхід до управління людськими ресурсами (human resource management, HRM) інтегрувавши його зі стратегією організації та обґрунтувавши роль людського потенціалу як ключового чинника успіху [110]. Д. Ульріх розробив модель HR як бізнес-партнера, де стратегічна функція персоналу виходить на рівень корпоративного управління [225]. Р. Каплан і Д. Нортон, автори Balanced Scorecard, довели, що ефективність організації залежить від нематеріальних активів, зокрема компетенцій персоналу, і запровадили показники оцінки інвестицій у розвиток кадрів [178]. Нарешті, економіст Г. Беккер, лауреат Нобелівської премії, у своїй теорії людського капіталу обґрунтував, що інвестиції в освіту, кваліфікацію та здоров'я працівників є аналогом капіталовкладень, які забезпечують економічне зростання та конкурентні переваги [118].

Отже, трансформація категорій (від «персоналу» у класичних теоріях до «людського ресурсу», «людського потенціалу» та «людського капіталу» в сучасних концепціях) відображає еволюцію поглядів на роль людини в організації. Вони розглядають персонал поступово, починаючи від пасивного виконавця до стратегічного активу, у який необхідно інвестувати та демонструє глибинні зміни у сприйнятті ролі людини в організації. Якщо на початкових етапах увага зосереджувалася переважно на кількісних характеристиках робочої сили та її підпорядкованості ієрархії, то сучасні підходи висувають на перший план якісні параметри: компетентності, знання, інноваційність і здатність генерувати додану вартість. Для сфери охорони здоров'я це означає перехід від адміністративного управління штатом до стратегічного розвитку людського капіталу як основи стійкості та конкурентоспроможності системи.

Ця трансформація створила передумови для удосконалення концептуальних підходів до стратегічного управління людськими ресурсами, у межах якої людський капітал розглядається не лише як фактор виробництва, а як основа довгострокового розвитку організації. Водночас саме стратегічне управління дає змогу поєднати класичні управлінські принципи з новітніми моделями (Agile, VUCA, BANI), інтегруючи інвестиції в людський капітал у загальну стратегію розвитку.

Таким чином, наступним кроком є аналіз ключових концептуальних підходів до стратегічного управління людськими ресурсами, які забезпечують практичну реалізацію цієї еволюційної логіки в сучасних умовах глобалізації та реформування системи охорони здоров'я.

Одним із найбільш впливових напрямів сучасної теорії управління персоналом є Resource-Based View (RBV), що заклала фундамент для розуміння людських ресурсів як стратегічного активу.

Resource-Based View (RBV) – це стратегічна концепція, яка пояснює, що стійка конкурентна перевага організації ґрунтується не на зовнішніх факторах (ринку, конкуренції, регуляції), а на унікальних внутрішніх ресурсах, які

організація здатна ефективно використовувати [116]. Відповідно до цієї теорії, ресурс може стати джерелом довгострокових конкурентних переваг лише за умови, якщо він відповідає критеріям VRIN/VRIO:

- V (Valuable) – цінний, здатний створювати додану вартість або сприяти зниженню витрат;
- R (Rare) – рідкісний, тобто обмежений у доступі для конкурентів;
- I (Inimitable) – важко відтворений, такий, що не може бути легко скопійований;
- N/O (Non-substitutable / Organized) – незамінний та організаційно інтегрований у систему.

У сучасних дослідженнях саме людський капітал дедалі частіше визнається ресурсом, який відповідає цим критеріям: це знання, компетенції, досвід, креативність та мотивація персоналу, які створюють стійку конкурентоспроможність [245].

RBV істотно вплинув на формування концепції стратегічного управління людськими ресурсами (Strategic Human Resource Management, SHRM), оскільки обґрунтував, що саме людські ресурси, за належного управління, здатні бути основою довгострокових переваг організації. У цьому контексті:

- працівники розглядаються не як витрати, а як носії унікальних знань і навичок, що визначають конкурентний статус організації;
- HR-стратегії мають бути спрямовані не тільки на залучення кадрів, а й на їхній розвиток, утримання та стимулювання;
- ключовим завданням управлінців стає формування компетенцій, які важко імітувати або швидко відтворити конкурентами.

Показовим прикладом може бути досвід українських медичних працівників, які під час війни та пандемії COVID-19 сформували унікальні навички кризового реагування, роботи з масовими травмами та організації мультидисциплінарних команд [135; 153; 184]. Такі знання та практики відповідають VRIN-критеріям, адже є цінними, рідкісними та важко відтвореними в інших країнах чи умовах.

У закладах охорони здоров'я концепція RBV є надзвичайно актуальною, оскільки:

1. Якість медичних послуг прямо залежить від людського капіталу, а отже, від унікальних знань лікарів, медичних сестер, науковців та управлінців.
2. Міграція кадрів створює стратегічні ризики. Втрата фахівців веде до ослаблення системи, адже їхні компетенції є важко відновлюваними.
3. Інновації та цифровізація (eHealth, телемедицина, медична аналітика заснована на Big Data) потребують фахівців із компетенціями, що відповідають VRIN-вимогам.
4. Регіональні дисбаланси у кадровому забезпеченні зумовлюють нерівний доступ населення до цих унікальних ресурсів.
5. Післявоєнна відбудова надає Україні унікальну можливість використати набутий досвід у кризових умовах як стратегічний ресурс, що може стати навіть конкурентною перевагою на глобальному рівні.

Застосування RBV у медичній сфері України передбачає:

- переосмислення ролі медичних працівників як ключового ресурсу, а не витратної статті бюджету;
- системні інвестиції в людський капітал через освіту, підвищення кваліфікації, розвиток цифрових і клінічних компетентностей;
- створення HR-стратегій для утримання унікальних спеціалістів за допомогою конкурентних стимулів, професійної мобільності та кар'єрних можливостей;
- розвиток HR-аналітики у медичних закладах для ідентифікації, оцінки та збереження VRIN-ресурсів.

Таким чином, RBV дозволяє розглядати людський капітал як головну стратегічну цінність системи охорони здоров'я України, а також як фактор, що забезпечує її відновлення, стійкість і конкурентоспроможність у глобалізованому світі.

Логічним продовженням концепції RBV є компетентнісний підхід, який водночас є методологічною основою для стратегічного управління людськими ресурсами.

Компетентнісний підхід (competence-based management) у стратегічному управлінні людськими ресурсами виник як розвиток Resource-Based View (RBV), проте має глибший фокус на компетенціях як основному джерелі стійкої конкурентної переваги. Якщо RBV визначає унікальні ресурси організації як основу її сили, то компетентнісний підхід акцентує увагу на тому, що такими ресурсами є, насамперед, системи знань, навичок та здібностей персоналу, здатні трансформуватися в нову цінність.

Згідно з цією концепцією [164; 204]:

- компетенції – це не лише сукупність індивідуальних здібностей, а організаційна здатність до колективного навчання та інноваційності;
- стратегічна цінність формується тоді, коли компетенції поєднуються з організаційною структурою та культурою;
- розвиток компетенцій є постійним процесом, що передбачає інвестиції у навчання, розвиток цифрових навичок, міждисциплінарну взаємодію.

Теоретичні витoki цього підходу пов'язані з:

- Г. Беккером, який у теорії людського капіталу показав, що інвестиції в освіту та підготовку персоналу створюють довгострокову економічну віддачу [118];
- С. Фіолем і послідовниками competence-based стратегічного управління, які розвивали уявлення про компетенції як інтегровану основу інноваційності, організаційної стійкості й гнучкості [151].

Водночас сама наявність унікальних компетентних ресурсів не гарантує їхнього ефективного використання: вони потребують належного управління, інтегрованого у загальну стратегію організації. Саме тут ключове значення набуває концепція стратегічного управління людськими ресурсами, яка не лише узгоджує кадрову політику з довгостроковими цілями, але й перетворює

людський капітал із «прихованого резерву» на реальний драйвер організаційного розвитку та інноваційності.

Стратегічне управління людськими ресурсами – це сучасний напрям у менеджменті, який передбачає інтеграцію політики та практик управління персоналом із загальною стратегією організації, орієнтуючи HR-функцію на досягнення довгострокових цілей. На відміну від традиційного кадрового адміністрування, стратегічне управління людськими ресурсами підкреслює роль людських ресурсів як ключового активу, що визначає конкурентоспроможність, організаційну стійкість і інноваційність [110; 244].

Основні характеристики стратегічного управління людськими ресурсами:

- вертикальна інтеграція, яка передбачає, що HR-стратегія узгоджується з корпоративною стратегією, забезпечуючи кадрове підґрунтя для реалізації довгострокових цілей;
- горизонтальна інтеграція, яка передбачає внутрішню узгодженість HR-процедур, таких як підбір та відбір персоналу, стимулювання та мотивація, навчання, розвиток, оцінка персоналу тощо, для досягнення синергетичного ефекту;
- орієнтація на результат: HR-стратегії спрямовані не лише на управління трудовими ресурсами, а й на формування цінності через розвиток людського капіталу;
- HR як бізнес-партнер: HR-менеджери відіграють стратегічну роль, беручи участь у формуванні корпоративної політики та ухваленні управлінських рішень [225].

Таким чином, стратегічне управління людськими ресурсами розглядає персонал не як витратну статтю, а як стратегічний ресурс, у який доцільно інвестувати для досягнення сталого розвитку організації.

У медичній сфері концепція стратегічного управління людськими ресурсами має особливе значення з огляду на високу залежність результатів

діяльності від якості, мотивації та компетентності персоналу. На її реалізацію впливає низка чинників, а саме:

1. Кадровий дефіцит і міграція. Україна стикається з браком медичних кадрів, відтоком лікарів і медичних сестер за кордон. Стратегічне управління людськими ресурсами пропонує застосування стратегічних HR-підходів (планування потреб у кадрах, формування системи утримання талантів, створення сприятливих умов праці), щоб зменшити втрати людського капіталу;

2. Якість медичних послуг. Стратегічне управління людськими ресурсами орієнтує HR-практики на досягнення конкретних результатів у сфері якості. Наприклад, система KPI і Balanced Scorecard може застосовуватись для оцінки внеску персоналу в підвищення доступності й безпечності медичної допомоги [178].

3. Професійний розвиток і навчання. У рамках стратегічного управління людськими ресурсами стратегічними стають інвестиції у безперервну освіту, цифрові компетентності, тренінги з використання сучасних медичних технологій тощо. Це важливо для адаптації кадрів до телемедицини, eHealth і міжнародних стандартів.

4. HR-аналітика та прогнозування. У закладах охорони здоров'я застосування HR-аналітики дозволяє прогнозувати потребу в кадрах, оцінювати ефективність інвестицій у персонал, виявляти ризики вигорання й плинності кадрів.

5. Післявоєнне відновлення системи охорони здоров'я. Стратегічне управління людськими ресурсами стає основою кадрової політики для відбудови медичних установ, де критичним є ефективне управління людським капіталом як найбільш цінним ресурсом.

Отже, для медичної сфери України впровадження стратегічного управління людськими ресурсами означає:

- перехід від адміністративного управління кадрами до стратегічного розвитку людського капіталу;

- інтеграцію кадрових рішень у державні й регіональні стратегії охорони здоров'я;
- використання сучасних інструментів (HR-аналітика, цифрові платформи, компетентнісно орієнтоване управління);
- формування політики, спрямованої на підвищення ефективності інвестицій у людський капітал через освіту, здоров'я та інновації.

Таким чином, стратегічне управління людськими ресурсами в українських медичних закладах може стати одним із ключових чинників подолання кадрової кризи, підвищення ефективності медичних послуг та забезпечення інтеграції у європейський простір охорони здоров'я [82].

Проте важливим є не проста імплементація стратегічного управління людськими ресурсами в сучасну медичну сферу України, зважаючи на виклики глобалізації, війни та післявоєнного відновлення, необхідним елементом конкурентоспроможності є інтеграція компетентнісного підходу в систему SHRM, що дозволяє перевести розвиток персоналу з рівня тактичних заходів у площину стратегічного управління, що сприяє формуванню довгострокової конкурентної переваги організації [15; 19].

Це, по перше, має проявитися у поєднанні розвитку персоналу з корпоративною стратегією. Компетентнісний підхід передбачає, що ключові компетенції персоналу (знання, навички, цінності) визначаються не ізольовано, а виходячи з місії та стратегічних цілей організації. Це дає змогу забезпечити узгодженість між розвитком людського капіталу та загальною стратегією. У медичній сфері це означає, що освітні програми для лікарів та середнього медичного персоналу розробляються з урахуванням стратегічних завдань: підвищення якості медичних послуг, інтеграція у європейські стандарти, розвиток телемедицини та цифрових сервісів [159]. По-друге, важливим є впровадження моделей компетентностей для оцінки та розвитку персоналу. Компетентнісний підхід надає інструменти для створення рамок компетентностей (competency frameworks), які дозволяють структурувати

вимоги до працівників різних категорій [19]. У закладах охорони здоров'я це можуть бути:

- клінічні компетенції (знання протоколів лікування, навички роботи з сучасними технологіями діагностики та лікування);
- управлінські компетенції (лідерство, стратегічне планування, управління ризиками);
- цифрові компетенції (володіння eHealth, аналітичними системами, телемедициною);
- комунікативні компетенції (робота в мультидисциплінарних командах, взаємодія з пацієнтами та громадами).

Ці моделі слугують не лише для відбору персоналу, а й для оцінки ефективності, розробки індивідуальних програм навчання та кар'єрного розвитку [213], тобто впливає на побудову кар'єрних траєкторій. Компетентнісний підхід у рамках SHRM дозволяє формувати систему планування кар'єри, де розвиток працівників спрямований на набуття й удосконалення ключових компетенцій. Наприклад, лікар може пройти шлях від молодшого спеціаліста до керівника відділення, послідовно опановуючи управлінські, комунікативні та стратегічні компетенції. Це не лише підвищує мотивацію персоналу, а й сприяє формуванню кадрового резерву, критично важливого для сфери охорони здоров'я України в умовах демографічної та кадрової кризи [213].

По-третє, актуалізується сьогодні використання компетенцій як основи для KPI, Balanced Scorecard і HR-аналітики. Компетентнісний підхід робить можливим кількісне вимірювання розвитку людського капіталу. Компетенції стають основою для розробки KPI, які дозволяють оцінювати внесок персоналу у досягнення стратегічних цілей. Наприклад:

- KPI для лікаря може включати не лише кількість проведених процедур, а й якість взаємодії з пацієнтом, дотримання міжнародних стандартів лікування, участь у наукових дослідженнях;

- Balanced Scorecard інтегрує ці показники у загальну систему стратегічного управління організацією, демонструючи, як інвестиції в навчання та розвиток персоналу конвертуються у підвищення якості медичних послуг та фінансову ефективність [Kaplan & Norton, 2004].
- HR-аналітика дозволяє вимірювати прогрес у розвитку компетенцій, виявляти дефіцити та планувати інвестиції у людський капітал.

Отже, компетентнісний підхід у рамках SHRM не лише визначає, які компетенції є стратегічно важливими для організації, а й створює інструментарій для їх розвитку, оцінки та інтеграції у загальну стратегію. У сфері охорони здоров'я це особливо важливо, оскільки якість послуг та ефективність системи залежать від здатності медичних працівників постійно розвивати професійні, управлінські, цифрові та інноваційні компетенції.

Зважаючи на вище сказане, ми можемо зробити висновок, що стратегічне управління людськими ресурсами – це концепція й практика довгострокового управління персоналом, що передбачає інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією організації та базується на розумінні людського капіталу як ключового стратегічного ресурсу. Воно орієнтоване на формування, розвиток та утримання компетенцій, які відповідають критеріям цінності, рідкості, складності для відтворення й організаційної інтегрованості (VRIN/VRIO), та забезпечує перетворення індивідуальних і колективних знань, навичок і здібностей працівників у стійкі конкурентні переваги організації.

1.2. Аналіз сучасних HR-моделей

Для того, щоб забезпечити практичну реалізацію концепції стратегічного управління людськими ресурсами, необхідні не лише загальні теоретичні підходи, а й конкретні інструменти й рамки, які допомагають структурувати HR-практики, узгоджувати їх із корпоративними цілями та оцінювати їхній вплив на результативність організації. Саме таку функцію виконують сучасні

HR-моделі – цілісні концептуальні конструкції, які поєднують принципи, логіку та методи управління персоналом.

Аналіз HR-моделей дає можливість визначити, яким чином різні школи управлінської думки адаптувалися до викликів глобалізації, цифровізації та інноваційного розвитку, а також як вони можуть бути застосовані у сфері охорони здоров'я для подолання кадрових криз і формування стійкої системи розвитку людського капіталу.

У науковій літературі поняття HR-моделі трактується по-різному, залежно від дослідницьких підходів і цільових акцентів. Так, у межах Гарвардської моделі [119] HR-модель розглядається як система припущень, політик і практик, які узгоджуються з інтересами стейкхолдерів (власників, працівників, держави) та забезпечують довгострокові результати у вигляді прихильності, компетентності, ефективності й згуртованості персоналу. Натомість у визначенні Мічиганського підходу [152] акценту визначенні робиться на тому, що вона представляє собою цикл HR-практик (відбір – оцінка – винагорода – розвиток), що безпосередньо пов'язаний із бізнес-стратегією; тут персонал розглядається передусім як ресурс, яким необхідно управляти для зростання продуктивності.

У більш сучасному баченні Д. Ульріха HR-функція позиціонується як стратегічний бізнес-партнер, агент змін і захисник працівників [225]. Така HR-модель зосереджена на створенні доданої цінності через інтеграцію HR зі стратегією організації. М. Армстронг описує HR-модель як практико-орієнтовану рамку, що поєднує політики, системи й процеси, котрі впливають на поведінку, розвиток і результативність персоналу [110]. Водночас [244] підкреслюють стратегічний вимір, визначаючи HR-модель як набір інтегрованих практик, які забезпечують відповідність людського капіталу корпоративній стратегії та формують джерело конкурентних переваг.

Порівняльний аналіз цих підходів дозволяє виділити два ключові напрями. Перший – ресурсно-орієнтований підхід (Мічиганська школа, частково у визначенні М. Армстронга), де HR розглядається як засіб

підвищення продуктивності та забезпечення операційної ефективності. Другий – стейкхолдерно-інтегративний підхід (Гарвардська школа, Д. Ульріх, Wright & McMahan), де HR виступає стратегічним ресурсом і «партнером», який формує довгострокові конкурентні переваги та визначає стійкість організації.

На цій основі можна запропонувати узагальнене, інноваційно орієнтоване визначення HR-моделі (моделі управління людськими ресурсами), де ми її розглядаємо як цілісну концептуальну рамку, що описує принципи, логіку та інструменти організації роботи з персоналом і забезпечує інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією. На відміну від класичних трактувань, які зосереджувалися переважно на кадрових процедурах чи продуктивності, сучасне розуміння підкреслює роль HR-моделі у розвитку людського капіталу, цифровій трансформації, впровадженні HR-аналітики та формуванні компетенцій, що відповідають VRIN-критеріям (цінність, рідкісність, унікальність, інтегрованість). Визначення цього поняття дозволяє розглядати HR-модель як ключовий інструмент стратегічного розвитку організацій, здатний трансформувати індивідуальні й колективні знання та навички у стійкі конкурентні переваги.

Роль HR-моделі у стратегічному управлінні людськими ресурсами є багатогранною (рис. 1.1), оскільки вона виконує функцію концептуального та практичного «містка» між загальною стратегією організації та конкретними кадровими процесами.



Рис. 1.1. Роль HR-моделей у стратегічному управлінні людськими ресурсами

Джерело: сформовано автором.

Насамперед HR-модель забезпечує стратегічну інтеграцію, узгоджуючи політику управління персоналом із довгостроковими цілями організації. У межах підходу SHRM людські ресурси розглядаються не як допоміжна функція, а як ключовий драйвер формування конкурентних переваг організації [7; 97; 100; 244]. Це означає, що HR-практики стають стратегічними рішеннями, що безпосередньо впливають на стійкість, інноваційність і результативність організації.

Не менш важливою є системність HR-процесів, яку забезпечують HR-моделі. Вони дозволяють розглядати підбір, розвиток, мотивацію та винагороди працівників не ізольовано, а як взаємопов'язані елементи єдиної системи. Така горизонтальна інтеграція сприяє узгодженості кадрової політики, що забезпечує синергію між різними HR-практиками й дозволяє організації досягати комплексного ефекту.

Третій аспект – це орієнтація на результати. Сучасні HR-моделі підкреслюють зв'язок HR-процесів із ключовими показниками ефективності, такими як продуктивність, залученість, інноваційність та лояльність персоналу [21; 89; 111]. Вони не зводять управління людськими ресурсами до формального адміністрування, а забезпечують вимірюваний внесок HR у досягнення бізнес-цілей.

Важливою функцією HR-моделей є також узгодження інтересів. Вони виступають інструментом балансування між потребами організації (ефективність, прибутковість, ріст) і потребами працівників (професійний розвиток, справедлива винагорода, задоволеність працею). Це дозволяє формувати соціально відповідальні стратегії управління, які підвищують довіру персоналу та сприяють зниженню плинності кадрів [104].

Нарешті, у сучасному глобалізованому світі HR-моделі забезпечують адаптивність до середовища. Вони враховують виклики цифровізації, мобільності робочої сили, демографічних змін і культурної різноманітності, що дозволяє організаціям створювати стратегії сталого розвитку людського капіталу [106]. Це особливо актуально для сфери охорони здоров'я, де цифрова

трансформація, міграційні процеси й демографічні тренди визначають потребу у нових підходах до підготовки та утримання медичних кадрів.

Отже, узагальнюючи, можна стверджувати, що HR-моделі у стратегічному управлінні людськими ресурсами виконують не лише організаційну, але й інноваційну функцію. Вони дозволяють перетворювати індивідуальні та колективні знання й компетенції персоналу на реальні конкурентні переваги, адаптуючи їх до викликів сучасного середовища. Проте різні школи менеджменту та наукові підходи пропонують відмінні бачення побудови таких моделей. Це зумовило появу низки видів HR-моделей.

Виходячи з викладеного, стає очевидним, що різноманітність HR-моделей відображає різні підходи до розуміння ролі людських ресурсів в організації – від вузько-операційного до стратегічного та інтегративного. Для кращого усвідомлення еволюції концепцій доцільно розпочати аналіз з базових підходів, які заклали основу для подальших моделей. Однією з таких є *стандартна причинно-наслідкова HR-модель*, яка пояснює взаємозв'язок між HR-політиками та результатами діяльності організації через логіку прямого впливу кадрових практик на поведінку працівників, їхню ефективність і, зрештою, на показники успішності організації (рис. 1.2). Саме з цієї моделі розпочинається формування системного бачення управління людськими ресурсами, яке стало підґрунтям для сучасних стратегічних концепцій.

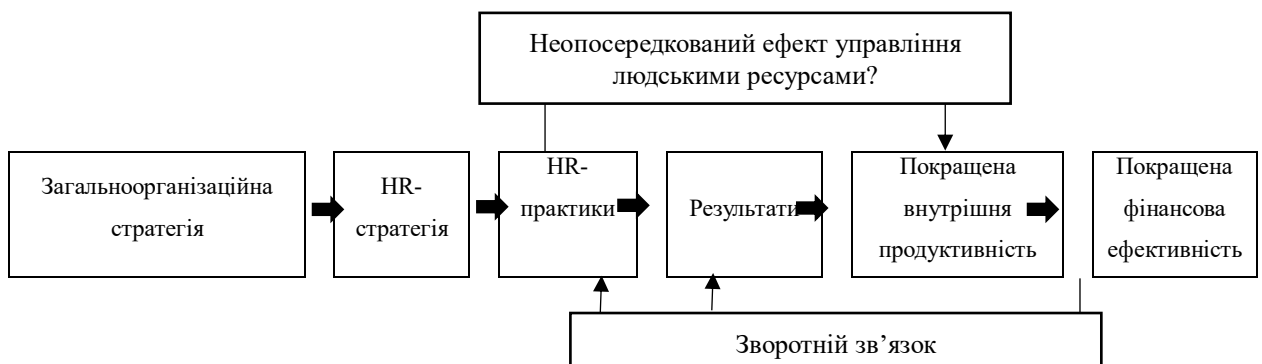


Рис. 1.2. Стандартна причинно-наслідкова HR-модель

Джерело: перекладено з [229].

Стандартна причинно-наслідкова HR-модель походить з багатьох подібних моделей, опублікованих протягом 90-х та початку 2000-х років. Згідно з цією моделлю, управління людськими ресурсами буде ефективним лише тоді, коли HR-стратегія узгоджується з бізнес-стратегією. Ця модель показує причинно-наслідковий ланцюг того, як HR-процеси впливають на організацію. Ланцюг починається із загальної бізнес-стратегії організації, яка впливає на стратегію та процеси управління людськими ресурсами. Ланцюг завершується покращенням фінансової ефективності. Наприклад, методи найму, навчання, оцінки та компенсації можуть призвести до таких результатів, як відданість, якісні результати та залученість персоналу. Ці результати управління персоналом призводять до покращення внутрішньої ефективності, що, у свою чергу, впливає на фінансові показники (наприклад, прибутки, фінансовий обіг, маржа та рентабельність інвестицій).

Зв'язки в моделі не завжди є односпрямованими. Деякі практики управління людськими ресурсами можуть безпосередньо призвести до покращення внутрішньої ефективності. Наприклад, якісне навчання може безпосередньо призвести до кращої продуктивності, не обов'язково впливаючи на результати управління людськими ресурсами [229].

Другою слід проаналізувати *HR-модель П. Бозелі*, яка показує вплив зовнішніх і внутрішніх чинників на ефективність HR-практик (рис. 1.3).

Ця модель відображає системний підхід до стратегічного управління людськими ресурсами, показуючи, як зовнішнє середовище впливає на внутрішні HR-практики та як останні трансформуються у результати й кінцеві бізнес-цілі.

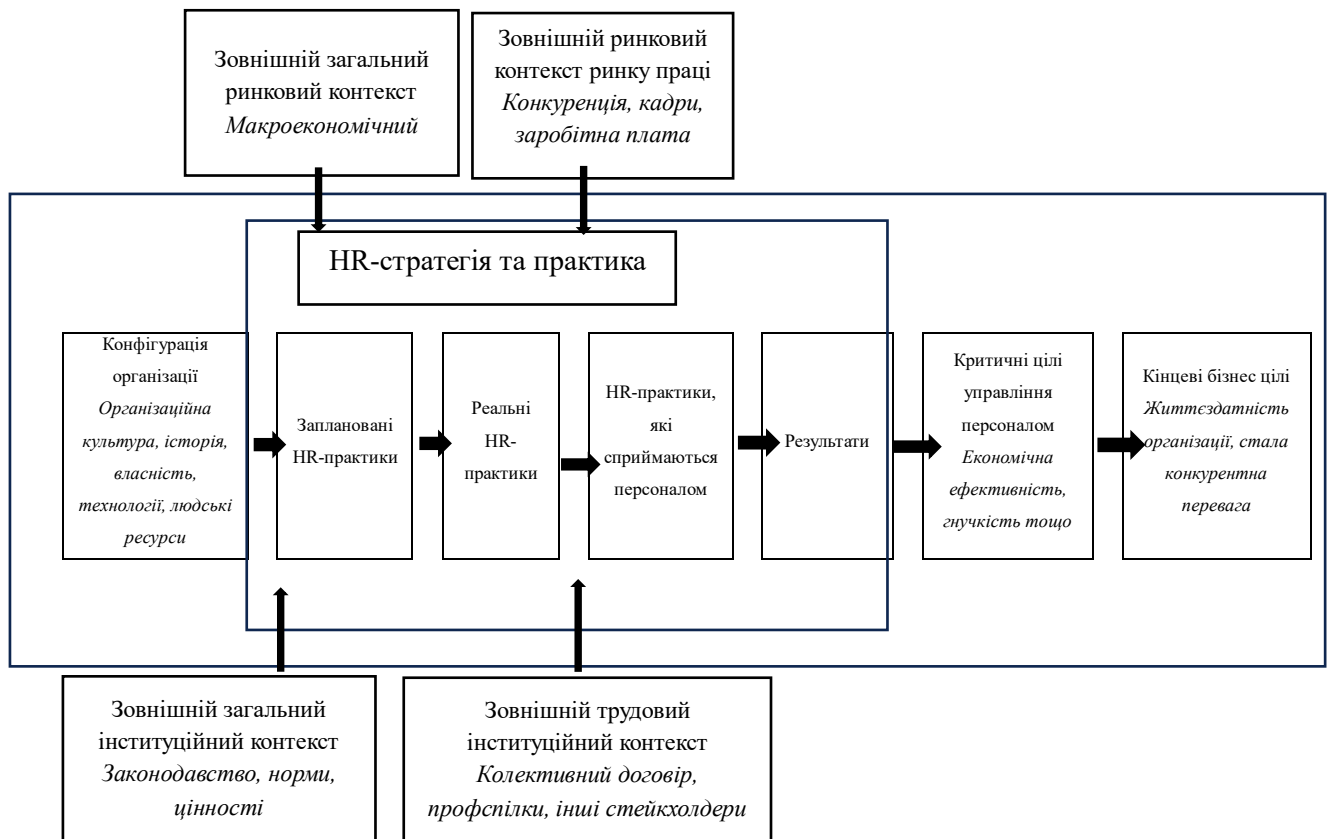


Рис. 1.3. HR-модель Пола Бозелі

Джерело: перекладено з [229].

Перший рівень визначається зовнішніми чинниками, що формують умови функціонування управління персоналом. Вони включають:

- загальний ринковий контекст (економічна кон'юнктура, конкуренція, технологічні тренди);
- контекст ринку робочої сили (демографія, міграція, дефіцит або надлишок кадрів);
- загальноінституційний контекст (законодавство, регуляторна політика, стандарти);
- інституційний контекст ринку праці (профспілки, ради працівників, соціальні очікування).

Ці фактори визначають можливості організації у підборі, розвитку та утриманні персоналу. Наприклад, дефіцит фахівців змушує організації застосовувати активні стратегії рекрутингу, тоді як у стабільному ринковому середовищі перевага надається суворим відбору й стандартизації.

Другий рівень моделі – конфігурація організації, яка включає її історію, культуру та технологічний розвиток. Ці елементи впливають на те, як управління персоналом визначає свої пріоритети та наскільки ефективно реалізує політики.

Третій рівень – HR-стратегії та практики, що складаються з кількох послідовних компонентів:

- заплановані (intended) HR-практики, які відображають цілі у сфері підбору, навчання, розвитку;
- реалізовані (actual) практики, тобто фактичне виконання запланованих заходів;
- сприйняті (perceived) практики, які відображають інтерпретацію цих заходів працівниками;
- HR-результати (outcomes), що формуються саме на основі сприйняття, а не лише офіційної реалізації.

Четвертий рівень – критичні HR-цілі, серед яких: підвищення економічної ефективності, забезпечення організаційної гнучкості, досягнення легітимності та стійкості.

Завершальним рівнем виступають кінцеві бізнес-цілі, до яких відносять життєздатність організації, зростання прибутку, розширення ринкової частки та підвищення капіталізації.

Таким чином, ця модель демонструє ланцюгову залежність: зовнішнє середовище – внутрішня конфігурація – HR-практики – результати – критичні HR-цілі – кінцеві бізнес-цілі, показуючи стратегічну роль HR як ключового чинника довгострокової конкурентоспроможності [125; 229].

Наступна модель – *ланцюг цінності управління персоналом (HR Value Chain)*, яка є однією з найвідоміших моделей у сфері управління персоналом. Вона базується на роботі [202] і створює важливе уточнення до попередніх моделей щодо того, як функціонує HR.

Згідно з моделлю ланцюга цінності управління людськими ресурсами (HR Value Chain) (рис. 3.4), уся діяльність та вимірювання HR можна поділити на дві категорії:

1. Активності з управління людськими ресурсами (HRM-активності) – щоденні дії, включно з підбором персоналу, оплатою праці, навчанням і плануванням наступності. Ці активності зазвичай оцінюються за допомогою HR-метрик. Це так звані показники ефективності (efficiency metrics).

2. Результати з управління людськими ресурсами (HRM-результати) – цілі, яких намагаємося досягти завдяки HRM-активностям. Організація рекрутує, навчає та винагороджує працівників для досягнення певних результатів. Серед них – задоволеність працівників, мотивація, утримання персоналу, присутність на робочому місці.



Рис. 1.4. Модель HR Value Chain

Джерело: перекладено з [229].

Якщо зосередитися лише на вимірюванні HRM-активностей, автоматично пріоритет надається максимізації ефективності та зменшенню витрат. Однак це може не забезпечити найкращих довгострокових результатів. Натомість акцент на вимірюванні HRM-результатів допомагає узгодити процеси з кінцевими цілями.

Наприклад, доцільніше витратити кілька додаткових днів на найм нового працівника (показник ефективності – time to hire), якщо в результаті ця людина

краще відповідатиме культурі й потребам організації (показник результату – quality of hire). Головною метою є залучення найкращої людини на правильну позицію, а не мінімізація часу та вартості найму за рахунок якості.

Коли HRM-активності та HRM-результати досягають своїх цілей, це має призводити до зростання організаційної ефективності. Це означає, що якщо організація набирає правильних людей, відправляє їх на відповідні програми навчання та утримує ключових працівників, її результативність підвищується.

Водночас існує і зворотний ефект: коли показники діяльності організації зростають, обсяги HRM-активностей також збільшуються. Це пояснюється тим, що більш прибуткові організації, як правило, більше інвестують у HR-програми, зокрема HR-програмне забезпечення та можливості навчання й розвитку для своїх співробітників [229].

Похідною моделлю від попередньої є *розширена модель ланцюга цінності управління людськими ресурсами* (рис. 1.5).

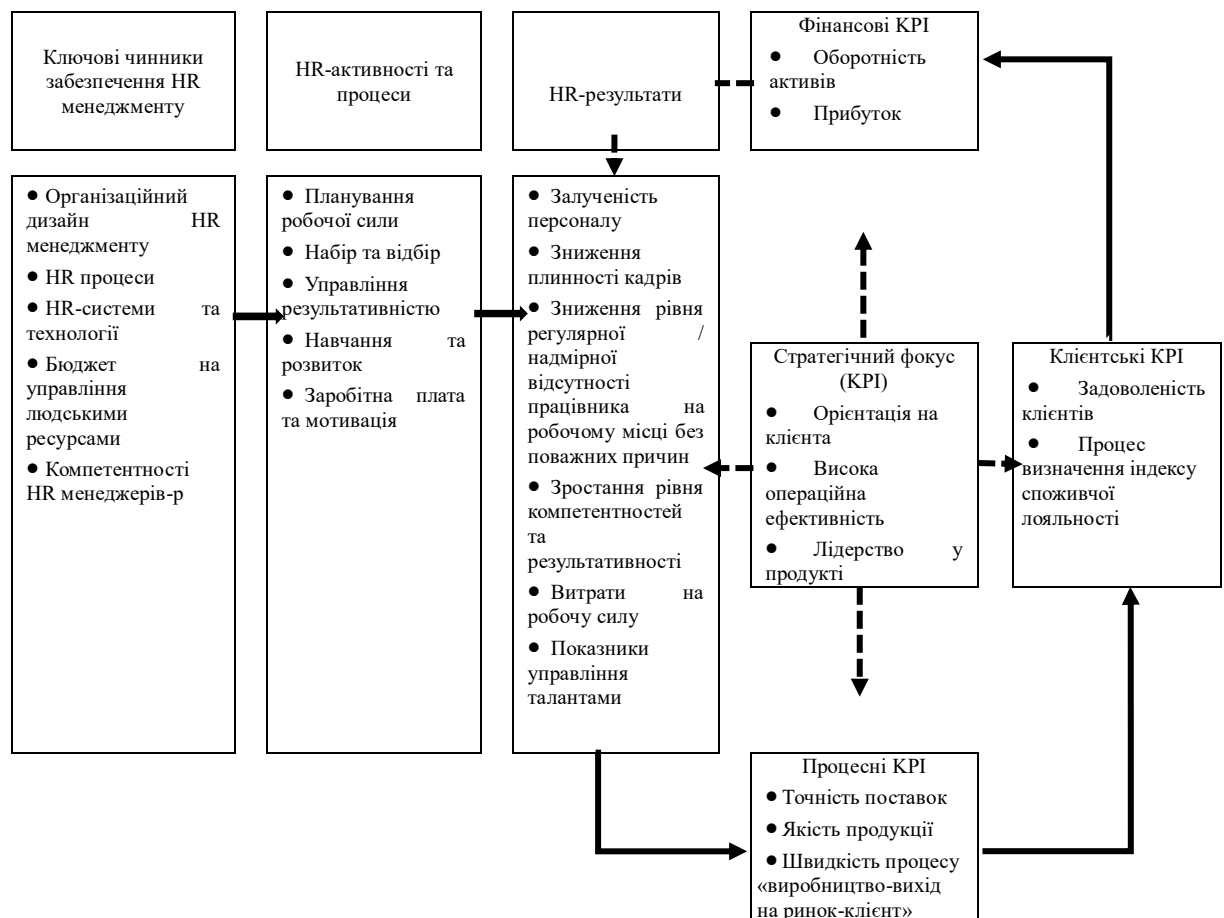


Рис. 1.5. Розширена модель HR Value Chain

Джерело: перекладено з [229].

Її структура загалом подібна до класичної моделі, однак має дві суттєві відмінності:

1. Використання Balanced Scorecard для визначення організаційної ефективності. У розширеній моделі результати діяльності організації інтерпретуються через систему збалансованих показників (Balanced Scorecard), яка охоплює фінансову, клієнтську та процесну перспективи. Цей інструмент інтегрований у HR Value Chain, що дозволяє чітко продемонструвати додану вартість управління людськими ресурсами для організації та узгодити HR-показники з її стратегічними цілями.

2. Запровадження ключових чинників забезпечення HR менеджменту (HR enablers). На відміну від класичної моделі, розширений варіант починається з визначення чинників, які забезпечують здатність управління людськими ресурсами виконувати свої функції. До них належать:

- HR-системи (цифрові платформи, аналітичні інструменти);
- бюджет на управління людськими ресурсами;
- професійна спроможність HR-фахівців;
- інші ключові організаційні ресурси.

Наявність цих передумов є критичною: якщо бракує кваліфікованих HR-працівників, обмежений бюджет або застарілі системи гальмують інновації, управління людськими ресурсами не зможе ефективно досягати ні кадрових результатів, ні бізнес-цілей.

Отже, розширена модель HR Value Chain відрізняється більшою стратегічною інтегрованістю та акцентом на передумовах результативності управління людськими ресурсами. Модель демонструє, що стратегічна роль HR менеджменту реалізується лише тоді, коли існує відповідна інфраструктура, ресурси та компетентності, здатні підтримати інновації, ефективність і сталий розвиток організації [229].

П'ята модель, що увійшла до нашого аналізу, – *Гарвардська HR-модель* (Harvard Model of HRM), яка була сформульована Майклом Біром [119] і пізніше уточнена у працях [202], вважається однією з фундаментальних

концепції стратегічного управління людськими ресурсами. Вона пропонує цілісний підхід, що враховує не лише внутрішні HR-процеси, а й зовнішні чинники та вплив стейкхолдерів (рис. 1.6).

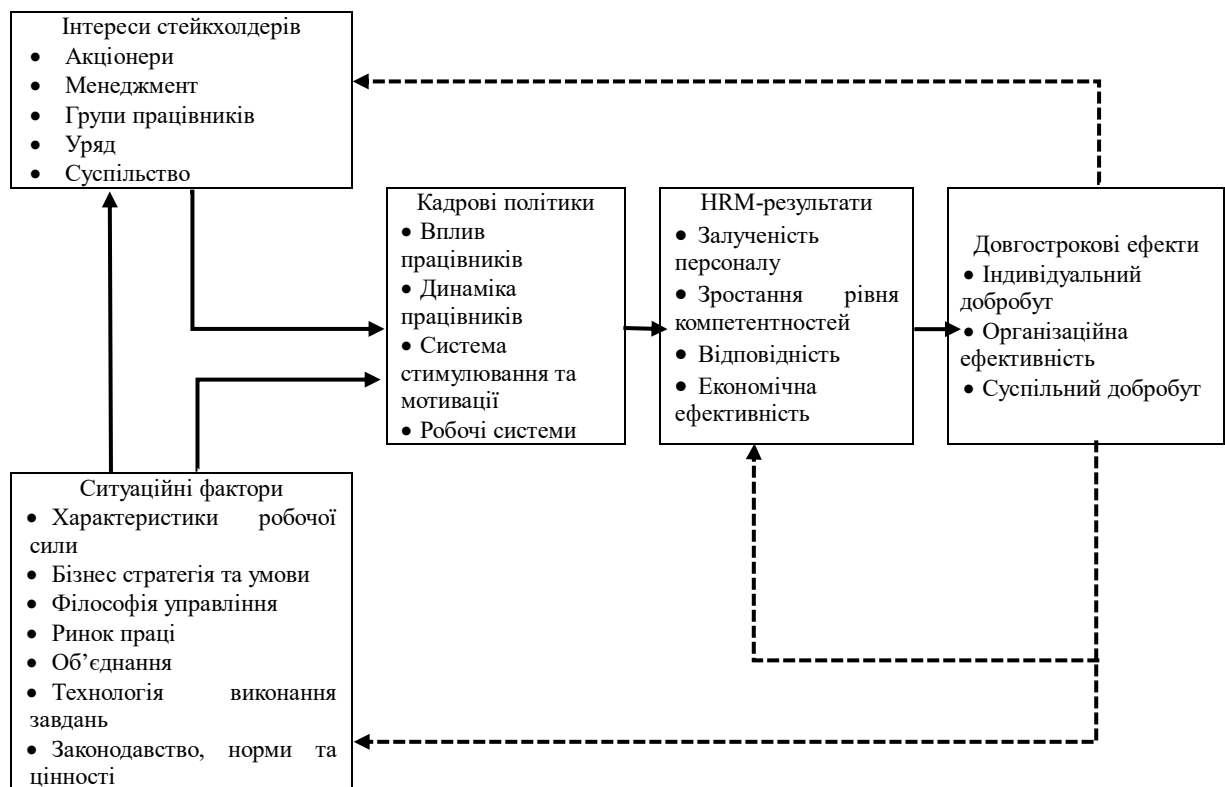


Рис. 1.6. Гарвардська HR модель

Джерело: перекладено з [229].

Ця модель складається з п'яти компонентів:

1. Вона починається з інтересів стейкхолдерів. До них належать акціонери, менеджмент, групи працівників, уряд та інші. Саме ці інтереси визначають політики управління людськими ресурсами.

2. Водночас на ці інтереси впливають ситуаційні фактори. До них відносяться характеристики робочої сили, діяльність профспілок та всі інші чинники, які також були частиною моделі «8-бок».

3. Ситуаційні фактори й інтереси стейкхолдерів формують HRM-політики. Вони охоплюють основні HR-процеси та функції, такі як рекрутинг, навчання та системи винагород.

4. За умови якісної реалізації кадрові політики приводять до позитивних HRM-результатів. До них належать згадані раніше: залученість персоналу, зростання рівня компетентностей, відповідність, економічна ефективність.

5. Ці позитивні HRM-результати зумовлюють довгострокові наслідки, які можуть проявлятися на індивідуальному, організаційному та суспільному рівнях.

Отже, Гарвардська HR модель демонструє, що управління людськими ресурсами – це не лише набір адміністративних процедур, а стратегічна функція, що формує баланс між інтересами стейкхолдерів і довгостроковим розвитком організації та суспільства [229].

HR-модель за Д. Гестом – наступна важлива модель нашого дослідження. Вона була розроблена у другій половині 1980-х – на початку 1990-х років британським науковцем Девідом Гестом, професором King’s Business School (Велика Британія) та стала однією з перших системних спроб диференціювати стратегічне управління людськими ресурсами (SHRM) від традиційного кадрового адміністрування [162].

Ключові особливості моделі:

- Поєднання “hard” (жорсткого – орієнтується на продуктивність, ефективність і контроль) та “soft” (м’якого – підкреслює залученість, мотивацію та розвиток персоналу) підходів до управління людськими ресурсами.
- Визнання впливу до управління людськими ресурсами на бізнес-результати через посередництво організаційної поведінки.
- Чітке розмежування між кадровими процедурами і стратегічними HR-практиками, що інтегруються у загальну бізнес-стратегію [160].

Ця HR-модель містить 6 взаємопов’язаних вимірів (рис. 1.7):

1. HR-стратегії. Починається з чітко визначених стратегій, що узгоджуються із загальними бізнес-цілями організації.

2. HR-політики та практики, які вибудовуються на основі цих стратегій і охоплюють підбір, навчання, розвиток, систему винагород та управління ефективністю.

3. HR-результати (HRM outcomes). Формуються як прямий результат впровадження політик: розвиток компетенцій, зниження плинності кадрів, підвищення задоволеності та прихильності.

4. Поведінкові результати (employee behaviors): досягнуті HR-результати впливають на поведінку працівників, зокрема їхню відданість, мотивацію, ініціативність та готовність до змін.

5. Результати організаційної ефективності (performance outcomes), що розуміє, що сукупна поведінка працівників підвищує продуктивність, інноваційність і якість послуг.

6. Фінансові результати (financial outcomes). Висока ефективність організації трансформується у фінансові досягнення такі, як зростання прибутку, ринкової частки, капіталізації.

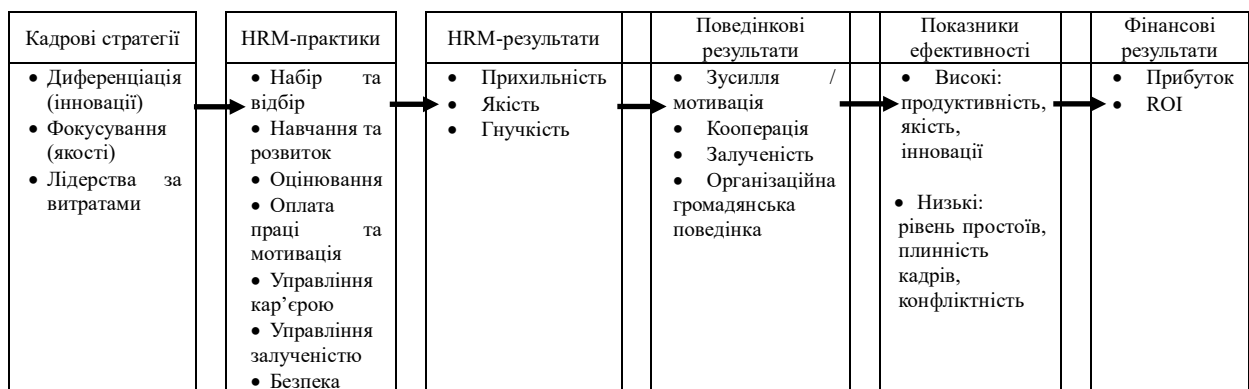


Рис. 1.7. HR-модель за Д. Гестом

Джерело: перекладено з [162; 229].

Ця HR-модель також враховує, що фінансові результати впливають на ресурси, які організація може інвестувати в управління людськими ресурсами. Тобто існує циклічний взаємозв'язок: стратегія – HR-практики – HR-результати – поведінка працівників – організаційні та фінансові результати – нові можливості для HR [161; 229].

HR-модель Ворвіка розроблена дослідниками Хендрі та Петтігрю з Університету Ворвіка на початку 1990-х років, є одним із ключових підходів до стратегічного управління людськими ресурсами (Strategic HRM) – рис. 1.8.

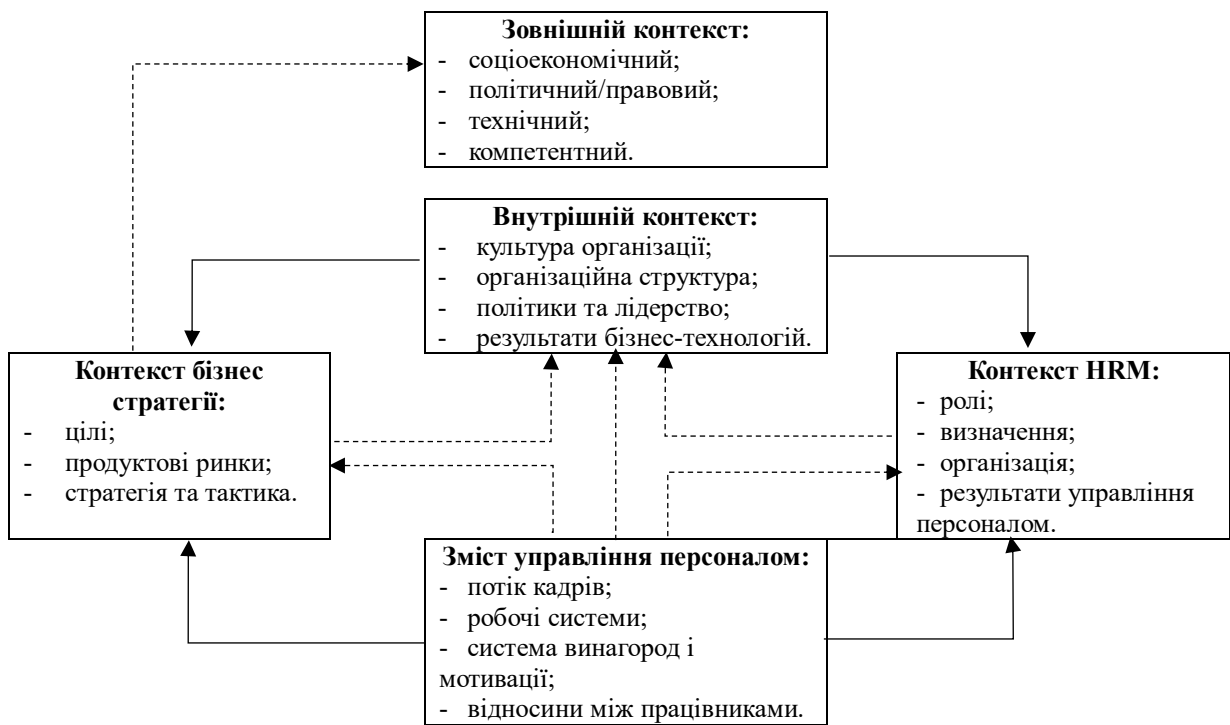


Рис. 1.8. HR-модель Ворвіка

Джерело: перекладено з [229].

Ця модель, хоча й подібна до моделей Геста та Гарварда, пропонує інший погляд на узгодження практики управління персоналом із зовнішнім та внутрішнім контекстом – робить акцент на взаємозв'язку між зовнішнім середовищем, бізнес-стратегією, внутрішнім контекстом і політикою HR. Вона забезпечує основу для дослідження того, як на управління персоналом впливають зовнішні чинники середовища, що впливають на внутрішню реальність організації [161; 229].

Головною вихідною ідеєю цієї HR-моделі є, що управління людськими ресурсами не існує у вакуумі, а формується під впливом як внутрішніх особливостей організації, так і зовнішніх економічних, політичних та соціальних чинників [165].

Ця модель підкреслює важливість стратегічного управління персоналом. Вона показує, що ефективне управління персоналом можливе лише тоді, коли HR-політика узгоджена із зовнішнім середовищем, внутрішніми цінностями та стратегічними цілями бізнесу. Іншими словами, HR-відділ повинен розуміти та передбачати ці чинники, а також мати можливість адаптуватися та змінюватися у відповідь на їхній вплив за допомогою ефективних бізнес-стратегій [195; 229].

HR-модель Д. Ульріха була запропонована в книзі Девіда Ульріха 1996 року «Чемпіони з управління персоналом» [225]. Ця модель стала основою сучасного стратегічного HR-менеджменту, оскільки визначила нову роль служби управління персоналом. Ця модель окреслює чотири ключові ролі (рис. 1.10), які має виконувати функція управління персоналом (табл. 1.2): адміністративний експерт, чемпіон з питань співробітників, агент змін, стратегічний партнер.

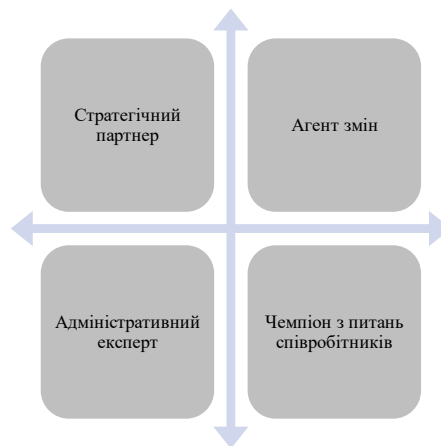


Рис. 1.9. HR-модель Ульріха

Джерело: перекладено з [229].

Ці чотири ролі не обов'язково мають бути конкретними посадами, і фахівці з управління персоналом можуть виконувати одну або декілька з них у межах своїх обов'язків.

Таблиця 1.2

Ролі служби управління персоналом

Роль	Фокус	Ключові завдання HR-менеджера	Психологічне та управлінське значення
Стратегічний партнер (Strategic Partner)	Стратегічний рівень / процеси	<ul style="list-style-type: none"> – узгодження HR-стратегії з бізнес-стратегією; – участь у формуванні організаційних цілей; – управління структурними змінами; – планування кадрових потреб. 	Забезпечує інтеграцію управління персоналом у стратегічне бачення організації; формує культуру ефективності.
Агент змін (Change Agent)	Стратегічний рівень / люди	<ul style="list-style-type: none"> – ініціювання і підтримка змін; – розвиток адаптивності персоналу; – формування культури інновацій; – управління опором змінам. 	Допомагає організації залишатися гнучкою та здатною до трансформації; підтримує емоційну стійкість колективу.
Адміністративний експерт (Administrative Expert)	Операційний рівень / процеси	<ul style="list-style-type: none"> – оптимізація HR-процедур (набір, документообіг, оплата праці); – автоматизація HR-сервісів; – контроль за дотриманням політик. 	Підвищує ефективність HR-процесів, знижує операційні витрати, створює стабільність.
Захисник працівників / Чемпіон співробітників (Employee Champion)	Операційний рівень / люди	<ul style="list-style-type: none"> – підтримка благополуччя персоналу; – формування системи мотивації; – розв'язання конфліктів; – розвиток залученості і лояльності. 	Забезпечує емоційну безпеку, довіру і згуртованість колективу; підвищує задоволеність роботою.

Джерело: [225].

У 2008 році Ульріх разом з Джоном Янгером та Вейном Брокбенком розширили цю модель надання послуг управління персоналом, визначивши п'ять ролей: сервісні центри, корпоративний HR, центри експертизи, вбудований HR та операційний HR.

З точки зору HR-менеджменту, модель Ульріха є системою розподілу стратегічних ролей у межах функції управління персоналом. Виходячи з цієї моделі, HR-підрозділ повинен виконувати не лише операційні функції, а й: впливати на стратегічні рішення організації, підтримувати організаційні зміни,

розвивати компетентності персоналу, а також підвищувати продуктивність і залученість працівників.

Іншими словами, HR має бути «мостом» між бізнес-стратегією і людьми, допомагаючи реалізувати цілі організації через управління знаннями, культурою, мотивацією та ефективністю персоналу. Таким чином, формує HR-бренд усередині організації, коли співробітники бачать у HR-партнері не контролера, а наставника й порадирика [225; 229].

HR-модель Дж. Сторі (рис. 1.10) була розроблена британським ученим, професором Джоном Сторі (John Storey) – одним із провідних дослідників у сфері управління людськими ресурсами та організаційних змін. Його роботи зосереджені на еволюції кадрового менеджменту, від традиційного адміністративно-контрольного підходу до стратегічного, що базується на залученні, довірі та розвитку персоналу.



Рис. 1.10. HR-модель Дж. Сторі

Джерело: перекладено з [229].

Наукове значення моделі полягає у тому, що вона систематизувала дихотомію «жорсткого» (hard) та «м'якого» (soft) управління людськими

ресурсами, показавши, як різні управлінські парадигми впливають на ефективність бізнесу, інноваційність і корпоративну культуру.

Джон Сторі запропонував розглядати управління людськими ресурсами (HRM) як комплексну систему переконань, стратегій, управлінських ролей і важелів впливу, які формують поведінку працівників, рівень їхньої мотивації та залученості до організаційних процесів. На його думку, HRM не є сукупністю адміністративних процедур, а виступає динамічною системою цінностей і практик, що безпосередньо визначає якість взаємодії між людьми та ефективність діяльності організації.

У своїй концепції Сторі виділив два базові підходи до управління людськими ресурсами: «жорсткий» (Hard HRM) і «м'який» (Soft HRM), які відображають різні філософії організаційного управління.

«Жорстке» управління людськими ресурсами (Hard HRM) базується на контролі, ефективності та скороченні витрат. У цьому підході працівники розглядаються як виробничий ресурс, подібний до матеріальних чи фінансових, а основна мета HR-служби полягає у забезпеченні продуктивності, дисципліни та виконанні стандартів. Комунікація між керівництвом і персоналом має переважно вертикальний, односторонній характер, а мотивація працівників підтримується здебільшого зовнішніми чинниками — оплатою, преміями чи санкціями. Для такого типу управління характерні централізація влади, мінімальна участь працівників у прийнятті рішень та короткостроковий горизонт планування, що відображає орієнтацію на адміністративну стабільність, а не на розвиток потенціалу.

Натомість «м'яке» управління людськими ресурсами (Soft HRM) спирається на довіру, залученість і розвиток потенціалу працівників. У цьому підході працівники розглядаються як ключовий актив організації та головне джерело її конкурентних переваг. Основна увага приділяється формуванню позитивної організаційної культури, навчанню, розвитку компетенцій і внутрішній мотивації, що сприяє довгостроковій лояльності та інноваційності. Комунікація є відкритою та двосторонньою, а прийняття рішень відбувається

на основі партнерства між керівництвом і персоналом. Для цього підходу характерні делегування повноважень, підтримка самостійності, розвиток емоційного інтелекту та забезпечення психологічної безпеки в колективі.

Таким чином, модель Сторі демонструє еволюцію HR-парадигми – від системи контролю до системи залучення, від сприйняття працівника як ресурсу до визнання його стратегічним активом, що визначає успіх, стійкість і конкурентоспроможність сучасної організації [229].

HR-модель 5Ps (The 5Ps Model of HRM) є стратегічною концепцією управління людськими ресурсами, що інтегрує HR-функцію в загальну бізнес-стратегію організації. Її було запропоновано як універсальну рамку для побудови ефективної системи управління персоналом, орієнтованої на довгостроковий розвиток, адаптивність та організаційну результативність.

На відміну від традиційних моделей, які фокусуються переважно на операційних аспектах HR (набір, навчання, оплата праці), модель 5Ps підкреслює, що HRM має бути стратегічним партнером бізнесу, сприяти реалізації місії та цінностей організації, а також забезпечувати сталий розвиток людського потенціалу.

У контексті сучасного HR-менеджменту ця модель поєднує системний, поведінковий та стратегічний підходи, демонструючи, що ефективність управління людьми неможлива без узгодженості з корпоративною стратегією, культурою та процесами.

На рис. 1.11 наведено візуалізацією цієї HR-моделі.

Модель 5Ps (рис. 1.11) базується на п'яти взаємопов'язаних елементах: Purpose (Мета), Principles (Принципи), Processes (Процеси), People (Люди), Performance (Результативність), які утворюють єдину систему стратегічного управління людськими ресурсами.

Кожен із цих компонентів виступає не ізольованим блоком, а частиною логічного ланцюга, що починається з формулювання місії організації і завершується оцінкою її результатів через людський капітал.

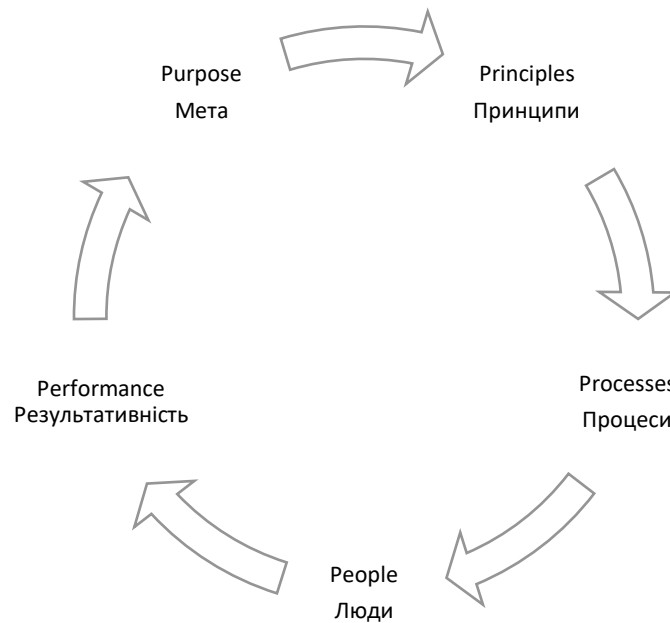


Рис. 1.11. HR-модель 5Ps

Джерело: перекладено з [229].

Purpose – цей елемент визначає стратегічний сенс існування організації: її місію, бачення, стратегічні цілі та напрямки розвитку. Мета задає вектор усієї HR-діяльності, визначаючи, яким чином людські ресурси сприятимуть реалізації бізнес-стратегії. З точки зору HR-менеджменту, Purpose є ключовим, оскільки (1) забезпечує єдність управлінських рішень у межах організації; (2) формує основу для корпоративної культури та цінностей; (3) спрямовує HR-політики на досягнення довгострокових результатів, а не короткострокових вигод.

Principles – це базові правила, норми та етичні засади, які формують підхід організації до управління людьми. Вони відображають переконання організації щодо ролі працівників, взаємної поваги, справедливості, рівності та розвитку.

З позиції HRM принципи визначають стандарти етичної поведінки та професійної взаємодії, політику рівних можливостей і недискримінації, стиль лідерства (авторитарний, демократичний тощо), принципи прийняття рішень і комунікації.

Таким чином, принципи забезпечують узгодженість HR-практик із цінностями організації та створюють основу для побудови довіри та корпоративної відповідальності.

Processes – цей елемент охоплює організаційні структури, системи, політики та механізми, які забезпечують функціонування HRM. До HR-процесів належать рекрутинг і адаптація персоналу; оцінювання результатів діяльності; система винагород і стимулів; навчання, розвиток і управління талантами; внутрішні комунікації та управління знаннями.

Ефективність цих процесів залежить від того, наскільки вони інтегровані з бізнес-процесами організації.

People – центральний елемент цієї моделі, оскільки саме люди створюють цінність і реалізують стратегічні цілі. Цей компонент охоплює розвиток компетенцій і лідерських якостей; формування командної згуртованості; підтримку мотивації, залученості та психологічного благополуччя; управління різноманіттям і талантами.

У цьому контексті HR-менеджмент виступає архітектором людського капіталу, оскільки створює умови, за яких працівники можуть розкривати свій потенціал і відчувати себе частиною спільної мети.

Performance – цей елемент моделі пов'язаний із вимірюванням ефективності HRM та оцінкою внеску людського капіталу у досягнення бізнес-цілей. Показники результативності (KPI, Balanced Scorecard, HR ROI) відображають, наскільки HR-практики підтримують стратегію організації.

Основні напрями оцінювання:

- продуктивність працівників;
- рівень залученості та лояльності;
- інноваційність і швидкість адаптації;
- фінансові результати, пов'язані з людським капіталом.

Таким чином, Performance завершує логіку моделі, повертаючи організацію до початкового елемента – Purpose, забезпечуючи замкнений цикл стратегічного управління людськими ресурсами.

Модель 5Ps функціонує як цілісна система стратегічного узгодження: Purpose – Principles – Processes – People – Performance – (оновлене Purpose). Така послідовність забезпечує зворотний зв'язок і безперервне вдосконалення HRM:

- Purpose задає стратегічний напрям;
- Principles визначають етичну і культурну основу;
- Processes формують інфраструктуру реалізації;
- People втілюють стратегію у дію;
- Performance дає змогу оцінити результат і скоригувати цілі.

Таким чином, модель 5Ps HRM розкриває сутність стратегічного управління людськими ресурсами як багатовимірного процесу, у якому поєднуються стратегічне бачення, етичні принципи, системна організація процесів, розвиток людського потенціалу та вимірювання результатів.

Її головна цінність полягає у перетворенні HRM із функції підтримки в рушійну силу організаційного розвитку. HR менеджмент, за цією моделлю, має не просто управляти людьми, а спрямовувати їхній потенціал у реалізацію корпоративної мети, формуючи культуру партнерства, інновацій і відповідальності [229].

За результатами аналізу наведених вище HR-моделей, можна зробити висновок, що кожна з них відображає певну еволюційну фазу розвитку HR менеджменту як науки й управлінської практики. Кожна HR-модель пропонує власну логіку побудови системи управління персоналом: від адміністративно-функціональної (hard HRM) до стратегічно-гуманістичної (soft HRM), від процесного бачення HR як допоміжної функції до його інтеграції у стратегічне управління організацією. У цьому контексті сучасний HRM розглядається не лише як сукупність процедур добору, оцінювання та винагороди працівників, а як комплексна система формування людського капіталу, яка визначає довгострокову конкурентоспроможність організації.

Водночас наукові підходи до класифікації моделей HRM демонструють, що їх не можна сприймати як взаємовиключні. У реальній практиці вони часто

перетинаються, взаємодоповнюються або інтегруються залежно від контексту діяльності, зрілості організації та її стратегічних орієнтирів. Наприклад, елементи «жорсткого» управління (Hard HRM) можуть поєднуватися з принципами «м'якого» (Soft HRM), а процесна логіка моделі Ульріха – з аналітичним підходом Ворвіка чи ціннісно-орієнтованими аспектами моделі Сторі. Такий синтез свідчить про перехід HR-менеджменту від стандартизованих структур до адаптивних, гнучких систем, здатних відображати специфіку бізнес-моделі, культури та стратегічних пріоритетів організації.

У цьому зв'язку постає ключове наукове завдання не просто описати існуючі концепції, а визначити критерії вибору та застосування HR-моделі відповідно до індивідуальних характеристик організації. Саме цей підхід дозволяє розглядати HR-модель не як універсальний набір інструментів, а як систему стратегічного налаштування управління людським капіталом до цілей, контексту та ресурсних можливостей бізнесу.

У науковому контексті питання вибору HR-моделі набуває особливого значення, оскільки від правильності цього вибору залежить ефективність реалізації стратегічних цілей організації, її конкурентоспроможність і здатність до адаптації в умовах змінного середовища. Кожна організація, трудовий колектив і HR-команда є унікальними, мають власну структуру, культуру, ресурси та стратегічні пріоритети, що обумовлює необхідність індивідуалізації підходів до управління людським капіталом. Вибір відповідної HR-моделі повинен ґрунтуватися на комплексному аналізі ряду чинників, серед яких ключовими є стратегія бізнесу, організаційний дизайн, галузеві особливості, кадровий потенціал HR-служби та економічна доцільність управлінських рішень.

Першим і визначальним чинником виступає бізнес-стратегія. Вона задає базовий напрям розвитку організації та визначає, який тип HR-моделі буде найбільш ефективним. Для організацій, орієнтованих на результативність і продуктивність, доцільним є застосування моделей, які прямо пов'язують HR-

практики з бізнес-результатами (таких, як модель 5Ps або модель Геста), що акцентують увагу на взаємозв'язку між HR-процесами та показниками ефективності. Натомість для організацій, які акцентують увагу на залучення персоналу, розвиток компетенцій і довгострокову лояльність, більш прийнятними є м'які моделі HRM, зокрема модель Сторі або Ворвіка, які пояснюють стратегічну роль HR у формуванні культури довіри, навчання та розвитку.

Наступним аспектом є організаційний дизайн і структура. Розмір, ієрархічність і ступінь централізації організації безпосередньо впливають на те, яка HR-модель буде дієвішою. Великі корпорації або організації з багаторівневою структурою управління можуть ефективно застосовувати модель Ульріха, що передбачає поділ HR-функції на спеціалізовані ролі: стратегічного партнера, адміністративного експерта, агента змін і захисника працівників. Такий підхід дозволяє збалансувати стратегічні та операційні аспекти управління персоналом. Натомість для менших або більш гнучких організацій, які прагнуть системно узгоджувати зовнішні та внутрішні фактори впливу, доцільним є використання HR-моделі Ворвіка або моделі Геста, які забезпечують цілісний погляд на HRM у контексті організаційної екосистеми.

Важливе значення мають галузеві особливості та конкурентне середовище. У сферах, де основним чинником успіху є людський капітал, таких як освіта, охорона здоров'я, високі технології, фармацевтика, пріоритетним є впровадження моделей, які стимулюють розвиток персоналу, інноваційність та емоційну залученість (наприклад, модель Сторі або 5Ps). У галузях із високим рівнем регуляторних вимог або ризиків (фінансовий сектор, енергетика, транспорт) доцільно застосовувати моделі, які акцентують увагу на дотриманні стандартів, управлінні ризиками та забезпеченні відповідності політик законодавству, таких як HR-модель Ворвіка. Водночас темпи технологічних змін, розвиток штучного інтелекту, цифровізація праці та глобальна мобільність кадрів зумовлюють необхідність обирати такі HR-моделі, які дозволяють швидко адаптуватися до інноваційного середовища.

Не менш вагомим чинником є кадровий потенціал HR-команди. Рівень компетентності, наявність аналітичних, стратегічних і комунікативних навичок HR-фахівців визначають, чи зможе служба персоналу ефективно реалізувати обрану модель управління. Якщо HR має виступати стратегічним партнером керівництва, як це передбачено у моделі Ульріха чи 5Ps, команда повинна володіти бізнес-орієнтованим мисленням, аналітичними навичками та здатністю працювати з даними. У випадках, коли HR-служба більше зосереджена на забезпеченні стабільності процесів і дотриманні процедур, більш прийнятними можуть бути операційно-орієнтовані моделі, що надають чіткі алгоритми дій у сфері добору, оцінювання та винагороди працівників.

Останнім, але не менш важливим чинником є економічна доцільність та ефективність інвестицій у HR-процеси. Будь-яка HR-модель повинна не лише відповідати стратегічним цілям організації, а й забезпечувати оптимальне співвідношення між витратами та отриманими результатами. З цієї точки зору, найбільш цінними є моделі, які дозволяють кількісно оцінювати вплив HR-ініціатив на бізнес-показники: продуктивність, прибутковість, інноваційність, рівень утримання персоналу. Зокрема, модель 5Ps або модель Геста пропонують системні інструменти для вимірювання результативності HRM через показники ефективності (KPI, ROI, Balanced Scorecard).

Таким чином, вибір оптимальної HR-моделі повинен здійснюватися не механічно, а стратегічно, із урахуванням місії організації, галузевих умов, рівня зрілості HR-системи та можливостей кадрового потенціалу. Сучасна практика управління людськими ресурсами свідчить, що найбільш ефективними є комбіновані або гібридні моделі, які поєднують структурну логіку Ульріха, контекстну аналітику Ворвіка, ціннісну орієнтацію Сторі та стратегічну узгодженість 5Ps. Саме така інтеграція забезпечує баланс між результативністю, людяністю та інноваційністю, що є визначальними ознаками HRM у XXI столітті.

1.3. Теоретико-методичні основи інвестування у людські ресурси закладів охорони здоров'я

У ХХІ столітті система охорони здоров'я перебуває у стані глибокої трансформації під впливом глобальних мегатрендів, таких як глобалізація, цифровізація, демографічне старіння та мобільність трудових ресурсів. Ці процеси суттєво змінюють не лише форми організації медичної допомоги, а й підходи до управління людськими ресурсами як стратегічного ресурсу. Традиційні методи кадрової політики, орієнтовані на адміністративний контроль, поступаються місцем інвестиційно-інноваційним моделям, у яких медичний працівник розглядається як актив, у який доцільно інвестувати для підвищення ефективності закладу охорони здоров'я.

Розглянемо більш детально глобальні чинники, які впливають на трансформацію системи управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я.

Процеси глобалізації сприяють формуванню відкритого ринку медичних послуг і кадрів. Відбувається активна міграція медичних працівників (особливо в Україні в умовах підвищеного рівня міграції населення у зв'язку з військовою агресією РФ проти України), посилюється конкуренція за таланти, зростають вимоги до рівня компетентності та адаптивності персоналу. У таких умовах управління людськими ресурсами закладу охорони здоров'я має виходити за межі адміністративних процедур, перетворюючись на стратегічну модель та систему управління інвестиціями у людський капітал, спрямовану на його розвиток, утримання та ефективне використання.

Паралельно цифровізація медичної сфери створює нові можливості для підвищення продуктивності праці, аналітики ефективності персоналу, індивідуалізації навчання та розвитку. Проте водночас вона формує нові ризики такі, як цифровий розрив, втрату навичок у персоналу старшого віку, зростання когнітивного навантаження на персонал закладів охорони здоров'я.

Це потребує нової парадигми управління, у якій цифрова компетентність персоналу стає одним з ключових напрямів інвестування.

Демографічна криза – третій визначальний чинник. Починаючи з початку 1990-х років, Україна перебуває у стані стійкого депопуляційного тренду. За даними МВФ, населення України скоротилося з 51,9 млн осіб у 1991 р. до приблизно 32,9 млн у 2025 р. (оцінка без урахування тимчасово окупованих територій) [237].

Ключові тенденції демографічної кризи:

- тривале перевищення смертності над народжуваністю (у 2024 р. рівень народжуваності становив 6 народжень на 1000 населення, а рівень смертності – 18,6 смертей на 1000 населення [224]);
- зменшення народжуваності нижче рівня простого відтворення поколінь (валовий коефіцієнт відтворення становить 0,59 [224]);
- старіння населення та зменшення частки працездатних осіб (у 2024 р. в Україні відсоток населення віком старше 65 років становив 22 % [92]);
- висока зовнішня міграція, особливо серед молоді та фахівців (36,5 мігрантів на 1000 населення, у рейтингу країн світу за даним показником Україна посідає перше місце [224]; за межами України постійно або тимчасово перебувають 5–6 млн громадян, з них понад 120 тис. – це медичні працівники, що становить близько 10–12 % кадрового потенціалу галузі [237]);
- зниження тривалості життя чоловіків та погіршення репродуктивного здоров'я жінок.

Ці тенденції свідчать, що коефіцієнт демографічного навантаження зростає, і на 100 працездатних припадає понад 65 утриманців, що створює серйозні ризики для системи охорони здоров'я, пенсійного забезпечення та державних фінансів. Найбільш активну міграцію серед працівників медичної сфери демонструють молоді лікарі, медичні сестри та фармацевти, що

посилює кадрове старіння, дефіцит фахівців у сільській місцевості й зниження доступності медичних послуг. Це посилює необхідність зміщення акцентів у кадровій політиці з відтворення кадрів на підвищення ефективності їх використання, розвитку мультикомпетентності і збереження людського потенціалу галузі.

Таким чином, подолання демографічної кризи неможливе без формування нової моделі інвестицій у людський капітал закладів охорони здоров'я, а також поєднання демографічних, соціальних і технологічних стратегій на рівні галузі.

У системі охорони здоров'я інвестиції в людські ресурси мають подвійну економічну та соціально-гуманітарну природу, що відрізняє їх від інших сфер діяльності.

З економічної точки зору, інвестиції у людські ресурси закладів охорони здоров'я – це капіталовкладення у підвищення продуктивності праці, якості послуг та стійкості до викликів конкурентного середовища. Висококваліфікований і мотивований медичний персонал є основним драйвером ефективності системи охорони здоров'я. Збільшення інвестицій у навчання, цифрову компетентність, менеджмент якості та лідерські навички дає економічний ефект, який виражається у:

- зниженні витрат, пов'язаних із помилками та неефективністю;
- оптимізації ресурсів через використання сучасних технологій;
- підвищенні задоволеності пацієнтів і зростанні довіри до закладу;
- зміцненні конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Отже, економічна складова інвестицій у людські ресурси є не витратами, а довгостроковим вкладенням у стабільність і розвиток закладу.

З іншого боку, інвестиції у медичних працівників мають глибокий соціально-гуманітарний зміст, адже йдеться не лише про підвищення професійної кваліфікації, а й про збереження життя, здоров'я, професійної гідності та психоемоційного благополуччя фахівців. У період воєнних дій,

посттравматичних навантажень і дефіциту кадрів особливо важливо створювати середовище підтримки, що включає:

- програми психологічного розвантаження та профілактики вигорання;
- розвиток культури командної взаємодії та емпатичного лідерства;
- формування безпечних і гуманних умов праці.

Такі підходи не лише зменшують плинність кадрів, а й підвищують моральний дух колективу, що безпосередньо впливає на якість допомоги пацієнтам.

У добу глобалізації, цифровізації та демографічних викликів інвестиції в персонал закладів охорони здоров'я набувають мультिवимірною характеру, що пов'язані з:

- цифровим виміром, який включає підготовку кадрів до роботи з системами eHealth, телемедициною, штучним інтелектом, аналітичними платформами. Це забезпечує інтеграцію закладу охорони здоров'я у глобальний цифровий простір;
- психологічним виміром, який акцентує на розвитку стресостійкості, профілактиці професійного вигорання, формуванні емоційного інтелекту та емпатії у керівників і персоналу;
- інноваційним виміром, що пов'язаний із навчанням через сучасні освітні технології;
- етичним виміром, який передбачає гуманізацію управління, формування культури довіри, відповідальності, чесності та служіння пацієнтові як основи професійної ідентичності медичного працівника.

Таким чином, інвестиції у людські ресурси в охороні здоров'я – це найвищий рівень стратегічного управління, оскільки саме люди, а не технології чи інфраструктура, є головним носієм інновацій, гуманізму та якості медичної допомоги.

У сукупності всі зазначені вище чинники формують необхідність нової управлінської парадигми, в якій персонал розглядається не як витратна стаття, а як стратегічний ресурс розвитку та стійкості системи охорони здоров'я. А

інвестиції повинні розглядатися як комплексна система вкладень у знання, цифрові навички, психологічну стабільність і ціннісну мотивацію персоналу. Такий підхід дозволяє не лише підвищити ефективність закладів охорони здоров'я, а й сформувати нову парадигму сталого розвитку медичної сфери, де інвестиції у людину стають основним індикатором цивілізованості та конкурентоспроможності нації.

У контексті зазначених світових тенденцій сучасне управління інвестиціями у людські ресурси закладів охорони здоров'я ґрунтується на поєднанні таких концепцій:

1. Парадигма людського капіталу (Т. Шульца [218], Г. Беккера [118], Дж. Кендрік [14]), яка розглядає персонал як ключове джерело довгострокової віддачі та основний чинник конкурентоспроможності, тому вкладення в освіту, здоров'я та розвиток персоналу розглядаються як інвестиції, а не витрати.
2. Концепція безперервного розвитку компетентностей (Lifelong Learning). У медичній сфері це передбачає постійне оновлення знань відповідно до технологічних і клінічних інновацій.
3. Модель знаннєвої економіки, за якої знання та професійна мобільність працівників визначають конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я.
4. Інноваційно-інвестиційна парадигма управління персоналом, за якої HR-система має бути не витратним центром, а ключовим елементом системи управління, який генерує інноваційні рішення та оптимізує використання людських ресурсів [226].

Для закладів охорони здоров'я це означає перехід від кадрової адміністрації до стратегічного управління людським капіталом, де інвестиції у персонал – це ключовий чинник розвитку, ефективності, якості та стійкості системи охорони здоров'я.

Ще А. Сміт у «Дослідженні про природу і причини багатства народів» зазначав, що «витрати на освіту чи професійну підготовку людини можна

трактувати як інвестиції в її майбутній потенціал підвищувати продуктивність праці, подібно до того, як здійснюються вкладення в матеріальний капітал» [90]. На думку А. Сміта, люди з вищим рівнем освіти та кращою професійною підготовкою зазвичай створюють більшу економічну цінність, ніж ті, хто не має достатнього рівня знань і навичок. Таким чином, праця кваліфікованого працівника має компенсувати організації не лише витрати, пов'язані з його навчанням, а й забезпечити прибуток від вкладених у нього інвестицій [90]. З позиції А. Сміта, людина – це носій капіталу, який здатен відтворювати прибуток суспільству.

На важливості інвестування у людський капітал наголошував А. Маршал, який розвив думку А. Сміта, підкреслюючи, що суспільство, яке більше інвестує у людей, стає заможнішим і стійкішим. Він зазначав, що «освіту та професійне навчання можна розглядати як форму інвестування в розвиток людського капіталу» [185]. Таким чином, за А. Маршалом: інвестиції у людей формують не лише економічну, а й соціальну ефективність.

Дж. Р. Уолш висунув припущення, що «витрати, пов'язані з освітою людини та підготовкою до професійної діяльності», слід розглядати як інвестиції в людський капітал, спрямовані на отримання прибутку. Такий підхід, за його словами, базується на тих самих мотивах, що і вкладення у матеріальний капітал [230].

Т. Шульц запровадив термін «інвестиції у людські ресурси» і розглядав їх як цілеспрямовані витрати, що забезпечують зростання продуктивності праці, доходів та економічного потенціалу людини. Він доводив, що людський капітал формується не лише завдяки природним здібностям, а насамперед через накопичення знань, умінь і навичок, що потребує відповідних інвестицій [218].

У межах підходу Т. Шульца інвестиції в людський капітал включають прямі витрати на освіту та навчання, які здійснюються в різних середовищах:

- у навчальних закладах – оплата навчання, придбання навчальних матеріалів, фінансування освітньої інфраструктури, витрати часу на здобуття знань;
- у домашніх умовах – самостійне навчання, розвиток навичок, підтримка освітніх ініціатив членів родини (включно з витратами на харчування, проживання, догляд тощо під час навчання);
- на робочому місці – професійна підготовка, підвищення кваліфікації, стажування, участь у тренінгах, навчання новим технологіям та методам праці [218].

Таким чином, за Т. Шульцом, інвестиції в людські ресурси – це сукупність прямих витрат на освіту та підготовку, спрямованих на формування й розвиток знань, компетенцій і досвіду, що підвищують економічну віддачу праці та добробут людини [218]. Таким чином, підхід Т. Шульца визначає зв'язок між витратами і майбутньою економічною віддачею.

Г. Беккер деталізував види інвестицій на: загальні (освіта, що підвищує мобільність працівника) та спеціальні (навчання для конкретного підприємства), що сьогодні дає основу для диференціації інвестицій [118].

Класичні роботи Т. Шульца [218] та Г. Беккера [118] задали методологічну основу для трактування освіти, підготовки й здоров'я як інвестицій, що акумулюються у формі знань, навичок і компетентностей працівника.

Сучасна теорія людського капіталу виходить із того, що витрати на підготовку та розвиток працівника є капіталовкладеннями з очікуваною віддачею у вигляді продуктивності, доходів і якості результатів діяльності організації.

Так, американські науковці К. Макконел, С. Брю та С. Флін зазначають, що інвестицію у людські ресурси – це «дія, ка підвищує кваліфікацію і здібності і, тим самим, продуктивність праці працівників ... [вони] будуть повторно компенсовані надходженням доходів у майбутньому» [122].

Сучасні науковці (К. Прахалад [205], У. Ульріх [225]) акцентують, що інвестиції у людину – це не лише фінансові, а ціннісні, культурні, інтелектуальні й цифрові вкладення, спрямовані на довгострокову стійкість організації. Таким чином, сучасна парадигма управління людськими ресурсами передбачає, що інвестиції у персонал – це система цілеспрямованих вкладень у формування, розвиток і підтримання трудового потенціалу працівника [28; 32; 70; 96].

Українські науковці І. Б. Швець та О. В. Захарова визначають інвестиції у персонал, як «частину загальних витрат підприємства на персонал, які здійснюються з метою його продуктивного розвитку, призводять до формування високоякісного людського капіталу та забезпечують отримання довгострокового соціально-економічного ефекту» [96].

Інші представники української наукової школи Т. М. Кір'ян та Ю. М. Куліков дали наступне визначення інвестиціям в персонал – «будь-які дії, що пов'язані з витратами та підвищують кваліфікацію, професіоналізм і, у підсумку, працездатність працівника, що забезпечує більш ефективне використання основного капіталу, зростання продуктивності праці та обумовлює можливості для збільшення доходів працівника та прибутку підприємства» [52].

Зважаючи існуючи глобальні чинники впливу на охорону здоров'я ця логіка доповнюється соціально-гуманітарними, медичними та цифровими вимірами, які безпосередньо впливають на безпеку пацієнтів, клінічні результати та стійкість кадрової екосистеми та HR-моделей.

Отже, ґрунтуючись на аналізі існуючих дефініцій та концепцій, а також враховуючи існуючи глобальні чинники, що впливають на трансформацію системи управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я, ми можемо дати наступне визначення *інвестиціям у людські ресурси закладів охорони здоров'я* – це система цілеспрямованих економічних, організаційних, інтелектуальних, цифрових і соціально-ціннісних вкладень у формування, розвиток, збереження та ефективне використання професійного потенціалу

медичних працівників, яка забезпечує зростання їх компетентності, адаптивності та психологічної стійкості, сприяє інноваційності й якості медичної допомоги та створює довгострокову соціально-економічну віддачу для закладу охорони здоров'я, системи охорони здоров'я і суспільства загалом.

Таким чином, авторське визначення інвестицій у людські ресурси закладів охорони здоров'я, на відміну від існуючих класичних трактувань, наданих Т. Шульцом, Г. Беккером, А. Маршалом та іншими науковцями, де інвестиції в людські ресурси розглядалися переважно як фінансові витрати на освіту, професійне навчання, охорону здоров'я, міграцію чи перепідготовку кадрів, а основна увага приділялася індивідуальній продуктивності праці та економічній віддачі від вкладених ресурсів, тоді як соціально-психологічний і культурний контекст, у якому формується професійна поведінка людини, залишався поза межами аналізу, розширює предмет дослідження. Інвестиції у людські ресурси виходять за межі суто економічного підходу і включають багатовимірне середовище розвитку особистості, у якому інтегруються кілька ключових вимірів таких, як:

- емоційний вимір передбачає формування в медичних колективах культури довіри, підтримки та взаємоповаги як основи командної взаємодії;
- інтелектуальний вимір полягає у створенні сприятливих умов для розвитку креативності, клінічного мислення та міждисциплінарного підходу до розв'язання професійних завдань;
- цифровий вимір охоплює інвестування у технологічну грамотність, уміння працювати з eHealth-системами, інструментами штучного інтелекту та телемедичними технологіями;
- етичний вимір спрямований на підтримання високих морально-професійних стандартів, людяності та емпатії, що становлять сутність медичної професії.

Таким чином, у запропонованому тлумаченні інвестиції в людські ресурси перетворюються з економічного акту на ціннісно-середовищний

процес, у межах якого створюються передумови для повного розкриття професійного потенціалу особистості. Такий підхід не лише поєднує економічну доцільність із гуманітарною місією медичної сфери, а й формує основу для сталого розвитку системи охорони здоров'я в умовах глобальних трансформацій.

По-друге, на відміну від класичних підходів, де соціальний ефект інвестицій у людський капітал розглядався переважно через призму зростання доходів і продуктивності праці, у межах запропонованого підходу вводиться категорія «соціально-ціннісні вкладення». Ця категорія описує нематеріальні, але вимірювані інвестиції, спрямовані на формування етичного, довірчого та гуманістичного середовища у закладі охорони здоров'я. Такі вкладення сприяють розвитку корпоративної етики та довіри між працівниками і пацієнтами, підвищують соціальний престиж медичної професії, зміцнюють імідж закладу як людиноцентричної інституції та забезпечують залучення персоналу до спільних цінностей гуманізму, служіння та емпатії.

Наукова новизна цього підходу полягає у введенні гуманітарного виміру до економічної категорії інвестицій, що є особливо значущим для медичної сфери, де цінність людського життя та гідності переважає фінансову ефективність. Таким чином, соціально-ціннісні вкладення можна розглядати як нематеріальний капітал довіри, який забезпечує сталість, моральну легітимність і життєздатність закладу охорони здоров'я навіть в умовах криз, невизначеності чи суспільних трансформацій.

По-третє, у класичних моделях людського капіталу психологічний аспект майже не розглядався, а здоров'я трактувалося переважно як фізичне чи функціональне, тобто таке, що безпосередньо впливає на працездатність. Навіть у сучасних HR-концепціях (зокрема в підходах Д. Ульріха, Б. Беккера) головний акцент робиться на компетенціях, продуктивності та результативності, тоді як емоційний добробут і психічна стійкість працівника залишаються поза увагою.

У новій інтерпретації поняття інвестицій у людські ресурси психологічна стійкість визначається як повноцінний об'єкт інвестування, особливо в медичній сфері, де навантаження мають не лише професійний, а й екзистенційний характер. Медичний працівник XXI століття – це не просто виконавець професійних функцій, а суб'єкт постійних психологічних викликів, зокрема стресу, емоційного вигорання, переживань, пов'язаних із відповідальністю за життя пацієнтів, а в умовах війни – ще й зіткнення з травматичним досвідом і моральними дилемами.

Психологічна стійкість у цьому контексті охоплює здатність зберігати ефективність у кризових ситуаціях, контролювати емоції, надавати підтримку колегам, попереджати професійне вигорання, а також розвивати навички саморегуляції, рефлексії та внутрішньої мотивації до зростання.

Наукова новизна підходу полягає у тому, що вперше психологічна стійкість розглядається не як індивідуальна особистісна риса, а як стратегічний ресурс, що підлягає інвестуванню та підтримці на рівні організації. У закладі охорони здоров'я вона має бути елементом інституційної інвестиційної політики, спрямованої на створення сприятливого емоційного середовища, системної психологічної підтримки персоналу та розвитку культури турботи. Саме це забезпечує професійне довголіття, збереження якості медичної допомоги та стійкість системи охорони здоров'я загалом.

По-четверте, у класичних підходах до аналізу інвестицій у людський капітал ефективність таких вкладень зазвичай оцінювалася виключно через економічні показники, а саме зростання продуктивності праці, прибутковості організації чи рівень доходів працівників. Така логіка ґрунтувалася на принципі «витрати – віддача», де головним критерієм успіху виступала фінансова вигода.

У запропонованому автором баченні інвестицій у людські ресурси акцент переноситься на мультимірісність ефекту, що виходить за межі суто економічного підходу. Ефективність інвестицій у людські ресурси закладів охорони здоров'я визначається не лише фінансовими показниками, а й

ширшим спектром соціально значущих результатів, а саме економічним, соціальним, репутаційним, демографічним і медичним ефектами. Економічний ефект проявляється у підвищенні ефективності роботи, покращенні якості медичних послуг, зниженні плинності кадрів і більш раціональному використанні ресурсів. Соціальний ефект полягає у зростанні задоволеності працівників своєю працею та пацієнтів – рівнем отриманої допомоги, що зміцнює соціальну стабільність у колективі. Репутаційний ефект виявляється у підвищенні довіри до закладу охорони здоров'я, формуванні позитивного бренду як «місця гідної праці» та підвищенні його привабливості серед фахівців і пацієнтів. Демографічний ефект має стратегічне значення, оскільки інвестиції у людські ресурси медичної сфери впливають не лише на кадровий потенціал галузі, а й на формування людського капіталу країни загалом. У перспективі це зміцнює демографічну стабільність, підвищує якість трудових ресурсів і формує базу для сталого соціально-економічного розвитку країни. Медичний ефект полягає у безпосередньому покращенні результатів лікування, профілактики та реабілітації пацієнтів завдяки підвищенню компетентності, емоційної стійкості та командної ефективності медичного персоналу. Інвестиції у психологічну підтримку, цифрові навички й симуляційне навчання прямо впливають на якість медичної допомоги, безпеку пацієнтів і зниження рівня медичних помилок, що є ключовими показниками ефективності сучасної медицини.

Наукова новизна цього підходу полягає у перенесенні оцінки ефективності інвестицій із площини прибутку до вимірів сталого розвитку охорони здоров'я. Інвестиції в людські ресурси трактуються як довгострокове стратегічне вкладення в економічний, соціальний, медичний, демографічний та репутаційний потенціал закладу, що забезпечує її конкурентоспроможність, гуманістичний поступ і життєстійкість у глобальному світі.

По-п'яте, традиційні теорії людського капіталу, сформовані у період від 1950-х до 1990-х років, розвивалися до епохи цифрової трансформації, тому вони не враховували появу нових типів компетенцій, цифрових даних і знань.

Навіть у сучасних HR-моделях цифровізація часто сприймається лише як інструмент оптимізації процесів, а не як самостійний напрям інвестицій у розвиток людських ресурсів.

У запропонованій концепції інвестування в персонал цифровий контекст розглядається як невід’ємний і стратегічно важливий компонент розвитку людського капіталу. Його інтеграція охоплює кілька взаємопов’язаних рівнів. По-перше, це інвестиції у цифрову грамотність та аналітичні навички, які дають змогу медичним працівникам ефективно використовувати системи eHealth, інструменти штучного інтелекту, телемедицину, а також працювати з великими масивами даних для ухвалення обґрунтованих клінічних і управлінських рішень. По-друге, йдеться про створення цифрової культури організації, що включає впровадження електронного документообігу, розвиток онлайн-освіти та формування цифрового середовища співпраці. По-третє, важливою складовою стає цифрове лідерство – здатність керівників ухвалювати стратегічні рішення, спираючись на дані, алгоритми прогнозування та інтелектуальні аналітичні системи.

Наукова новизна цього підходу полягає в тому, що цифрова компетентність уперше визначається як форма людського капіталу, а цифрова екосистема – як об’єкт інвестицій, який об’єднує економічну ефективність, інноваційність і безперервність професійного розвитку. У сфері охорони здоров’я це означає перехід від традиційної моделі підготовки кадрів до динамічної цифрової парадигми, де знання, технології та люди утворюють єдиний інтелектуальний простір сталого розвитку.

Запропоноване автором визначення інвестицій у людські ресурси закладів охорони здоров’я ґрунтується на розширеному, міждисциплінарному баченні цієї категорії як системи економічних, організаційних, інтелектуальних, цифрових та соціально-ціннісних вкладень, спрямованих на формування, розвиток, збереження та ефективне використання професійного потенціалу медичних працівників. Такий підхід дозволяє розглядати інвестиції у персонал не лише як економічну діяльність, пов’язану з витратами, а як

стратегічний процес управління людськими ресурсами, орієнтований на довгострокову віддачу: економічну, соціальну, демографічну та гуманітарну.

Разом із тим, для ґрунтовного розуміння типів інвестицій у людські ресурси доцільно звернутися до класичних підходів теорії людського капіталу.

Т. Шульц, Г. Беккер вперше визначили, що будь-які витрати, які сприяють підвищенню продуктивності праці людини, мають розглядатися як інвестиції у людський капітал.

Відповідно до класичної теорії, до основних видів інвестицій у людський капітал відносяться: формальна освіта, професійна підготовка і навчання на робочому місці, витрати на охорону здоров'я, міграція з метою пошуку кращих умов праці та інформованість щодо ринку праці (табл. 1.3). Усі ці напрями формують фундаментальний каркас, на якому базується сучасна концепція інвестування у людські ресурси закладів охорони.

Таблиця 1.3

Види інвестицій у людський капітал

Вид інвестицій	Сутність
1. Освіта (формальна освіта)	Витрати на здобуття загальної або професійної освіти в навчальних закладах: від початкової до вищої. Освіта підвищує знання, кваліфікацію, мобільність і здатність до інноваційної діяльності.
2. Професійна підготовка і навчання на робочому місці	Інвестиції у спеціалізовані навички, тренінги, курси підвищення кваліфікації, стажування. Мають як загальний (корисний для будь-якого роботодавця), так і специфічний (в межах конкретної організації) характер.
3. Витрати на охорону здоров'я	Усі форми витрат, спрямовані на збереження, зміцнення або відновлення здоров'я людини (профілактика, лікування, здоровий спосіб життя). Здоров'я підвищує тривалість активного періоду життя і продуктивність праці.
4. Міграція (географічна мобільність)	Витрати на зміну місця проживання чи роботи з метою підвищення доходу, кваліфікації або умов праці. Це інвестиції у пошук ефективнішого середовища реалізації людського потенціалу.
5. Інформаційна активність (пошук знань і можливостей)	Витрати часу і ресурсів на пошук інформації про ринки праці, можливості навчання, нові технології. Інформаційна компетентність є чинником адаптивності та конкурентоспроможності.
6. Виховання дітей (інвестиції у наступне покоління)	За Г. Беккером, це довгострокові інвестиції у людський капітал майбутніх працівників, що реалізуються через освіту, здоров'я та культурне виховання дітей.

Джерело: узагальнено автором на основі [7; 9; 14; 30-31; 49; 118; 183].

У сучасних дослідженнях до інвестицій у людський капітал також відносять:

- інвестиції у наукові знання (дослідження, інновації);
- соціально-ціннісні інвестиції;
- інвестиції у цифровізацію;
- інвестиції у психологічну стійкість і соціальний добробут працівників (у сучасній інтерпретації – капітал людського добробуту).

Соціально-ціннісні інвестиції, або інвестиції у формування нематеріального капіталу організації, охоплюють розбудову етики взаємодії, довіри, справедливості процедур, розвиток корпоративної культури «психологічної безпеки» та людиноцентричності, а також підвищення престижу професії та репутації медичного закладу. Ці інвестиції мають гуманістичну природу, оскільки спрямовані на створення соціального середовища, у якому людський потенціал може розкриватися максимально повно. Вони не обмежуються зовнішніми формами соціальної відповідальності, а передбачають внутрішню трансформацію організації – формування цінностей, норм і моделей поведінки, що зміцнюють довіру та командну згуртованість.

Згідно з концепцією психологічної безпеки, розробленою професоркою Гарвардської школи бізнесу Емі Едмондсон (Massachusetts Institute of Technology), команди, у яких підтримується високий рівень довіри, відкритості й взаємоповаги, частіше діляться знаннями, швидше навчаються на власних помилках і приймають більш обґрунтовані рішення [145]. Це безпосередньо корелює з якістю медичної допомоги, безпекою пацієнтів і зниженням ризику помилок у клінічній практиці. Отже, соціально-ціннісні інвестиції мають не лише етичну, а й економічну доцільність, адже вони зменшують приховані витрати, пов'язані з конфліктами, вигоранням і кадровою плінністю.

На практичному рівні такі інвестиції реалізуються через інституційні програми етичного лідерства, системний і регулярний зворотний зв'язок, розвиток культури «голосу без репресій» (speak-up culture), коли кожен співробітник має можливість відкрито висловлювати зауваження чи пропозиції без страху санкцій. Це знижує ризик латентних помилок, підвищує колективну відповідальність і сприяє створенню довірчого організаційного клімату.

Цифрові інвестиції становлять ще один стратегічний напрям розвитку людського капіталу, особливо в сфері охорони здоров'я. Вони охоплюють формування цифрової грамотності персоналу, упровадження систем eHealth, телемедицини, аналітики великих даних (big data), а також розвиток систем підтримки клінічних рішень на основі штучного інтелекту. Важливою складовою є побудова цифрової культури – перехід до електронного документообігу, інтеграція онлайн-освіти, використання симуляційних платформ і створення єдиного цифрового середовища управління знаннями.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо цифрових втручань у сфері охорони здоров'я [209], цифровізація має системні ефекти: від покращення доступу до послуг і моніторингу якості до підвищення ефективності використання ресурсів. Окремий напрямок цифрових інвестицій – це етика та управління штучним інтелектом (AI). ВООЗ у своєму звіті [146-147] наголошує, що алгоритми повинні розроблятися з урахуванням принципів прозорості, підзвітності та поваги до прав людини, а для генеративних моделей (LMMs) визначаються окремі рекомендації щодо етичного застосування в охороні здоров'я.

Для закладів охорони здоров'я інвестиції в цифрові компетентності та створення інтегрованої цифрової екосистеми (дані – процеси – люди) забезпечують подвійний ефект, а саме підвищення операційної ефективності й покращення якості клінічних рішень. Це сприяє формуванню адаптивних, гнучких організаційних структур, здатних швидко реагувати на зміни середовища й упроваджувати інновації.

Психологічні інвестиції спрямовані на розвиток емоційного інтелекту, стресостійкості, саморегуляції, командної емпатії та профілактику професійного вигорання серед працівників охорони здоров'я. Вони також охоплюють інституціалізацію систем психологічної підтримки, таких як супервізія, програми peer-support, коучинг чи корпоративні ініціативи добробуту. ВООЗ включила вигорання до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) як «феномен професійного середовища», що характеризується емоційним виснаженням, цинізмом і зниженням ефективності діяльності [132; 139]. Ігнорування цього аспекту у стратегічному управлінні людськими ресурсами безпосередньо підриває якість медичної допомоги, підвищує ризик помилок і скорочує професійне довголіття фахівців. Психологічна безпека, за даними досліджень Массачусетського технологічного інституту, є необхідною умовою ефективного командного навчання, рефлексії та відкритого обговорення помилок, що створює підґрунтя для сталого підвищення якості роботи [145].

Практичні програми з розвитку психологічної стійкості допомагають працівникам закладів охорони здоров'я краще адаптуватися до кризових ситуацій, ефективніше справлятися зі стресом, зменшувати ризики емоційного виснаження та підтримувати високий рівень мотивації. Таким чином, системні психологічні інвестиції підсилюють кадрову стабільність, запобігають професійним деформаціям і забезпечують довготривалу ефективність медичних команд.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що соціально-ціннісні, цифрові та психологічні інвестиції є взаємодоповнюючими вимірами єдиної інвестиційної політики закладу охорони здоров'я. Економічні стимули без освітніх і психологічних вкладень мають короткостроковий ефект; цифрові інновації без етичної та ціннісної рамки породжують ризики технологічного відчуження; соціально-ціннісні інвестиції без економічної логіки не масштабуються.

Лише інтегрований підхід до інвестицій у людські ресурси створює комплексний ефект: медичний (підвищення якості та безпеки допомоги), економічний (зростання ефективності й продуктивності), соціально-репутаційний (підвищення престижу професії та довіри до системи охорони здоров'я) і демографічний (збереження та відтворення кадрового потенціалу). У підсумку це формує не просто основу для стратегічного управління людськими ресурсами закладу охорони здоров'я, а зміцнює людський капітал країни, формуючи основу для її сталого розвитку.

Висновки до Розділу 1

Результати дослідження теоретико-методологічних засад стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я дозволяють сформулювати низку концептуально обґрунтованих висновків, що розкривають сутність, структуру, еволюцію та роль стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я в сучасних умовах глобальних трансформацій, а саме:

1. Аналіз еволюції концептуальних підходів до стратегічного управління людськими ресурсами – від класичних і неокласичних підходів до системної, контингентної та агентської теорій – дозволив інтерпретувати дефініцію «стратегічного управління людськими ресурсами» як концепцію й практику довгострокового управління персоналом, що передбачає інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією організації та базується на розумінні людського капіталу як ключового стратегічного ресурсу. Поєднання логіки RBV/VRIN із компетентнісним підходом зміщує фокус із адміністративного «персоналу» на формування унікальних, важковідтворюваних компетенцій, інтегрованих у стратегію організації.

Для охорони здоров'я це означає перехід від кадрового адміністрування до інвестицій у розвиток, утримання та мобільність фахівців, що критично важливо в умовах міграції, цифровізації та післявоєнного відновлення.

Стратегічне управління людськими ресурсами забезпечує вертикальну й горизонтальну інтеграцію HR-практик, їх відповідність контексту і узгодження інтересів «принципал–агент», що знижує агентські витрати та підсилює організаційну стійкість. Отже, стратегічне управління людськими ресурсами формує підґрунтя довгострокової конкурентоспроможності та сталого розвитку закладів та системи охорони здоров'я, підвищуючи їхню здатність відповідати викликам глобалізації й реформ.

2. Проведений аналіз сучасних HR-моделей засвідчує, що еволюція управління людськими ресурсами відбувалася від адміністративно-нормативних систем до стратегічно-гуманістичних підходів, де людина розглядається не як витратний елемент, а як стратегічний актив організації. Він дозволив запропонувати авторське визначення змісту поняття «HR-моделі (моделі управління людськими ресурсами)», під якою слід розуміти цілісну концептуальну рамку, що описує принципи, логіку та інструменти організації роботи з персоналом і забезпечує інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією. Така дефініція підкреслює роль HR-моделі у розвитку людського капіталу, цифровій трансформації, впровадженні HR-аналітики та формуванні компетенцій, що відповідають VRIN-критеріям (цінність, рідкісність, унікальність, інтегрованість).

Отже, сучасні HR-моделі виступають концептуальним і практичним базисом стратегічного управління людськими ресурсами, перетворюючи людський капітал з об'єкта адміністративного впливу на головний фактор інноваційного розвитку та стійкої конкурентоспроможності організацій.

3. Проведене дослідження теоретико-методичних засад інвестування у людські ресурси закладів охорони здоров'я дозволяє надати авторське визначення «інвестицій у людські ресурси закладів охорони здоров'я», що розглядає їх як систему цілеспрямованих економічних, організаційних, інтелектуальних, цифрових і соціально-ціннісних вкладень у формування, розвиток, збереження та ефективне використання професійного потенціалу медичних працівників, яка забезпечує зростання їх компетентності,

адаптивності та психологічної стійкості, сприяє інноваційності й якості медичної допомоги та створює довгострокову соціально-економічну віддачу для закладу охорони здоров'я, системи охорони здоров'я і суспільства загалом.

Запропонована парадигма інвестування у людські ресурси є міждисциплінарною і багатовимірною. Вона інтегрує економічний, соціально-гуманітарний, психологічний, цифровий та етичний виміри. Автор зауважує, що інвестиції у людські ресурси у закладах охорони здоров'я включають не лише фінансування навчання, а й розвиток емоційної стійкості, цифрових навичок, командної взаємодії та культури довіри. Такий підхід розглядає медичного працівника як носія знань, цінностей і психоемоційного ресурсу, від якого залежить якість медичної допомоги та безпека пацієнтів.

4. Результати дослідження, що викладено у Розділі I, опубліковані автором у наступних літературних джерелах: 12-15; 34-35; 38; 123; 212; 137.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІТИЧНА ОЦІНКА СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Глобальні тренди та виклики управління людськими ресурсами в охороні здоров'я

У ХХІ столітті управління людськими ресурсами охорони здоров'я перетворюється на один із ключових детермінантів стійкості та конкурентоспроможності національних систем охорони здоров'я. Глобальні трансформації, що охоплюють демографічні, соціально-економічні, технологічні та політичні процеси, формують нову конфігурацію викликів для систем охорони здоров'я.

Сьогодні країни Європейського регіону, незалежно від рівня доходів, перебувають у точці, яку можна вважати критичною для забезпечення стійкого, компетентного та достатнього за чисельністю кадрового потенціалу. Попри те, що цей регіон має найвищу щільність медичних працівників серед інших регіонів світу, дефіцит кадрів, їхня нерівномірна доступність, ознаки професійного вигорання та відтік кваліфікованих спеціалістів набувають системного характеру. Ситуація різко ускладнилася внаслідок пандемії COVID-19, що висвітлила структурні недоліки, прискорила кризові явища та суттєво вплинула на мотивацію, навантаження й стійкість медичного персоналу [167].

За оцінками ВООЗ [171], до 2030 року прогнозується дефіцит медичних кадрів до 11 мільйонів медичних працівників, переважно в країнах із низьким та середнім рівнем доходу, що вже сьогодні створює значні ризики для доступності та якості медичної допомоги.

Глобальна стратегія ВООЗ Workforce 2030 [156] визначає, що сучасні системи охорони здоров'я мають адаптуватися до цих радикальних

трансформацій ринку праці, цифрової революції, урбанізації, старіння населення та посилення міграційних потоків.

У цих умовах традиційні управлінські підходи до управління людськими ресурсами стають недостатніми, оскільки виникає потреба в стратегічних, інтегрованих та гнучких моделях розвитку кадрового потенціалу, здатних забезпечити стійкість системи охорони здоров'я до глобальних шоків таких, як пандемії, воєнні і гуманітарні кризи.

Таким чином, глобальні мегатренди у сфері управління людськими ресурсами задають нові пріоритети політики та менеджменту. Для країн, що переживають воєнні дії або масштабні соціально-економічні трансформації, зокрема України, ці мегатренди не є абстрактною глобальною рамкою, а стають реальними орієнтирами для реформування системи управління людськими ресурсами відповідно до міжнародних стандартів та потреб післявоєнного відновлення.

Аналіз наукових та аналітичних джерел [8; 19; 24; 36; 47; 156; 167; 184; 192; 206] дозволив нам виділити такі глобальні мегатренди у сфері управління людськими ресурсами, які істотно впливають на систему стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я України:

- 1) глобальний дефіцит медичних кадрів і структурний дисбаланс;
- 2) старіння кадрового потенціалу галузі;
- 3) гендерні диспропорції;
- 4) глобалізація ринку праці та посилення міжнародної мобільності;
- 5) цифровізація, штучний інтелект і трансформація компетенцій;
- 6) психологічний тиск та вигорання медичних кадрів;
- 7) зростання уваги до добробуту персоналу.

Розглянемо більш детально ці мегатренди.

Проблема дефіциту людських ресурсів охорони здоров'я має характер тривалої глобальної кризи, яка не лише зберігається, а й трансформується, набуваючи нових форм структурного дисбалансу. Ще у Всесвітній доповіді про стан охорони здоров'я 2006 року [241] ВООЗ оцінила глобальний дефіцит

майже у 4,3 млн лікарів, медичних сестер, акушерок та допоміжного персоналу, причому найгостріший брак кадрів спостерігався у 57 найбідніших країнах, насамперед у країнах Африки на південь від Сахари [241]. Це заклало основу для формування понять «криза кадрових ресурсів охорони здоров'я» та «країни з кадровою кризою» у глобальній політиці охорони здоров'я.

У 2013 році спільний звіт Глобального альянсу з кадрових ресурсів для здоров'я та ВООЗ [114] продемонстрував, що проблема не лише зберігається, а й поглиблюється. Було показано, що поточний дефіцит становить близько 7,2 млн кваліфікованих медичних працівників (лікарів, медичних сестер, акушерок) у країнах, які не досягають порогового рівня забезпеченості (у середньому 23 працівники на 10 тис. населення), із прогнозованим зростанням дефіциту до 12,9 млн до 2035 року [114]. Уже на цьому етапі стає очевидним не лише кількісний, а й регіональний структурний дисбаланс: майже половина дефіциту припадала на Південно-Східну Азію ($\approx 3,4$ млн; 47 %), близько чверті – на Африканський регіон ($\approx 1,8$ млн; 25 %), тоді як європейський регіон мав найменший розрив ($\approx 0,07$ млн; 1 %) [114].

Якісний зсув у підходах до оцінки дефіциту ресурсів охорони здоров'я відбувся з прийняттям Глобальної стратегії ВООЗ щодо людських ресурсів охорони здоров'я [156]. Останній аналітичний документ ВООЗ [156] вказує, що, попри загальне зростання глобального кадрового запасу понад 70 млн працівників, оціночний дефіцит до 2030 року може сягати 11 млн медичних працівників з урахуванням уповільнення прогресу після пандемії COVID-19, впливу економічних криз та безпекових криз (таких як війни, збройні конфлікти). Для ЄС оцінено орієнтовний дефіцит близько 1,2 млн лікарів, медичних сестер та акушерок (виходячи з мінімальних порогів кадрового забезпечення для універсального покриття медичними послугами), при тому, що більшість країн одночасно декларують нестачу і лікарів, і медичних сестер [168].

Сукупне число медичних працівників на 10000 населення за країнами та регіонами наведено на рис. 2.1.

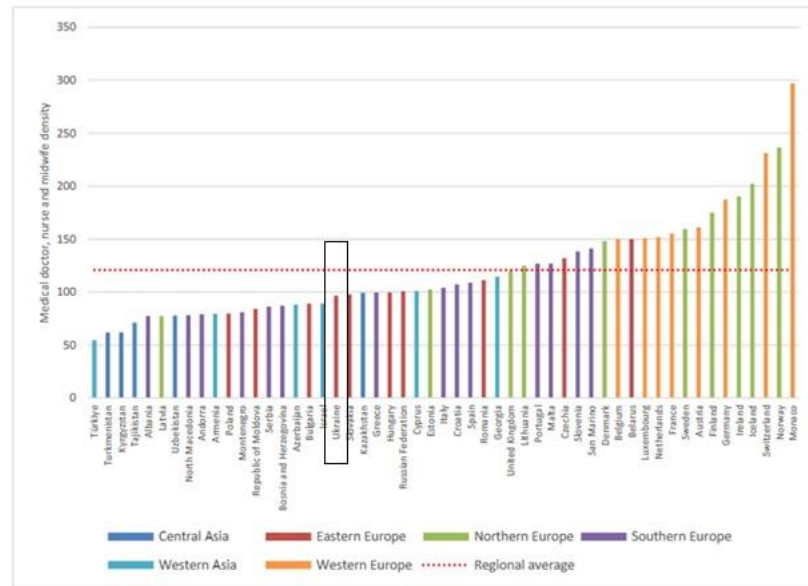


Рис. 2.1. Сукупне число (щільність) медичних працівників (лікарів, медичних сестер та акушерок) на 10000 населення порівняно з регіональним середнім показником 121 на 10 000 населення
Джерело: [156].

Вище зазначене свідчить, що динаміка дефіциту є нелінійною. Кількість працівників збільшується, але потреби систем охорони здоров'я зростають ще швидше.

Це становить ключову загрозу досягненню Цілей сталого розвитку та загального охоплення послугами охорони здоров'я [156]. У стратегії дефіцит розглядається вже не як суто «нестача кадрів», а як розрив між наявним кадровим потенціалом та потребами населення, з урахуванням демографічних змін, епідеміологічного переходу та економічних можливостей системи.

Паралельно з кількісними оцінками формується уявлення про структурний дисбаланс кадрових ресурсів, який має кілька вимірів, зокрема:

- 1) Міжкраїновий дисбаланс. Більшість глобального дефіциту зосереджена у країнах з низьким та нижчим за середній рівнем доходу, тоді як високодохідні країни, попри відносно високі показники забезпеченості, активно «втягують» медичних працівників через міжнародну міграцію, поглиблюючи дефіцит у вразливих системах [156; 179].

- 2) Внутрішньокраїновий дисбаланс. Дані ВООЗ і регіональні дослідження підтверджують стійку нерівність між містами та сільськими і віддаленими територіями, де кадровий дефіцит поєднується з нижчим рівнем інфраструктури та фінансування [8; 124].
- 3) Дисбаланс за професійною структурою. У багатьох країнах зафіксовано надмірну концентрацію лікарів у порівнянні з медичними сестрами, акушерками та працівниками первинної ланки, а також недостатню інтеграцію спільнотних та немедичних кадрів у формальні системи. Це створює «горловини» у наданні допомоги та знижує ефективність використання вже наявного кадрового потенціалу [24; 114].
- 4) Дисбаланс між секторами та рівнями допомоги. Навіть у країнах із відносно високою загальною забезпеченістю кадрами виникає дефіцит у певних спеціальностях (первинна медична допомога, геріатрія, психічне здоров'я, реабілітація) та у публічному секторі на користь приватного, що загрожує доступності послуг для вразливих груп [109].

Сучасні аналітичні роботи, у тому числі дослідження [109; 124; 179], підкреслюють, що глобальний дефіцит людських ресурсів охорони здоров'я необхідно інтерпретувати не лише як арифметичну нестачу кадрів, а як сукупність «прогалин у доступності, розподілі, компетентностях і якості», які перешкоджають досягненню універсального охоплення послугами охорони здоров'я. Звідси випливає, що ключовим завданням стратегічного управління людськими ресурсами в медичній сфері стає подолання саме структурного дисбалансу завдяки цілеспрямованій кадровій політиці на макро- та мікро-рівнях.

Глобальний дефіцит медичних кадрів і їхній структурний дисбаланс посилюється наступним глобальним викликом – проблемою старіння медичного персоналу, особливо серед лікарів первинної ланки та медичних сестер. Це не лише демографічне явище, а фактор, який радикально змінює спроможність систем охорони здоров'я підтримувати універсальне охоплення послугами та реагувати на кризи.

Старіння медичного персоналу виступає «мультиплікатором ризиків» для вже наявного дефіциту. За даними OECD [168], у 2021-2023 роках у середньому близько третини (33 %) лікарів у країнах ОЕСР були віком 55 років і старше, тоді як у 2000 році цей показник становив трохи більше однієї п'ятої. У низці країн (Латвія, Естонія, Італія, Угорщина тощо) частка лікарів віком 55+ перевищує 44 % [168] (рис. 2.2). Схожа динаміка спостерігається серед медичних сестер і акушерок, особливо в європейських країнах із тривалим періодом низької народжуваності та старінням загальної популяції [169].

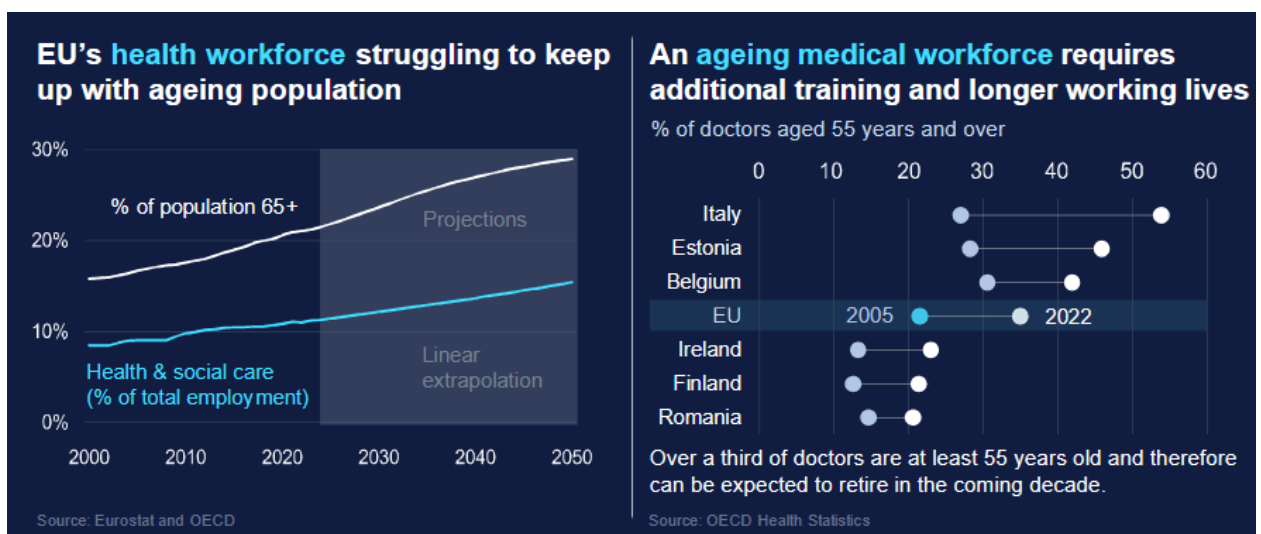


Рис. 2.2. Показники старіння медичного персоналу в країнах ЄС

Джерело: [168].

За даними рис. 2.2, попри значне зростання потреб у послугах, частка зайнятих у сфері охорони здоров'я збільшується дуже повільно: з приблизно 9% у 2000 р. до близько 13% у 2020 р. Лінійна екстраполяція показує лише помірне зростання до 2050 р., що не відповідає темпам старіння населення. Сьогодні темп зростання потреб (демографічне старіння) у медичних послугах випереджає темп зростання кадрового забезпечення, що створює ризик дефіциту персоналу.

Проблема старіння є особливо гострою для лікарів загальної практики – сімейної медицини та медичних сестер. У багатьох країнах первинна ланка

характеризується більш «старим» віковим профілем порівняно з вузькими спеціальностями, а також меншою привабливістю для молодих лікарів через нижчу оплату, вищу емоційну й адміністративне навантаження та менший престиж.

При цьому вплив старіння посилюється високим рівнем вигорання та професійного відтоку, що загострився у світі після пандемії COVID-19. У багатьох країнах ЄС та ОЕСР фіксують одночасно:

- зростання частки медичних кадрів віком 50+;
- високі показники наміру залишити професію або змінити сектор роботи;
- труднощі із залученням молоді, попри формальне збільшення місць за освітніми програмами [168].

Старіння медичного персоналу в умовах глобального дефіциту і структурного дисбалансу має низку негативних стратегічних наслідків, зокрема:

- «хвиля виходу на пенсію»: очікується, що у найближчі 10-15 років значна частка лікарів та медичних сестер, особливо у високодохідних країнах, одночасно наблизиться до пенсійного віку, що створює ризик різкого скорочення кадрового потенціалу без достатньої заміни [169];
- втрата професійної пам'яті та наставництва: відхід старших фахівців обмежує можливості для клінічного наставництва, передачі неявних знань та розвитку молодих кадрів, особливо у первинній ланці та віддалених регіонах [180];
- посилення географічного і міжпрофесійного дисбалансу: старіння персоналу в сільських та малопривабливих для молодих фахівців регіонах веде до формування «медичних пустель» навіть у країнах з відносно високою середньою щільністю медичних працівників [168];
- загроза досягненню цілей універсального охоплення медичними послугами та Цілей сталого розвитку: оновлені оцінки ВООЗ підкреслюють, що без активної політики щодо управління кадровими ресурсами, включно зі стратегіями роботи зі старшим персоналом,

досягнення цілей універсального охоплення медичними послугами до 2030 року залишається під загрозою [156].

Аналітичні огляди для Європи [167-170; 221] підкреслюють, що поєднання демографічного старіння населення (зростання попиту на послуги) та старіння медичного персоналу (зростання пропозиції кадрів, які наближаються до пенсійного віку), є одними з ключових драйверів прогнозованої нестачі кадрів у найближчі 10-15 років.

Таким чином, старіння людських ресурсів охорони здоров'я виступає не окремим феноменом, а ключовим чинником, який посилює глобальний дефіцит та структурний дисбаланс кадрів, особливо в первинній медичній допомозі та мед.сестринстві. Для стратегічного управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я це означає необхідність інтегрувати демографічні прогнози, політику щодо робочих місць, «дружніх до людей старшого віку» (age-friendly), та проактивні моделі заміщення й розвитку молодих кадрів у загальну архітектуру HR-стратегій на макро- та мікро-рівнях.

Втім, демографічне старіння не є єдиною структурною загрозою для балансу та стійкості людських ресурсів охорони здоров'я. Не менш значущим мегатрендом, який визначає доступність, розподіл і якість кадрового потенціалу, є глибокі гендерні диспропорції, що пронизують усі рівні системи охорони здоров'я.

Саме тому наступний аспект глобальної трансформації управління людськими ресурсами у галузі охорони здоров'я стосується аналізу гендерної нерівності як системної детермінанти кадрових криз і можливостей для стратегічного розвитку.

За оцінкою ВООЗ [154], у глобальному секторі охорони здоров'я та соціальної допомоги, де зайнято близько 234 млн працівників, жінки становлять близько 70 % усієї робочої сили й забезпечують внесок орієнтовно 3 трлн дол. США на рік (рис. 2.3).

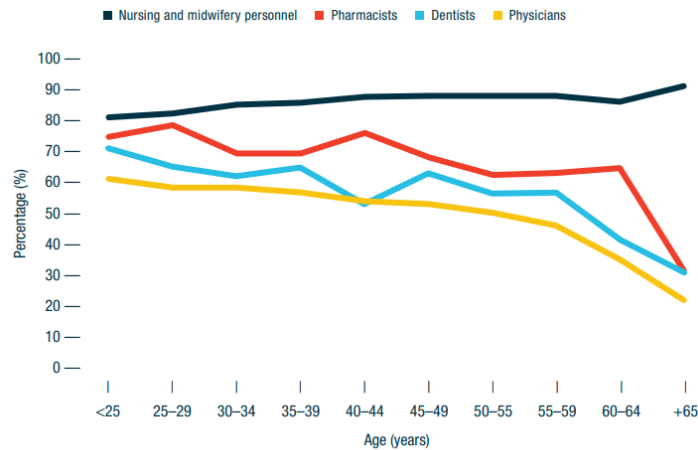


Рис. 2.3. Частка жінок серед працівників охорони здоров'я за віковими групами

Джерело: [154].

Це підтверджують і звіти ОЕСД, де зазначається, що в більшості країн ОЕСР понад 75 % зайнятих у секторі охорони здоров'я та соціальних послуг – це жінки, що робить цей сектор найбільш фемінізованим сегментом ринку праці [168-169].

При цьому гендерна структура є дуже неоднорідною за професіями:

- жінки становлять майже 70 % усіх працівників охорони здоров'я у світі;
- близько 80-90 % – у сестринстві та акушерстві;
- у країнах ОЕСР до 87 % працівників довготривалого догляду – це жінки [154].

Це означає, що глобальний сектор охорони здоров'я є формально жіночим, але на рівні статусних позицій, оплати праці та прийняття рішень гендерна асиметрія зберігається й посилюється.

Гендерні диспропорції виявляються насамперед через горизонтальну сегрегацію:

- жінки домінують у «доглядових» професіях – медичні сестри, акушерки, молодший медичний персонал, працівники соціального догляду;

- чоловіки більш представлені в технічних, високоспеціалізованих і керівних клінічних ролях (хірургія, анестезіологія, частина діагностичних спеціальностей) [154].

Аналіз ВООЗ [154] показав, що жінки переважно знаходяться у нижчеоплачуваних професіях і часто у формах нестандартної чи часткової зайнятості.

Такий розподіл закріплює:

- нижчий середній дохід жінок;
- менші можливості кар'єрного просування;
- більшу вразливість до професійного вигорання та трудової міграції.

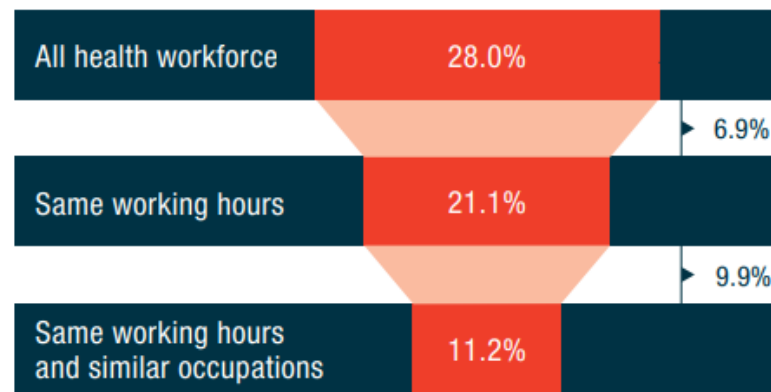
Попри те, що жінки становлять більшість у секторі, лідерські позиції залишаються переважно маскулінізованими. За даними ВООЗ, лише 25 % жінок займають керівні посади в системі охорони здоров'я та глобальних організаціях у сфері здоров'я [154; 121].

Огляд [121] показав, що розширення участі жінок у керівництві має статистично значущий позитивний вплив на фінансові результати закладів охорони здоров'я, інноваційність, етичність рішень, показники здоров'я та можливості кар'єрного просування для інших жінок.

Таким чином, вертикальна сегрегація не тільки відтворює несправедливість, а й знижує ефективність управління системою охорони здоров'я, обмежуючи використання «гендерного дивіденду» – доданої вартості від лідерства жінок.

Також спостерігається стійкий гендерний розрив в оплаті праці у сфері охорони здоров'я, який не пояснюється лише різницею у кваліфікації чи зайнятості (рис. 2.4).

Аналіз ВООЗ [154] демонструє, що жінки в охороні здоров'я та соціальної допомоги в середньому заробляють на 28 % менше, ніж чоловіки, з яких після урахування відмінностей у годинах роботи та професіях залишається майже 11 % розриву. Цей розрив вищий, ніж середній гендерний розрив в оплаті праці в економіці загалом.



Source: Data from LFS.

Рис. 2.4. Гендерний розрив в оплаті праці серед працівників охорони здоров'я
Джерело: [154].

З позиції стратегічного управління людськими ресурсами в медичній сфері це означає, що гендерні диспропорції в оплаті праці системні, а не випадкові, а «жіночі» професії (сестринство, догляд) занижені за вартістю порівняно з іншими секторами, навіть за однакових рівнів кваліфікації.

Це формує комплекс взаємопов'язаних управлінських пріоритетів, спрямованих на забезпечення справедливості, ефективності й стійкості кадрового потенціалу. Насамперед йдеться про гендерно-чутливе кадрове планування.

Проте глобальний дефіцит медичних кадрів, їхній структурний дисбаланс, які супроводжуються старінням кадрового потенціалу галузі та гендерною диспропорцією, – лише одна частина ширшого контексту управління людськими ресурсами охорони здоров'я. Поряд із внутрішніми структурними диспропорціями дедалі більший вплив на кадрову ситуацію мають такі глобальні процеси, як формування міжнародного ринку медичної праці та стрімке зростання мобільності медичних працівників. Саме глобалізація кадрових потоків є наступним мегатрендом, що визначає можливості та обмеження для стратегічного управління людськими ресурсами в охороні здоров'я.

За даними ВООЗ, лише за останнє десятиліття кількість мігрантів-лікарів і медичних сестер у країнах ОЕСР зросла на 60 %, і прогнози вказують на подальше прискорення міжнародної міграції медичних працівників через зростаючий попит і демографічний тиск [172]. У період 2012-2023 рр щорічний міграція медичних працівників до ЄС зросла в 3 рази для лікарів і майже в 5 разі – для медичних сестер [172]. Держави-члени регіонів Східної та Південної Європи залишаються основними донорами (постачальниками) медичних кадрів для інших європейських регіонів [172]. Так, за даними [172], із загального обсягу міграції в межах Європейського регіону 52 % лікарів походили з країн Східної Європи, а 62 % медичних сестер – із країн Південної та Східної Європи.

Статистика OECD [174] демонструє, що в 2023 році країни ОЕСР сумарно мали понад 4,5 млн лікарів та 12,3 млн медичних сестер, тоді як у 2000 році – відповідно 2,8 млн і 8,1 млн (рис. 2.5).

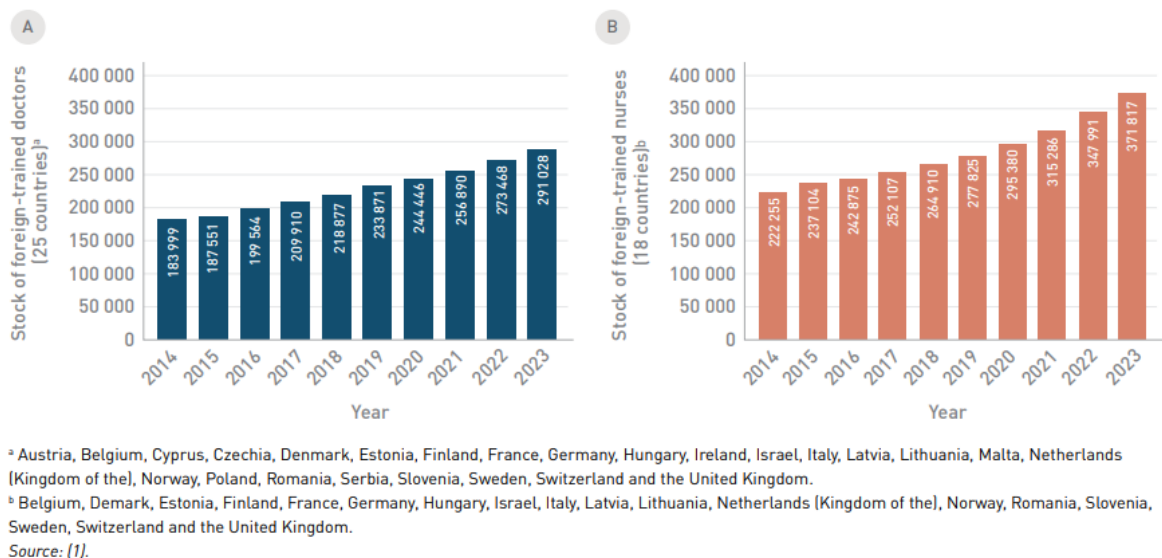
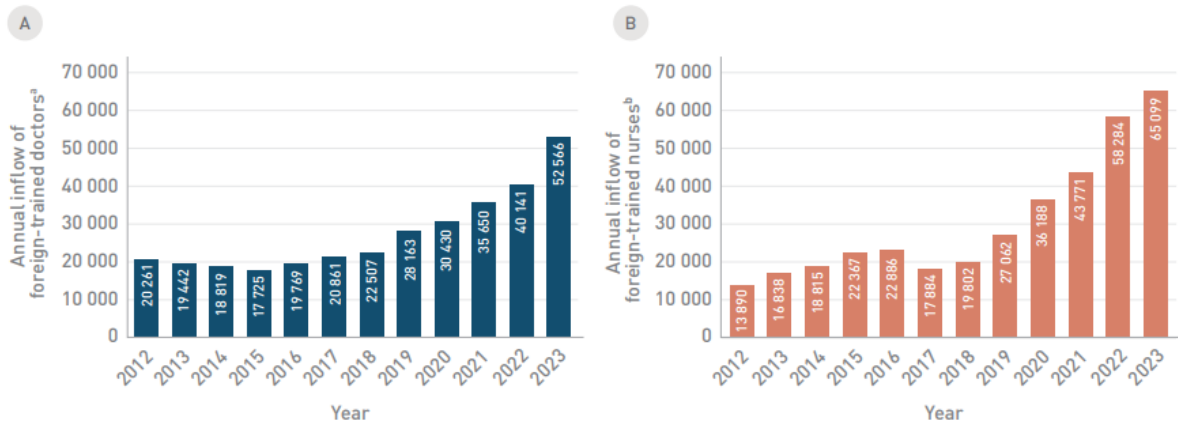


Рис. 2.5. Кількість лікарів (А) та медичних сестер (В), які здобули освіту за кордоном, у державах-членах Європейського регіону ВООЗ, у 2014-2023 рр.

Джерело: [172].

Значну частину цього приросту забезпечили саме фахівці, які здобули освіту за кордоном (рис. 2.6):

- у 2023 році в країнах ОЕСР працювало понад 600 тис. лікарів, які здобули освіту за кордоном, – це понад 50 % приросту порівняно з 2010 роком (рис. 2.5) [169];
- число медичних сестер, які здобули освіту за кордоном, досягла понад 800 тис. у 2023 році, що на 69 % більше, ніж у 2010-му [169].



^a Austria, Belgium, Bulgaria, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Latvia, Malta, Netherlands (Kingdom of the), Norway, Poland, Romania, Serbia, Slovenia, Spain, Switzerland and the United Kingdom.

^b Austria, Belgium, Bulgaria, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Latvia, Lithuania, Netherlands (Kingdom of the), Norway, Poland, Romania, Spain, Sweden, Switzerland and the United Kingdom.

Рис. 2.6. Щорічний «приплив» лікарів (А) та медичних сестер (В), які здобули освіту за кордоном, до держав-членів, Європейського регіону ВООЗ, у 2012–2020 рр.

Джерело: [172].

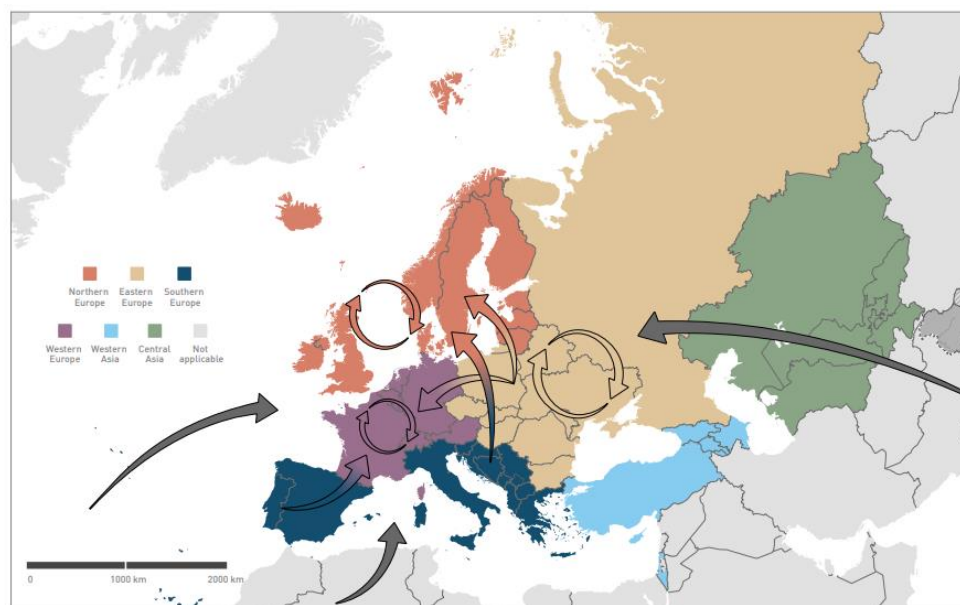
Держави-члени регіонів Західної та Північної Європи значною мірою залежать від медичних працівників, які здобули освіту за кордоном:

- у порядку спадання найвищу частку лікарів, які здобули освіту за кордоном, мають Кіпр (94%), Ізраїль (59%), Норвегія (44%), Ірландія (43%) і Швейцарія (40%);
- у порядку спадання найвищу частку медичних сестер, підготовлених за кордоном, мають Ірландія (52%), Швейцарія (27%) та Велика Британія (23%) [172].

Міжнародна мобільність медичних працівників дедалі менше є «винятком» і дедалі більше перетворюється на структурну характеристику світового ринку праці в охороні здоров'я. Дані ВООЗ та ОЕСД показують, що:

- відбувається інституціоналізація експорту медичних кадрів, коли окремі країни (наприклад, Китай) цілеспрямовано розширюють англомовні програми медичної освіти для іноземних студентів, готуючи щороку до $\approx 3\,500$ іноземних студентів-медиків для глобального ринку [175];
- розвиваються двосторонні та регіональні угоди, які спрощують взаємне визнання дипломів, регулюють потоки кадрів і поєднують міграційну політику з політикою зайнятості та розвитку людського капіталу [228].

Міграційні потоки медичних кадрів представлені на рис. 2.7.



Note: Grey arrows indicate migration flows from outside the European Region, other arrows indicate migration flows within the European Region and are coloured according to the relevant subregions.

Рис. 2.7. Основні міграційні потоки медичних кадрів в Європейському регіоні ВООЗ

Джерело: [172].

Таким чином, медичні кадри стають частиною глобального ланцюга створення цінності, де країни-донори витрачають обмежені ресурси на підготовку кадрів, а країни-реципієнти отримують готову робочу силу, часто без достатніх компенсаційних механізмів.

У науковій літературі з міжнародної міграції медичних працівників [115; 134; 231; 239] часто описується дилема «відтік кадрів» проти «міжнародна циркуляція талантів». З одного боку, медичних кадрів може забезпечувати:

- «подвійний виграш» – для країни-реципієнта (закриття дефіциту кадрів), для індивіда (вища оплата, кращі умови праці) і потенційно для країни-донора (ремітенси, обмін знаннями, повернення фахівців із новими компетентностями) [66; 115; 239];
- розширення можливостей професійного розвитку, доступ до високотехнологічної медицини, наукової кар'єри тощо.

З іншого боку, масований відтік кадрів із країн з низьким та середнім рівнем доходу, а також із вразливих систем охорони здоров'я призводить до:

- критичного дефіциту медичних кадрів на рівні первинної ланки;
- подальшого поглиблення регіональної та соціальної нерівності в доступі до медичної допомоги;
- втрати інвестицій у підготовку кадрів, які не повертаються у вигляді підвищення доступності та якості послуг для місцевого населення [134; 231].

У підсумку, глобалізація ринку медичної праці та посилення міжнародної мобільності є не просто фоновим процесом, а стратегічним фактором, який визначає можливість досягнення цілей універсального охоплення медичними послугами, стійкість національних систем охорони здоров'я та ефективність інвестицій у людський капітал. У сучасних умовах глобалізації ринку медичної праці міжнародна мобільність медичних працівників проявляється у двох взаємопов'язаних вимірах: зовнішньому та внутрішньому, кожен із яких формує специфічні виклики для стратегічного управління людськими ресурсами в сфері охорони здоров'я.

Зовнішній вимір охоплює макро- та мезорівень, де країни-реципієнти активно використовують міжнародний рекрутинг як «швидкий інструмент» для закриття кадрового дефіциту, що особливо актуально у контексті старіння населення, хронічної нестачі медичних сестер і лікарів первинної ланки.

Однак така тактика, попри короткострокові вигоди, створює ризики довгострокової залежності від імпортованої робочої сили та підриває стійкість національних HR-систем у сфері охорони здоров'я. У свою чергу країни-донори зазнають суттєвих втрат людського капіталу, насамперед серед молодих лікарів і медичних сестер (тобто груп, які потенційно могли б виступати драйверами трансформації національних систем охорони здоров'я). Масований відтік таких фахівців послаблює кадрову спроможність первинної ланки, обмежує доступ населення до якісної медичної допомоги та знижує окупність інвестицій держави у професійну підготовку кадрів. Таким чином, міжнародна мобільність стає не зовнішнім фактором, а стратегічною змінною, що впливає на всі рівні HR-управління в охороні здоров'я.

Внутрішній вимір проявляється на мікро-рівні окремого закладу охорони здоров'я, який дедалі більше інтегрується у глобальний ринок як повноцінний роботодавець, що конкурує за таланти не лише всередині країни, а й міжнародно [155].

Усе це вимагає від держав і закладів охорони здоров'я переходу від реактивної до проактивної HR-моделі, яка поєднує етичний рекрутинг, інвестиції у власний кадровий резерв, розвиток міжнародних освітніх програм навчання з метою утримання фахівців та навчання з метою повернення (кадрів), включення показників міграційних потоків у HR-аналітику.

Водночас зазначені вище тренди є лише одними із вимірів глибокої трансформації людських ресурсів у сфері охорони здоров'я. Паралельно з кількісним і просторовим перерозподілом медичних кадрів відбувається якісна зміна змісту самої медичної праці під впливом технологічних інновацій. Насамперед йдеться про цифровізацію, стрімкий розвиток штучного інтелекту та пов'язану з ними трансформацію компетентностей медичних працівників, які дедалі більше мають працювати з даними, цифровими платформами та інтелектуальними системами підтримки рішень [106]. Цифровізація, штучний інтелект і пов'язана з ними трансформація компетентностей медичних працівників сьогодні виступають одним із найпотужніших глобальних

мегатрендів, що змінюють логіку організації праці, вимоги до професійної підготовки та моделі стратегічного управління людськими ресурсами в охороні здоров'я [94].

На рівні інфраструктури цифрова трансформація вже досягла суттєвого прогресу. За даними OECD, станом на 2021 рік 21 із країн ОЕСР, що були проаналізовані, повідомили, що електронні медичні записи (eMR/EHR) використовуються щонайменше у 90 % закладах охорони здоров'я, а 20 країн – у не менше ніж 90 % закладах охорони здоров'я [219]. У США до 2021 року майже всі приватні ЗОЗ (96 %) та близько 4 з 5 ЗОЗ амбулаторної ланки (\approx 78–88 %) перейшли на сертифіковані системи EHR [194].

В ЄС цифрова трансформація є однією зі стратегічних цілей. Так, Програма «Цифрове десятиліття» передбачає, що до 2030 року 100 % громадян матимуть доступ до своїх електронних медичних записів [170]. Доповіді ВООЗ підтверджують, що COVID-19 став каталізатором розвитку телемедицини, електронних реєстрів та цифрових платформ, але водночас виявив глибоку нерівність у готовності систем і персоналу до роботи в цифровому середовищі [138].

Однак технічне розгортання цифрових рішень відбувається значно швидше, ніж формування відповідних компетентностей. За європейськими оцінками, близько 40 % дорослих у ЄС не володіють базовими цифровими навичками, а в окремих країнах (Румунія, Болгарія) до 70 % населення мають суттєві прогалини у цифровій грамотності [127]. Дослідження [15; 22; 82; 239] підкреслюють, що дефіцит цифрових навичок серед медичних працівників перетворюється на «вузьке місце» для реалізації потенціалу цифрової медицини – від електронних карт до телемедицини, дистанційного моніторингу й аналітики великих даних.

Штучний інтелект додає до цієї картини новий рівень складності. Аналітика OECD на основі майже 55,5 млн онлайн-оголошень про вакансії у Канаді, Великій Британії та США показує, що попит на цифрові навички в медичних професіях суттєво зростає, тоді як частка вакансій, які прямо

вимагають AI-компетентностей, поки що залишається відносно невеликою – 0,2-0,3 % від усіх оголошень у медичних професіях, але демонструє стійку висхідну динаміку, особливо у непрофільних медичних, таких як управлінські, аналітичні та IT-ролі у закладах охорони здоров'я [141]. За цими вакансіями переважають вимоги до володіння системами обробки медичних даних, інструментами аналізу даних, основами комп'ютерних наук, кібербезпеки та управління цифровими ризиками. Звіт OECD [112] підкреслює, що більшість медичних професій швидше посилюють свої позиції за рахунок ІІІ, ніж повної автоматизації, але спектр завдань у межах професій змінюється нерівномірно. Так, рутинні когнітивні й адміністративні функції мають високий потенціал автоматизації, тоді як завдання, пов'язані з емпатією, клінічним судженням, складною комунікацією та етичним вибором, залишаються «ядром» людської участі [112].

У результаті цифровізація та ІІІ радикально трансформують компетентнісний профіль людських ресурсів охорони здоров'я. Класичні клінічні знання та навички більше не є достатніми. До них додаються цифрова грамотність, здатність працювати з електронними медичними записами, взаємодіяти з інтероперабельними інформаційними системами, розуміти базові принципи роботи алгоритмів підтримки клінічних рішень, критично оцінювати якість даних та алгоритмічні рекомендації, а також дотримуватися стандартів кібербезпеки й захисту даних пацієнтів. У європейських політиках все частіше окреслюються «ядрові цифрові компетентності» для медичних працівників, такі як базова навігація в eHealth-системах, телемедицина, дистанційний моніторинг та інструменти на основі ІІІ для діагностики й стратифікації ризику [112].

Водночас наявний кадровий контингент істотно гетерогенний за рівнем цифрової готовності. Молодші покоління медичних кадрів, як правило, легше адаптуються до нових технологій, тоді як старші працівники потребують більш інтенсивних програм навчання або перенавчання. Звіт Європарламенту щодо кризи кадрових ресурсів у ЄС прямо вказує, що підготовка до технологічних

змін (зокрема підвищення цифрових навичок) є таким же критичним елементом HR-стратегій, як і збільшення числа студентів медичних спеціальностей чи підвищення привабливості професії [221].

Таким чином, без системного інвестування у цифрові компетентності існує ризик формування «цифрової прірви» всередині професійних спільнот, коли частина персоналу стає високоефективною в новому середовищі, а інша – виключається з професійного середовища, що посилює вигорання, незадоволеність роботою та наміри залишити професію.

Для стратегічного управління людськими ресурсами в охороні здоров'я це означає необхідність переходу від «технікоцентричного» підходу (закупівля й впровадження систем) до «людиноцентричного» підходу, у якому цифровізація розглядається як зміна компетентностей і ролей. HR-стратегії мають включати систематичну оцінку цифрових навичок персоналу, розробку кар'єрних траєкторій, створення мотиваційних механізмів для участі у програмах навчання, а також участь медичних працівників у дизайн-процесах цифрових рішень, щоб зменшити спротив змінам і забезпечити клінічну релевантність технологій. Без такого системного підходу цифровізація й ШІ можуть не лише не посилити медичну робочу силу, а й поглибити наявні структурні дисбаланси між поколіннями, регіонами, професійними групами та рівнями допомоги.

Цифровізація та стрімкий розвиток штучного інтелекту докорінно змінюють професійну роль медичних працівників, розширюючи спектр їхніх компетентностей і підвищуючи професійні вимоги [106]. Впровадження цифрових технологій відкриває нові можливості, однак паралельно ускладнює організацію праці, збільшує когнітивне навантаження та створює нові зони відповідальності, пов'язані з управлінням цифровими ризиками, конфіденційністю та безпекою даних.

Це означає, що технологічна трансформація, попри всі свої переваги, на рівні з економічними та безпековими кризами, стає важливим джерелом додаткового психологічного тиску на медичних працівників. Накладаючись на

вже наявні виклики, такі як кадровий дефіцит, надмірне навантаження, складні умови праці та високі емоційні ризики, вона підсилює прояви професійного вигорання, тривожності й стресу. Саме тому наступний мегатренд у сфері управління людськими ресурсами охорони здоров'я пов'язаний зі зростанням уваги до добробуту, психічного здоров'я та безпеки персоналу як ключових умов стійкості медичних систем.

За останнє десятиріччя вигорання та погіршення психічного здоров'я медичних працівників вийшли на рівень глобальної кризи кадрів. Дослідження [189] показало, що приблизно 39 % медичних працівників у світі мають симптоми вигорання (95% ДІ: 25-53 %). Інші дослідження демонструють надзвичайно широкий діапазон поширеності (від 0 до 80,5 %, залежно від країни, спеціальності та методики вимірювання) високого рівня вигорання серед лікарів, особливо в невідкладній та інтенсивній медицині [3; 105; 117; 139].

Звіт ВООЗ про вплив COVID-19 на медичних працівників показав, що в розпал пандемії 23-46 % працівників охорони здоров'я повідомляли про симптоми тривоги, а 20-37 % – про симптоми депресії [78; 240].

Оновлені дані Центру з контролю та профілактики захворювань (США) для США свідчать, що частка медичних працівників охорони здоров'я, які відчувають вигорання, зросла з 32 % у 2018 році до 46 % у 2022 році, а 44% медичних працівників мали намір шукати нову роботу у 2022 році (порівняно з 33% у 2018 році) [222].

Аналітика ОЕСД 2024 року показує, що в середньому майже 40 % лікарів первинної ланки віком до 55 років в 10 країнах ОЕСР повідомляють про вигорання, причому понад 10 % планують припинити прийом пацієнтів у найближчому майбутньому; менше 20 % задоволені балансом «робота–життя» [113]. Подальші дослідження показують, що вигорання пов'язане не лише з емоційним виснаженням, а й із підвищенням частоти медичних помилок, зростанням абсентизму, наміром залишити професію та погіршенням результатів лікування пацієнтів [153].

До ключових чинників психологічного тиску належать: хронічний кадровий дефіцит, надмірне навантаження, робота в умовах постійного стресу (COVID-19, війни, надзвичайні ситуації), адміністративний тиск, насильство та агресія з боку пацієнтів, низький рівень автономії та участі у прийнятті рішень, а також розрив між очікуваною суспільною роллю «героїв» і реальними умовами праці.

Отже, психологічний тиск і вигорання сьогодні розглядаються не як індивідуальна «вразливість» окремих працівників, а як структурний симптом хронічно перевантажених і недостатньо підтримуваних систем охорони здоров'я.

На тлі цієї кризи формується протилежний, але комплементарний мегатренд – інституціоналізація добробуту медичних працівників як політичного та управлінського пріоритету.

На глобальному рівні ВООЗ у 2022–2023 роках ініціювала низку рішень, які прямо ставлять питання добробуту медичних працівників у порядок денний. Звіт [243] окреслює необхідність системного захисту психічного здоров'я працівників і інтеграції безпеки та добробуту в політики кадрового забезпечення. Резолюція ВООЗ WHA75.19 (2022) передбачають розробку глобальної рамки добробуту, яка має включати й сектор охорони здоров'я як пріоритетну цільову групу [234].

У США у 2022 році Національна академія медицини представила Національний план забезпечення добробуту кадрових ресурсів охорони здоров'я, який визначає колективні дії для зміцнення добробуту людських ресурсів охорони здоров'я як умову стійкості всієї системи охорони здоров'я. План орієнтований на зміну організаційних умов (навантаження, бюрократія, культура безпеки), а не лише на індивідуальні програми стійкості [191].

OECD у звітах 2022 та 2024 років розглядає здоров'я та добробут на робочому місці як один із ключових напрямів політики, підкреслюючи роль роботодавців і держави у впровадженні програм підтримки психічного

здоров'я, профілактики стресу, гнучких режимів роботи й участі працівників у прийнятті рішень [113; 193].

На рівні закладів охорони здоров'я цей тренд проявляється у:

- створенні програм психологічної підтримки (підтримка з боку рівних (колег) (peer support), де-брифінги, психологічні консультації);
- впровадженні систем управління навантаженням, гнучкого графіку, обмеження понаднормових змін;
- розвитку безпечного середовища, де зменшується стигма навколо психічного здоров'я та вигорання;
- включенні показників добробуту персоналу (професійне (емоційне) вигорання, залученість у роботу, баланс між роботою та особистим життям (work-life balance)) до HR-аналітики та HR-моделей [3; 81; 105].

З погляду стратегічного управління людськими ресурсами, добробут персоналу переходить з площини нематеріальних управлінських аспектів у сферу жорстких, вимірюваних управлінських показників. Це пов'язано із якістю допомоги, безпекою пацієнтів, плинністю кадрів, привабливістю професії для молоді та економічною ефективністю системи. Проаналізовані аналітичні документи ЄС, ВООЗ та ОЕСД щодо кризи кадрових ресурсів в сфері охорони здоров'я прямо рекомендують включати добробут до стратегій кадрового планування, поряд із оплатою праці, умовами роботи та освітніми інвестиціями.

Нами був здійснено експертне оцінювання сили впливу ключових мегатрендів на систему управління людськими ресурсами охорони здоров'я, що реалізовано в рамках PESTEL-аналізу з використанням 5-бальної шкали. Методологія дослідження наведена у Додатку В.

Таблиця 2.1

PESTEL-аналіз ключових викликів управління людськими ресурсами в охороні здоров'я

Вимір	Вплив (1–5)	Короткий коментар
1. Глобальний дефіцит медичних кадрів і структурний дисбаланс		
P	4,67 (-)	Впливає на уряди переглядати стратегії універсального покриття медичними послугами, змінювати політику фінансування, регіоналізації, освітніх квот; провокує політизацію теми «нестачі лікарів/сестер».
E	4,67 (-)	Обмежує можливості розширення послуг, підвищує витрати на залучення і утримання персоналу, збільшує частку надурочних і «дорогих» змін.
S	4 (-)	Погіршує доступність медичної допомоги, підсилює соціальну нерівність (місто/село, регіони, країни), знижує довіру до системи.
T	3 (±)	Стимулює автоматизацію, телемедицину, ШІ-рішення для компенсації браку кадрів, але без HR-стратегії може лише «маскувати» дефіцит.
E	2 (-)	Кліматичні та гуманітарні кризи збільшують попит на кадри, роблячи дефіцит більш критичним.
L	4 (±)	Викликає зміни в ліцензуванні, міждержавному визнанні дипломів, регулюванні статусу медичних працівників, контрактів, стимулів.
2. Старіння кадрового потенціалу галузі		
P	4 (-)	Вимагає системної політики управління наслідками демографічного старіння, змін пенсійного законодавства, підтримки робочих місць, дружніх до людей старшого віку.
E	4 (-)	Зростають витрати на заміщення, навчання молодих кадрів, одночасно – на соціальні гарантії старших за віком працівників.
S	4 (-)	Поглиблюється ризик «провалів поколінь» у компетенціях та управлінських стилях, втрачається інституційна пам'ять.
T	3 (±)	Старший за віком персонал часто має нижчу цифрову готовність, що призводить до потреби в додатковому навчанні; водночас вони є носіями складного клінічного досвіду.
E	1,33 (0)	Непрямий вплив (старші працівники вразливіші до екологічних та інфекційних ризиків).
L	3 (±)	Регулювання пенсійного віку, гнучких форм зайнятості, заборона вікової дискримінації.
3. Гендерні диспропорції		
P	4 (±)	Посилює потребу у розробленні гендерно-чутливої політики в охороні здоров'я, квот, стратегій рівності.
E	4 (-)	Гендерний зарплатний розрив, заниження вартості «жіночих» професій призводять до неефективного розподілу ресурсів, втрати мотивації.
S	4,67 (-)	Впливає на роль жінок у суспільстві, професійний статус, доступ до лідерства, поєднання професії і догляду в сім'ї.
T	2 (±)	Цифрові та ШІ-технології можуть як відтворювати наявні упередження, так і слугувати інструментом зменшення нерівності завдяки використанню прозорості та доказової HR-аналітики.
E	1,33 (0)	Прямий зв'язок слабкий, але гендерні ролі впливають на участь у «еко»-активностях, догляді в кризах.
L	4,67 (+)	Антидискримінаційне, трудове, антимонополістичне законодавство та регулювання рівної оплати можуть радикально змінювати правила гри.
4. Глобалізація ринку медичної праці та міжнародна мобільність		
P	4,67 (±)	Формує міжнародні угоди, впливає на двосторонні відносини, етичні кодекси ВООЗ, міграційну політику.
E	4,67 (±)	Для країн-реципієнтів – економія на підготовці кадрів; для країн-донорів – втрата інвестицій у людський капітал.
S	4 (-)	Відтік кадрів з вразливих регіонів, поглиблення нерівності в доступі до медичної допомоги.
T	3 (+)	Спрощує рекрутинг, віддалені співбесіди, дистанційну співпрацю; посилює потребу в цифрових HR-платформах.
E	2 (±)	Еко- та гуманітарні кризи стимулюють хвилі міграції-повернення.
L	4 (±)	Візові режими, визнання кваліфікацій, реалізація/ігнорування Глобального кодексу практики ВООЗ щодо міжнародного найму медичних працівників.
5. Цифровізація, штучний інтелект і трансформація компетенцій		
P	4 (+)	Державні стратегії eHealth, національні цифрові програми, регулювання ШІ у медицині.
E	4 (±)	Високі стартові витрати, але потенціал підвищення ефективності, зниження транзакційних витрат і помилок.
S	3 (±)	Змінює очікування пацієнтів, роль лікаря-пацієнта, підсилює цифрову нерівність між поколіннями та групами.
T	4,67 (+)	Ключовий драйвер змін.
E	2 (+)	Дає змогу краще реагувати на еко-та кліматичні кризи (моніторинг, раннє попередження).
L	4 (±)	Регулювання захисту даних, медичних виробів та ШІ, кібербезпеки, етичних стандартів.
6. Психологічний тиск та вигорання медичних кадрів, добробут персоналу		
P	4 (±)	Посилює потребу у прийнятті національних планів і програм щодо добробуту медичних працівників, змін у політиці кадрів.
E	4 (-)	Втрачає відпливності кадрів, абсентизму, зниження продуктивності, збільшення помилок і витрат на лікування.
S	4,67 (-)	Погіршує професійний імідж медичних спеціальностей, знижує привабливість для молоді, підриває довіру до системи.
T	3 (±)	Впровадження цифрових та ШІ-рішень здатне одночасно оптимізувати робочі процеси й підвищувати навантаження на персонал, що може проявлятися у вигляді eHR-перевантаження та феномену «техностресу».
E	2 (-)	Робота в умовах епідемій, катастроф, війни посилює травматизацію та вигорання.
L	3 (+)	Регулювання робочого часу, норм безпеки, антибулінгові норми, обов'язкові програми охорони праці.

Джерело: сформовано автором.

Узагальнюючи викладені мегатренди та глобальні виклики, можна стверджувати, що сучасна охорона здоров'я функціонує у середовищі глибокої трансформації людських ресурсів, де поєднуються демографічні, соціально-економічні, технологічні та психологічні чинники. Глобальний дефіцит медичних працівників, їхній нерівномірний розподіл між регіонами та рівнями допомоги, старіння кадрового складу й зростання міжнародної мобільності формують нову архітектуру ринку медичної праці, у якій конкуренція за фахівців стає структурною нормою. Гендерні диспропорції, недоінвестованість у людський капітал, слабка система безперервного професійного розвитку та залежність окремих країн від зовнішніх програм підтримки поглиблюють ресурсний дисбаланс і загрожують стійкості кадрового забезпечення.

Технологічні інновації, цифровізація та розвиток штучного інтелекту докорінно змінюють зміст медичної праці, висуваючи нові вимоги до компетентностей та одночасно посилюючи ризики цифрової нерівності між регіонами, поколіннями і професійними групами. Зростання когнітивного навантаження, складність роботи з даними та поєднання клінічних і цифрових функцій створюють додатковий психологічний тиск на персонал, що у сукупності з воєнними діями, пандеміями, міграційними кризами й системними організаційними проблемами призводить до високих рівнів стресу, вигорання та намірів залишити професію.

У цих умовах захист психічного здоров'я та добробуту медичних працівників стає не лише етичним, а й стратегічним пріоритетом, що безпосередньо визначає якість медичної допомоги, безпеку пацієнтів та стійкість системи охорони здоров'я.

Як підсумок аналізу глобальних мегатрендів та викликів управління людськими ресурсами в охороні здоров'я, є очевидним, що саме наведені вище зовнішні трансформації формують рамкові умови, у яких функціонує національний кадровий потенціал охорони здоров'я. Вплив дефіциту та структурного дисбалансу кадрів, старіння персоналу, міжнародної

мобільності, цифровізації й поглиблення психологічних ризиків не обмежується глобальним або регіональним рівнем. Ці процеси безпосередньо проявляються у стані, динаміці та стійкості людських ресурсів окремих країн і конкретних медичних закладів.

Саме тому наступний аналітичний крок у дослідженні полягає у переході від глобальної та макрорегіональної оптики до оцінювання реального стану кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України. Умови війни, економічної турбулентності, зміни моделі фінансування, внутрішньої міграції населення та зростання навантаження на систему охорони здоров'я роблять вітчизняний кадровий контингент особливо вразливим до означених глобальних трендів [85]. Глибина та швидкість цих змін висувають вимогу оцінити, наскільки українські заклади охорони здоров'я здатні адаптуватися до нових викликів, підтримувати збалансовану кадрову структуру та залучати інвестиції в розвиток людського капіталу.

Лише системний, стратегічно спрямований підхід дозволить на макро-, мезо- та мікро-рівнях забезпечити достатній, мотивований і стійкий кадровий ресурс, що є критично важливим для досягнення цілей сталого розвитку та універсального охоплення медичними послугами.

2.2. Оцінювання людських ресурсів закладів охорони здоров'я України

Аналіз мегатрендів, представлених у пп. 2.1 дозволяє нам стверджувати, що кадрова криза в охороні здоров'я є однією із ключових для управління галуззю. Ця криза пов'язана із дефіцитом персоналу, який надає первинну медичну допомогу, надлишком фахівців вузького профілю, дисбалансом чисельності лікарів, сестринського та акушерського персоналу, надмірною концентрацією медичних працівників у великих містах і глобальною нестачею працівників у сільських районах.

За оцінками ВООЗ, для вирішення кадрової кризи у світі потрібно, як мінімум, 2360000 медичних працівників та 1890000 адміністративних та допоміжних працівників, тобто загалом 4250000 працівників охорони здоров'я [157].

В Україні до створення Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ), як єдиного національного покупця медичних послуг, загальний масив статистичних даних було представлено на офіційному сайті ВООЗ до 2014 року. Представлені статистичні данні *медичних працівників* (табл. 2.2-2.4) у період з 2000 по 2014 роки, угруповані за категоріями: лікарі, середній медичний персонал і фізіотерапевти, є свідченням загальносвітових кризових кадрових тенденцій [16].

Таблиця 2.2

Статистичні данні щодо чисельності лікарів в Україні, 2000-2014 рр.

Рік / Показник	Відношення лікарів на 10000 осіб населення	Кількість лікарів	Кількість лікарів загальної практики	Кількість лікарів – фахівців вузького профілю	Доля лікарів – фахівців вузького профілю
2014	29.898	134 986	16 249	118 737	87,96%
2013	34.949	158 344	17 711	140 633	88,81%
2012	34.947	158 681	16 835	141 846	89,39%
2011	34.921	158 949	15 856	143 093	90,02%
2010	34.913	159 495	16 090	143 405	89,91%
2009	34.986	160 459	16 503	143 956	89,72%
2008	31.242	143 909	15 735	128 174	89,07%
2007	30.92	143 200	15 368	127 832	89,27%
2006	30.848	143 728	14 917	128 811	89,62%
2005	30.167	141 521	14 912	126 609	89,46%
2004	30.133	142 415	14 256	128 159	89,99%
2003	30.081	143 202	13 749	129 453	90,40%
2002	30.19	144 843	13 354	131 489	90,78%
2001	30.271	146 557	13 199	133 358	90,99%
2000	30.27	147 957	12 995	134 962	91,22%

Джерело: [72; 157].

Таблиця 2.3

**Статистичні данні щодо чисельності середнього медичного персоналу
(медичні сестри та акушерки) в Україні, 2000-2014 рр.**

Рік / Показник	Відношення середнього медичного персоналу на 10000 осіб населення	Кількість середнього медичного персоналу	Кількість медичних сестер	Кількість акушерок
2014	66.556	300 489	284 207	16 282
2013	75.669	342 833	324 570	18 263
2012	75.211	341 504	321 754	19 750
2011	74.882	340 832	321 073	19 759
2010	74.898	342 156	322 076	20 080
2009	75.616	346 805	326 698	20 107
2008	66.218	305 021	285 282	19 739
2007	66.544	308 187	288 467	19 720
2006	66.524	309 951	290 072	19 879
2005	66.377	311 390	291 333	20 057
2004	65.943	311 662	291 535	20 127
2003	65.767	313 087	292 815	20 272
2002	65.599	314 720	294 327	20 393
2001	65.714	318 151	297 192	20 959
2000	65.897	322 104	300 682	21 422

Джерело: [72; 157].

Таблиця 2.4

Статистичні данні щодо чисельності фізіотерапевтів в Україні, 2000-2014 рр.

Рік / Показник	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Кількість	14 692	17 726	18 308	18 770	19 065	18 330	1435	1457	1486	1505	1560	1534	1556	1601	1639

Джерело: [157].

У подальшому аналіз даних демонструє розрізнені данні щодо чисельності медичного персоналу в Україні. Так, станом на 31.12.2020 року наводяться наступні данні – табл. 2.5-2.6.

Таблиця 2.5

Статистичні данні щодо чисельності лікарів в Україні, станом на 31.12.2020 р.

Показник	Усього облікова кількість осіб на 31.12	У т.ч. на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ, апараті органів управління
1. Лікарі	154265	13037
у тому числі жінок	98199	8136
із загальної кількості – лікарі сільських адміністративних районів	44081	81
із загальної кількості – лікарі з організації і управління охорони здоров'я (соц-гігієністи)	8097	603
у т.ч. статистики	840	18
терапевти – усього	10291	1751
у т.ч. дільничні міських дільниць	1258	
педіатри, у тому числі	8133	1015
міських дільниць	2474	
педіатри-неонатологи	1572	79
загальної практики – сімейний лікар	15029	169
інтерни	13569	
інші	1609	1263
Із загальної кількості лікарів – аспіранти і клінічні ординатори	974	974
Із загальної кількості лікарів – працюють на основній роботі в закладах, які підпорядковані: центральним органам виконавчої влади	13645	10267
обласним, міським та іншим органам виконавчої влади	140620	2770
2. Зубні лікарі	551	10
у тому числі жінки	386	5
3. Провізори в лікувально-профілактичних закладах, закладах підготовки кадрів, НДІ і апаратах органів управління.	1466	974
Провізори в інших закладах		
у т.ч., інтерни, які навчаються на контрактній основі	6468	

Примітки:

1. Із загальної кількості лікарів осіб пенсійного віку 38132;
2. Із загальної кількості лікарів працюють у сільській місцевості 8188.

Джерело: [91].

Таблиця 2.6

Статистичні данні щодо чисельності лікарів в Україні, станом на 31.12.2020 р.

Показник	Усього облікова кількість осіб на 31.12
1.Середній медичний персонал	296054
у тому числі фельдшери	28790
акушерки	14154
помічники санітарних лікарів і помічники епідеміологів	217
медичні сестри в усіх закладах	218127
інструктори-дезінфектори	9
лаборанти (фельдшери-лаборанти)	20474
зубні техніки	3232
рентгенотехніки	
рентгенолаборанти	6745
медичні статистики	3840
інші	466
2.Фармацевти в лікувально-профілактичних закладах, закладах підготовки кадрів, НДІ та апаратах органів управління	496
3.Інструктори-методисти з лікувальної фізкультури з вищою немедичною освітою	91
Інструктори з лікувальної фізкультури (без медичної освіти)	61
Молодші медичні сестри для догляду за хворими	22827
4.Із загальної кількості середніх медичних працівників-жінок	277210
5. Із загальної кількості медичних сестер – медичні сестри загальної практики – сімейної медицини	27083
6. Спеціалісти з вищою немедичною освітою	2834

Примітки:

Із загальної кількості фізичних осіб середнього медичного персоналу, що працює на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апараті органів управління (без урахування середнього медичного персоналу клінік ЗВО і стаціонарів НДІ) 1193.

1. Із загальної кількості середнього медперсоналу осіб пенсійного віку 37131 ;
2. Із загальної кількості середнього медперсоналу працюють у сільській місцевості 34929 .

Джерело: [91].

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2022 р. № 126 «Деякі питання провадження господарської діяльності з медичної практики» [41] однією із вимог до всіх закладів, які отримали ліцензію на медичну практику, є зобов'язання бути зареєстрованими в електронній системі охорони здоров'я. Станом на вересень 2024 року, кількість медичних працівників (лікарів, асистентів лікарів, фармацевтів, керівників ЗОЗ) в Електронній системі охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ) становила понад

407785 осіб, а верифікованих у ЕСОЗ закладів охорони здоров'я трьох рівнів надання медичної допомоги – 11599 (рис. 2.8) [2].

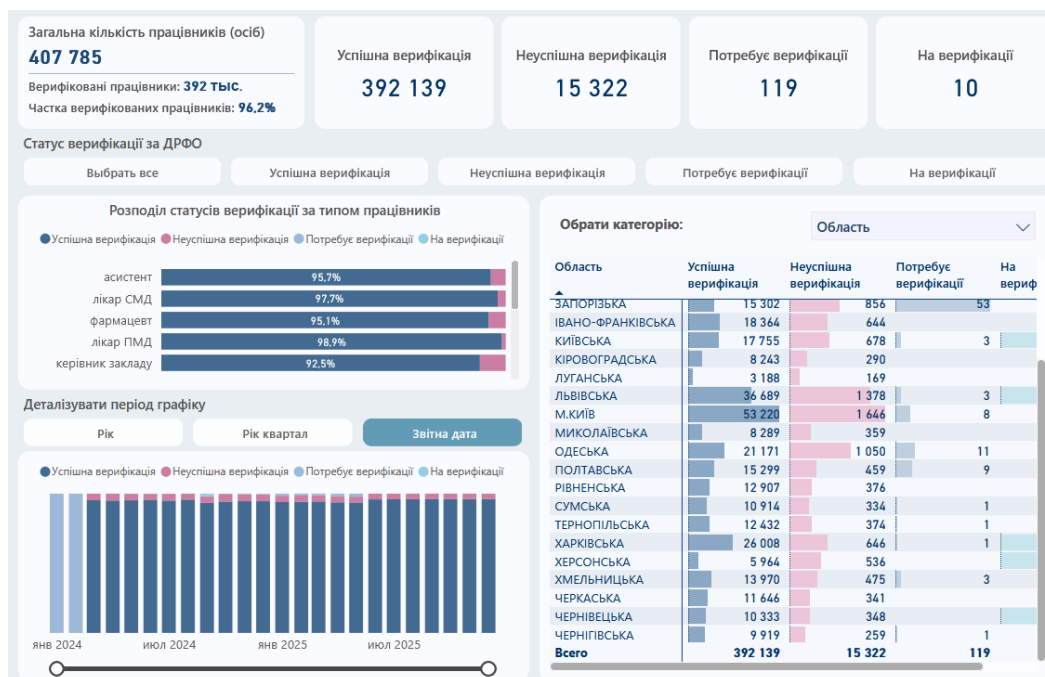


Рис. 2.8. Офіційна статистика медичних працівників в Україні, за даними ЕСОЗ, станом на 01.11.2025 року

Джерело: [2].

При цьому за останніми офіційними підрахунками ВООЗ, в Україні станом на 2023 рік, *число лікарів* складає 133237 осіб, а на 10000 населення – 35.31 (рис. 2.9) [240].

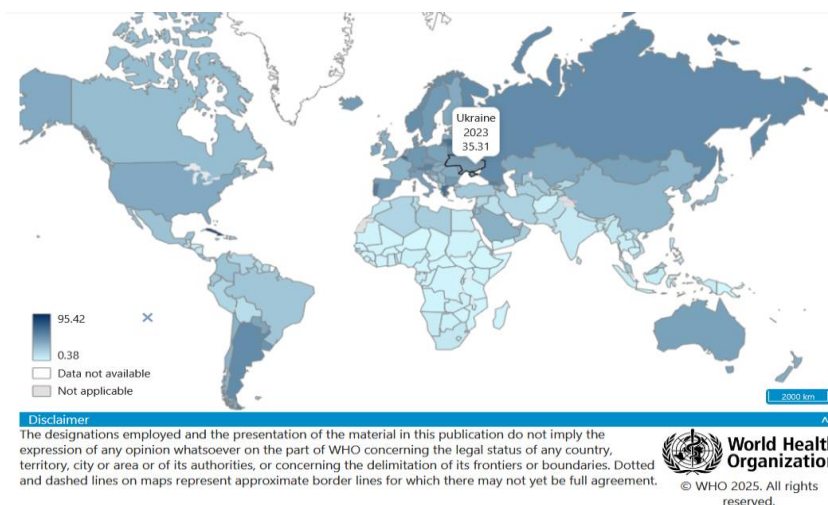


Рис. 2.9. Число лікарів на 10000 населення в Україні, 2023 рік

Джерело: [240].

Аналіз динаміки чисельності лікарів на 10 000 населення в Україні у 2010-2023 рр. характеризується різким падінням у 2014-2015 рр. та подальшим повільним відновленням (рис. 2.10). Ключовими причинами зменшення числа лікарів є внутрішня та зовнішня міграція, мобілізація частини медичного персоналу, перекваліфікація відсотку медичного персоналу у бойових медиків, низький рівень заробітної плати і недостатнє мотивування медичних працівників [69].

Для оцінки можливих змін чисельності лікарів на 10 000 населення до 2030 року використано лінійну модель тренду, побудовану на основі динамічних рядів за 2010-2023 рр. Рівняння тренду має вигляд:

$$y = 0,0737x - 114,69, \quad (2.1)$$

де x – рік, y – прогнозована чисельність лікарів на 10 000 населення.

Підставлення значення $x = 2030$ дозволяє отримати орієнтовний прогноз

$$y_{2030} \approx 34,9 \text{ (лікаря на 10 000 населення).}$$

Таким чином, за лінійною моделлю очікується відносно стабільний рівень кадрової забезпеченості лікарями до 2030 року, з незначною тенденцією до зростання порівняно з поточними значеннями.

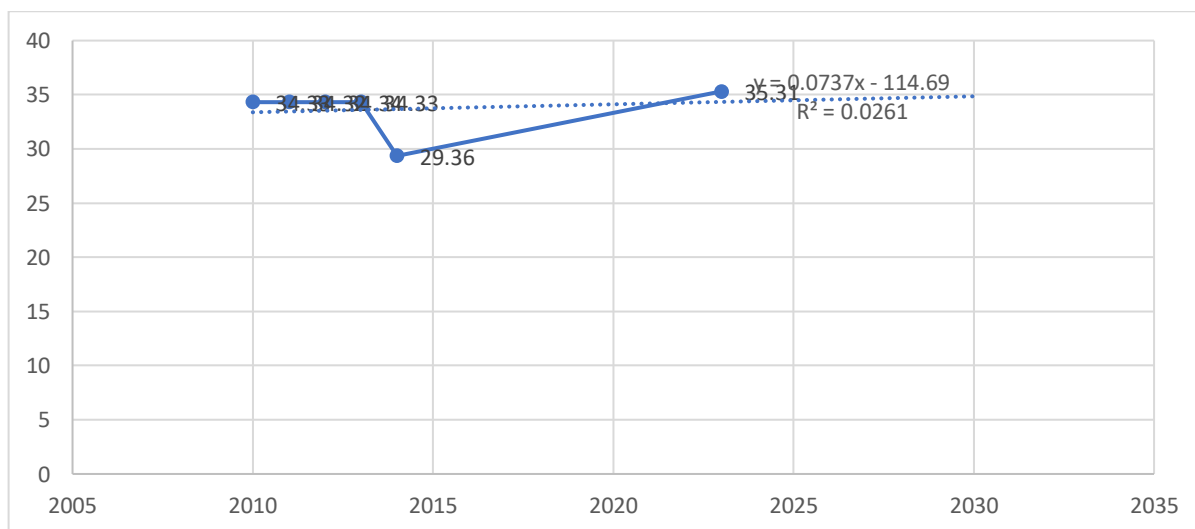


Рис. 2.10. Динаміки чисельності лікарів на 10 000 населення в Україні у 2010-2023 рр.

Джерело: [240].

Лінійний тренд ($y = 0,0737x - 114,69$) демонструє позитивний, але незначний нахил, що свідчить про повільне зростання кадрової забезпеченості. Низьке значення R^2 (0,0261) підтверджує, що реальні коливання були спричинені зовнішніми факторами та структурними змінами, однак загальна тенденція залишається стабілізаційно-зростаючою.

За аналізами трендової моделі очікується, що в Україні у 2030 році чисельність лікарів становитиме приблизно 35 на 10 тис. населення (фактично прогнозується збереження рівня, близького до показника 2023 року).

Водночас важливо зазначити, що отримана модель має низький коефіцієнт детермінації ($R^2 = 0,0261$). Низьке R^2 відображає наявність значних зовнішніх впливів та структурних зрушень у системі охорони здоров'я (зокрема, демографічних змін, міграційних процесів, воєнних подій та реформ), які не вкладаються у просту лінійну залежність.

Отже, прогноз на 2030 рік слід розглядати як орієнтовний наблизений показник, що відображає загальний напрямок розвитку (стабілізацію з повільним зростанням), але не враховує можливих сценарних варіацій. Для підвищення точності доцільним є застосування альтернативних методів прогнозування, а саме застосовано ковзне середнє, що дозволяє урахувати як інерційні, так і кризові зміни в кадровому забезпеченні.

За даними [23; 43], «до 2030 р. укомплектованість закладів охорони здоров'я України лікарями становитиме 75 %, а середнім та молодшим медичним персоналом – 73,6 % від потреби. Уже сьогодні спостерігається дефіцит вакансій в галузі охорони здоров'я в обсязі майже 13 тис. посад». Доведено, що існує прямий зв'язок між відношенням кількості працівників охорони здоров'я до чисельності населення та показниками здоров'я [16].

Для зменшення впливу короткострокових коливань показника «число лікарів на 10 000 населення» застосовано метод ковзного середнього (МА-3). Цей метод є релевантним інструментом у ситуації фрагментарної статистичної інформації, особливо коли структурні зрушення (військові події, міграція, демографічні втрати) спотворюють «сирі» ряди даних [79]. Результати свідчать

про відносну стабільність забезпеченості лікарями у 2010-2013 рр. (34,6-34,8), після чого спостерігається значне зниження середнього значення у періоді 2012-2015 рр. до 32,73, що узгоджується з різким спадом у 2015 році. Розрахунок МА-3 для 2013-2023 рр. демонструє часткове відновлення показника до 33,02, що вказує на тенденцію поступової стабілізації кадрового забезпечення в посткризовий період (табл. 2.7, рис. 2.11).

Таблиця 2.7

Таблиця ковзного середнього (МА-3)

(розрахунок усереднення трьох сусідніх доступних значень)

Період (3-точкове МА)	Значення (середнє)
МА(2010–2012)	$(34,8 + 35,0 + 34,5) / 3 = 34,77$
МА(2011–2013)	$(35,0 + 34,5 + 34,33) / 3 = 34,61$
МА(2012–2015)	$(34,5 + 34,33 + 29,36) / 3 = 32,73$
МА(2013–2023)*	$(34,33 + 29,36 + 35,37) / 3 = 33,02$

*Примітка: Хоча проміжок між 2013 та 2023 великий, статистично це допустимо як аналітичне ковзне середнє для неповного ряду.

Джерело: розраховано автором.

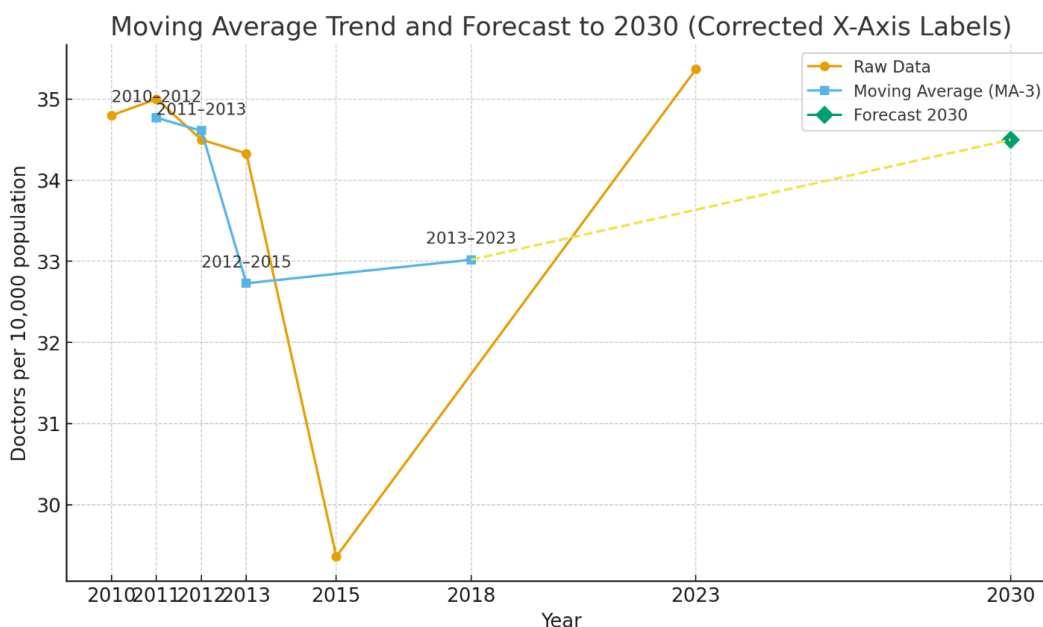


Рис. 2.11. Розрахунок МА-3 для 2013-2023 рр.

Джерело: побудовано автором із застосуванням ПО R platform [208].

Застосування ковзного середнього дозволило згладити різкі річні коливання та виявити загальну траєкторію змін, що характеризується етапами стабільності через кризовий спад до часткового відновлення.

З огляду на обмежену повноту статистичних рядів та наявність структурних зрушень у системі охорони здоров'я (військові дії, міграційні процеси, демографічні втрати), для побудови прогнозу до 2030 року доцільно використовувати не окремі річні значення показника, а згладжені оцінки, отримані методом ковзного середнього (МА-3). Останнє розраховане ковзне середнє для періоду 2013-2023 рр. становить 33,02 лікаря на 10 000 населення, що відображає усереднений рівень кадрової забезпеченості в умовах посткризової стабілізації.

Беручи цю величину як базовий орієнтир, пропонується сценарний підхід до прогнозу на 2030 рік, який поєднує інерційність кадрових процесів з можливими варіантами політики управління людськими ресурсами в охороні здоров'я.

1. Інерційний (базовий) сценарій

Інерційний сценарій виходить із припущення, що:

- діючі підходи до підготовки, працевлаштування та утримання лікарів в Україні зберігаються без суттєвих реформаторських зрушень;
- триває повільне відновлення після кризового падіння, але без різких стрибків.

За таких умов, спираючись на останній рівень МА-3 ($\approx 33,0$ лікарів/10 тис.) та помірну тенденцію до відновлення, прогнозована чисельність лікарів на 10 000 населення до 2030 року може становити орієнтовно 34,0–34,5 лікарів на 10 000 населення.

Це означає збереження наближено поточного рівня кадрової забезпеченості з незначним зростанням у межах 1-1,5 лікарів на 10 тис. населення протягом періоду до 2030 року.

2. Оптимістичний сценарій

Оптимістичний сценарій передбачає:

- системні інвестиції в людський капітал охорони здоров'я;
- розширення державного замовлення та модернізацію освітніх програм;
- реалізацію ефективної політики повернення та утримання кадрів, у тому числі з-за кордону;
- покращення умов праці та оплати.

За такого сценарію можливе поступове наближення до більш високого рівня забезпеченості лікарями до 35,5-36,0 лікаря на 10 000 населення у 2030 році.

Цей варіант відповідає стратегічній меті підвищення кадрової спроможності системи охорони здоров'я та наближення до показників країн із вищою щільністю медичних кадрів.

3. Песимістичний сценарій

Песимістичний сценарій базується на припущеннях про:

- продовження війни в Україні;
- подальшу міграцію лікарів за кордон;
- невирішеність проблем оплати праці й професійного вигорання;
- збереження високих безпекових та демографічних ризиків.

У такому разі, навіть за відносної стабільності загальної чисельності медичних працівників, можливе поступове зниження показника до: 31,5-32,0 лікаря на 10 000 населення до 2030 року.

Це означатиме погіршення кадрової забезпеченості, що створюватиме додаткові ризики для доступності й якості медичної допомоги.

Запропонований сценарний прогноз ґрунтується на ковзному середньому як індикаторі згладженого тренду, а не на формальній статистичній моделі часових рядів (типу лінійної). Застосування МА-3 дозволило зменшити вплив разових коливань та екстремальних значень.

Отримані сценарні оцінки (орієнтовний «коридор» 31,5-36,0 лікаря на 10 тис. населення до 2030 р., залежно від інерційного, оптимістичного чи песимістичного сценарію) слід трактувати не як точний прогноз, а як аналітичну рамку для стратегічного планування людських ресурсів. Це

означає, що збереження та нарощування кадрової спроможності не є автоматичним результатом «інерції», а критично залежить від активної політики інвестування в людський капітал охорони здоров'я, умов праці, мотивації, повернення та утримання кадрів.

Таким чином, українська система охорони здоров'я перебуває у вузькій зоні квазістабільності, де формально прийнятний рівень забезпеченості лікарями може як стати основою для подальшого зміцнення кадрового потенціалу (за умови цілеспрямованих управлінських рішень), так і швидко деградувати в умовах затягування війни, посилення міграційних втрат і збереження хронічно низької привабливості медичної професії. Це підкреслює необхідність переходу від реактивного управління до стратегічного, сценарно-орієнтованого планування людських ресурсів охорони здоров'я, інтегрованого у загальнонаціональну політику післявоєнного відновлення та євроінтеграції.

Аналіз гендерної структури лікарів в Україні за 2005-2014 рр. (за останніми підрахунками ВООЗ [240], рис. 2.12) свідчать про стабільну гендерну структуру лікарського персоналу в Україні, де жінки традиційно становлять більшість. Це підтверджує загальний тренд гендерної диспропорції галузі. За аналізований період співвідношення практично не змінюється та коливається в межах природної статистичної варіації.

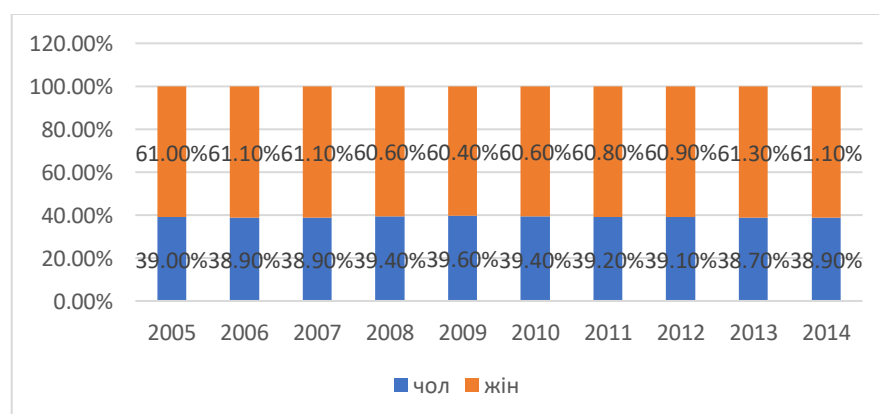


Рис. 2.12. Гендерний розподіл у групі лікарів в Україні у 2005-2014 рр.
Джерело: [240].

За останніми офіційними підрахунками ВООЗ, в Україні станом на 2023 рік, число медичних сестер та акушерок становить 229668 осіб, а на 10000 населення – 60,79 (рис. 2.13) [240].

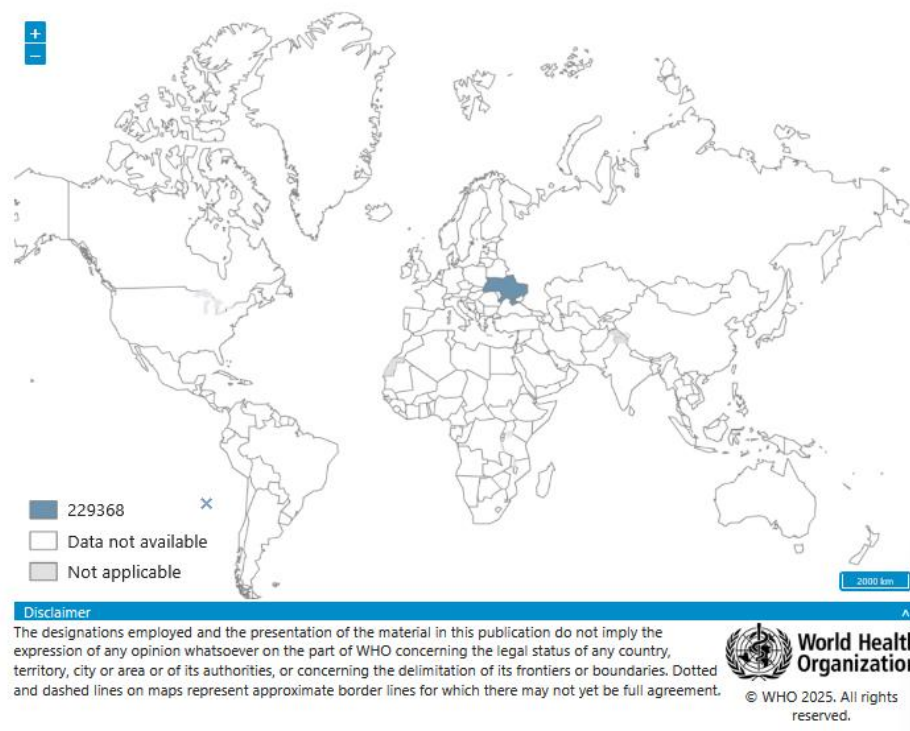


Рис. 2.13. Число медичних сестер та акушерок в Україні, 2023 рік

Джерело: [240].

Укомплектованість медичними кадрами. За оцінками, представленими у Health Labour Market Analysis (HLMA) ВООЗ на основі даних МОЗ України, НСЗУ та Центру громадського здоров'я за 2022 рік (останні офіційні данні за цим показником), кадрова ситуація у сфері охорони здоров'я характеризується нерівномірністю укомплектованості штатів. Зокрема, частка вакантних лікарських посад становить 20-25 % (залежно від регіону), що відповідає коефіцієнту укомплектованості на рівні 75-80 % [210]. Така ситуація свідчить про системний дисбаланс кадрового забезпечення та підтверджує, що навіть за умов відносно високої загальної чисельності лікарів за міжнародними

порівняннями фактична доступність фахівців у закладах охорони здоров'я суттєво обмежена.

Подібна тенденція спостерігається і серед середнього медичного персоналу. Зафіксовано близько 15 % вакантних посад медичних сестер, що відповідає укомплектованості на рівні майже 85 % [210]. Попри дещо кращі показники порівняно з лікарськими кадрами, це значення нижче оптимального з огляду на потреби системи та міжнародні рекомендації, що підкреслюють критичну роль медичних сестер у моделях інтегрованої та первинної медичної допомоги.

Для інших груп медичних працівників, зокрема лаборантів, рентгентехніків, акушерок, фізіотерапевтів, рівень вакансій оцінюється у 10-20 % (залежно від регіону), що відповідає укомплектованості на рівні 80-90 %. Водночас окремі спеціальності перебувають у стані хронічного кадрового виснаження: епідеміологія, інфекційні хвороби, лабораторна справа, фтизіатрія та психіатрія демонструють значно нижчі значення, що відображає невисоку привабливість цих напрямів, підвищене навантаження та високі ризики професійного вигорання.

Особливо тривожним є зафіксоване ВООЗ зростання загальної кількості вакантних лікарських посад в Україні. Якщо у 2019 р. їх налічувалося 24691, то у 2022 р. – уже 31657, тобто на 28 % більше [210]. Ця динаміка свідчить не лише про поступове зменшення коефіцієнта укомплектованості, але й про глибшу тенденцію до системного кадрового виснаження державного сектору охорони здоров'я. Зростання дефіциту кадрів у короткий період часу вказує на те, що традиційні механізми утримання персоналу та кадрового планування виявилися недостатньо ефективними, а ринок медичної праці перебуває під тиском як внутрішніх, так і зовнішніх факторів, які ми зазначали у пп. 2.1.

Отож, вдмінною рисою кадрових ресурсів охорони здоров'я України (що притаманна для пострадянських країн) є вищі показники забезпеченості лікарськими кадрами, поруч із меншими показниками забезпеченості середнім персоналом проти світових показників.

Територіальні та рівневі дисбаланси кадрового забезпечення в українській системі охорони здоров'я мають системний і стійкий характер, що підтверджують дані HLMA BOOЗ та національних джерел. Середній показник забезпеченості лікарськими кадрами міського населення більше, ніж 3 у рази перевищує такий показник у сільській місцевості. Лише 18 % від загальної кількості лікарів та 33 % – від середнього персоналу працюють у сільській місцевості [16].

Додатково, деокуповані та прифронтові області демонструють значно вищу частку вакантних посад порівняно з центральними та західними регіонами, що є прямим наслідком руйнування інфраструктури, міграції населення та високого рівня ризиків для медичного персоналу. Особливо напружена ситуація спостерігається на первинній ланці, де близько 20 % ставок лікарів залишаються незаповненими, що відповідає загальному коефіцієнту укомплектованості близько 80 %, а також фіксується вкрай низька забезпеченість медичними сестрами [93; 210]. Недостатня кількість кваліфікованих працівників охорони здоров'я у віддалених та сільських районах ускладнює доступ до послуг охорони здоров'я значної частки населення.

Узагальнення цих даних свідчить, що навіть за формально «прийняттого» середнього по країні рівня забезпеченості (80-85 %, залежно від регіону) реальна картина є значно менш сприятливою. Територіальні, міжрівневі та інфраструктурні розриви формують асиметричний доступ до медичних послуг, де населення сільських територій, прифронтових зон та громад із низькою інституційною спроможністю отримує допомогу в умовах постійного й глибокого кадрового дефіциту. Це перетворює проблему нестачі кадрів із локального явища на стратегічний виклик, що підриває стійкість системи охорони здоров'я, посилює нерівність, впливає на якість і безперервність послуг та вимагає комплексної політики вирівнювання.

Логічним висновком є те, що подолання дисбалансів потребує не лише збільшення загальної чисельності медичних працівників, а й запровадження

цілеспрямованих інструментів регіональної компенсації та стимулювання. Лише такі стратегічні заходи дадуть змогу мінімізувати ризики територіальної нерівності та посилити кадрову резилієнтність у найбільш уражених регіонах країни.

Однією з важливих характеристик поповнення ринку робочої сили є чисельність молодих кадрів у спільній *віковій структурі медичних кадрів*. Сійка тенденція до збільшення частки лікарів старше 50 років, що спостерігається в останні роки, свідчить про ризик можливого наростання дефіциту кадрів у найближче десятиліття. Незважаючи на те, що останніми роками намітилася позитивна тенденція припливу молодих фахівців в охорону здоров'я (віком 25-30 років), їхня частка становить не більше 4 % від загальної кількості лікарських кадрів. Як і раніше, через низьку привабливість професії та відсутність мотиваційних механізмів рівень працевлаштування випускників закладів вищої освіти не перевищує 87 % [16].

Загальна характеристика вікової структури медичних кадрів в Україні представлена у табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Вікова структура медичних кадрів в Україні

Категорія персоналу	До 35 років	36–54 роки, %	55+ років, %
Лікарі (усі спеціальності)	20	40	40
Лікарі первинної медичної допомоги	15	40	45
Медсестри та акушерки	20	35	45
Всі медичні працівники	18,3	38,3	43,3

Джерело: сформовано автором.

Таким чином, вікова структура медичних кадрів в Україні демонструє системну та глибоку тенденцію до старіння медичних кадрів, що створює сукупність стратегічних викликів для охорони здоров'я. Це формує високий ризик масового виходу кадрів на пенсію у найближчі 5-10 років, особливо у первинній ланці та дефіцитних спеціальностях. Це вимагає запровадження

продуманих програм планування, розвитку наставництва та гнучких моделей зайнятості для збереження досвідченого персоналу.

Паралельно фіксується недостатня чисельність молодих фахівців. Частка працівників віком до 35 років становить орієнтовно лише п'яту частину медичного персоналу. Причинами є скорочення державного замовлення на підготовку лікарів, воєнна та економічна міграція, а також низька привабливість умов праці у державному секторі. У результаті формується «вузьке вікове місце», що характеризується дефіцитом молодих кадрів, які могли б компенсувати наближення хвилі старіння медичних кадрів.

Особливо критичною ситуація є у сільських і прифронтових регіонах, де зосереджено найбільшу кількість вакансій лікарів та медичних сестер, а частка молодих спеціалістів мінімальна. Саме ці території мають найбільшу потребу у доступності медичної допомоги, однак їх вікова структура ще більш «старіюча», що підвищує ризик різкого падіння кадрової спроможності.

Додатковим ускладнювальним фактором є поєднання старіння з абсолютним скороченням чисельності персоналу, як це зазначалося вище. Це означає не просто кадровий дефіцит, а структурну кризу, яку неможливо усунути лише шляхом збільшення набору студентів. Потрібна комплексна державна та інституційна політика, яка зосереджена на утриманні персоналу, підвищенні якості умов праці, розширенні клінічних ролей середнього медичного персоналу, оптимізації навантаження й використання цифрових технологій для зменшення адміністративного тиску.

У стратегічному вимірі ключовим рішенням у вирішенні зазначених проблем є інвестування у людські ресурси охорони здоров'я, що має ґрунтуватися на збалансованих підходах.

Якісний аналіз людських ресурсів охорони здоров'я представлено у табл.

2.9.

Таблиця 2.9

Інтегральні показники кадрового потенціалу

№	Показник	Середнє значення для України
1	Частка лікарів із вищою кваліфікаційною категорією	32 %
2	Частка медичних працівників із науковим ступенем	4 % усіх медичних працівників; до 20 % в університетських клініках і на клінічних базах медичних університетів
3	Кількість годин підвищення кваліфікації (БПР) на одного працівника на рік	Нормативний мінімум: 50 годин (балів) / рік – для лікарів та інших «професіоналів»; 30 годин (балів) / рік – для середнього медперсоналу. Середній рівень по системі – 40-45 годин / рік на одного працівника (змішаний показник для всіх категорій)
4	Частка персоналу, який пройшов навчання / підвищення кваліфікації за останній рік	Лікарі – 85 % Середній медперсонал – 70 %
5	Кількість пролікованих випадків на одного лікаря на рік (стаціонар)	250-350 пролікованих випадків / лікаря / рік для стаціонарних лікарів
6	Відношення фактично відпрацьованого часу до планового, % (коефіцієнт використання робочого часу)	90 % (для лікарів і середнього медичного персоналу в цілому по країні)

Джерело: за даними [75].

Представлені у табл. 2.10 якісні показники свідчать, що кадровий потенціал системи охорони здоров'я України загалом має достатній рівень кваліфікаційної підготовки, але залишається нерівномірно розвиненим і потребує цілеспрямованих інвестицій. Частка лікарів із вищою кваліфікаційною категорією на рівні 32 % вказує на наявність відносно потужного ядра висококваліфікованих фахівців, проте одночасно демонструє значний резерв для підвищення кваліфікаційного рівня решти лікарів. Для системи, яка перебуває в умовах війни, демографічної кризи та структурних змін, цього рівня недостатньо, аби компенсувати втрати кадрів і забезпечити стандарт якості на рівні провідних європейських практик.

Частка медичних працівників із науковим ступенем у 4 % загалом по країні й до 20 % в університетських клініках відображає чітку концентрацію наукового потенціалу у вузлових академічних центрах. З одного боку, це є

позитивним чинником для розвитку інновацій, клінічних протоколів, доказової медицини та інтеграції науки й практики. З іншого боку, низька питома вага науковців у типових лікарнях та закладах периферійного рівня означає, що інноваційні підходи, клінічні дослідження та культура критичного мислення недостатньо поширені по всій мережі, що посилює територіальні дисбаланси якості допомоги.

Показники безперервного професійного розвитку (далі – БПР) загалом демонструють відносно високий рівень формальної залученості. Середній обсяг 40-45 годин БПР на одного працівника при нормативі 50/30 годин, а також охоплення 85 % лікарів і 70 % середнього медичного персоналу навчанням протягом року [86]. Це свідчить про те, що система БПР функціонує й стала системним інструментом підтримання кваліфікації. Водночас неповне охоплення, особливо серед середнього медичного персоналу, та недосягнення нормативного рівня в середньому по системі вказують на наявність «зон інерції» – частини персоналу й закладів, де навчання залишається формальним або фрагментарним. Це створює ризик відставання знань і навичок, особливо в умовах швидкої цифровізації, впровадження нових клінічних протоколів та мультидисциплінарних моделей догляду.

Кількість 250-350 пролікованих випадків на одного лікаря стаціонару на рік, у поєднанні з коефіцієнтом використання робочого часу на рівні 90 %, вказує на високе фактичне навантаження при відносно ефективному використанні робочого часу. З одного боку, це свідчить про те, що лікарський ресурс використовується інтенсивно, без значних простоїв і неефективних витрат фонду часу. З іншого боку, така інтенсивність, особливо в контексті кадрового дефіциту, старіння персоналу та обмежених можливостей для делегування завдань середньому медичному персоналу, створює ризики професійного вигорання, помилок, зниження якості комунікації з пацієнтами та зменшення часу, який лікар може приділяти безпосередньо клінічному мисленню й командній взаємодії.

Іншою характеристикою кадрового складу є розподіл на медичних і немедичних фахівців у сфері охорони здоров'я. Упродовж останніх 30 років у більшості промислово розвинених країн відбувалося посилення ролі адміністративних працівників, економістів у сфері медичного обслуговування. Наприклад, у багатьох країнах медичними закладами зазвичай керують професійні адміністратори, які не мають медичної освіти, але мають управлінську чи економічну освіту. Проте в українській практиці такі тенденції простежуються дуже слабо. Лише починаючи з 2016 року стрімко росте відсоток керівників медичних закладів, які отримують управлінську чи економічну освіту [16].

Узагальнюючи, вище наведені показники свідчать, що кадровий потенціал системи охорони здоров'я України характеризується поєднанням відносно високого рівня формальної кваліфікації, нерівномірного розподілу наукового й інноваційного потенціалу та значного навантаження на одного працівника за умов високого коефіцієнта використання робочого часу. Це підтверджує необхідність переходу від суто кількісної логіки «закрити вакансії» до стратегічного управління людськими ресурсами, а саме цільових інвестицій у розвиток компетентностей, розширення ролі середнього медичного персоналу, а також запровадження інструментів, які б знижували надмірне навантаження й підвищували стійкість та мотивацію персоналу.

Система управління кадровими ресурсами, нестача кваліфікованого управлінського потенціалу, застарілі принципи роботи кадрових служб у закладах охорони здоров'я, нестача фахівців у галузі менеджменту та економіки охорони здоров'я, а також соціальних працівників є серйозним бар'єром на шляху створення ефективного потенціалу галузі охорони здоров'я [16].

Існуючі проблеми, пов'язані з дефіцитом кадрів, нерівномірним географічним і територіальним розподілом, а також структурним кадровим дисбалансом, обтяжуються недостатньою кваліфікацією наявних кадрів, що часто визначає низьку якість медичних послуг.

Ситуація ускладнюється тим, що чинна система прогнозування та планування кадрів, їхньої чисельності, усунення диспропорцій у структурі розподілу кваліфікованих працівників є мало ефективною. Планування кадрових ресурсів історично не було пріоритетом політики у сфері охорони здоров'я.

Сьогодні також доводиться констатувати, що відсутність чіткої національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я на тлі довготривалої повномасштабної війни призвела до кількісної та якісної кризи трудових ресурсів. Відсутність мотиваційних стимулів до роботи, низька заробітна плата, недостатня соціальна захищеність працівників охорони здоров'я призвели до зниження припливу молодих кадрів до галузі охорони здоров'я та «старіння» лікарських кадрів. Досить серйозна справа із залученням та збереженням кадрів у сільських регіонах.

Проблемним залишається і недостатнє технічне оснащення робочих місць, слабка підтримка з боку персоналу, застарілі принципи роботи кадрових служб, неприваблива соціальна інфраструктура сільських населених пунктів [16].

Аналіз витрат на персонал та інвестиційної спроможності охорони здоров'я у людські ресурси.

Оцінювання інвестиційної спроможності закладів охорони здоров'я щодо розвитку людського капіталу потребує аналізу не лише абсолютних обсягів фінансування, а й структури витрат, рівня оплати праці, обсягів вкладень у навчання, стажування, внутрішні програми розвитку та підтримку ментального здоров'я персоналу [50]. Сукупність цих показників дозволяє охарактеризувати, наскільки реалістичним є декларований перехід від екстенсивної до інноваційної моделі управління людськими ресурсами в галузі.

Частка фонду оплати праці у структурі загальних витрат ЗОЗ

За оцінками міжнародних організацій, у більшості розвинених країн витрати на персонал становлять 60-70 % усіх поточних витрат системи

охорони здоров'я, а в структурі витрат лікарень заробітна плата є домінуючою статтею [150]. Для України відсутній єдиний офіційний консолідований показник частки фонду оплати праці в структурі витрат закладів охорони здоров'я, однак аналіз наявних даних та контекстних характеристик (низький рівень капітальних інвестицій, застаріла інфраструктура, значна залежність від донорських постачань лікарських засобів і обладнання) дає підстави стверджувати, що частка заробітної плати в бюджетах багатьох закладів охорони здоров'я складає понад 80 %.

Висока питома вага фонду оплати праці при загальному недофінансуванні системи (до війни – близько 3 % ВВП на охорону здоров'я) означає, що видатки на оплату праці становлять домінуючу частку бюджету закладу, але її абсолютний рівень залишається низьким і недостатньо конкурентним. За таких умов формується типова «інвестиційна пастка». Якщо 80 % бюджету спрямовується на оплату праці, то фінансовий простір для інвестицій у навчання, мотиваційні програми, заходи з підтримки ментального здоров'я персоналу, оновлення матеріально-технічної бази є вкрай обмеженим. Підвищення заробітної плати за відсутності відповідного збільшення загального обсягу фінансування призводить до подальшого скорочення фінансового простору для інвестицій у пріоритетні напрями розвитку.

Це створює структурну дилему для менеджменту ЗОЗ: або зберігати існуючий штат і забезпечувати лише мінімальне зростання оплати праці, практично не інвестуючи в розвиток людського капіталу, або скорочувати штат або ліжковий фонд, щоб підвищити рівень оплати праці й частково вивільнити ресурс для інновацій та навчання. Фактично друга стратегія реалізується через механізми контрактування з НСЗУ та формування мережі опорних і кластерних лікарень, проте її соціальні та кадрові наслідки потребують додаткової оцінки.

Рівень оплати праці лікарів і медичних сестер та його співвідношення із середньою заробітною платою

З 2022-2023 рр. на нормативному рівні Постановою Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 № 2 встановлено гарантований мінімум заробітної плати для медичних працівників, а саме не менше 20 000 грн на місяць – для лікаря та 13 500 грн – для медичної сестри [42]. У той же час, за даними офіційної статистики, середня місячна заробітна плата за видами економічної діяльності у I кварталі 2025 року становила 23460 грн, тоді як середня заробітна плата у сфері «охорона здоров'я» – близько 17222 грн. У відносних величинах це означає, що гарантований мінімум лікаря становить 0,85 від середньої заробітної плати за видами економічної діяльності, тоді як гарантований мінімум медичної сестри – лише близько 0,55 від середньої за видами економічної діяльності [88].

Наведені дані свідчать, що навіть після запровадження гарантованих мінімальних рівнів оплати праці для лікарів і медичних сестер, їхня заробітна плата втрачає конкурентоспроможність у загальноекономічному контексті. Формально встановлений «гарантований мінімум» позиціонувався як крок до посилення соціальної захищеності медичних працівників, однак у динаміці зростання середньої заробітної плати за видами економічної діяльності виявилось, що цей мінімум виявив ознаки стійкої стагнації та не відповідає актуальним ринковим параметрам. Якщо гарантована заробітна плата лікаря становить лише 0,85 від середньої заробітної плати за видами економічної діяльності, а медичної сестри – 0,55, це означає, що працівники охорони здоров'я системно опиняються в гіршому становищі порівняно з іншими галузями.

З точки зору інвестицій у людський капітал це має декілька критичних наслідків. По-перше, професія лікаря фактично немає статусу високооплачуваної й престижної в межах національного ринку праці. Рівень оплати не компенсує ні тривалості навчання, ні високої відповідальності, ні підвищених професійних ризиків. По-друге, положення медичних сестер є ще більш уразливим. Коли їхній гарантований дохід становить трохи більше половини середнього по економіці, система отримує потужний стимул до

відтоку середнього медичного персоналу в інші сектори або за кордон, що загострює дефіцит кадрів на рівні реалізації клінічних процесів. По-третє, така конфігурація показників підважує ефективність будь-яких реформ, спрямованих на підвищення якості та доступності медичної допомоги. Не можливо розраховувати на стійку мотивацію, утримання молодих фахівців та повернення тих, хто виїхав за кордон, якщо базова оплата праці залишається нижчою чи співмірною з середньою по економіці.

Обґрунтованим є висновок, що політика «гарантованих мінімумів», не прив'язаних до динаміки середньої заробітної плати по економіці та до реальних параметрів ринку праці, вичерпала свій потенціал як інструмент підвищення привабливості медичних професій. Надалі стратегічний акцент має зміщуватися від декларативних мінімальних рівнів до забезпечення такого коефіцієнту співвідношення заробітної плати, за якого оплата праці лікарів і медичних сестер стабільно перевищує середню по економіці, відповідає складності та ризиковості їхньої діяльності й дозволяє розглядати роботу в публічній системі охорони здоров'я як конкурентну, а не вимушену опцію. Без цього будь-які інвестиції в освіту, цифровізацію та модернізацію інфраструктури не матимуть повної віддачі, оскільки базовий рівень фінансової мотивації персоналу залишатиметься структурно недостатнім.

На практиці не всі заклади здатні стабільно забезпечувати навіть цей рівень фінансування, що проявляється у затримках виплат, заборгованості із заробітної плати, нерівномірності між регіонами та типами закладів. Особливо вразливими є сільські, прифронтові та малі лікарні, де значна частина лікарів отримує саме мінімально гарантований рівень без суттєвих надбавок, доплат за інтенсивність.

Частка витрат на навчання, підвищення кваліфікації та стажування

На національному рівні відсутній консолідований показник частки витрат на навчання та підвищення кваліфікації у бюджетах закладів охорони здоров'я. Це співзвучно з висновками ВООЗ щодо слабкості системи збору даних про людські ресурси в Україні, зокрема браку регулярної інформації про

освіту, міграцію, підготовку та вихід працівників на пенсію [240]. Водночас відомо, що система БПР нормативно вимагає мінімум 50 годин (балів) на рік для лікарів і 30 годин (балів) – для середнього медичного персоналу, а значну частку відповідних освітніх активностей фінансують міжнародні організації та донори (WHO, ЄС, ІОМ, International Medical Corps, програми з психічного здоров'я тощо).

З огляду на практику фінансового планування в бюджетних закладах та міжнародний досвід країн із обмеженим фінансуванням можна зробити обґрунтоване припущення, що частка бюджету ЗОЗ, яка спрямовується безпосередньо на навчання, підвищення кваліфікації та стажування персоналу, зазвичай не перевищує 2 %. У таких умовах більша частина навчальних заходів реалізується за рахунок зовнішнього фінансування (донорські проєкти, фармацевтичні компанії, міжнародні гранти) або особистих витрат самих працівників.

Домінування донорських проєктів у сфері БПР формує низку структурних ризиків. По-перше, БПР і стажування часто прив'язані до пріоритетів конкретних донорів, внаслідок чого частина персоналу отримує надмірну кількість тренінгів у грантових темах, тоді як інші напрями (лідерство, управління змінами, цифрові навички, міжпрофесійна командна робота) залишаються недостатньо розвиненими. По-друге, інвестиційна спроможність у навчання концентрується в університетських, опорних та великих міських лікарнях, тоді як периферійні заклади, сільські амбулаторії та невеликі центри первинної медико-санітарної допомоги часто залишаються на периферії професійної уваги.

Стратегічно це означає, що формальне запровадження БПР як обов'язкової складової професійної діяльності ще не супроводжується стійкою фінансовою моделлю його забезпечення. Без виділення окремої статті витрат у фінансовому плані закладу під розвиток персоналу та без включення витрат на навчання в тарифну політику НСЗУ потенціал БПР як інструменту трансформації кадрового потенціалу залишається обмеженим.

Внутрішні програми розвитку як індикатор зрілості HR-системи

ВООЗ у своїх аналітичних документах підкреслює, що в Україні фактично відсутня розвинена система аналітики людських ресурсів охорони здоров'я, яка б включала дані про внутрішні програми розвитку персоналу, їх охоплення, результати та вплив на кадрову динаміку [240]. На національному рівні не збираються й не публікуються показники частки персоналу, залученого до програм наставництва, лідерства, внутрішніх курсів тощо, що робить ці індикатори внутрішньою справою окремих закладів.

Практика свідчить про суттєву нерівномірність у цьому вимірі. У великих університетських, кластерних та опорних лікарнях формуються власні школи лідерства й менеджменту, програми наставництва для молодих лікарів та медичних сестер, локальні платформи електронного навчання. Натомість у типовій центральній районній лікарні або центрі первинної медико-санітарної допомоги структуровані програми розвитку зустрічаються значно рідше, а навчальна активність зводиться переважно до епізодичного направлення працівників на зовнішні курси.

Залученість персоналу до внутрішніх програм розвитку є критично важливим індикатором інвестиційної спроможності закладу, оскільки свідчить про готовність керівництва інвестувати не тільки фінансові ресурси, а й управлінську увагу, час і організаційний ресурс у розвиток людського капіталу. Формування внутрішніх програм трансформує організаційну культуру. Заклад переходить від парадигми «виживання» до парадигми «розвитку», що є ключовою умовою утримання молодих фахівців і підвищення привабливості роботи в публічному секторі.

За відсутності таких програм молоді працівники не бачать для себе зрозумілої кар'єрної траєкторії всередині закладу, що стимулює їх міграцію в приватний сектор, за кордон або взагалі зміну професійної діяльності. Таким чином, низька залученість до внутрішніх програм розвитку стає не тільки індикатором слабкої інвестиційної спроможності, а й фактором прискорення відтоку кадрів.

Програми підтримки ментального здоров'я та добробуту персоналу

В умовах повномасштабної війни питання ментального здоров'я медичних працівників набуває особливої ваги. В Україні реалізується Всеукраїнська програма ментального здоров'я («Ти як?» / How are U?), яка охоплює населення загалом і медичних працівників зокрема, а також численні програми психосоціальної підтримки, що впроваджуються міжнародними організаціями [29]. Значна частина цих ініціатив включає тренінги зі стресостійкості, заходи групової підтримки, психологічне консультування для медиків, які працюють у надзвичайно напружених умовах.

Однак переважна більшість зазначених програм фінансується зовнішніми донорами та реалізується як пілотні проєкти в окремих лікарнях або громадах. Для більшості закладів охорони здоров'я відсутня власна, стабільна бюджетна стаття, спрямована саме на підтримку ментального здоров'я й добробуту персоналу, а відповідні активності сприймаються як «додатковий бонус», що з'являється внаслідок участі закладу в тому чи іншому проєкті, а не як системний елемент HR-стратегії.

У цьому полягає ключовий парадокс інвестиційної спроможності. У ситуації, коли потреба в підтримці ментального здоров'я медичних працівників є найбільшою за всю історію незалежної України, власний ресурс закладів на розвиток програм добробуту персоналу практично відсутній, і система в цій сфері майже повністю залежить від зовнішньої допомоги. Відсутність структурованих, стійко профінансованих програм супервізії, груп підтримки, психологічного консультування та профілактики вигорання призводить до високих рівнів емоційного виснаження, зростання плинності кадрів, підвищення ризику професійних помилок через перевтому. Міжнародні організації [240] прямо вказують, що війна завдала особливо сильного удару по ментальному здоров'ю саме медичного персоналу, однак внутрішні інституційні відповіді на цей виклик залишаються недостатніми.

Водночас запровадження навіть простого набору індикаторів на рівні закладу (кількість заходів з підтримки ментального здоров'я, охоплення

персоналу, витрати на програми МНПСС/добробут) могло б зробити ці інвестиції видимими, інтегрувати їх у систему управління та відкрити можливості для подальшого стимулювання з боку НСЗУ та органів управління охороною здоров'я через контракти, грантові програми, пілотні проєкти.

Аналіз наведених індикаторів засвідчує, що інвестиційна спроможність українських закладів охорони здоров'я щодо розвитку людських ресурсів структурно обмежена. Зовнішні обмеження пов'язані з низьким загальним рівнем фінансування системи та високою часткою витрат на оплату праці за умов її недостатньої конкурентоспроможності на ринку праці. Внутрішні – із високою питомою вагою заробітної плати в бюджеті при обмежених ресурсах на навчання й добробут, фрагментарною залежністю від донорських проєктів, відсутністю розвиненої HR-аналітики та стійко профінансованих внутрішніх програм розвитку й підтримки ментального здоров'я.

Підвищення ефективності інвестицій у людський капітал охорони здоров'я вимагає не лише збільшення загального обсягу фінансування галузі, а й глибокої зміни структури та логіки використання ресурсів. Йдеться про необхідність виділення окремих бюджетних ліній на навчання, стажування та програми добробуту, запровадження обов'язкових HR-показників (частка персоналу, залученого до програм розвитку, охоплення програмами ментального здоров'я, витрати на навчання у структурі контрактів з НСЗУ, частка фонду оплати праці у тарифах), а також інтеграцію цих індикаторів у систему стратегічного управління та контракування на рівні як закладів, так і національної політики. Лише за таких умов інвестиції у людський капітал зможуть стати не епізодичним реагуванням на кризові виклики, а системним інструментом модернізації та стійкості системи охорони здоров'я.

2.3. Аналіз системи управління людськими ресурсами та інвестицій у розвиток людські ресурси у закладах охорони здоров'я України

Вибір об'єкту дослідження. Вибір сукупності закладів охорони здоров'я для проведення дослідження зумовлений необхідністю забезпечити репрезентативність, порівнюваність та аналітичну глибину при вивченні стратегічного управління людськими ресурсами у різних організаційних, функціональних та інституційних умовах. Відібрані об'єкти відображають структурну, регіональну та організаційно-правову диверсифікацію сучасної української системи охорони здоров'я, що дозволяє сформувати комплексне бачення процесів формування, використання та розвитку людського капіталу в умовах глобалізації, цифрової трансформації та воєнних викликів.

У якості об'єктів дослідження нами взяті:

1. КНП «Міська лікарня №3» Миколаївської міської ради
2. КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» Одеської обласної ради
3. Медичний дім Odrex (приватний медичний центр, м. Одеса)
4. КНП «Чугуївська ЦЛ ім. М.І. Кононенка» Міської ради Харківської області
5. КНП «Теплодарський центр первинної медико-санітарної допомоги» Теплодарської міської ради
6. Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка ОНМедУ)
7. МедіКлаб (приватний медичний центр, м. Дніпро)
8. ДНТ «УМЦР МАТЕРІ ТА ДИТИНИ МОЗ УКРАЇНИ»
9. КНП «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради
10. КНП «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради.

До вибірки включені заклади первинної, вторинної та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що забезпечує можливість:

- 1) оцінити специфіку HR-процесів у сімейній медицині (КНП «Теплодарський ЦПМСД»);
- 2) проаналізувати кадрову політику багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування (КНП «Міська лікарня №3» м. Миколаєва; КНП «Центральна міська лікарня м. Олександрії», КНП «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради);
- 3) дослідити особливості формування компетенцій у високоспеціалізованих клініках (КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр», ДНТ «УМЦР Матері та дитини МОЗ України», Центр реконструктивної та відновної медицини);
- 4) оцінити HR-моделі приватного сектору (Медичний дім Odrex, МедіКлаб), який демонструє швидшу адаптивність до ринку праці та інновацій.

Такий вибір дозволяє дослідити варіативність стратегій розвитку персоналу залежно від рівня технологічності, кадрової інтенсивності та складності клінічних маршрутів.

При цьому у дослідженні була забезпечена регіональна репрезентативність. Досліджувані заклади розташовані у південному, східному та центральному регіонах України (Одещина, Миколаївщина, Харківщина, Кіровоградщина), що важливо з огляду на:

- 1) відмінності у демографічній структурі населення;
- 2) різний рівень воєнних ризиків і навантаження на охорону здоров'я;
- 3) специфіку регіональної кадрової кризи;
- 4) нерівність у фінансуванні та доступі до інновацій.

Це забезпечує можливість виявити регіональні детермінанти стратегічного управління людськими ресурсами та оцінити ефективність різних HRM моделей в умовах турбулентності.

Таким чином, відібрані об'єкти дослідження є репрезентативними для сучасної української системи охорони здоров'я, відображають різні моделі організації медичної допомоги та HR-процесів, а їх аналіз дозволить

сформувати глибоке, критично орієнтоване та стратегічно спрямоване бачення розвитку людських ресурсів в умовах глобалізації та трансформації системи охорони здоров'я України.

Загальний аналіз стратегічного середовища HRM-системи.

У відповідності до проведеного контент-аналізу внутрішніх нормативних документів наведеного вище списку закладів – об'єктів дослідження ми побудували табл. 2.10.

Контент-аналіз свідчить про наявність чітко окресленої диференціації інституційної зрілості системи управління людськими ресурсами у досліджуваних закладах охорони здоров'я за критеріями дотримання трудового законодавства, відповідності вимогам МОЗ і НСЗУ, а також організації безперервного професійного розвитку.

Можна виділити дві умовні групи ЗОЗ за сумарною оцінкою формалізації HRM. До першої групи належать заклади з високим рівнем інституційної зрілості (8 балів), а саме Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр, Медичний дім Odrex, Центр реконструктивної та відновної медицини (університетська клініка ОНМедУ), «МедіКлаб», ДНТ «УМЦР Матері та дитини МОЗ України», Міська клінічна лікарня №10 м. Одеси. Для них характерні не лише формальна наявність повного пакета нормативних документів (Статут, Колективний договір, положення про оплату праці, преміювання, БПР, кадровий резерв, детальні посадові інструкції), а й реальне використання їх як інструментів стратегічного управління людськими ресурсами. У цих закладах простежується пряма ув'язка кадрової політики з вимогами МОЗ, НСЗУ та клінічними протоколами, а БПР інтегрований у кадрове планування, розвиток компетенцій і позиціонування закладу на ринку медичних послуг.

Друга група – це заклади з базовим та середнім рівнем формалізації HRM (4 бали), такі як КНП «Міська лікарня №3» м. Миколаєва, КНП «Чугуївська ЦЛ ім. М.І. Кононенка», КНП «Теплодарський центр ПМСД», КНП «Центральна міська лікарня м. Олександрії».

Таблиця 2.10

Аналіз нормативно-правового та стратегічного середовища HRM ЗОЗ – об'єктів дослідження

Заклад	Дотримання КЗпП	Відповідність вимогам МОЗ щодо кадрового забезпечення та компетентностей	Відповідність вимогам НСЗУ щодо структури та обсягу послуг	Дотримання професійних стандартів, БПР	Ключові внутрішні HR-документи
1. КНП «Міська лікарня №3» Миколаївської міської ради	Трудові відносини оформлюються за КЗпП; діє Колективний договір, Правила внутрішнього трудового розпорядку, Положення про оплату праці та преміювання. При зміні системи оплати існують ризики трудових спорів, якщо не дотримано процедур зміни істотних умов праці.	Штатний розпис та посадові інструкції орієнтовані на кваліфікаційні вимоги (ДКХП, накази МОЗ). Є розрахунки навантаження та пропорцій «лікар/медсестра». Частина посадових інструкцій типова й недостатньо відображає нові функції.	Контракти з НСЗУ за стаціонарними, хірургічними та інтенсивними пакетами вимагають мінімальних кадрових стандартів. Дефіцит окремих спеціалістів обмежує можливість розширення переліку пакетів та створює ризики невідповідності вимогам договорів.	БПР виконується формально, фокус – на клінічних компетенціях. Системні програми розвитку цифрових, сервісних та менеджерських компетенцій розвинені слабше.	Статут КНП; Колективний договір; Правила внутрішнього трудового розпорядку; Штатний розпис; Положення про оплату праці; Положення про преміювання; Положення про охорону праці; типові посадові інструкції.
2. КНП «Одеський регіональний клінічний протиухлинний центр» ООР	Розвинена система локальних HR-документів; КЗпП реалізується через деталізований Колективний договір, Положення про оплату праці, преміювання, кадровий резерв. При оптимізації структур/штатів критично важливе юридично коректне оформлення зміни істотних умов праці.	Високоспеціалізований онкологічний профіль: кадри формуються за кваліфікаційними вимогами МОЗ та ДКХП. Створені компетентнісні матриці для онкологів, радіологів, хіміотерапевтів; є внутрішні правила допуску до складних процедур.	Контракти з НСЗУ за онкопакетами вимагають повного забезпечення фахівцями. Кадровий дефіцит у високоспеціалізованих професіях обмежує обсяг послуг та якість виконання договорів.	Участь у національних та міжнародних онкологічних програмах. БПР інтегровано в кадрову політику (атестація, спеціалізація, субспеціалізація).	Статут КНП; Колективний договір; Правила внутрішнього трудового розпорядку; Положення про оплату праці; Положення про преміювання; Положення про кадровий резерв; Положення про атестацію і CPD; Положення про організацію онкологічної допомоги; посадові інструкції з розширеними компетенціями.
3. Медичний дім Odrex (приватний, м. Одеса)	Застосовується КЗпП, але HR-політики формалізовані через контракти, корпоративний кодекс, положення про бонуси та КРІ.	Кадрові вимоги базуються на ДКХП та сучасних клінічних протоколах. У посадових інструкціях чітко прописано цифрові та сервісні функції, роботу зі страховими програмами.	Наявність договорів з НСЗУ поєднується з приватними та страховими потоками; для виконання умов договорів формуються щодобова доступність послуг (чергування, резервні бригади). Персонал планується з урахуванням навантажень і стандартів доступності.	Система БПР – індивідуальні плани, внутрішні тренінги, міжнародні курси. БПР виходить за межі мінімальних вимог; розвиваються м'які навички, цифрові навички.	Корпоративний Статут; Правила внутрішнього трудового розпорядку; Положення про підбір та адаптацію персоналу; Положення про оплату праці та бонуси; Корпоративний кодекс; Положення про охорону праці та безпеку пацієнтів; стандартизовані посадові інструкції.
4. КНП «Чугувська ЦЛ ім. М.І. Кононенка» (Харківська обл.)	HR-процеси базуються на КЗпП, Колективному договорі, Правилах ВТР. Процедури зміни істотних умов праці частково формалізовані, потребують оновлення.	Для районної багатопрофільної лікарні важливими є штатні нормативи чергових бригад, відділень, лабораторій. Є кадрові «вузькі місця» (анестезіологія, діагностика), типові інструкції не завжди враховують нові функції.	Контракти з НСЗУ по основних стаціонарних/амбулаторних пакетах; частина потенційних пакетів (паліатив, реабілітація) недоступна через кадрову недостатність. Здатність до контракування прямо залежить від наявності вузьких спеціалістів.	БПР виконується як вимога до атестації (формальний мінімум). Системне планування БПР на рівні закладу обмежене; цифрові, управлінські, командні компетенції розвинені нерівномірно.	Статут КНП; Колективний договір; Правила ВТР; Положення про оплату праці; Положення про преміювання; Положення про суміщення та сумісництво; Положення про охорону праці; посадові інструкції (частково типові).
5. КНП «Теплодарський центр ПМСД»	Працює в межах КЗпП, Колдоговору та локальних положень про оплату праці сімейних лікарів, медсестер, реєстраторів. Зміна моделі оплати (коефіцієнти за декларації, доплати за віддалені громади) потребує дотримання процедур зміни істотних умов праці, інакше підвищуються ризики конфліктів.	Вимоги до лікарів та медсестер ґрунтуються на профстандартах і ДКХП; але опис цифрових функцій в посадових інструкціях фрагментарний.	Основний договір з НСЗУ – ПМД. Кадрове забезпечення (кількість лікарів, навантаження декларації, наявність медсестер та фахівців з громадського здоров'я) визначає повноту виконання умов договору та рівень фінансування.	БПР формально охоплює всіх сімейних лікарів (атестація, курси), але зміст переважно клінічний. Недостатньо розвинені модулі з комунікацій, сервісу, цифрових навичок, командної роботи.	Статут КНП; Колективний договір; Правила ВТР; Положення про оплату праці та стимулювання сімейних лікарів; Положення про преміювання; посадові інструкції лікарів ЗП/СЛ, медсестер, реєстраторів; Положення про БПР сімейних лікарів.
6. Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка ОНМедУ)	Поєднання КЗпП, Закону «Про вищу освіту» та внутрішніх документів ОНМедУ. Діють Колективний договір, Положення про оплату праці з урахуванням клінічних та педагогічних функцій, Положення про суміщення клінічної та науково-педагогічної діяльності.	Кадрові вимоги включають і клінічні, і академічні критерії. Формуються карти компетенцій для лікарів, медсестер, науково-педагогічних працівників; враховуються навички симуляційного та міжпрофесійного навчання, використання цифрових платформ.	Контракти з НСЗУ поєднуються з освітньою місією. Кадрове забезпечення (клініцисти, викладачі, ординатори) визначає можливість підтримувати повний спектр пакетів та високий рівень клінічних результатів.	БПР інтегроване з університетськими програмами. Широко використовуються симуляційні тренінги, міжнародні програми, міждисциплінарні школи; охоплює клінічні, педагогічні, цифрові та управлінські компетенції.	Статут ОНМедУ та Положення про університетську клініку; Колективний договір; Правила ВТР; Положення про оплату праці; Положення про суміщення посад; Положення про організацію клінічної роботи; Положення про БПР та академічний розвиток; деталізовані посадові інструкції (клініцист-викладач, науковець).
7. «МедіКлуб» (приватний центр, м. Дніпро)	HR-політика базується на КЗпП і контрактній системі. Є положення про підбір, адаптацію, оцінку ефективності, оплату праці з використанням КРІ. Важливо, щоб «гнучкі» моделі роботи не порушували гарантії КЗпП (відпустки, надурочні, соціальні гарантії).	Кадрові вимоги формуються з урахуванням ДКХП та ринкових вимог. Посадові інструкції деталізують сервісні та цифрові компетенції, роботу з CRM, телемедичними сервісами, пацієнтоорієнтовані стандарти.	Структуру персоналу підлаштовано під вимоги до доступності та обсягу послуг за ПМГ; також кадрове планування орієнтоване на платосприможливий попит та страхові програми. Графіки роботи персоналу забезпечують розширення час прийому.	БПР реалізується через індивідуальні плани, внутрішні тренінги, зовнішні курси. Значний акцент на сервісі, управлінні стресом, командній роботі та комунікації з пацієнтом.	Статут; Правила ВТР; Положення про підбір та адаптацію персоналу; Положення про оцінку ефективності; Положення про оплату праці та бонуси; Кодекс етики; Положення про БПР та корпоративне навчання; посадові інструкції з сервісними та цифровими функціями.
8. ДНП «УМЦР МАТЕРІ ТА ДИТИНИ МОЗ УКРАЇНИ»	Поєднує норми КЗпП, законодавства про науку, внутрішні накази МОЗ. При залученні грантового фінансування важливо формалізувати нові умови оплати та навантаження.	Високі вимоги до визначаються МОЗ, перинатальними наказами та ДКХП. Є розширені вимоги до дослідницьких компетенцій, впровадження нових технологій, роботи з клінічними протоколами.	Заклад виконує функції референс-центру й клінічної бази. Контракти з НСЗУ (перинатальні, неонатальні, інтенсивні пакети) вимагають високої безпеки персоналом; кадрова політика інтегрує клінічні та наукові ролі.	БПР вклучає клінічні курси, наукові конференції, участь у розробці протоколів, міжнародних дослідженнях. БПР тісно пов'язане з науковою продуктивністю (публікації, гранти).	Положення про УМЦР; Колективний договір; Правила ВТР; Положення про наукові та науково-медичні посади; Положення про оплату праці та надбавки за науковий ступінь; Положення про клінічні та наукові підрозділи; Положення про БПР; посадові інструкції.
9. КНП «Центральна міська лікарня м. Олександрія»	Типове КНП з класичним набором документів: КЗпП реалізується через Колективний договір, Правила ВТР, Положення про оплату праці. Перехід на фінансування через НСЗУ спричинив зміни системи преміювання та стимулів, що потребує чіткого юридичного супроводу при зміні істотних умов праці.	Кадрова політика будується за ДКХП і наказами МОЗ щодо атестації. Штатні нормативи чергових бригад, приймального, операційних відділень формально відповідають вимогам, але через дефіцит спеціалістів часто застосовується суміщення функцій, не повністю відображене в посадових інструкціях.	Контракти з НСЗУ за базовими стаціонарними й амбулаторними пакетами; обмеження розширення портфелю послуг зумовлені браком вузьких спеціалістів. Планування кадрового резерву розвинуте слабо.	БПР забезпечується для проходження атестації, але немає єдиної стратегії розвитку компетенцій на рівні закладу; вплив навчання на якість послуг та клінічні результати системно не відстежується.	Статут КНП; Колективний договір; Правила ВТР; Положення про оплату праці та преміювання; Положення про організацію стаціонарної та амбулаторної допомоги; Положення про охорону праці; посадові інструкції; Положення/плани БПР.
10. КНП «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради	Велика міська лікарня з розвинутою HR-інфраструктурою. Виконання КЗпП забезпечується через Колективний договір, Положення про оплату праці, преміювання, кадровий резерв, адаптацію.	Кадрову політику узгоджено з вимогами ДКХП, кластерною моделлю госпітальної мережі. Є розрахунки навантаження, карти компетенцій для ключових підрозділів. Оновлення посадових інструкцій поступово враховує цифровізацію.	Заклад має контракти з НСЗУ за широким спектром пакетів. Кадрове планування критично важливе для збереження статусу ключової лікарні.	БПР досить розвинене. Водночас БПР ще недостатньо інтегроване в стратегічне HR-планування (немає повноцінних «дорожніх карт» компетенцій під стратегію лікарні).	Статут КНП; Колективний договір; Правила ВТР; Положення про оплату праці; Положення про преміювання; Положення про адаптацію персоналу; Положення про організацію інтенсивної, невідкладної, реабілітаційної допомоги; Положення про БПР; оновлені посадові інструкції з цифровими функціями.

Таблиця 2.11

Матриця оцінки рівня формалізації HRM

Заклад	Дотримання КЗпП	Відповідність вимогам МОЗ	Відповідність вимогам НСЗУ	Дотримання професійних стандартів, БПР	Сумарна орієнтовна оцінка (0–10)
1. Міська лікарня №3 м. Миколаєва (КНП)	1	1	1	1	4
2. Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр (КНП)	2	2	2	2	8
3. Медичний дім Odrax (приватний)	2	2	2	2	8
4. Чугуївська ЦЛ ім. М.І. Кононенка (КНП)	1	1	1	1	4
5. Теплодарський центр ПМСД (КНП)	1	1	1	1	4
6. Центр реконструктивної та відновної медицини (університетська клініка ОНМедУ)	2	2	2	2	8
7. «МедіКлуб» (приватний центр, м. Дніпро)	2	2	2	2	8
8. ДНТ «УМЦР МАТЕРІ ТА ДИТИНИ МОЗ УКРАЇНИ»	2	2	2	2	8
9. Центральна міська лікарня м. Олександрії (КНП)	1	1	1	1	4
10. Міська клінічна лікарня №10 м. Одеси (КНП)	2	2	2	2	8

Примітки: 0 – відсутня / фрагментарна формалізація; 1 – формально наявні документи / процедури, але слабка інституціоналізація; 2 – формалізація поєднана з реальним використанням як інструменту управління

Джерело: сформовано автором.

У ЗОЗ другої групи наявний стандартний набір обов'язкових кадрових документів, однак їх застосування переважно має формально-регуляторний характер, а не стратегічний. Вимоги МОЗ і НСЗУ щодо кадрового забезпечення здебільшого виконуються на мінімально допустимому рівні, часто за рахунок суміщення посад і перевантаження персоналу. Безперервний професійний розвиток у таких закладах переважно розглядається як умова для атестації, а не як інструмент цілеспрямованого розвитку компетенцій відповідно до стратегії ЗОЗ.

На відміну від другої групи, для закладів першої групи характерним є глибший рівень узгодження HR-менеджменту з вимогами НСЗУ. В них кадрова структура планується «від зворотного», а саме від переліку пакетів медичних послуг, які заклад має або прагне контракувати. Відповідно HR-стратегії включають розвиток дефіцитних спеціальностей, формування

мультидисциплінарних команд, інвестування у компетентності, що забезпечують виконання високотехнологічних та інтенсивних пакетів. У закладах другої групи кадрові обмеження, навпаки, часто виступають бар'єром для розширення портфеля пакетів НСЗУ, що знижує фінансову стійкість та інвестиційний потенціал.

Аналіз БПР демонструє, що якісні відмінності полягають не стільки в наявності або відсутності навчання, скільки в його змістовному наповненні та ролі в HR-циклі. У закладах з високою оцінкою БПР розглядається як елемент кадрової стратегії. У ЗОЗ із середнім рівнем зрілості переважає підхід «мінімального виконання» нормативних вимог, без оцінки впливу навчання на якість послуг, ефективність роботи команд та реалізацію стратегічних цілей. Нижче розглянемо це питання більш детально.

Приватні медичні центри (Медичний дім Odrex, «МедіКлаб») та заклади з вираженою академічною та науковою місією (університетська клініка ОНМедУ, ДНТ «УМЦР Матері та дитини») демонструють найбільш розвинений рівень HR-формалізації. Для них характерні контрактні форми взаємодії, корпоративні кодекси, положення про адаптацію, оцінку та розвиток персоналу, акцент на сервісних і цифрових компетенціях. Це свідчить про те, що конкуренція на ринку та інтеграція в академічний та науковий простір виступають потужними драйверами інституціоналізації HR-менеджменту.

Таким чином, аналіз підтверджує, що ключова системна проблема HR-менеджменту у закладах охорони здоров'я України – це несформованість стратегічного виміру управління людськими ресурсами. HR-документи існують, але рідко використовуються як платформа для:

- довгострокового планування кадрових потреб під демографічні та епідеміологічні тренди;
- структурної перебудови компетенцій під вимоги НСЗУ, цифровізації;
- вибудовування мотиваційних систем, що реально підтримують якість, безпеку та інноваційність медичної допомоги;

- формування кадрової резилієнтності в умовах війни, міграції кадрів та зростання навантаження.

Виявлені відмінності дозволяють зробити висновок, що формальна наявність базового пакета HR-документів ще не гарантує стратегічного характеру управління людськими ресурсами. Ключовим фактором виступає ступінь інтеграції нормативної бази у практику кадрового планування, управління компетенціями, розвиток персоналу та досягнення цільових показників за договорами з НСЗУ.

Оцінювання кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я.

Аналіз охоплює індикатори чисельності персоналу, структури кадрів, плинності, рівня вакансій, продуктивності, оплати праці та дефіциту критичних спеціальностей (табл. 2.12). Такий підхід забезпечує системне бачення кадрових ресурсів на мікрорівні (заклади), а також дає змогу ідентифікувати загальносистемні тенденції.

Порівняння чисельності кадрів закладів демонструє помітну диференціацію за масштабами кадрових ресурсів. Великі університетські, онкологічні та приватні медичні центри (Одгех, Одеський протипухлинний центр, УМЦР Матері та Дитини) мають понад 800-1300 співробітників, що формує високу щільність кадрового забезпечення та більш збалансоване співвідношення лікарів і медичних сестер (1:2 – 1:2.4). Натомість первинна ланка (Теплодарський ЦПМСД) та районні лікарні (Чугуївська ЦЛ, ЦМЛ Олександрії) мають суттєво менші обсяги персоналу, а їхні показники співвідношення лікарів і медичних сестер (1:1 – 1:1.3) відображають характерну для України проблему перевантаження лікарів та нестачі медичних сестер.

Вікова структура також демонструє системну нерівномірність. У закладах первинної ланки та районних лікарнях частка працівників віком 55+ становить 40-55 %, тоді як у приватних та університетських центрах частка молодого персоналу суттєво вища. Це посилює ризики кадрового старіння та перспективного дефіциту в найближчі 5-7 років.

Таблиця 2.12

Оцінювання кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я

Заклад	Персонал (облікова чисельність персоналу/повна зайнятість)	Структура (Лікарі/ Медсестри)	Вікова структура	Кваліфікаційна структура (з вищою та першою категорією)	Продуктивність	Вакансії	Плинність	Абсентеїзм / Понаднормові	Дефіцит критичних посад	Середня зарплата (грн)
1. КНП «Міська лікарня №3» Миколаїв	420 / 385	1:1.3	M15% / C50% / B35%	68%	830 випадків/лікар/рік	8%	12%	2,8% / 3,5%	Анестезіологи, радіологи	22 000
2. Одеський протигрипний центр	1 150 / 1 050	1:2.1	M18% / C52% / B30%	78%	1 450 процедур/лікар/рік	5%	9%	2,2% / 3%	Радіологи, медфізики	24 500
3. Odrex (Одеса)	1 300 / 1 180	1:2.4	M35% / C50% / B15%	90%	1 900 випадків/лікар/рік	12%	18%	1,1% / 4,5%	Персонал ER, операційні медсестри	38 000
4. КНП «Чугуївська ЦЛ» Харківщина	360 / 320	1:1.2	M12% / C48% / B40%	55%	740 випадків/лікар/рік	10%	16%	3,5% / 5%	Анестезіологи, педіатри	18 200
5. КНП «Теплодарський ЦПМСД»	47 / 38	1:1.0	M10% / C36% / B54%	60%	1800 декларацій/лікар	6%	17%	2% / 3%	Кардіолог, терапевт	16 500
6. Центр реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ	680 / 620	1:1.8	M20% / C55% / B25%	73%	1 200 випадків/лікар	7%	10%	2,5% / 4%	Реабілітологи, фізіотерапевти	21 000
7. МедіКлуб (Дніпро)	250 / 230	1:2.0	M30% / C55% / B15%	88%	1 600 випадків/лікар	11%	20%	1,5% / 5%	Кардіологи, сімейні лікарі	32 000
8. ДНТ «УМЦР Матері та Дитини» МОЗ України	850 / 800	1:2.2	M20% / C50% / B30%	82%	1800 декларацій/лікар	4%	8%	2,0% / 3%	Неонатологи, анестезіологи	23 800
9. КНП «Центральна міська лікарня м. Олександрія»	520 / 470	1:1.3	M14% / C46% / B40%	62%	780 випадків/лікар	9%	14%	3,2% / 4%	Хірурги, анестезіологи	19 500
10. КНП «Міська клінічна лікарня №10» Одеса	760 / 700	1:1.5	M18% / C52% / B30%	70%	1 150 випадків/лікар	8%	13%	2,6% / 3,5%	Анестезіологи, інфекціоністи	21 800

Джерело: сформовано автором.

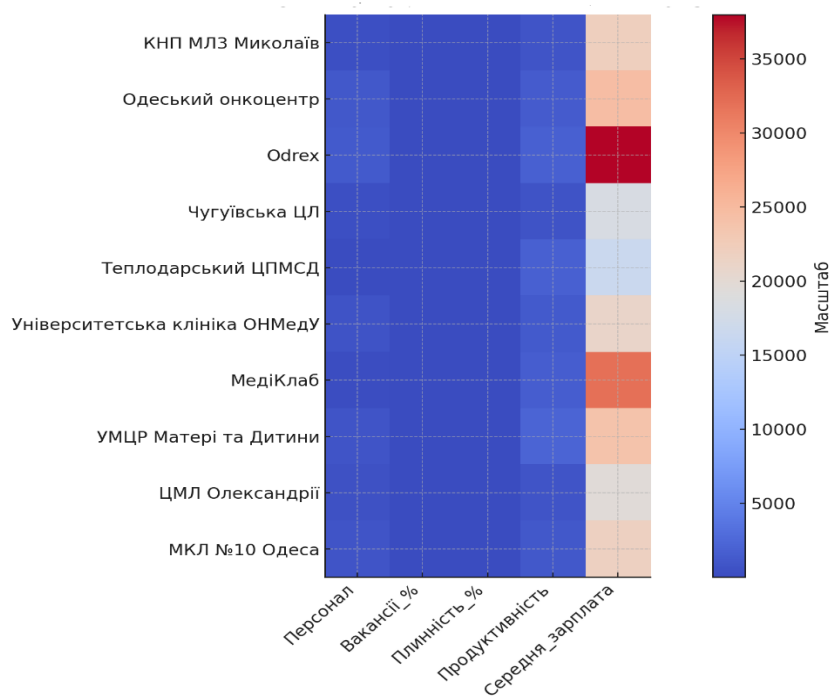


Рис. 2.14. Теплова карта оцінювання кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я – об'єктів дослідження

Джерело: сформовано автором.

Аналіз за тепловою картою (рис. 2.14) виявляє чіткий розподіл: приватний сектор має вищу плинність (18-20 %), але нижчий рівень вакансій через активну політику рекрутингу та конкуренцію на ринку праці. Комунальні та державні заклади, навпаки, характеризуються помірною плинністю (10-17 %) при високій залежності від локальних кадрових ресурсів.

Найкритичніші вакансії фіксуються в таких спеціальностях:

- анестезіологія,
- радіологія,
- інтенсивна терапія,
- неонатологія,
- сімейна медицина.

Ці спеціальності є критичними для контрахтування пакетів НСЗУ, тому їх дефіцит безпосередньо впливає на фінансову спроможність закладів.

Показники продуктивності демонструють суттєву варіативність залежно від рівня медичної допомоги та структури закладу:

- приватні багатoproфільні центри та заклади третинного рівня мають найвищі показники продуктивності;
- первинна ланка характеризується іншими метриками (до 1800 декларацій на одного лікаря);
- районні лікарні демонструють найнижчий рівень продуктивності, що пояснюється обмеженою інфраструктурою, старінням кадрів та недозавантаженням.

Теплова карта яскраво підкреслює цю різницю. Блок продуктивності у приватних та високоспеціалізованих ЗОЗ позначений найбільш «теплыми» (інтенсивними) кольорами.

Аналіз диференціації заробітних плат виявляє глибокі структурні диспропорції, які мають безпосередній вплив на кадрову динаміку та стійкість функціонування закладів охорони здоров'я. Приватні ЗОЗ пропонують найвищий рівень оплати праці (у середньому 32 000-38 000 грн на місяць), що формує для них виражену конкурентну перевагу на ринку медичної праці. Заклади третинного рівня, передусім обласні та університетські, забезпечують 21 000-24 000 грн на місяць, тоді як районні лікарні та ПМД знаходяться на найнижчому рівні діапазону (приблизно 16 500-19 500 грн на місяць). Така розбіжність перевищує 2-2,3 рази між крайніми групами та формує небезпечну вертикальну стратифікацію всередині системи.

Кореляція між компенсаційною моделлю та кадровими ризиками має складний характер. Попри вищі заробітні плати, приватний сектор демонструє найвищий рівень плинності кадрів (18-20 %), що обумовлено інтенсивною конкуренцією між мережами, агресивною політикою хедхантингу, гнучкими, але водночас нестабільними умовами зайнятості та високими вимогами до продуктивності персоналу. У приватних ЗОЗ кадрові

потоки є динамічними, що водночас забезпечує швидке оновлення компетентностей, але створює ризики нестійкості команд.

Натомість у закладах третинного, вторинного та особливо первинного рівнів плинність зумовлена переважно низьким рівнем оплати праці, високим робочим навантаженням, обмеженими можливостями професійного розвитку та відсутністю стимулів для утримання молодих фахівців. Тут кадрові втрати мають кумулятивний ефект. Зростає дефіцит спеціалістів, посилюється ризик професійного вигорання, знижується організаційна резилієнтність.

Теплова карта (рис. 2.14), що відображає диференціацію ресурсної забезпеченості, формує два контрастні полюси. Приватні центри та високоспеціалізовані ЗОЗ виступають «теплим полюсом» – зонами фінансової привабливості, але водночас із високою кадровою турбулентністю. Первинна ланка та типові комунальні лікарні формують «холодний полюс», що характеризується низькими заробітними платами, обмеженим кадровим резервом, хронічним дефіцитом персоналу та структурно високими ризиками плинності.

Таким чином, фінансова асиметрія у поєднанні з різними моделями кадрової динаміки не лише посилює дисбаланси у забезпеченні людськими ресурсами, але й уповільнює реалізацію стратегічних цілей охорони здоров'я, зокрема, зміцнення ПМД, забезпечення безперервності медичної допомоги, підвищення якості та безпеки послуг, а також упровадження інноваційних клінічних практик. Вирівнювання міжрівневих диспропорцій оплати, модернізація компенсаційної моделі та запровадження цільових інструментів кадрової стабілізації є критичними умовами формування збалансованої, продуктивної та стійкої системи управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я.

Аналіз HR-стратегій закладів охорони здоров'я.

Комплексний аналіз закладів охорони здоров'я – об'єктів дослідження дає змогу окреслити характерні риси HR-стратегії на рівні окремих ЗОЗ та виявити типові моделі управління людськими ресурсами в Україні.

За результатами аналізу ми виокремили три групи закладів за ступенем сформованості HR-стратегії:

1-а група – ЗОЗ із фактично сформованою HR-стратегією (проактивна, інтегрована модель), до якої відносяться:

- КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр»
- Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка ОНМедУ)
- ДНТ «УМЦР Матері та дитини МОЗ України»
- КНП «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради
- Медичний дім Odrex
- «МедіКлуб» (приватний центр)

У цих закладах, навіть якщо HR-стратегія не завжди оформлена як окремий письмовий документ, простежуються чітко артикульовані стратегічні орієнтири. Визначено пріоритетні категорії персоналу, критичні спеціальності, цільові моделі компетентностей, механізми утримання та розвитку кадрів. HR-рішення приймаються з огляду на середньо- та довгострокові цілі (розвиток онкологічних пакетів, університетських програм, перинатального референс-центру, розширення ринку платних послуг тощо). Такий тип HR-стратегії можна класифікувати як проактивний.

2-а група – це ЗОЗ із частково сформованою, адаптивною HR-стратегією. Заклади охорони здоров'я другої групи характеризуються проміжним рівнем інституційної зрілості HR-менеджменту. До цієї групи можна віднести МКЛ № 10 та частково окремі комунальні лікарні, у яких є елементи стратегічного HR-підходу, однак HR-стратегія ще не набуває завершеного вигляду як інтегрована система. У таких закладах існують окремі елементи стратегічного підходу до управління персоналом, проте вони функціонують ізольовано та не формують системної кадрової

політики. Відсутність формалізованої логіки стратегічної інтеграції призводить до того, що кадрові рішення приймаються ситуативно, у відповідь на поточні потреби, а не в рамках довгострокового бачення розвитку закладу. Такий тип доцільно визначити як адаптивний.

3-а група – ЗОЗ із реактивною HR-моделлю (відсутність повноцінної HR-стратегії), до неї відносяться:

- КНП «Міська лікарня №3» Миколаївської міської ради
- КНП «Чугуївська ЦЛ ім. М.І. Кононенка»
- КНП «Теплодарський центр ПМСД»
- КНП «Центральна міська лікарня м. Олександрії»

У цих закладах кадрова політика зводиться переважно до виконання вимог КЗпП, підтримання штатного розпису та домінування реактивних підходів до подолання кадрового дефіциту, коли управлінські рішення ухвалюються в режимі оперативного антикризового реагування, а не стратегічного планування. HR-стратегія в класичному розумінні не сформована, а кадрові рішення мають короткостроковий, ситуативний характер. Цю модель можна кваліфікувати як реактивну або пасивно-адміністративну.

У закладах першої групи простежується високий ступінь інтеграції HR-стратегії у загальну організаційну архітектуру та стратегічний контур розвитку. У КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» кадрова політика безпосередньо узгоджена з технологічною модернізацією та розширенням спектра високоспеціалізованих онкопакетів, що формує потребу у залученні й утриманні висококваліфікованих онкологів, радіологів, фахівців з лікувальної фізики та суміжних спеціальностей. В університетській клініці ОНМедУ та ДНТ «УМЦР Матері та дитини МОЗ України» HR-стратегія є складником триєдиної місії «клініка – освіта – наука», де персонал розглядається не лише як виконавці клінічних процедур, а як носії педагогічних, дослідницьких і трансляційних компетентностей, що забезпечують розвиток освітньо-наукового

середовища. У приватних медичних мережах Odrex та «МедіКлаб» кадрова стратегія тісно пов'язана з бізнес-моделлю, конкурентним позиціонуванням, орієнтацією на конкретні сегменти пацієнтів і вимогами страхових програм, що зумовлює високий рівень стандартизації HR-процесів, впровадження e-HR-рішень і системного управління якістю.

Натомість у закладах другої та третьої групи (типових КНП у малих та середніх містах) кадровий компонент переважно залишається периферійним щодо стратегічного управління. HR-політики, якщо й представлені у формальних документах, мають фрагментарний характер і рідко формують логічний зв'язок зі стратегією розвитку закладу. Кадрові рішення тут здебільшого детерміновані бюджетними обмеженнями, нормативними вимогами або реакцією на кризові ситуації, що свідчить про домінування тактичного, а не стратегічного підходу. У таких умовах людський капітал сприймається не як ключовий драйвер інституційного розвитку, а більше як ресурс, дефіцитність і мобільність якого потрібно утримувати в межах наявних можливостей. Це, у свою чергу, обмежує здатність закладів долати виклики міграції кадрів, нерівномірності навантаження та потреби в інноваційних клінічних практиках.

За критерієм відкритості чи закритості кадрової політики у досліджуваних закладах охорони здоров'я простежуються чітко диференційовані моделі, що відображають їхній інституційний потенціал, організаційну зрілість та позиціонування на ринку медичних послуг.

До моделей з відкритою кадровою політикою належать передусім приватні медичні мережі (Odrex, «МедіКлаб») та, у певному аспекті, університетська клініка й онкологічний центр. У цих закладах кадрова стратегія базується на конкуренції за таланти та прагненні залучити найкращих фахівців незалежно від географічного або інституційного походження. Застосовуються механізми активного зовнішнього рекрутингу, що включає пошук спеціалістів на національному та міжнародному ринку праці, участь у професійних медичних спільнотах і цільових програмах

стажування. Відбір персоналу здійснюється на конкурсних засадах із чітко сформульованими вимогами до компетенцій, професійних стандартів і очікуваних результатів роботи. Прозорість критеріїв найму та кар'єрного просування забезпечує формування передбачуваних траєкторій розвитку персоналу, сприяє зростанню мотивації та формує культуру професійної мобільності й відповідальності. Для університетської клініки характерною є орієнтація на залучення фахівців, здатних поєднувати клінічну, освітню та наукову діяльність, що відповідає моделі інтегрованої академічної медицини, із числа випускників-інтернів.

Протилежний полюс становлять моделі з переважно закритою або вимушено закритою кадровою політикою, характерні для більшості районних та міських комунальних лікарень. У цих закладах кадрова стратегія здебільшого визначається обмеженнями зовнішнього середовища, такими як демографічна ситуація, особливості локального ринку праці, воєнні ризики та низька мобільність фахівців. Рекрутинг має ситуативний, реактивний характер і рідко виходить за межі локальної громади. Набір персоналу здійснюється переважно за рахунок утримання наявних працівників, що нерідко супроводжується політикою «збереження будь-якою ціною», включно з підвищеним навантаженням, гнучкими графіками або невиправданими компромісами щодо компетентнісних вимог. Кадровий резерв формується спонтанно та внутрішньо, без системного планування чи механізмів наступності. Таким чином, закритість кадрової політики у цих закладах не є стратегічним вибором, а радше відображає контекстні обмеження, а саме слабку конкуренцію між роботодавцями, демографічну кризу, дефіцит житла, обмежені можливості розвитку та підвищену міграційну мобільність медичних кадрів у напрямку більш привабливих регіонів.

Таким чином, відкриті кадрові політики корелюють із високою інституційною зрілістю, здатністю до стратегічного планування та активною участю на ринку праці, тоді як закриті або обмежені моделі

відображають адаптивну реакцію закладів до ресурсних і регіональних викликів. Це розмежування суттєво впливає на якість HR-менеджменту, можливості кадрового оновлення та стійкість закладів до структурних змін у системі охорони здоров'я України.

Важливою частиною HR-менеджменту є кадрове планування. Аналіз кадрового планування у закладах охорони здоров'я засвідчує суттєву міжгрупову диференціацію, що безпосередньо корелює зі ступенем сформованості HR-стратегії та загальною інституційною зрілістю ЗОЗ. У рамках дослідження було виокремлено три групи закладів, які демонструють різні моделі кадрового планування.

У першій групі, де HR-стратегія фактично сформована й інтегрована у стратегічне управління (назви закладів охорони здоров'я за групами були окреслені нами вище), кадрове планування здійснюється на середньо- та довгострокову перспективу, з опорою на аналізі повної зайнятості, прогнозування потреб, сценарні моделі та оцінку ризиків. Заклади ідентифікують критичні спеціальності (онкологи, анестезіологи, неонатологи, інтенсивна медицина, сімейні лікарі, реабілітологи), моделюють кадрові потреби під пакети НСЗУ та застосовують різні механізми покриття дефіциту, а саме:

- внутрішня ротація між підрозділами з метою оптимізації навантаження та балансування FTE;
- залучення молодих фахівців, включно з інтернатурою, стажуваннями, менторськими програмами;
- побудова кадрового резерву для критичних посад;
- створення стимулів для повернення кадрів після академічних відпусток чи тимчасової міграції;
- перерозподіл функцій завдяки міжпрофесійним моделям (наприклад, делегування частини функцій медсестрам-практикам);

- інвестиції в персонал для закриття дефіциту компетентностей за рахунок підвищення ефективності наявних кадрів.

Візуально це можна представити на рис. 2.15.

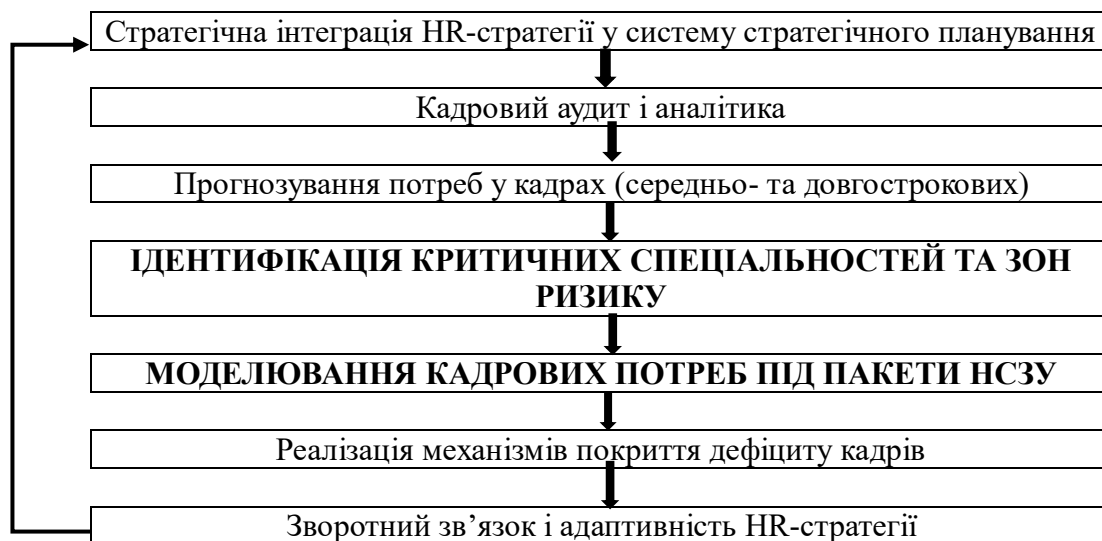


Рис. 2.15. Місце кадрового планування у проактивній HR-стратегії закладу охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором.

У другій групі, яка представлена закладами з частково сформованою HR-стратегією, спостерігаються елементи стратегічного підходу такі, як планування кадрів під ключові пакети НСЗУ, підтримка пріоритетних клінічних напрямів, увага до кадрових «вузьких місць». Водночас ці елементи ще не складаються у цілісну систему. Кадрове планування має фрагментарний, переважно реактивний характер і зосереджене на вирішенні оперативних завдань, що виникають у процесі надання медичних послуг. Хоча ці заклади здійснюють планування кадрових ресурсів під ключові пакети НСЗУ, підтримують пріоритетні клінічні напрями та орієнтуються на визначення кадрових «вузьких місць», такі заходи виконуються без закріплення в єдиній HR-стратегії.

Структурним обмеженням у цих закладах є використання штатного розпису переважно як інструменту дотримання нормативних вимог, а не як

інструмента стратегічного моделювання навантаження, аналітики штатних вакансій та планування пропускнуої спроможності. Унаслідок цього штатний розпис просто закріплює існуючу структуру, не дозволяючи закладу адаптуватися до змін у попиті на медичні послуги чи застосовувати інноваційні кадрові моделі. Таким чином, у цих закладах не проводиться систематичний аналіз вікової структури, ризиків виходу на пенсію, сценаріїв заміщення ключових посад, тобто не застосовуються методи довгострокового прогнозування. А отже заклади з реактивною стратегією реагують на зміни середовища, проте не формують випереджувальної кадрової політики. Це суттєво знижує спроможність закладів управляти кадровими ризиками, зокрема ризиками дефіциту лікарів вузьких спеціальностей і фахівців, критичних для виконання пакетів НСЗУ.

Таким чином, для закладів другої групи притаманна відсутність цілісної HR-стратегії, обмеженість аналітичних інструментів, недостатній рівень прогнозування та слабка інтеграція HR-менеджменту у загальне стратегічне управління створюють, що створює ризики втрати кадрової стійкості та обмеження потенціалу розвитку закладу.

Третю групу становлять заклади з реактивною та/або пасивною-моделлю HR-менеджменту, до яких належать КНП «Міська лікарня №3» м. Миколаєва, КНП «Чугуївська ЦЛ ім. М.І. Кононенка», КНП «Теплодарський центр ПМСД» та КНП «Центральна міська лікарня м. Олександрії». У цих закладах кадрова політика фактично зводиться до дотримання вимог КЗпП, ведення кадрової документації та екстреного реагування на кадровий дефіцит. Планування потреб відсутнє або здійснюється ситуативно, у відповідь на термінові проблеми, такі як звільнення працівників, збільшення навантаження чи вимоги контролюючих органів. HR-стратегія як системний документ або концепція не сформована, а кадрові рішення мають короткостроковий, несистемний характер.

Нами також здійснено аналіз реалізації ключових HR-функцій у цих закладах, що наведено у табл. 2.13.

Таблиця 2.13

Оціночні показники реалізації ключових HR-функцій

Заклад	Середній час закриття вакансії, дні	Частка успішно адаптованих нових працівників, %	Частка персоналу з індивідуальними планами розвитку, %	Рівень виконання індивідуальних KPI, %	Частка працівників, охоплених оцінкою компетенцій, %	Індекс організаційного клімату (0-100)
Одгех, Одеса	30	90	55	85	95	81
МедіКлаб, Дніпро	35	88	28	83	90	72
Одеський регіональний онкоцентр	45	82	-	-	85	42
УМЦР Матері та Дитини МОЗ України	50	80	-	-	85	41
Університетська клініка ОНМедУ	55	78	43	-	80	50
МКЛ №10, м. Одеса	60	72	-	-	70	36
КНП «ЦМЛ м. Олександрія»	80	58	-	-	45	21
КНП «МЛ №3» м. Миколаєва	75	60	-	-	50	28
Чугуївська ЦЛ	200+	55	-	-	35	23
Теплодарський ЦПМСД	100	57	-	-	60	29

Джерело: сформовано автором.

Аналіз наведених у табл. 2.13 показників дозволяє здійснити поглиблену оцінку інституційної HR-зрілості закладів охорони здоров'я, виходячи за межі суто кількісних параметрів (чисельність, плинність, вакансії) і переходячи до вимірювання якості HR-процесів, а саме добору, адаптації, розвитку, оцінки компетенцій та організаційної культури.

За показником середнього часу закриття вакансій чітко окреслюються три умовні кластери закладів. Найкоротший час заповнення вакансій (30-35 днів) спостерігається у приватних багатoproфільних центрах, що свідчить про високий рівень привабливості роботодавця, розвинену систему рекрутингу та активну роботу з ринком праці. В онкоцентрі, УМЦР та університетській клініці час закриття вакансій коливається в межах 45-55 днів, що відповідає реаліям високоспеціалізованого сегмента із складними вимогами до компетентностей персоналу.

Натомість у МКЛ №10, ЦМЛ Олександрії, МЛ №3 Миколаєва, Теплодарському ЦПМСД час закриття вакансій збільшується до 60-100 днів, що відображає сукупність факторів кадрової вразливості, а саме нижчий рівень оплати праці, територіальну менш привабливу локацію, дефіцит кадрів на регіональному ринку, обмежені HR-інструменти та слабший бренд роботодавця. В Чугуївській ЦЛ надовший час заповнення вакансій (200+), що посприяє розміщенням закладу у зоні боєвих дій, що найбільше наближена до військових дій.

Частка успішно адаптованих нових працівників (індикатор якості онбордингу) у лідерів HR-зрілості (Odrex, «МедіКлаб», онкоцентр, УМЦР, університетська клініка) становить 78-90 %, що свідчить про наявність структурованих програм введення в посаду, наставництва, оцінки результатів випробувального терміну. У закладах із середнім та низьким рівнем HR-зрілості цей показник знижується до 55-60 %, що свідчить про високі втрати на етапі адаптації та відсутність відпрацьованих процедур онбордингу.

Частка персоналу з індивідуальними планами розвитку є ключовим індикатором переходу від адміністративного HR-менеджменту до стратегічного управління компетентностями. У приватному закладі Odrex вона досягає 55 %, що вказує на активну роботу з побудови траєкторій професійного зростання, проте це вказує, що такі заходи досі не мають системного характеру. В Університетські клініці ОНМедУ оцінюється на рівні 43 %, а у приватному закладів МедіКлаб – 28 %, що фактично означає відсутність цілісної системи планування розвитку персоналу. У інших закладах зовсім відсутні індивідуальні плани розвитку персоналу, що свідчить про загальну несформованість системи стратегічного управління людськими ресурсами та домінування фрагментарних, реактивних практик замість проактивного планування компетентностей. Відсутність персоналізованих траєкторій професійного зростання означає, що заклади не здійснюють систематичної оцінки потенціалу працівників, не визначають

прогалини у навичках та не вибудовують довгострокових інвестицій у формування кадрового резерву. Це, у свою чергу, поглиблює проблему кадрової вразливості, знижує адаптивність ЗОЗ до клінічних і технологічних змін та зменшує рівень відповідності персоналу сучасним професійним стандартам.

Брак індивідуальних планів розвитку також вказує на відсутність інтеграції HR-процесів у стратегічний цикл управління закладу. Як зазначалося раніше, у таких умовах система БПР виконує переважно формальну функцію, зорієнтовану на проходження періодичної атестації, а не на вирівнювання компетентнісного профілю персоналу відповідно до потреб ЗОЗ. Як наслідок, можливості підвищення якості медичної допомоги, впровадження інноваційних моделей навчання та посилення організаційної резилієнтності залишаються нереалізованими.

Паралельно з цим частка працівників, охоплених оцінкою компетентностей, у лідерів становить 80-95 %, у закладах середнього рівня – близько 70 %, а в ЗОЗ із низькою HR-зрілістю – 35-50 %. Це ще раз підкреслює, що компетентнісний вимір HR-менеджменту поки що залишається привілеєм більш розвинутих закладів, тоді як більшість комунальних ЗОЗ перебуває на етапі «кадрового обліку» без системної оцінки компетенцій.

Рівень виконання індивідуальних КРІ (83-85 % у лідерів) засвідчує, що у приватних закладах моделі управління за цілями та КРІ вже інтегровані у практику HRM. Це дає змогу поєднувати особисті цілі працівників із стратегічними цілями закладу й коригувати мотиваційні механізми. Це свідчить про низький рівень організаційної зрілості стратегічного управління результативністю та домінування традиційних адміністративно-бюрократичних моделей, які не забезпечують прозорого зв'язку між індивідуальним внеском працівника та досягненням організаційних цілей. Відсутність системи КРІ ускладнює об'єктивне оцінювання ефективності роботи персоналу, знижує можливості диференційованої мотивації та не

дозволяє вибудувати сучасні механізми управління продуктивністю, орієнтовані на дані.

Фактична відсутність управління за цілями у державному та комунальному секторі також свідчить про те, що ключові HR-процеси залишаються відірваними від стратегічного планування закладів. У таких умовах мотиваційна система зберігає переважно рівняльний характер, а оцінювання результативності базується на формальних, переважно процесних показниках (наявність, стаж, виконання мінімальних нормативів), а не на досягнутих результатах, інноваційності чи якості роботи.

Це створює кілька критично важливих ризиків:

- посилення кадрової інерційності, коли працівники не зацікавлені в підвищенні продуктивності;
- обмеження організаційної гнучкості, оскільки заклад не може оперативно коригувати поведінкові та компетентнісні профілі персоналу;
- звуження можливостей для розвитку лідерства, адже система не виділяє працівників з високим потенціалом;
- зниження здатності закладів до впровадження інновацій, зокрема цифрових та клініко-організаційних.

У підсумку, розрив у застосуванні КРІ між приватним і комунальним сектором відображає різний ступінь зрілості HR-менеджменту. Приватні заклади вже рухаються в напрямі управління персоналом, що засноване на даних на досвіді, тоді як державні та комунальні ЗОЗ залишаються в рамках архаїчних практик, що стримує підвищення ефективності та конкурентоспроможності.

Індекс організаційного клімату відображає суб'єктивне сприйняття працівниками умов праці, управлінських практик, можливостей розвитку та загального психологічного середовища.

У закладі-лідері індекс організаційного клімату на рівні 81 – Медичний дім “Odrex” – свідчить про сформовану культуру довіри, високий рівень залученості персоналу та ефективні комунікаційні процеси. Показник цього рівня характерний для інституцій із розвиненими HR-практиками, зрілою системою управління якістю, наявністю прозорих мотиваційних механізмів і високим рівнем управлінської компетентності. У міжнародних порівняннях рівень >80 вважається ознакою організаційної резилієнтності та зрілого сервісного лідерства.

Показник індексу організаційного клімату 72 у МедіКлуб відображає стабільне й передбачуване управлінське середовище, прийнятний рівень психологічної безпеки та загалом позитивну оцінку умов праці. Як правило, такі значення зустрічаються у приватних або інституційно сильних ЗОЗ, де HR-процеси частково інтегровані у стратегію, але потребують подальшого вдосконалення (зокрема в частині розвитку лідерства, управління продуктивністю, політик підтримки добробуту персоналу).

У закладах із середнім рівнем HR-зрілості індекс клімату нижче 60 (Одеський регіональний онкоцентр, УМЦР Матері та Дитини МОЗ України, Університетська клініка ОНМедУ) свідчать про незбалансований організаційний клімат, у якому персонал відчуває обмеженість комунікацій, недостатню справедливість у прийнятті рішень або дефіцит підтримки з боку керівництва. Так, університетська клініка ОНМедУ (50) має пороговий рівень, що вказує на змішану картину, коли окремі підрозділи демонструють позитивні тенденції, але організаційна єдність і культура взаємної підтримки залишаються нерівномірними. Для спеціалізованих державних закладів (Одеський регіональний онкоцентр, УМЦР Матері та Дитини МОЗ України) характерні високе навантаження, обмеженість ресурсів, фрагментарність HR-процесів, що негативно впливає на сприйняття клімату.

Найнижчі значення індексу організаційного клімату (МКЛ №10, м. Одеса, КНП «ЦМЛ м. Олександрії», КНП «МЛ №3» м. Миколаєва, Чугуївська ЦЛ, Теплодарський ЦПМСД). Це є індикатором високого рівня

прихованого або відкритого незадоволення персоналу, що пов'язане з низьким рівнем оплати праці, високим навантаженням, кадровим дефіцитом і відсутністю чітких перспектив розвитку. Ці заклади характеризуються поєднанням кількох критичних дисфункцій, які формують несприятливе середовище для ефективної роботи персоналу та реалізації стратегічних цілей. Насамперед йдеться про високий рівень організаційної напруги та фрустрації, що проявляється у хронічному емоційному виснаженні, конфліктах, підвищеній чутливості до управлінських рішень та зниженні залученості. Цей стан посилюється низьким рівнем довіри до управлінських практик, коли працівники не сприймають адміністративні рішення як послідовні, обґрунтовані та орієнтовані на справедливий розподіл ресурсів.

Додатковим чинником є дефіцит прозорих HR-процесів і механізмів справедливого оцінювання, що створює відчуття нерівності можливостей, непрогнозованості кар'єрного розвитку та непередбачуваності кадрових рішень. Невизначеність ролей і розмитість зон відповідальності, у поєднанні зі слабкістю внутрішніх комунікацій, формують організаційну хаотичність, яка унеможлиблює ефективну координацію діяльності, підвищує ймовірність помилок і посилює відчуття нестабільності. Відсутність переживання психологічної безпеки та належної підтримки з боку керівництва завершує цю конфігурацію ризиків, створюючи середовище, у якому персонал не відчуває можливості відкрито висловлювати ідеї, повідомляти про проблеми чи пропонувати інновації.

Заклади, у яких індекс організаційного клімату перебуває в діапазоні 20–30 балів, потребують не поодиноких, а комплексних інституційних інтервенцій.

Узагальнений аналіз HR-стратегій у досліджуваних закладах охорони здоров'я демонструє виразну стратифікацію, що відображає різний рівень інституційної зрілості, ресурсної забезпеченості та управлінської спроможності. Виокремлення трьох груп закладів дозволяє окреслити цілісний ландшафт кадрового менеджменту в українській системі охорони

здоров'я та виявити ключові закономірності, що визначають ефективність і стійкість розвитку людських ресурсів.

Заклади першої групи характеризуються стратегічно інтегрованою, проактивною HR-стратегією. Вони демонструють високий рівень управлінської зрілості, у межах якої кадрова політика виступає органічним елементом організаційної стратегії. Навіть у випадках, коли HR-стратегія не зафіксована як окремий нормативний документ, вона імпліцитно регулює ключові рішення щодо структури персоналу, розвитку компетентностей, формування кадрового резерву, утримання критичних спеціальностей та управління продуктивністю. Характерними ознаками цієї моделі є відкритість кадрової політики, застосування конкурсного відбору, активний рекрутинг на регіональному та національному рівнях, а також формування сильного кадрового ядра, здатного забезпечувати інноваційність, високу якість медичних послуг та розвиток освітньо-наукових функцій. Кадрове планування здійснюється на основі глибинного аналізу, прогнозування потреб під портфель НСЗУ, університетські програми або приватні медичні сервіси. Набір HR-функцій є максимально розширеним і включає управління компетентностями, БПР, кадровий резерв, систему оцінювання результативності, розвиток корпоративної культури та програм підтримки добробуту.

Заклади другої групи становлять перехідний, адаптивний сегмент. Тут наявні окремі елементи стратегічного HR-підходу, а саме орієнтація на ключові клінічні пакети НСЗУ, часткове прогнозування кадрових потреб, спроби створення первинних моделей кадрового резерву. Однак ці інструменти ще не формують цілісної HR-системи. Кадрова політика має змішаний характер. Вона реагує на зовнішні виклики, проте не задає напрямів розвитку людського капіталу на тривалу перспективу. Така модель є напівпроактивною, що відображає як управлінські амбіції, так і обмеження ресурсного та кадрового середовища.

Третя група представлена закладами з адміністративно-реактивною HR-моделлю, де кадрова робота редукується до базових адміністративних процедур. У таких закладах відсутня стратегія управління персоналом у класичному розумінні, а кадрові рішення приймаються переважно ситуативно, у відповідь на дефіцит кадрів, кадрові втрати або нормативні вимоги. Кадрова політика є вимушено закритою. Ринок праці обмежений локальною громадою, мобільність персоналу низька, конкуренція між роботодавцями майже відсутня. Штатний розпис функціонує як статичний інструмент підтримання мінімально необхідного рівня забезпеченості, а планування персоналу носить переважно короткостроковий характер. Набір HR-функцій обмежується обліком, веденням документації, розрахунком зарплати та забезпеченням «безперебійної присутності» персоналу.

Інституційна зрілість HRM у закладах охорони здоров'я України. Комплексний аналіз ЗОЗ – об'єктів дослідження, проведений за ключовими напрямками WHO Workforce 2030, демонструє суттєву неоднорідність інституційної зрілості HRM та виявляє структурні тенденції, характерні для охорони здоров'я України (табл. 2.14). Поєднання кількісних оцінок та якісного аналізу дозволяє сформулювати такі висновки.

Першим висновком є те, що стратегічне кадрове планування залишається найменш організаційно сформованим компонентом у більшості ЗОЗ. У ЗОЗ м. Миколаєва, Чугуєва, Олександрії, Теплодарському ЦПМСД, кадрове планування зберігає переважно адміністративно-обліковий характер. Воно базується на підтриманні штатного розпису, корекції чисельності персоналу відповідно до фінансових можливостей та вимог НСЗУ, але позбавлене структурованих механізмів:

- довгострокового прогнозування кадрових потреб;
- сценарного моделювання;
- формування кадрових резервів;
- аналізу облікової чисельності персоналу у динаміці;
- оцінки критично важливих позицій.

Таблиця 2.14

Комплексний аналіз 303 – об'єктів дослідження за компонентами WHO Workforce 2030

Заклад	Стратегічне кадрове планування	Привабливість професії та утримання	Система розвитку та компетентностей (CPD)	Добробут та психологічна стійкість	Цифровізація та HR-аналітика	Сумарна оцінка (0–10)
1. Міська лікарня №3 м. Миколаєва (КНП)	1 – планування нерегулярне, без HR-стратегії	1 – плинність висока, мотивація обмежена	1 – БПР формальне, цифрові навички слабкі	1 – підтримка мінімальна	0 – HR-аналітика фрагментарна	4
2. Одеський протиухлинний центр (КНП)	2 – є HR-стратегія	2 – продумана система утримання	2 – розвинений БПР, компетентнісні матриці	1 – є окремі wellbeing-програми	1 – часткове використання HR-аналітики	8
3. Медичний дім Odrex (приватний)	2 – HR під бізнес-модель, прогнозування	2 – комплексні мотиваційні пакети	2 – БПР + сервіс + цифрові навички	2 – корпоративні wellbeing-політики	2 – елементи e-HR, HR-аналітика	10
4. Чугуївська ЦЛ ім. М.І. Кононенка (КНП)	1 – кадрові рішення реактивні	1 – плинність, дефіцит кадрів	1 – БПР мінімальний	0 – wellbeing відсутній	0 – HR-аналітика відсутня	3
5. Теплодарський центр ПМСД (КНП)	1 – планування за деклараціями, без стратегії	1 – утримання низьке, обмежена мотивація	1 – БПР формальне, digital слабкий	1 – ризики вигорання високі	0 – HR-аналітика мінімальна	4
6. Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка ОНМедУ)	2 – інтегроване кадрове планування	2 – академічний та клінічний розвиток утримує кадри	2 – сильний мультидисциплінарний БПР	1 – окремі wellbeing-практики	1 – часткова HR-аналітика	8
7. «МедіКлуб» (приватний центр)	2 – HR-планування з КРІ та прогнозуванням	2 – конкурентні умови утримання	2 – БПР як частина корпоративної культури	2 – програми психологічної підтримки	2 – HR-дані інтегровані в управління	10
8. ДНТ «УМЦР Матері та дитини МОЗ України»	2 – стратегічне кадрове планування під науку і клініку	2 – високоспеціалізована кадрова модель	2 – БПР інтегрований у наукову діяльність	1 – фрагментарні wellbeing-заходи	1 – аналітика часткова, без e-HR	8
9. ЦМЛ м. Олександрії	1 – HR-планування формальне	1 – утримання слабе, дефіцит вузьких фахівців	1 – БПР мінімальний	1 – ризики вигорання значні	0 – HR-аналітика відсутня	4
10. Міська клінічна лікарня №10 м. Одеси	2 – кадрове планування під НСЗУ-пакети	2 – системна мотивація та утримання	2 – розвинений БПР, симуляційні програми	1 – часткові wellbeing-інструменти	1 – початковий рівень HR-аналітики	8

Джерело: сформовано автором.

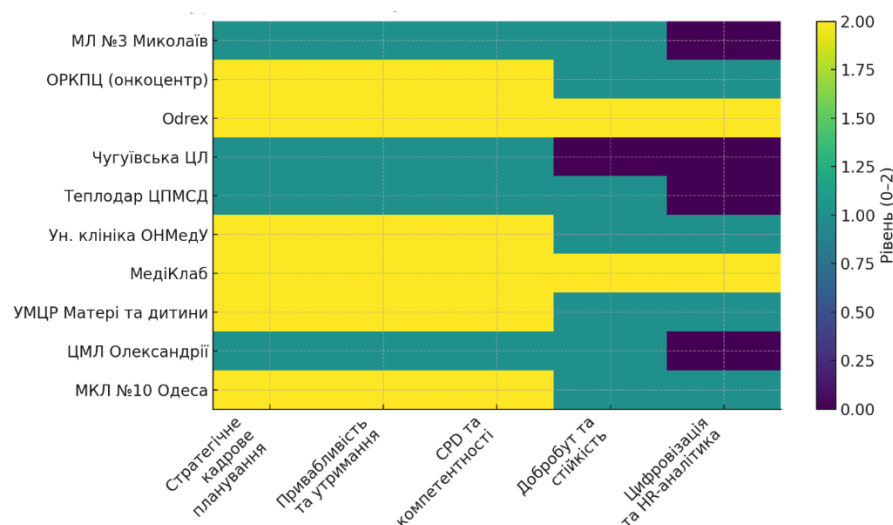


Рис. 2.16. Аналіз 303 за компонентами WHO Workforce 2030

Джерело: сформовано автором

Протилежну ситуацію демонструють високоспеціалізовані й приватні заклади. У них кадрове планування інтегроване у загальну стратегію розвитку, а структура персоналу вибудовується від потреб ЗОЗ, таких як переліку пакетів НСЗУ, власної моделі послуг, наукових чи освітніх функцій, вимог інноваційних технологій. Таким чином, асиметрія стратегічного кадрового планування є однією з ключових структурних нерівностей українських ЗОЗ.

При цьому, привабливість професії та утримання медичного персоналу є системною проблемою для всієї вибірки ЗОЗ. Незалежно від рівня закладу, форми власності та регіону, простежуються:

- висока плинність кадрів (до 20 % – табл. 2.14), що значно перевищує рекомендовані межі для систем із кадровим дефіцитом;
- недостатня розвиненість нематеріальних механізмів утримання;
- конкуренція між секторами (комунальним, приватним, науково-освітнім) та з міжнародним ринком праці, що стимулює міграційні потоки.

Іншим висновком є не високий рівень розвиненості мотиваційних механізмів. Приватні Odrex і «МедіКлуб» демонструють значно ширшу гамму мотиваційних механізмів (бонусні моделі, сервісно орієнтоване середовище, корпоративні програми розвитку), тоді як більшість комунальних та державних ЗОЗ обмежені нормативною моделлю заробітної плати та стимулів.

Університетська клініка та УМЦР утримують кадри за рахунок науково-академічних можливостей, однак загалом привабливість професії лікаря та медичної сестри в Україні залишається недостатньою, що є ключовим фактором національної кадрової кризи.

Система безперервного професійного розвитку (БПР) у досліджуваних закладах охорони здоров'я виявляє значну диференціацію за рівнем організації, змістовністю та інтегрованістю у стратегічне управління людськими ресурсами. Формально БПР впроваджено в усіх ЗОЗ відповідно

до вимог чинних нормативних актів МОЗ України (зокрема наказів МОЗ України № 446 та № 74), однак фактичні практики суттєво різняться. У більшості комунальних закладів БПР реалізується переважно як набір індивідуальних курсів, необхідних для проходження атестації, що свідчить про утримання фрагментарної моделі та відсутність системного підходу до управління компетентностями. Натомість спеціалізовані, університетські та приватні заклади впроваджують більш зрілі інституційні моделі БПР, включаючи індивідуальні плани розвитку, внутрішні школи (наприклад, в Odrex створено Medical Hub), участь у міжнародних програмах, розвиток не лише клінічних, а й цифрових, сервісних, управлінських та міжпрофесійних компетенцій)

Незважаючи на прогрес у частини закладів, змістовний аналіз БПР вказує на наявність типових слабких місць. Практично всі заклади демонструють дефіцит розвитку цифрових компетентностей, навичок сервісної взаємодії та ефективної комунікації, а також лідерських, управлінських та міжпрофесійних компетенцій, що є критично важливими у контексті сучасної трансформації системи охорони здоров'я. Сукупність цих факторів свідчить, що українська система БПР поки що не еволюціонувала до комплексної моделі управління компетентностями, здатної забезпечити відповідність персоналу зростаючим вимогам клінічної практики, цифровізації та мультидисциплінарної взаємодії. Водночас окремі заклади демонструють високий рівень організаційної зрілості БПР, що може слугувати орієнтиром для масштабування кращих практик на національному рівні.

Компонент добробуту та психологічної стійкості персоналу є несформованим у закладах охорони здоров'я України. У всіх досліджуваних ЗОЗ, незалежно від рівня, зафіксовані прояви:

- професійного вигорання,
- підвищеного навантаження,
- тривожності та стресу, пов'язаних з воєнними умовами,

- диспропорції у навантаженні між підрозділами через кадровий дефіцит.

При цьому лише окремі ЗОЗ (Odrex, «МедіКлаб») впроваджують елементи підходу, орієнтованого на психічний та професійний добробут персоналу, зокрема сформовані та реалізуються програми психологічної підтримки, командні інтервенції, менторства.

Більшість комунальних та державних лікарень обмежені виконанням формальних вимог з охорони праці й не мають внутрішніх політик, спрямованих на підтримання психоемоційного стану медичних працівників. Таким чином, добробут персоналу залишається поза стратегічним фокусом, що суперечить принципам Workforce 2030 і міжнародним рекомендаціям щодо формування резилієнтного кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Жоден із закладів не має повноцінної електронної HR-системи, що могла б забезпечити:

- автоматизацію HR-циклу;
- електронні особові справи;
- аналітику обліку ключових HR-показників у реальному часі;
- аналіз продуктивності;
- прогнозування кадрових ризиків.

У комунальних та державних ЗОЗ HR-аналітика переважно обмежується фрагментарними Excel-таблицями та звітами, що не дозволяє приймати обґрунтовані стратегічні рішення. Лише приватні заклади демонструють перехід до HR-менеджменту, орієнтованого на дані.

Тобто цифрова трансформація системи управління персоналом відстає від цифровізації клінічних та фінансових процесів, що знижує ефективність кадрового планування, управління продуктивністю та мотивацією.

У підсумку, інтегрований аналіз показує, що для українських закладів охорони здоров'я характерна структурна асиметрія розвитку HR-систем.

Збереження такої нерівності створює ризик подальшої фрагментації кадрового потенціалу країни.

Інтегральний рейтинг HR-зрілості закладів охорони здоров'я

За результатами аналізу нами було сформовано рейтинг HR-зрілості закладів охорони здоров'я на основі агрегованих HR-індикаторів, наведених у табл. 2.14. Рейтинг представлено у табл. 2.15.

Таблиця 2.15

Інтегральний рейтинг HR-зрілості закладів охорони здоров'я – об'єктів дослідження

№	Заклад	Інтегральний індекс HR-зрілості (0–10)	Рівень
1	Одrex, Одеса	9.4	Високий
2	МедіКлаб, Дніпро	8.9	Високий
3	Одеський регіональний онкоцентр	8.4	Високий
4	УМЦР Матері та Дитини МОЗ України	8.2	Високий
5	Університетська клініка ОНМедУ	7.8	Високий
6	МКЛІ №10, м. Одеса	6.5	Середній
7	КНП «ЦМЛ м. Олександрії»	4.6	Середній
8	КНП «МЛ №3» м. Миколаєва	4.4	Середній
9	Чугуївська ЦЛ	3.8	Низький
10	Теплодарський ЦПМСД	3.5	Низький

Джерело: сформовано автором із застосування [208].

Оцінювання здійснювалося на основі 20 первинних індикаторів, агрегованих у 5 блоків із застосуванням [208]. Кожному блоку присвоєно ваговий коефіцієнт, що відображає його відносну значущість у формуванні кадрової спроможності закладу (табл. 2.16).

Розрахунок проміжних субіндексів було обчислено для кожного блоку субіндекс (0–10) за формулою:

$$SubIndex = \sum(indicator_i \times weight_i)$$

(2.2)

Інтегральний індекс HR-зрілості визначався як агрегована вагою сума п'яти субіндексів:

$$HR_Maturity_Index = \sum(SubIndex_j \times Weight_j) \quad (2.3)$$

Таблиця 2.16

Первинні індикатори аналізу інтегрального рейтингу HR-зрілості закладів охорони здоров'я

Блок індикаторів	Зміст	Вага (%)
1. Стійкість кадрового забезпечення	вакансії, плінність, вікова структура, ризик старіння	20
2. Продуктивність	проліковані випадки/лікар, декларації/лікар, навантаження, ефективність	25
3. Структура та компетентності	Лікаї/медсестри, кваліфікаційна структура, дефіцит ключових спеціальностей	20
4. Оплата праці	середня заробітна плата, співвідношення до середньоринкової	15
5. Інституційна HR-зрілість	наявність HR-стратегії, БПР, кадрове планування, HR-аналітика, цифровізація	20

Джерело: сформовано автором.

Для визначення рівня HR-зрілості встановлено трирівневу шкалу:

- 7.0-10.0 – високий рівень HR-зрілості;
- 4.0-6.9 – середній рівень;
- 0-3.9 – низький рівень.

Представлений у табл. 2.16 рейтинг демонструє інтегральний рейтинг HR-зрілості десяти закладів охорони здоров'я, які були включені до дослідження. Заклади впорядковані за спаданням інтегрального індексу, що дозволяє відобразити їхню позицію в загальній кадровій ієрархії та порівняти якість систем управління людськими ресурсами.

Першу групу становлять заклади з високим рівнем HR-зрілості (8,0-10,0 балів), до якої увійшли Медичний дім «Odrex», «МедіКлуб», Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр, ДНТ «УМЦР Матері та Дитини МОЗ України» та Університетська клініка ОНМедУ. Для цієї групи характерні проактивні підходи до кадрового планування, наявність системних програм безперервного професійного розвитку, конкурентний рівень оплати праці, знижена вакантність критичних посад та впроваджені

інструменти HR-аналітики і управління результативністю. Сукупність цих характеристик свідчить про сформовану інституційну HR-спроможність та здатність закладів до довгострокової кадрової стійкості.

Другу групу формують заклади із середнім рівнем HR-зрілості (4,0-6,9 балів): Міська клінічна лікарня №10 м. Одеси, Центральна міська лікарня м. Олександрії та Міська лікарня №3 м. Миколаєва. Для цих закладів властива часткова присутність HR-функцій з окремими елементами кадрового планування, фрагментарний характер БПР, а також обмеженість у реалізації сучасних кадрових практик. Їхні основні проблеми – це недостатня конкурентоспроможність оплати праці, дефіцит вузьких спеціалістів та нерівномірний розподіл навантаження між підрозділами. Саме ці чинники стримують зростання кадрової зрілості та знижують адаптивний потенціал закладів.

Третю групу становлять заклади з низьким рівнем HR-зрілості (0-3,9 балів): Чугуївська центральна лікарня та Теплодарський центр ПМСД. Їх характеризує відсутність достатньо розвинених HR-процесів, найвищі ризики кадрового зносу, низька продуктивність, суттєві фінансові обмеження та критичний дефіцит кадрів, що робить їх найбільш уразливими до системних кадрових потрясінь та зовнішніх викликів.

Таким чином, інтегральний рейтинг HR-зрілості не лише кількісно відображає стан системи управління людськими ресурсами, але й дозволяє якісно оцінити стратегічні кадрові спроможності закладів охорони здоров'я. Одержані результати засвідчують виражену асиметрію кадрового розвитку, яка є характерною для української системи охорони здоров'я та вимагає цілеспрямованої трансформації HRM на рівні закладів і сектору загалом. Формування сучасних кадрових стратегій, інституціалізація HR-процесів та впровадження компетентнісно-орієнтованих моделей управління персоналом постають ключовими передумовами підвищення кадрової стійкості та ефективності функціонування закладів.

Аналіз інвестицій у людські ресурси закладів охорони здоров'я.
Результати цього аналізу представлені у табл. 2.17.

Таблиця 2.17

Узагальнені дані щодо інвестицій людські ресурси закладів охорони здоров'я – об'єкти дослідження

Заклад	Інвестиції у БПР, грн / працівника / рік	Інвестиції у симуляційні центри, грн/рік	Інвестиції в цифрові рішення, грн/рік	Частка інвестицій у людські ресурси у загальному бюджеті ЗОЗ, %	Витрати на заходи з ментального здоров'я, грн/рік	Зниження плінності після сукупних інвестицій, %
Odrex, Одеса	12 000	8 000 000	5 000 000	14,0	600 000	5,0
МедіКлуб, Дніпро	10 000	-	2 000 000	12,0	300 000	4,0
Одеський регіональний онкоцентр	7 000	-	1 500 000	10,0	200 000	3,0
УМЦР Матері та Дитини МОЗ України	8 000	-	1 800 000	11,0	250 000	3,0
Університетська клініка ОНМедУ	7 500	6 000 000	2 200 000	11,5	220 000	3,5
МКЛ №10, м. Одеса	5 000	-	900 000	8,0	120 000	2,0
КНП «ЦМЛ м. Олександрій»	2 500	-	300 000	5,0	40 000	1,0
КНП «МЛ №3» м. Миколаєва	2 700	-	350 000	5,5	50 000	1,2
Чугуївська ЦЛ	2 000	-	200 000	4,5	20 000	0,5
Теплодарський ЦІМСД	1 800	-	150 000	4,0	15 000	0,5

Джерело: сформовано автором на основі розрахунків, отриманих із внутрішніх документів ЗОЗ.

Аналіз наведених даних у табл. 2.17 свідчить про наявність виразної стратифікації закладів охорони здоров'я за рівнем та структурою інвестицій у людські ресурси. Показники інвестицій у безперервний професійний розвиток (БПР), симуляційні центри, цифрові рішення, програми підтримки ментального здоров'я та частка витрат на людські ресурси в бюджеті ЗОЗ демонструють чіткий розподіл, який безпосередньо корелює зі зниженням плінності персоналу.

Виділяється група закладів із комплексною та капіталомісткою інвестиційною стратегією. Серед яких виділяються приватний заклад Odrex (12 000 грн/працівника на БПР, 8 млн грн на оснащення симуляційного центру, 5 млн грн на цифрові рішення, частка інвестицій у людські ресурси у загальному бюджеті – 14 %, 600 тис. грн на заходи з ментального здоров'я,

а зниження плинності персоналу спостерігається на 5 %) та Університетська клініка ОНМедУ (7 500 грн – на БПР, 6 млн грн на оснащення симуляційного центру на рік, 2,2 млн грн – на цифрові рішення на рік, частка інвестицій у людські ресурси у загальному бюджеті – 11,5 %, 220 тис. грн на ментальне здоров'я, а зниження плинності персоналу спостерігається на 3,5 %). Ці заклади не лише перевищують середні значення інвестицій у всі ключові компоненти, а й демонструють максимально можливий ефект щодо стабілізації кадрового складу. Вони фактично реалізують інтегровану модель інвестування, у якій поєднуються освітній компонент, технологічний та психологічний. Така конфігурація відповідає сучасним уявленням про стратегічне управління людськими ресурсами, де кадрові інвестиції розглядаються як ключовий чинник організаційної стійкості й конкурентоспроможності.

Другу групу становлять заклади з помірним рівнем інвестування, але без розвиненої симуляційної інфраструктури, такі як МедіКлуб, Одеський регіональний онкоцентр, УМЦР Матері та Дитини МОЗ України, МКЛ №10. Для них характерні достатньо високі витрати на БПР (5 000-10 000 грн/працівника на рік), суттєві інвестиції у цифрові рішення (0,9-2 млн грн) та помірні – у ментальне здоров'я (120-300 тис. грн), при частці інвестицій у людські ресурси 8-12 % від бюджету. Зниження плинності в цій групі становить 2-4 %, що є значущим, але нижчим, ніж у закладах із більшим відсотком інвестицій.

Третя група включає заклади з низьким рівнем інвестування в людські ресурси, а саме КНП «ЦМЛ м. Олександрії», КНП «МЛ №3» м. Миколаєва, Чугуївська ЦЛ, Теплодарський ЦПМСД. Для них характерні мінімальні інвестиції у БПР (1 800-2 700 грн/працівника на рік), відсутність вкладень у симуляційні центри, обмежені бюджети на цифрові рішення (150-350 тис. грн) та дуже низькі витрати на заходи з ментального здоров'я (15-50 тис. грн). Частка інвестицій у людські ресурси у цих закладах не перевищує 4-5,5 %, а зниження плинності залишається на рівні 0,5-1,2 %, що фактично

відповідає зоні мінімального ефекту. Це свідчить про те, що наявний обсяг інвестицій виконує переважно підтримувальну функцію й не дозволяє змінити структуру мотивації та поведінкові моделі персоналу.

З погляду кількісного аналізу простежується чітка залежність між часткою інвестицій у людські ресурси у бюджеті та зниженням плинності. У закладах, де частка інвестицій становить 10 % і більше (Odrex, МедіКлаб, онкоцентр, УМЦР, Університетська клініка), середнє зниження плинності сягає близько 3,7 %, тоді як у групі з часткою менше 10 % (МКЛ №10 та чотири комунальні заклади) – близько 1 %. Така різниця дає підстави говорити про існування умовного «порога ефективності» інвестицій у людський капітал – орієнтовно в діапазоні 8–10 % бюджету ЗОЗ, нижче якого кадрові інвестиції мають обмежений вплив на стабілізацію персоналу. Хоча за наявними даними йдеться про асоціативний, а не причинно-наслідковий зв'язок, отримані результати узгоджуються з теорією людського капіталу, згідно з якою критична маса інвестицій є необхідною умовою для формування відчутних змін у кадровій поведінці.

Окремої уваги заслуговує аналіз ролі програм підтримки ментального здоров'я. Заклади, які інвестують у цей напрям понад 200 тис. грн на рік (Odrex, МедіКлаб, Одеський регіональний онкоцентр, УМЦР Матері та Дитини МОЗ України, Університетська клініка), демонструють зниження плинності в межах 3-5 %, тоді як заклади з мінімальними витратами (15-50 тис. грн) – лише 0,5-2 %. Це дає підстави розглядати підходи до підтримки професійного та психологічного добробуту не як другорядний елемент HR-політики, а як структурну складову інвестиційної моделі, що впливає на утримання персоналу через зниження рівня професійного вигорання, покращення організаційного клімату та формування культури турботи про працівників.

Структура інвестицій у цифрові рішення також виявляється значущим фактором. Найбільші вкладення в цифровізацію (2-5 млн грн на рік) спостерігаються у тих закладах, де фіксується більш суттєве зниження

плинності. Це логічно інтерпретується як результат оптимізації робочих процесів, зменшення «паперового» навантаження, підвищення керованості та прозорості операцій, що покращує умови праці та знижує «приховані» витрати персоналу (стрес, перевантаження, конфліктність).

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що сучасний стан HR-стратегій та інвестицій у людський капітал у закладах охорони здоров'я України є структурно неоднорідним і характеризується виразною стратифікацією, що відтворює глибоку асиметрію між проактивними стратегічними моделями та пасивно-адміністративними практиками в закладах охорони здоров'я. Аналіз наведених вище даних засвідчує, що заклади охорони здоров'я чітко розподіляються щонайменше на три інституційні та інвестиційні групи, які відрізняються як масштабом, так і структурою вкладень у людські ресурси, що безпосередньо корелює зі зниженням плинності персоналу та загальною кадровою стійкістю.

Перша група – це заклади з комплексною, капіталомісткою та інтегрованою інвестиційною стратегією. До неї, як правило, відносяться приватні багатопрофільні ЗОЗ та високоспеціалізовані державні заклади.

Другу групу становлять заклади з помірним рівнем інвестування в людські ресурси, але без розвиненої кадрової інфраструктури. Це переважно невеликі за розміром приватні заклади охорони здоров'я, державні та комунальні ЗОЗ, які є ключовою частиною медичного кластеру.

Третю групу представляють заклади з мінімальним рівнем інвестицій у людські ресурси та не розвиненою кадровою політикою і стратегією. Цю групу становить більшість закладів охорони здоров'я України та здебільшого ця група представлена комунальними лікарнями та закладами ПМД.

Масштабування отриманих результатів на всю систему охорони здоров'я України дає змогу сформулювати кілька системних висновків. По-перше, структурна асиметрія розвитку HR-стратегій і моделей управління

людськими ресурсами є не випадковим, а закономірним явищем, зумовленим поєднанням інституційних, фінансових, регіональних та організаційних чинників. Приватні, університетські та спеціалізовані центри відіграють роль «локомотивів» HR-модернізації, тоді як значна частина комунальних закладів, особливо на рівні ПМД та районних лікарень, залишається у зоні низької HR-зрілості. По-друге, формальна наявність нормативно-правових документів, положень про БПР чи структурних підрозділів HR-служб не гарантує стратегічного характеру управління людськими ресурсами. Якість HR-менеджменту визначається ступенем інтеграції кадрової політики в загальний стратегічний контур розвитку закладу, глибиною аналітики, наявністю інструментів планування, інвестування та оцінки результативності, а також тим, наскільки людський капітал реально розглядається як ядро організаційної стійкості. В-третє, інвестиційні моделі відіграють визначальну роль у формуванні HR-стратегій і кадрової спроможності закладів. Структурна асиметрія, яку спостерігаємо між приватним, університетським, спеціалізованим та комунальним секторами, є не випадковою, а закономірною й відображає різний рівень інституційної HR-зрілості.

І у підсумку, виявлена трирівнева модель HR-зрілості демонструє, що кадрові дисбаланси, дефіцит критичних спеціальностей, низька привабливість медичних професій та високий рівень професійного вигорання є не лише наслідком макроекономічних чи демографічних факторів, а й результатом несформованості стратегічного HR-виміру на рівні значної частини закладів охорони здоров'я.

У цьому контексті розвиток HR-стратегій, інституціоналізація сучасних HR-політик, розбудова систем БПР, цифрової HR-аналітики та програм добробуту персоналу мають розглядатися як ключові напрямки трансформації всієї системи охорони здоров'я. Вони є передумовою не лише підвищення ефективності окремих закладів, а й формування цілісного,

резилієнтного кадрового потенціалу галузі в умовах глобалізації, цифрової трансформації та тривалих воєнних викликів.

Таким чином, отримані результати дозволяють не лише проаналізувати стан HRM у конкретних закладах, а й запропонувати науково обґрунтовану стратегічну рамку модернізації управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я України.

Висновки до Розділу 2

1. Узагальнюючи результати проведеного аналізу сучасний трендів та викликів управління людськими ресурсами в охороні здоров'я, запропонований концептуальний підхід дозволив перейти від фрагментарного розгляду окремих факторів до цілісного бачення системи глобальних мегатрендів, що формують середовище стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я. Інтеграція дефіциту й структурного дисбалансу кадрів, старіння кадрового потенціалу, гендерних диспропорцій, глобалізації ринку медичної праці та міжнародної мобільності, цифровізації, психологічного тиску й вигорання та добробуту персоналу в єдину аналітичну рамку дала змогу інтерпретувати їх як взаємопов'язаний комплекс стратегічних викликів, що системно впливають на стійкість і результативність HR-менеджменту закладів охорони здоров'я.

Отримані результати свідчать, що сучасна охорона здоров'я функціонує в умовах глибокої трансформації людських ресурсів, де поєднуються демографічні, соціально-економічні, технологічні та психологічні чинники. Нелінійна динаміка глобального дефіциту кадрів, структурний дисбаланс між країнами, регіонами, професійними групами та рівнями допомоги, посилення міжнародної мобільності медичних працівників і конкуренції за таланти формують нову архітектуру ринку медичної праці, у якій кадрова політика стає одним з ключових детермінантів досягнення цілей загального охоплення послугами охорони

здоров'я. Технологічні інновації, цифровізація та розвиток ІІІ радикально змінюють зміст медичної праці, загострюючи ризики цифрової нерівності й потребу у переорієнтації з технікоцентричного на людиноцентричний підхід до управління компетентностями.

Поєднання розробленої аналітичної рамки з PESTEL-аналізом та експертним оцінюванням сили впливу мегатрендів за 5-бальною шкалою забезпечило можливість не лише кількісно порівняти їхню значущість і ранжувати за пріоритетністю для кадрової політики, а й обґрунтувати напрями адаптації стратегічного управління людськими ресурсами на макро-, мезо- та мікрорівнях. Зокрема, добробут, психічне здоров'я та професійне вигорання медичних працівників запропоновано розглядати як систему жорстких, вимірюваних HR-показників, тісно пов'язаних із якістю медичної допомоги, безпекою пацієнтів, плинністю кадрів і привабливістю медичних професій. У контексті України, яка переживає воєнні дії та готується до післявоєнного відновлення, такий підхід дозволяє трансформувати глобальні тренди в конкретні управлінські рішення щодо зміцнення кадрового потенціалу, інвестування в розвиток людських ресурсів, інтеграції цифрових рішень і підтримки добробуту персоналу, що є критично важливим для стійкості закладів та системи охорони здоров'я.

2. Узагальнюючи результати підрозділу 2.1 Оцінювання людських ресурсів закладів охорони здоров'я України, можна констатувати, що кадрова криза у вітчизняній системі охорони здоров'я має системний та багатовимірний характер. Вона виявляється одночасно у дефіциті лікарів і середнього медичного персоналу, диспропорціях між лікарями загальної практики та вузькопрофільними спеціалістами, а також у стійких територіальних перекосах, коли кадровий потенціал концентрується у великих містах і суттєво бракує у сільських громадах та прифронтових регіонах. Таким чином, навіть формально прийнятний середній рівень забезпеченості вкриває глибокі структурні дисбаланси, які визначають нерівність доступу населення до медичних послуг.

Параметри кадрового складу продовжують відображати пострадянську модель із перевагою лікарів над середнім персоналом, що суперечить сучасним світовим підходам до інтегрованої та сестринсько-орієнтованої медичної допомоги. Динаміка чисельності лікарів на 10000 населення демонструє стан квазістабільності з різкими кризовими спаданнями, що були спричинені війною, міграційними хвилями та реформами. Лінійні тренди та ковзні середні підтверджують, що кадрові процеси в Україні залежать не від поступальної еволюції, а від зовнішніх шоків, які визначають амплітуду й напрям змін.

Сценарний прогноз до 2030 року окреслює вузький діапазон можливих траєкторій розвитку кадрової забезпеченості. Інерційний сценарій передбачає утримання показника на рівні близько 34-34,5 лікаря на 10 тис. населення, оптимістичний допускає його наближення до 36, тоді як песимістичний прогнозує падіння до 31,5-32. Такий спектр підтверджує, що кадрова спроможність системи не є гарантованою і залишається критично залежною від державної політики, якості управління та інституційної готовності до змін.

Зростання кількості вакантних посад і зниження коефіцієнтів укомплектованості свідчать про перехід системи у фазу структурного виснаження. Високий рівень вакансій серед лікарів і медичних сестер, особливо в деокупованих та високоризикових регіонах, сигналізує про хронічний дефіцит, який традиційні механізми підготовки кадрів вже не компенсують. Територіальні дисбаланси, зокрема багаторазово вища забезпеченість лікарями у міських агломераціях, перетворюють кадрову кризу на фактор просторової нерівності, що підриває доступність і якість медичних послуг у найбільш уразливих громадах.

Вікова структура працівників охорони здоров'я засвідчує виражену тенденцію до старіння. Частка фахівців віком 55+ років переважає, тоді як молоді кадри становлять лише близько п'ятої частини персоналу. Поєднання старіння з низьким рівнем приходу молодих спеціалістів формує «вузьке

вікове місце», яке створює ризик масового виходу кадрів на пенсію без адекватної генераційної заміни у найближчі роки.

Якісний профіль кадрового потенціалу демонструє поєднання відносно високого рівня формальної кваліфікації із суттєвою нерівномірністю розподілу наукового, інноваційного та управлінського потенціалу. Висока частка лікарів із вищою категорією та концентрація наукових кадрів в університетських клініках забезпечують наявність «сильного ядра», однак периферійні заклади та первинна ланка значно меншою мірою залучені до сучасних клінічних практик та інноваційних моделей управління.

Кадрове навантаження досягає майже граничних параметрів стійкості. Високий коефіцієнт використання робочого часу та велика кількість пролікованих випадків на одного лікаря свідчать про інтенсивне використання персоналу, що в умовах війни, дефіциту кадрів і старіння робочої сили суттєво підвищує ризики професійного вигорання, помилок та зниження якості медичної допомоги.

Інвестиційна спроможність системи у розвиток людських ресурсів є істотно обмеженою. Домінування фонду оплати праці у структурі витрат за умов загального недофінансування створює «інвестиційну пастку», коли практично весь бюджет закладу поглинається оплатою праці, що сама по собі залишається неконкурентною. Це мінімізує можливості для системного фінансування навчання, стажувань, внутрішніх програм розвитку та підтримки ментального здоров'я персоналу. У результаті формально обов'язкова система безперервного професійного розвитку базується переважно на донорських ресурсах.

Політика гарантованих мінімумів заробітної плати не забезпечила реального підвищення престижності медичних професій, оскільки вона не відображає економічної динаміки і швидко втрачає здатність утримувати кадри в системі. Особливо вразливим залишається становище медичних

сестер, чий гарантований рівень оплати значно відстає від середньої зарплати по економіці, що сприяє їх відтоку в інші галузі або за кордон.

Розвиток людських ресурсів охорони здоров'я в Україні надмірно залежить від рішень міжнародних організацій та грантових програм. Відсутність стабільного внутрішнього фінансування навчання, психосоціальної підтримки, формування управлінських і цифрових компетенцій робить кадрову систему вразливою та нестійкою. Після завершення проєктів значна частина інституційних змін ризикує бути втраченою.

Недостатня розвиненість внутрішніх HR-систем, аналітики та структурованих програм розвитку додатково знижує спроможність закладів проактивно реагувати на кадрові ризики. Відсутність системного моніторингу вікової, гендерної, територіальної та професійної структури ускладнює передбачення критичних точок і планування кадрової політики.

Загалом виявлені кількісні та якісні характеристики свідчать, що українська система охорони здоров'я перебуває в умовній «зоні квазістабільності», коли наявний кадровий потенціал дозволяє підтримувати функціонування системи, але не забезпечує достатнього запасу стійкості для модернізації, впровадження інновацій та адаптації до довготривалих воєнних і демографічних викликів. За таких умов ефективна відповідь на кадрові виклики можлива лише за умови переходу від реактивного до проактивного, сценарно-орієнтованого управління людськими ресурсами, що включає формування національної кадрової політики, інституціалізацію HR-аналітики, перегляд моделі оплати праці, виділення стабільних бюджетних ліній на розвиток персоналу та посилення ролі середнього та немедичного управлінського персоналу. У підсумку людські ресурси охорони здоров'я України виступають одночасно її ключовою цінністю та визначальним джерелом уразливості, що потребує системного інвестування, оновлення моделей управління та інтеграції кадрових стратегій у політику післявоєнного відновлення та євроінтеграції.

3. Узагальнення результатів дослідження засвідчує, що сучасний стан HR-стратегій та інвестицій у людський капітал у закладах охорони здоров'я України є структурно неоднорідним і характеризується вираженою стратифікацією. Заклади чітко групуються за рівнем інституційної HR-зрілості та масштабом інвестицій у персонал, що безпосередньо корелює з рівнем кадрової стійкості та динамікою плинності.

По-перше, виділяється група закладів із комплексною та інтегрованою інвестиційною стратегією, у яких людські ресурси розглядаються як стратегічний актив. Такі заклади демонструють найбільші вкладення у БПР, симуляційні технології, цифровізацію та програми добробуту персоналу, що забезпечує найвище зниження плинності та формує проактивні HR-моделі.

По-друге, існує група закладів із помірним рівнем інвестування, але нерозвиненою кадровою інфраструктурою. Хоча ці ЗОЗ вкладають кошти у розвиток персоналу та цифрові рішення, відсутність системної HR-стратегії та симуляційних потужностей обмежує ефективність таких інвестицій.

По-третє, значна частина комунальних закладів, включно з ПМД і районними лікарнями, характеризується мінімальними інвестиціями у людські ресурси та низькою HR-зрілістю, що призводить до збереження високої плинності персоналу, дефіциту компетентностей та вразливості до кадрових ризиків.

Системний аналіз підтверджує, що структурна асиметрія HR-стратегій та моделей управління людськими ресурсами є закономірною й визначається поєднанням інституційних, фінансових і регіональних чинників. Фактична наявність кадрової документації або елементів БПР не гарантує стратегічного характеру HRM: ключовим є ступінь інтеграції HR-політики у стратегічний контур управління, наявність HR-аналітики, прогнозування та інвестиційної логіки розвитку персоналу.

Виявлена трирівнева модель HR-зрілості демонструє, що кадрові дисбаланси, дефіцит критичних спеціальностей, низька привабливість медичних професій та високий рівень професійного вигорання є наслідком

не лише зовнішніх чинників, а й відсутності стратегічного HR-виміру у значної частини закладів охорони здоров'я.

У цьому контексті розвиток HR-стратегій, інституціоналізація сучасних HR-політик, цифровізація HRM, розбудова систем БПР та програм добробуту персоналу є ключовими напрямками модернізації та підвищення резилієнтності галузі. Ці заходи створюють основу для формування стійкого, компетентнісного та інноваційного кадрового потенціалу в умовах глобалізаційних, технологічних та воєнних викликів.

Таким чином, отримані результати не лише окреслюють сучасний стан HRM у закладах охорони здоров'я, а й формують науково обґрунтовану стратегічну рамку трансформації управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я України.

4. Результати дослідження, що викладено у Розділі I, опубліковані автором у наступних літературних джерелах: 10, 15-16, 18, 36, 73.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Обґрунтування необхідності удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України

Становлення ефективної системи стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України набуває ключового значення в умовах демографічної кризи, посилення кадрового дефіциту, структурної трансформації системи охорони здоров'я, ключових мегатрендів, які були нами проаналізовані у пп. 2.1 цієї дисертаційної роботи, та високої турбулентності зовнішнього середовища загалом.

Світові та українські заклади охорони здоров'я функціонують у середовищі, що характеризується високою нестабільністю, швидкими технологічними змінами, зростанням складності управлінських процесів і впливом глобальних криз, а саме пандемій, військових конфліктів, міграційних потоків та економічних потрясінь. У таких умовах традиційні моделі управління персоналом, орієнтовані на жорсткі ієрархії та довгострокове планування, дедалі частіше демонструють обмежену ефективність.

Таким чином, для характеристики зовнішнього середовища сучасних закладів охорони здоров'я абсолютно підходить характеристика BANI концепції (Brittle – Anxious – Nonlinear – Incomprehensible).

Концепція BANI була запропонована Дж. Касчіо як альтернатива VUCA (Volatile – мінливий, Uncertain – невизначений, Complex – складний та Ambiguous – неоднозначний) для опису крихких і тривожних систем із непропорційними, важко інтерпретованими наслідками [133]. Це концепція, яка визначає умови, у яких HR-система повинна працювати, та вказує на

необхідність нових інструментів управління. ВАНІ для закладів охорони здоров'я можна охарактеризувати наступним чином:

- Brittle (крихкість) – організаційна вразливість закладів охорони здоров'я (наприклад, залежність від кількох ключових фахівців чи нестабільне фінансування);
- Anxious (тривожність) – високий рівень стресу і вигорання серед персоналу через безпекові та інші кризи;
- Nonlinear (нелінійність) – непередбачуваність подій: невелика кадрова втрата може викликати значний організаційний збій;
- Incomprehensible (незрозумілість) – складність прогнозування, інформаційний шум, швидкі зміни стандартів і протоколів [133; 148].

Персонал ЗОЗ працює в умовах високого емоційного та професійного навантаження, істотних безпекових, демографічних, фінансових та політичних викликів, що підвищує ризики професійного вигорання, зниження мотивації та відтоку кадрів.

Таким чином, ВАНІ підходи для системи стратегічного управління людськими ресурсами – це управлінська парадигма, що враховує крихкість системи, психологічний стан працівників, нелінійність процесів та складність сучасного середовища [11].

Первинні пояснення та подальший розвиток використання цього підходу [11; 37;140] у сфері охорони здоров'я підкреслюють управлінські наслідки для охорони здоров'я, наголошуючи на потребі в удосконаленні стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України адаптивності, прозорості комунікації та психологічної підтримки персоналу.

Узагальнення зазначених характеристик середовища, визначених ВАНІ-парадигмою, свідчить, що кадрові системи закладів охорони здоров'я опинилися у стані, коли зовнішні виклики накладаються на внутрішні структурні обмеження, підсилюючи їхній взаємний вплив. У таких умовах

HR-процеси реагують на зовнішню турбулентність непропорційно, а ЗОЗ стають надзвичайно чутливими до будь-яких відхилень у забезпеченості персоналом, його компетентностях, мотивації чи психологічній стійкості.

Саме тому об'єктивне оцінювання кадрових ризиків і фактичних характеристик HR-системи набуває критичного значення. Це дозволяє виявити, якою мірою внутрішня вразливість ЗОЗ корелює з викликами ВАНІ-середовища та як це впливає на здатність системи охорони здоров'я підтримувати стійкість, безперервність і якість медичних послуг.

У цьому контексті результати оцінювання системних кадрових ризиків та емпіричні дані соціологічного опитування ($n = 130$) переконливо демонструють, що дисфункції управління людськими ресурсами досягли критичного рівня, формуючи комплексну загрозу стійкості та результативності закладів охорони здоров'я України різних рівнів надання допомоги.

У дисертаційному дослідженні здійснено аналіз кадрових ризиків методом експертного оцінювання (методологія та первинні данні представлені у Додатку Г). Узагальнена таблиця – табл. 3.1 – наведена нижче.

Найбільш показовим результатом проведеного аналізу кадрових ризиків є те, що переважна більшість кадрових проблем виходить за межі операційних труднощів і перетворюється на стратегічні загрози для стійкості системи охорони здоров'я України та її закладів. Умовно всі виявлені ризики можна розглядати як систему, що формує ВАНІ-середовище всередині самих ЗОЗ. Це прямо обґрунтовує необхідність удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами, причому не точково, а в комплексній, системній формі. Далі розглянемо ці ризики та їхній вплив більш детально.

Таблиця 3.1

Класифікація кадрових проблем та ризиків за рівнем критичності для закладів охорони здоров'я України

Категорія ризику	Опис ризику	ІК	Рівень критичності	Обґрунтування
1	2	3	4	5
Дефіцит критичних спеціальностей	Системний кадровий дефіцит, що блокує виконання пакетів НСЗУ.	9.4	Критичний	Прямий вплив на доступність послуг, фінансування, безпеку пацієнтів. Висока ймовірність кадрового колапсу у частині ЗОЗ.
Старіння кадрового потенціалу	Масовий вихід на пенсію протягом 5–7 років.	9.0	Критичний	Замінити старших лікарів буде неможливо через низький притік молодих кадрів; ризик втрати цілого сегмента клінічних компетенцій.
Плинність персоналу	Хронічна нестабільність кадрової структури.	8.5	Критичний	Високі втрати персоналу підривають тяглість процесів, підвищують витрати та знижують якість послуг.
Інституційна незрілість HRM	HRM не інтегроване у стратегічне управління, відсутні політики, процедури, ролі та відповідальні особи.	8.5	Критичний	Формує структурну вразливість системи, унеможливує реалізацію стратегічних цілей, спричиняє хаотичність HR-процесів і високу залежність від індивідуальних управлінських стилів.
Низький рівень розвитку стратегічного підходу до HRM	Управління персоналом зосереджене на адміністративних функціях; відсутні цільові KPI, кадрове планування, моделі компетентностей.	8.2	Критичний	Унеможливує побудову довгострокової кадрової політики, посилює дефіцит компетентностей, підвищує ризик провалу реформ і змін
Низька заробітна плата	Нерівність компенсації, зниження привабливості професії.	8.0	Критичний	Прискорює відтік кадрів і посилює регіональні диспропорції.
Відсутність HR-стратегії та кадрового планування	Кадрові рішення здійснюються «пожежним» методом.	7.8	Помірний (ближче до критичного)	Значно посилює інші ризики, формує нестійку модель HRM.
Недостатня цифровізація HR-процесів	Неможливість прогнозування потреб, управління KPI, продуктивністю.	7.5	Помірний	Перешкоджає переходу до управління, заснованого на даних.
Нерозвиненість HR-функцій	HR-процеси виконуються формально, без стратегічної, аналітичної та сервісної складової.	7,0	Помірний	Формує нездатність закладу до системного управління персоналом, знижує ефективність рекрутингу, адаптації, розвитку компетентностей та управління продуктивністю. Підсилює прояв інших ризиків.
Формалізовані й БПР без системи компетентностей	БПР виконується для атестації, а не для розвитку.	7.2	Помірний	Знижує адаптивність ЗОЗ до клінічних і технологічних змін.
Недосконалість системи мотивації та стимулювання персоналу	Система мотивації є переважно формальною, не пов'язана з результатами, не включає нематеріальні стимули, програми визнання чи гнучку компенсацію.	6.8	Помірний	Неефективна мотиваційна система знижує залученість, продуктивність і лояльність персоналу; посилює ризики плинності та саботажу змін; унеможливує перехід до управління за цілями.
Високий рівень професійного навантаження та вигорання	Особливо характерне для інтенсивної медицини та ПМД.	6.8	Помірний	Призводить до скорочення продуктивності та втрати персоналу.

1	2	3	4	5
Фрагментованість \ відсутність системи КРІ та управління результативністю	КРІ застосовуються частково або не застосовуються; відсутня система оцінювання продуктивності й прозорі критерії результатів.	6.5	Помірний	Унеможливає об'єктивне оцінювання ефективності роботи персоналу, знижує залученість, викривлює мотивацію та перешкоджає реалізації стратегічних цілей. Підсилює ризики плинності та низької продуктивності.
Слабка система адаптації	Високі втрати персоналу на початковому етапі.	4.5	Опосередкований вплив	Підсилює ризики плинності та знижує якість роботи команд.
Низька частка інвестицій у людські ресурси	Інвестиції недостатні для формування кадрової стабільності.	4.0	Опосередкований вплив	Корелює зі слабкою мотиваційною політикою та низьким рівнем компетентностей.
Недостатній розвиток програм добробуту	Відсутність підтримки психічного та професійного здоров'я.	3.8	Опосередкований вплив	Посилює ризики вигорання та конфліктності в колективах.
Фрагментарна кадрова політика	Залежність від місцевих кадрів, низька мобільність.	2.5	Мінімальний вплив	Ризик повільно проявляється, але стимулює нерівності довгостроково.
Застарілі посадові інструкції	Нерозвинена компетентнісна модель.	2.2	Мінімальний вплив	Не спричиняє негайних збоїв, але перешкоджає розвитку.

Джерело: сформовано автором на основі експертних оцінок.

Візуалізовано ці ризики завдяки матриці пріоритезації (рис. 3.1).

Матриця пріоритезації ризиків (ймовірність × масштаб впливу)



Примітка* Ризики розташовані у перехідній зоні: за високого впливу, але середньої ймовірності прояву, їх віднесено до Зони I.

Рис. 3.1. Матриця пріоритезації ризиків

Джерело: сформовано за допомогою R-platform [208].

Експертне оцінювання дозволило виділити найбільш критичні ризики, які з позиції VANI-концепції характеризують структурну крихкість і загрозу колапсу системи (B – brittle), а саме:

- дефіцит критичних спеціальностей (ІК = 9,4, критичний);
- старіння кадрового потенціалу (ІК = 9,0, критичний);
- плинність персоналу (ІК = 8,5, критичний);
- інституційна незрілість HRM (ІК = 8,5, критичний);
- низький рівень розвитку стратегічного підходу до HRM (ІК = 8,2, критичний).

Системний кадровий дефіцит, що блокує виконання пакетів НСЗУ, означає не просто нестачу людей, а ризик функціональної неспроможності клінічних підрозділів і закладів охорони здоров'я. Це є типовою ознакою організаційної крихкості (brittle), за якої функціонування системи критично залежить від вузького кола ключових фахівців. За таких умов вибуття навіть одного структурно значущого компонента спричиняє непропорційно великі дестабілізаційні ефекти, що проявляються у скороченні обсягів надання медичних послуг, ризику втрати контрактів з НСЗУ та підвищенні загроз для безпеки пацієнтів.

З точки зору стратегічного HRM це свідчить про відсутність:

- 1) довгострокового кадрового планування;
- 2) системи резерву, ротації та горизонтального перерозподілу компетентностей;
- 3) інструментів приваблення і утримання саме дефіцитних професій.

Без цілеспрямованої HR-стратегії, політики та HR-аналітики цей ризик не просто зберігається, а посилюється.

Масовий вихід на пенсію медичних працівників у горизонті 5-7 років створює відкладену, але прогнозовану кризу, яка вже сьогодні має бути в центрі стратегічного управління. Це ще один вимір крихкості, коли значна частка клінічних компетентностей, управлінського досвіду та

наставницького потенціалу зосереджена у вікових групах, що наближаються до завершення трудової діяльності. За відсутності системи наступництва, цілеспрямованих програм залучення молодих фахівців, інституційно оформлених механізмів наставництва, система стає вразливою до одночасної втрати «критичної маси» досвідчених кадрів. Це створює нелінійні ефекти (nonlinear), а саме відхід відносно невеликої групи фахівців може спричинити різке падіння якості допомоги в окремому закладі (її клінічному підрозділі) чи регіоні.

Хронічна нестабільність кадрової структури, тобто плинність кадрів, підриває тяглість процесів, культуру безпеки, довіру в колективах, збільшує витрати на рекрутинг та адаптацію. З позиції VANI це поєднання:

- крихкості (нестабільні команди, залежність від постійних «підмін»),
- тривожності (anxious) – невпевненість у завтрашньому дні провокує стрес, недовіру, професійне вигорання серед працівників ЗОЗ.

Плинність є результатом сукупної дії інших ризиків, таких як низька оплата праці, слабка мотивація, відсутність кар'єрних траєкторій, вигорання, і водночас є механізмом їх подальшої ескалації. Стратегічний HRM у цьому контексті має завдання забезпечити організаційну стійкість шляхом:

- перетворення кадрової політики з реактивної на проактивну;
- побудови системи утримання ключових кадрів;
- створення чітких, прозорих й реалістичних кар'єрних треків.

Несформованість системи стимулювання, нерівність компенсації, низька конкурентоспроможність заробітних плат медичних кадрів і регіональні розриви формують хронічну тривожність (anxious) і відчуття несправедливості серед медичного персоналу. Це стимулює виїзд за кордон та перехід у приватний сектор, посилює плинність кадрів та підриває довіру до роботодавця й держави.

Без ухвалення стратегічно обґрунтованих рішень у сфері оплати праці, запровадження гнучких і конкурентоспроможних компенсаційних пакетів, а

також побудови системи диференціації винагороди за досягнутими результатами будь-яка HR-стратегія залишатиметься інституційно нестійкою та функціонально вразливою. У VANI-логіці саме заробітна плата та загальна мотиваційна модель є ключовим чинником зниження тривожності й підтримки резиліентності колективів.

Формальна, не пов'язана з результатами система мотивації без нематеріальних стимулів, визнання та підтримки добробуту поглиблює вигорання, послаблює залученість, а також провокує пасивний саботаж змін. У VANI-контексті це посилює anxious-компонент. Працівники не розуміють, як їхня поведінка та результати впливають на винагороду, що породжує недовіру і фрустрацію. Стратегічне управління людськими ресурсами має перетворити мотивацію з «формальної надбавки» на системну політику винагород, пов'язаних із якістю, результативністю та розвитком.

Це безпосередній прояв anxious (емоційна нестабільність, психологічний тиск) та brittle (система «ламається» під навантаженням). Стратегічне HRM повинно:

- комплексну систему мотивації та стимулювання праці;
- включати програми ментального здоров'я;
- управління навантаженням;
- загальноорганізаційні програми добробуту.

Відсутність інтегрованого HRM (стратегій, політик, ролей, відповідальних осіб) означає, що управління персоналом не є системою, а перетворюється у набір розрізнених практик, залежних від стилю конкретного керівника. Це створює хаотичність рішень, неможливість відстежувати причинно-наслідкові зв'язки між HR-інтервенціями та результатами, посилюється ризик організаційної залежності від особистостей.

З погляду VANI концепції це «incomprehensible», коли навіть керівництво не може повністю описати, як саме працюють HR-процеси, за якими критеріями ухвалюються рішення, чому одні підрозділи більш стійкі,

ніж інші. У таких умовах жодна реформа не має стійкого кадрового фундаменту, отже модернізація HRM стає стратегічно необхідною передумовою будь-яких змін.

Наступний ризик – домінування адміністративного підходу (штатний розпис, таблиці, кадрова документація) за відсутності цільових KPI кадрової системи, кадрового планування, моделей компетентностей означає, що персонал розглядається як «витрати», а не як стратегічний актив. У VANI-середовищі це призводить до нелінійних провалів, таких як зміна зовнішнього середовища (наприклад, новий пакет НСЗУ, міграційна хвиля, локальна епідемія) зустрічає HR-систему, яка не вміє адаптуватися. У результаті невеликий зовнішній шок трансформується у великий внутрішній збій. Це прямо обґрунтовує необхідність:

- розробки та впровадження стратегій HRM на рівні ЗОЗ;
- інтеграції HR-показників у стратегічний Balanced Scorecard;
- переведення HRM у площину стратегічного менеджменту, а не лише діловодства.

Експертне оцінювання засвідчило наявність критичних ризиків, що формують VANI-характеристики крихкості кадрової системи закладів охорони здоров'я України. Сукупно вони створюють ризик функціональної неспроможності клінічних підрозділів, втрати контрактів із НСЗУ та зниження якості медичної допомоги. Аналіз демонструє, що без впровадження цілісної стратегічної HRM-моделі із системою планування, резерву, розвитку, наступництва й утримання персоналу, зазначені ризики не лише зберігатимуться, а й ескалуватимуть. Це підтверджує необхідність переходу від адміністративного управління кадрами до стратегічно орієнтованої HR-архітектури як ключової передумови організаційної стійкості та ефективності ЗОЗ у VANI-середовищі.

Серед помірних викликів експертне оцінювання дозволило виділити такі:

- недостатня цифровізація HR-процесів (ІК = 7,5, помірний);

- формалізований БПР без системи компетентностей (ІК = 7,2, помірний)
- нерозвиненість HR-функцій (ІК = 7,0, помірний);
- фрагментованість або відсутність системи КРІ (ІК = 6,5, помірний);
- недосконалість системи мотивації та стимулювання (ІК = 6,8, помірний);
- високий рівень професійного навантаження та вигорання (ІК = 6,8, помірний).

Відсутність цифрової HR-інфраструктури, аналітичних інструментів і системи управління продуктивністю формує середовище, у якому навіть базові управлінські процеси залишаються фрагментованими та реактивними. У таких умовах неможливо забезпечити ні стратегічне планування кадрів, ні прогнозування навантажень, ні управління ризиками на основі даних. Це створює ефект управлінської «сліпоти», характерний для виміру *incomprehensible* у BANI-моделі, коли ЗОЗ не бачить повної картини власного кадрового потенціалу, не розуміє траєкторій його змін і, відповідно, не може формувати адекватні відповіді на зовнішні виклики.

Недостатня цифрова зрілість HR-процесів неминуче відображається й на стратегічності управління компетентностями. Коли БПР виконує лише функцію атестаційного мінімуму, а не системного механізму розвитку фахівців, заклад втрачає здатність до адаптації та оновлення компетентнісної бази відповідно до клінічних, технологічних і цифрових трендів. Таким чином, технологічна неоснащеність HR-процесів та слабкість БПР-політик взаємно підсилюють одна одну, відтворюючи структурну інерцію та посилюючи кадрові ризики.

Логічним наслідком такої інституційної незрілості є деформація ролі HR-служби. Коли відсутні дані, інструменти оцінювання, аналітика компетентностей і механізми стратегічного планування, HR неминуче звужується до суто адміністративно-документальної функції. У цьому

випадку кадрова служба перестає бути інтегрованою частиною стратегічного управління, а її діяльність обмежується обліково-ревізійними операціями.

Коли HR виконує лише кадрове діловодство, а не стратегічну, аналітичну та сервісну функцію, заклад фактично позбавляється «нервової системи» управління людським капіталом. У такому стані будь-які кадрові виклики перетворюються на некеровані явища, що унеможлиблює реалізацію структурних змін і стратегічних трансформацій. Стратегічне управління людськими ресурсами у цьому контексті означає глибоке переформатування HR-служби, а саме її розвиток від адміністративного підрозділу до центру експертизи, аналітики та сервісу, здатного забезпечити безперервний моніторинг ризиків, підтримку управлінських рішень та орієнтацію ЗОЗ на інноваційний розвиток.

Також за результатами експертного оцінювання нами визначені ризики з опосередкованим та мінімальним впливом:

- слабка система адаптації персоналу (ІК = 4,5);
- низька частка інвестицій у людські ресурси (ІК = 4,0);
- недостатній розвиток програм добробуту персоналу (ІК = 3,8);
- фрагментарна кадрова політика (ІК = 2,5);
- застарілі посадові інструкції (ІК = 2,2).

Хоча зазначені ризики мають нижчий індекс критичності порівняно з системними (дефіцит кадрів, старіння персоналу, плинність тощо), їхній повільний, кумулятивний та нелінійний характер робить їх ключовими «прихованими драйверами» нестійкості у середньо- та довгостроковій перспективі. Саме ці процеси, на нашу думку, формують структурну крихкість (brittle), тривожність (anxious), непрозорість (nonlinear) і незбагненність (incomprehensible) в організаційній системі відповідно до логіки BANI.

Хоча проблема слабкої системи адаптації може здаватися другорядною, на практиці вона є стратегічною, оскільки становить перший контакт нового працівника з ЗОЗ. Це той момент, коли формується базовий рівень довіри до закладу, мотиваційна траєкторія та професійна ідентичність, намір залишатися або покинути заклад протягом перших 12-24 місяців роботи у закладі.

У BANI-середовищі, яке характеризується непрогнозованістю, слабка адаптація:

- посилює плинність персоналу, особливо молодих фахівців, що робить систему нестійкою;
- створює негативний досвід входження у професію, який поширюється через неформальні мережі (ефект «репутаційного зараження»);
- підриває механізми соціалізації, що є основою управління змінами та впровадження інновацій.

У термінах BANI це означає, що заклад не здатен інтегрувати нових працівників у стабільне кадрове ядро (*brittle*), а також незначний збій у початковому періоді може призвести до великих наслідків, таких як втрата фахівця, порушення безперервності роботи, додаткового навантаження на інших (*nonlinear*), а в цілому негативно вплинути на HR-бренд самого закладу.

Таким чином, слабка адаптація – це не локальна проблема, а довгостроковий механізм відтворення системної нестабільності.

Недостатній рівень інвестицій у розвиток людських ресурсів створює комплексний і довгостроковий ризик, який на перший погляд виглядає помірним, однак у реальності має стратегічно деструктивний ефект. У таких умовах людський капітал поступово деградує, оскільки кваліфікації та компетентності працівників не оновлюються відповідно до сучасних клінічних інновацій, цифрових тенденцій та нових підходів до організації медичної допомоги. Виникає системний «розрив поколінь» у знаннях і навичках, коли молодші фахівці не отримують можливості розвиватися, а

старші не мають ресурсів для оновлення компетентнісної бази. Водночас формується операційна залежність закладу від обмеженого кола ключових працівників, що створює ефект кадрової олігополії та підвищує уразливість до їхньої плинності чи перевантаження.

За відсутності стратегічних інвестицій у компетентнісний розвиток ЗОЗ вимушений переходить у режим тактичного виживання, коли більшість рішень спрямовані на підтримку поточної операційної діяльності, а не на інституційне оновлення. Така орієнтація поступово знижує адаптивність і стратегічну гнучкість закладу. Заклад формально зберігає працездатність, проте втрачає здатність реагувати на зміни зовнішнього середовища, переходити на нові моделі надання допомоги, впроваджувати сучасні технології чи переглядати організаційні процеси.

У кризових ситуаціях наслідки такого інвестиційного дефіциту проявляються з максимальною силою. Заклад стає надкрихким (*brittle*), адже не має компетентнісних резервів, інноваційно налаштованого кадрового ядра, а також гнучких управлінських інструментів. Будь-який зовнішній шок (кадровий, фінансовий, технологічний або регуляторний) спричиняє диспропорційно великі наслідки, які було б можливо мінімізувати за наявності сучасної HR-інфраструктури та системних інвестицій у розвиток персоналу.

У логіці BANI така ситуація набуває подвійного значення. По-перше, *brittle*, коли накопичені слабкості не є очевидними на щоденному рівні, проте проявляються раптово й різко у моменти стресу, що може призвести до організаційного збою або паралічу ключових процесів. По-друге, *anxious*, коли працівники, не маючи прозорої траєкторії професійного зростання та інструментів для підтримки власних компетентностей, працюють у стані хронічної невпевненості, що підвищує ризики вигорання, професійного відчуження та плинності.

Отже, можна зробити висновок, що дефіцит інвестицій у людський капітал є не просто технічним або ресурсним недоліком, а структурним

інституційним ризиком, який підточує основу кадрової стійкості та стратегічної життєздатності закладів охорони здоров'я. Він формує повільну, але кумулятивну дестабілізацію, що знижує конкурентоздатність, ускладнює впровадження інновацій та робить систему надмірно вразливою до будь-яких трансформацій чи кризових викликів. Саме тому інвестиції в розвиток персоналу повинні розглядатися як ключова складова стратегічного управління, а не як факультативний елемент HR-політики.

Недостатній розвиток програм добробуту персоналу становить, на нашу думку, один із найбільш недооцінених, але стратегічно значущих ризиків для закладів охорони здоров'я. Відсутність системних інструментів підтримки психічного, емоційного та професійного здоров'я персоналу призводить до кумуляції хронічного стресу, підвищення рівня емоційного виснаження та прогресуючого професійного вигорання. У медичному середовищі, яке за своєю природою є високонавантаженим і постійно перебуває під тиском непередбачуваних клінічних ситуацій, така відсутність підтримки трансформується з індивідуальної проблеми у системну загрозу кадрової стійкості.

В умовах відсутності програм добробуту зростає конфліктність у колективах: загострюються міжособистісні напруження, частіше виникають ситуації взаємних звинувачень, знижується рівень довіри та предметної взаємодії. Командна динаміка порушується, що негативно позначається не лише на соціально-психологічному кліматі, а й на безпосередніх клінічних результатах, а саме погіршується якість комунікації, зростає ризик помилок, сповільнюються процеси прийняття рішень.

Відсутність інфраструктури підтримки соціального та психологічного добробуту персоналу посилює схильність працівників до професійного відчуження, зниження мотивації, зменшення ініціативності та креативності. За таких умов колектив не здатен ефективно сприймати інновації чи адаптуватися до змін, що робить заклад менш конкурентоспроможним у середньостроковій перспективі. Накопичення психологічного виснаження

формує «ефект доміно», а саме плинність персоналу зростає, збільшуються лікарняні, знижується продуктивність та погіршується задоволеність пацієнтів.

У термінах BANI-моделі цей ризик прямо відображає компоненти *anxious* та *brittle*. Елемент *anxious* проявляється у зростанні рівня тривожності, відчуття непередбачуваності та невизначеності серед персоналу, який працює в умовах постійного емоційного та когнітивного навантаження без відповідних механізмів відновлення. Компонент *brittle* відображає крихкість системи, коли працівники працюють «на межі можливостей», і будь-яке додаткове навантаження (нові управлінські вимоги, зміни у маршрутах пацієнтів, вакантні ставки чи зростання інтенсивності роботи) може спричинити різкий організаційний збій. У такій системі окрема точкова криза здатна перетворитися на масштабну кадрову дестабілізацію.

Отже, недостатній розвиток програм добробуту персоналу є не лише соціально-психологічною проблемою, а й вагомим стратегічним ризиком, який підточує стійкість ЗОЗ, обмежує її адаптивні можливості та погіршує якість медичної допомоги. Інституційний розвиток системи соціального та психологічного добробуту персоналу має розглядатися як невід'ємний елемент стратегічного управління людськими ресурсами, оскільки він визначає не лише комфорт працівників, а й здатність закладу функціонувати ефективно у нестабільному та високостресовому середовищі сучасної охорони здоров'я.

Фрагментарна кадрова політика (ІК = 2,5) та застарілі посадові інструкції (ІК = 2,2) належать до групи ризиків із мінімальним безпосереднім впливом, проте їхня стратегічна значущість є також суттєво недооціненою, на нашу думку. На відміну від оперативних загроз, ці чинники діють повільно, накопичуючи структурну дисфункцію, яка проявляється у довгостроковій перспективі й створює глибокі інституційні бар'єри для модернізації системи охорони здоров'я. Фрагментарність

кадрової політики означає відсутність цілісної логіки управління персоналом на рівні закладів та регіонів. HR-процеси формуються несистемно, залежать від суб'єктивних рішень керівників, не інтегровані у стратегічне планування і не ґрунтуються на стандартизованих підходах до планування персоналу, розвитку компетентностей чи управління результативністю. Це сприяє відтворенню регіональних диспропорцій, коли одні заклади мають доступ до сучасних HR-практик, інші залишаються на рівні адміністративного менеджменту, що гальмує формування єдиного кадрового простору та поглиблює незбалансованість між територіями.

Застарілі посадові інструкції, які часто копіюються ще з пострадянських нормативів, блокують впровадження сучасних моделей організації праці. Вони фіксують жорсткі та архаїчні функціональні ролі, що не відповідають вимогам сучасної медицини з її акцентом на міжпрофесійні команди, цифрову трансформацію, мультидисциплінарну взаємодію та розширену відповідальність. У таких умовах персонал формально виконує необхідні функції, але фактичний зміст роботи давно трансформувався. Це породжує розрив між нормативними очікуваннями й реальною клінічною практикою, що унеможливорює ефективне управління результатами, оцінювання компетентностей та модернізацію робочих процесів.

У межах BANI-парадигми такі ризики формують елемент *incomprehensible*. Система стає непрозорою, непередбачуваною і нечитаabelною для працівників, менеджерів і зовнішніх стейкхолдерів. Формально вона виглядає комплаєнтною (тобто такою, що формально відповідає встановленим правилам, нормам, стандартам або вимогам), але інституційні механізми не дають можливості зрозуміти, як реально функціонує заклад та як змінюються ролі. У результаті будь-які інновації наштовхуються на невидимий опір, оскільки інструкції, посадові ролі та внутрішні регламенти не передбачають відповідних функцій і не впізнають нові компетентності.

Таким чином, ці ризики, хоч і мають низький прямий індекс критичності, виконують роль структурних детермінант довготривалої нестійкості. Вони закріплюють інституційну інерцію, ускладнюють трансформацію HR-процесів, формують нерівність між закладами та знижують інноваційну спроможність системи охорони здоров'я. Подолання фрагментарності кадрової політики та модернізація посадових інструкцій є критично важливими для того, щоб заклад став здатним до навчання, адаптації та стратегічного розвитку, відповідно до вимог сучасної медицини та VANI-середовища.

Результати експертного оцінювання підтверджуються результатами соціологічного оцінювання, яке було проведено у період 02.2025-06.2025 року у закладах охорони здоров'я, які були обрані як об'єкти цього дослідження, а саме:

1. КНП «Міська лікарня №3» Миколаївської міської ради
2. КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» Одеської обласної ради
3. Медичний дім Odrex (приватний медичний центр, м. Одеса)
4. КНП «Чугуївська ЦЛ ім. М.І. Кононенка» Міської ради Харківської області
5. КНП «Теплодарський центр первинної медико-санітарної допомоги» Теплодарської міської ради
6. Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка ОНМедУ)
7. МедіКлаб (приватний медичний центр, м. Дніпро)
8. ДНТ «УМЦР МАТЕРІ ТА ДИТИНИ МОЗ УКРАЇНИ»
9. КНП «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради
10. КНП «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради.

Анкета соціологічного опитування була розроблена в межах даного дослідження та мала на меті з'ясувати рівень ефективності HR-процесів,

інституційної зрілості HRM, кадрових ризиків, потреб у навчанні та розвитку, факторів мотивації і стратегічних пріоритетів удосконалення HRM у ЗОЗ (Додаток Д). Анкетування здійснювалося на Google Forms платформі (<https://forms.gle/wyAGHJYZf5m7f4eR7>). Результати соціологічного опитування представлені у Додатку Е.

Структура вибірки ($n = 130$) свідчить, що результати опитування репрезентують погляди ключових груп медичної спільноти:

- за віком домінують групи медичного персоналу віком 35-44 роки (33,8%) та 25-34 роки (29,2%), суттєву частку становить когорта 45-54 роки (20%), тобто опитані переважно перебувають у фазі активної професійної реалізації та управлінського зростання;
- за посадою домінують групи респондентів: лікарі (47,7%) і середній медичний персонал (29,2%), а також присутні керівники підрозділів (9,2%), адміністративний персонал (7,7%) і HR-фахівці (4,6%). Це поєднує як клінічний досвід, так і управлінсько-кадрову перспективу;
- за типом закладу представлені ПМД (26,2%), вторинний рівень (36,9%), третинний / спеціалізовані центри (24,6%) та приватні ЗОЗ (12,3%), що дозволяє оцінювати HR-проблеми у контексті різних рівнів медичної допомоги;
- за стажем роботи групи респондентів представлені так: 11-20 років (35,4%) і 3-10 років (32,3%) – це ядро вибірки, до якого додається група з понад 20 років (21,5%).

Отже, дослідження відображає оцінку HR-системи з боку досвідчених практиків різних рівнів. Це надає додаткової ваги висновкам, оскільки вони є результатом сукупного досвіду людей, які щоденно стикаються з кадровими дефіцитами, перевантаженням і управлінськими обмеженнями.

Аналіз показників інституційної зрілості HRM (питання 1-6 другої групи анкети) демонструє системну, глибоко вкорінену проблему, яка підтверджує наявність критичного ризику інституційної незрілості

кадрового менеджменту в закладах охорони здоров'я України, що була нами виявлена за результатами аналізу у розділі 2 та аналізу ризиків у пп. 3.1.

Середні оцінки за ключовими компонентами інституційної спроможності HR-функції наведені нами на рис. 3.2. Такі оцінки, як наявність і якість HR-стратегії (2,8), інтеграція HRM у стратегічне управління (2,9), цифровізація HR-процесів (3,1), планування кадрів і прогнозування (2,6), прозорість процедур набору та просування (3,0), а також системи адаптації (3,2), переважно перебувають у межах від «нижче середнього» до «середнього» рівня. Це свідчить про структурну відсутність зрілих інституційних механізмів управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я та підтверджує, що HR-процеси існують переважно у формальному, а не стратегічно інтегрованому форматі.

Отримані дані повністю корелюють з оцінками кадрових ризиків, що були ідентифіковані раніше. Зокрема, критичний ризик «інституційної незрілості HRM» (ІК = 8,5) отримує чітке емпіричне підтвердження. HR-системи в закладах охорони здоров'я функціонують, але не виконують повного спектра стратегічних функцій, не мають чітко визначеної логіки впливу на організаційні результати та не інтегровані у процеси стратегічного планування.



Рис. 3.2. Інституційна зрілість системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я – об'єктах дослідження

Джерело: за результатами власного соціологічного дослідження.

Низькі бали за показниками HR-стратегії (2,8) та кадрового планування (2,6) підтверджують ризик «відсутності HR-стратегії та кадрового прогнозування» (ІК = 7,8), що критично обмежує здатність закладів відповідати на демографічні та ринкові зміни. Помірний рівень цифровізації (3,1) підтверджує ризик «недостатньої цифрової трансформації HR-процесів» (ІК = 7,5), який проявляється у фрагментарності використання е-HR, відсутності HR-аналітики та неспроможності прогнозувати кадрові сценарії.

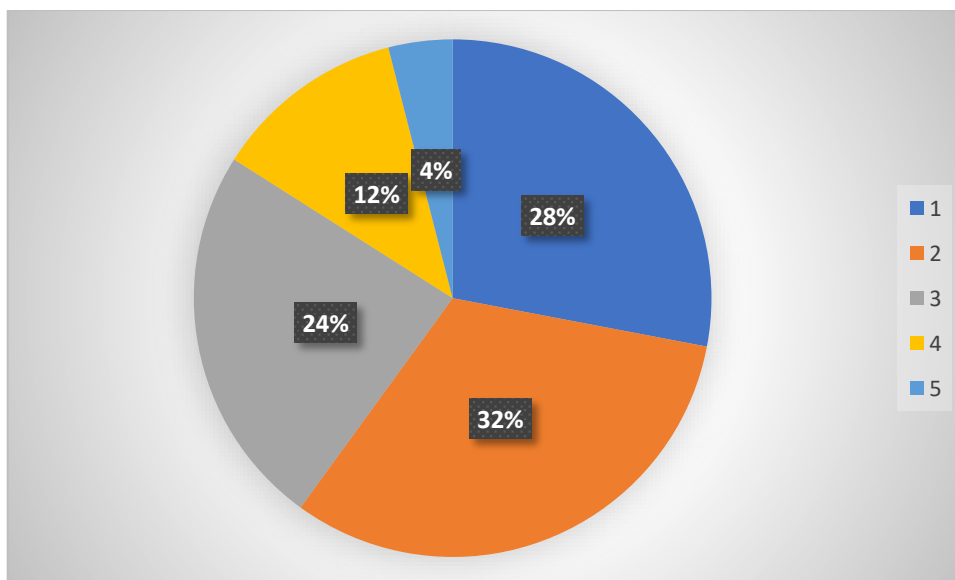
У межах VANI-парадигми така конфігурація інституційних характеристик визначається як стан *incomprehensible* та *brittle*. Елемент *incomprehensible* проявляється у відсутності прозорих, стандартизованих і аналітично підкріплених HR-процесів. Заклади не мають повної та достовірної інформації про власний кадровий потенціал, не володіють інструментами моделювання кадрових ризиків та не здатні формувати стратегічні сценарії розвитку. Елемент *brittle* відображає високу крихкість системи: без формалізованої HR-стратегії, прогнозування потреб та цифрових інструментів для моніторингу кадрових процесів навіть незначні зовнішні чи внутрішні зміни можуть спричинити суттєві операційні та структурні збої.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що заклади охорони здоров'я об'єктивно визнають низьку інституційну зрілість HRM, що повністю збігається з експертною оцінкою ризиків і свідчить про необхідність глибокої модернізації HR-функції. Подолання цього структурного недоліку є передумовою системної стійкості, здатності до адаптації в VANI-середовищі, а також ключовою умовою підвищення якості кадрових рішень та стратегічного розвитку ЗОЗ.

Аналіз показників мотивації, залученості та психологічної безпеки демонструє чітку і системну картину «anxious»-виміру HR-кризи в закладах охорони здоров'я України. Дані соціологічного опитування підтверджують, що емоційний стан персоналу у закладах – об'єктах аналізу, їхня

задоволеність умовами праці та рівень підтримки формують критично важливий пласт кадрових ризиків, який безпосередньо пов'язаний з попередніми висновками про інституційну незрілість HRM, низькі інвестиції у людський капітал та надкритичність системи відповідно до BANI-парадигми.

Насамперед, рівень задоволеності оплатою праці є вкрай низьким (рис. 3.3). 60% респондентів оцінили його на 1-2 бали, а лише 16% – на рівні 4-5. Це однозначно підтверджує критичний ризик «низької заробітної плати» (ІК = 8,0) як провідного драйвера демотивації, плинності та професійного відтоку. Фактично фінансова невизначеність стає ключовою емоційною рамкою трудового життя медичного працівника. У логіці BANI це – чистий прояв anxious, коли працівники відчують нестабільність та несправедливість, не мають контролю над власним економічним майбутнім, а це підриває їхню здатність до довгострокового планування та професійного розвитку.

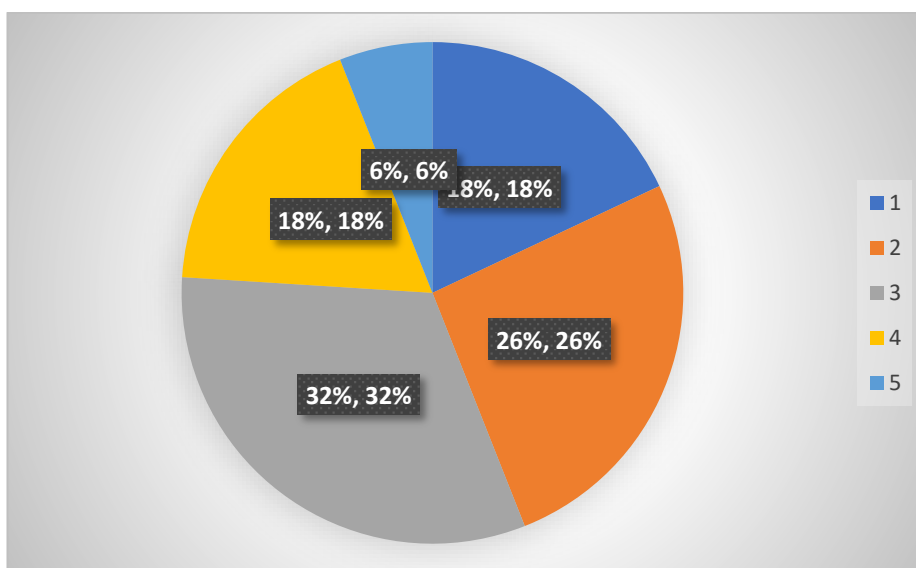


Примітка: (1 – не задоволений, 5 – повністю задоволений)

Рис. 3.3. Задоволеність системою оплати праці у закладах охорони здоров'я – об'єктах дослідження

Джерело: за результатами власного соціологічного дослідження.

Дані щодо психологічної безпеки та добробуту підсилюють цю картину (рис. 3.4): 44 % оцінили психологічну безпеку на 1-2 бали, ще 32 % – на 3 бали. Таким чином, три чверті персоналу працюють у стані хронічного напруження, тривоги та емоційного виснаження. Цей результат повністю узгоджується з раніше ідентифікованими ризиками вигорання, надмірного навантаження та недостатнього розвитку програм добробуту персоналу. На мікрорівні це відображає BANI-анxious: тривога є не випадковим явищем, а системною характеристикою робочого середовища. У контексті попередніх висновків про низький рівень інвестицій у людський капітал стає очевидно, що відсутність програм психологічної підтримки – не периферійний недолік, а ключова причина зниження кадрової стійкості.



Примітка: (1 – не задоволений, 5 – повністю задоволений)

Рис. 3.4. Задоволеність рівнем психологічної безпеки та добробуту у закладах охорони здоров'я – об'єктах дослідження

Джерело: за результатами власного соціологічного дослідження.

Додатковим показником інституційної слабкості HRM є низький рівень підтримки з боку керівництва (Додаток Е). Лише 28 % працівників відчують системну підтримку, тоді як 18 % не відчують її зовсім. Це демонструє суттєві прогалини у лідерстві, комунікаціях та управлінських

практиках. З урахуванням попередніх висновків про інституційну незрілість HRM (низькі оцінки HR-стратегій, кадрового планування та інтеграції HR у стратегічний контур управління) стає очевидним, що слабе управлінське лідерство є не індивідуальною проблемою окремих керівників, а структурною особливістю системи. Це також підсилює VANI-brittle: без ефективного керівництва система стає ще крихкішою, а стреси – більш руйнівними.

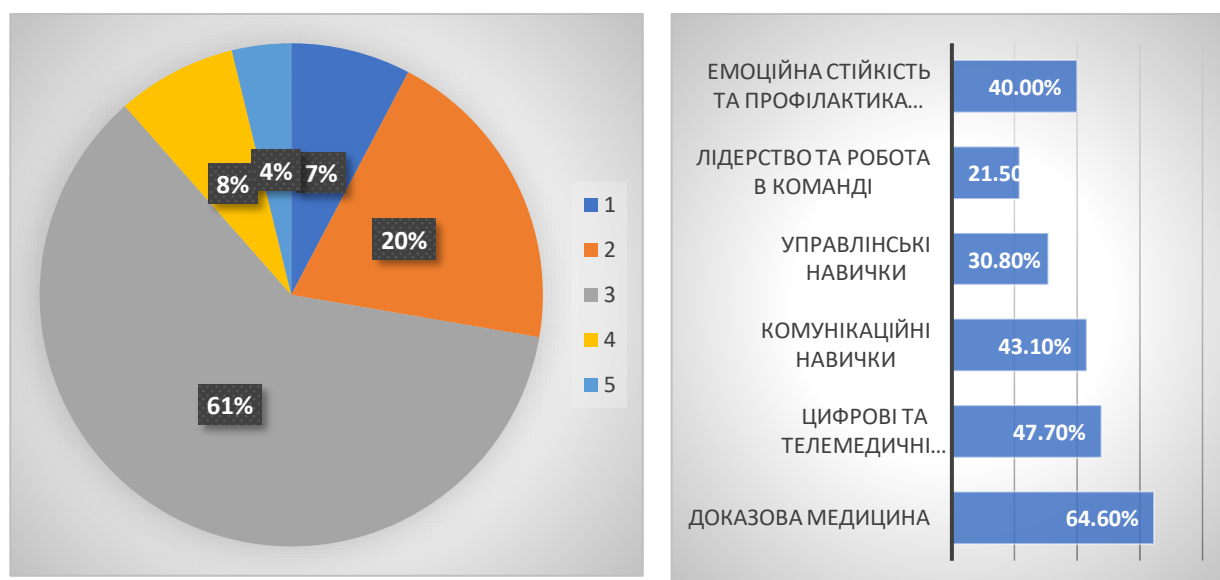
Аналіз факторів мотивації свідчить, що медичні працівники бачать мотивацію не лише у зарплаті, а у комплексі: справедливе навантаження, можливості розвитку та навчання, умови праці, психологічна підтримка. Така багатовимірність мотиваційного профілю чітко узгоджується з раніше визначеними ризиками – недосконалість системи мотивації, надмірне професійне навантаження, обмежені можливості професійного розвитку. Водночас цей результат підтверджує і попередні висновки про недостатні інвестиції в БПР, слабку адаптацію, недостатні програми добробуту. Працівники прямо вказують на ті елементи, які раніше були визначені як інституційні слабкості.

Отже, емпіричні дані свідчать, що мотиваційно-психологічний стан персоналу – це не просто «м'який» аспект HRM, а ключова ланка системної кризовості у VANI-середовищі. Тривога, невизначеність, відсутність розвитку, слабка підтримка керівництва та фінансова нестабільність формують потужний anxious-контур кадрової нестійкості, який прямо поєднується з попередніми висновками про інституційну незрілість, надкрихкість HR-процесів та недостатність стратегічних інвестицій у людський капітал. Сукупно ці фактори створюють самопідтримуваний цикл вразливості, що обмежує здатність системи до адаптації, інновацій та стратегічного розвитку.

Аналіз потреб у навчанні та організації безперервного професійного розвитку демонструє глибоку системну проблему у закладах охорони здоров'я України. Ця проблема характеризується формальністю БПР,

недостатністю ресурсів і вираженою нелінійною вразливістю компетентнісного потенціалу персоналу, що безпосередньо кореспондує з раніше окресленими ризиками та логікою ВАНІ-парадигми. Отримані результати вказують, що компетентнісний фундамент закладів охорони здоров'я перебуває у стані нестійкої рівноваги. Формальні елементи БПР наявні, однак вони не виконують функції стратегічного розвитку, а відсутність інвестицій у навчання й оновлення знань створює довгострокову кадрову вразливість.

На рис. 3.5 продемонстровано оцінка системи навчання та розвитку.



Примітка: (1 – не задоволений, 5 – повністю задоволений)

Рис. 3.5. Оцінка системи навчання та розвитку у закладах охорони здоров'я – об'єктах дослідження

Джерело: за результатами власного соціологічного дослідження.

61 % респондентів оцінили організацію БПР лише на рівні «3», тоді як майже третина – на 1–2 бали. Це засвідчує, що переважає формальна, а не змістовна логіка безперервної освіти, коли заходи проводяться для виконання нормативу, а не для реального розвитку компетентностей. Лише 3,8 % оцінили систему БПР у ЗОЗ максимально високо, тобто системні, структуровані та інтегровані моделі навчання залишаються рідкісним

винятком. Така ситуація повністю підтверджує ризик «формалізованого БПР без системи компетентностей» (ІК = 7,2). БПР у його нинішньому вигляді у ЗОЗ не спроможне забезпечити підтримку якості надання медичної допомоги та не відповідає потребам сучасної медицини.

Аналіз дефіцитних зон компетентностей демонструє, що кадровий дефіцит в українських закладах охорони здоров'я має не лише кількісний, а й якісний характер. Наймасштабніші прогалини – у доказовій медицині (64,6 %), цифрових та телемедичних навичках (47,7 %), комунікації (43,1 %), емоційній стійкості (40 %), управлінні (30,8 %) та лідерстві (21,5 %). Фактично бракує саме тих компетентностей, що визначають ефективність медичних команд у високодинамічному, цифровізованому та кризовому середовищі. Це продовжує та поглиблює раніше визначені ризики, такі як дефіцит спеціальностей, низькі інвестиції у людські ресурси, інституційну незрілість HRM та нездатність системи адаптуватися до нових стандартів.

У VANI-парадигмі такий стан створює nonlinear-вразливість. Це означає, що навіть незначне оновлення клінічних стандартів, впровадження цифрових рішень або зміна розподілу навантаження може спричинити різке падіння якості допомоги, якщо компетентнісний фундамент є недостатнім. Це підтверджує, що компетентнісна стійкість – ключовий компонент організаційної резильєнтності, а її слабкість формує каскадні ризики.

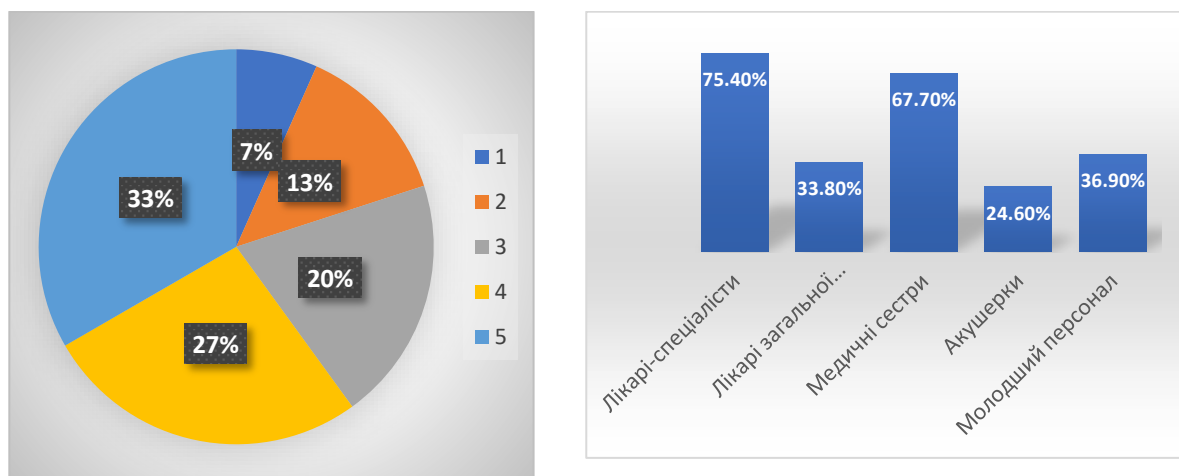
Найгострішим емпіричним сигналом є дані про навчання та ресурси для розвитку. 73,8% працівників не проходили тренінгів у симуляційних центрах протягом року, а 86,2% оцінили достатність ресурсів для розвитку на мінімальному рівні (Додаток Е). Це свідчить про системну відсутність інфраструктури компетентнісного оновлення. Таким чином, БПР в Україні залишається номінальним, сучасні технології – неінтегрованими, а ресурси – критично обмеженими. У термінах VANI це зміщує систему в бік brittle: компетентності не оновлюються, персонал поступово «вигорає», а система не має внутрішнього механізму заміщення знань і навичок. За таких умов заклади працюють на межі стійкості. Будь-який шок може виявитися

руйнівним, оскільки ЗОЗ не здатний підсилити власний кадровий потенціал у потрібний момент.

Отже, узагальнений висновок полягає в тому, що БПР в Україні переважно має формальний характер, а ресурси для розвитку є різко недостатніми. Це створює нелінійну та надкрихку кадрову систему, у якій компетентності не встигають за змінами стандартів, цифрових технологій та організаційних вимог. Разом із раніше окресленими ризиками це формує системну VANI-кризу людського капіталу, що обмежує спроможність закладів охорони здоров'я до розвитку, інновацій та забезпечення якості медичної допомоги.

Розділ соціологічного опитування щодо аналізу кадрових ризиків та проблем, продемонстрував відповідність між суб'єктивним сприйняттям персоналу та експертною матрицею ризиків. Це підтверджує, що кадрова криза в українських закладах охорони здоров'я має комплексний, системний характер і розгортається одночасно на кількох рівнях: структурному, компетентнісному, мотиваційно-психологічному та інституційному.

Суб'єктивна оцінка рівня кадрового дефіциту на перший погляд виглядає помірною. Лише 82 % респондентів визначили його на рівні 1-3 бали за 5-бальною шкалою (рис. 3.6).



Примітка: (1 – не задоволений, 5 – повністю задоволений)

Рис. 3.6. Оцінка дефіциту кадрів у закладах охорони здоров'я – об'єктах дослідження

Джерело: за результатами власного соціологічного дослідження.

Однак детальніші дані змінюють картину принципово. Дефіцит концентрується саме в категоріях, критичних для забезпечення доступності й безперервності медичної допомоги. Понад три чверті респондентів зазначили нестачу лікарів-спеціалістів, майже 68% – медичних сестер, третина – лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Така структура дефіциту ідеально корелює з ризиком «дефіциту критичних спеціальностей» (ІК = 9,4), який був визначений як найсерйозніший у матриці. Суб'єктивна «помірність» дефіциту в середньому маскує факт, що там, де кадрів не вистачає, їх не вистачає критично, що відповідає BANI-компоненту non-linear. Невелика зміна чисельності в окремих підрозділах має непропорційно великі наслідки для системи загалом.

Ще більш тривожним є стан професійного вигорання. 42% респондентів відчувають його у значній формі, ще 44% – у помірній (рис. 3.7). Таким чином, 86% персоналу працює у стані виснаження. Це є прямим підтвердженням ризику «високого професійного навантаження та вигорання» (ІК = 6,8) і водночас одним із найяскравіших проявів anxious-компонента BANI. У середовищі, де емоційна стійкість і психологічна безпека є порушеними, будь-який додатковий стрес може спричинити каскадні збої – від плинності персоналу до помилок у клінічних рішеннях.

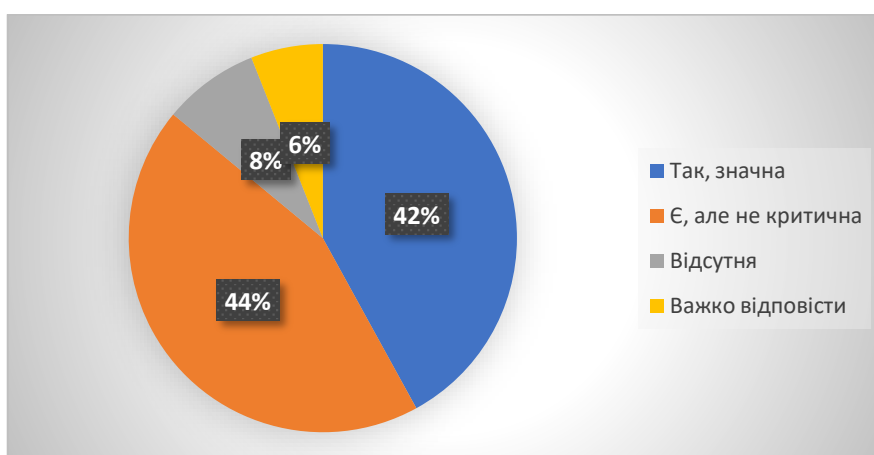


Рис. 3.7. Оцінка вигорання кадрів у закладах охорони здоров'я – об'єктах дослідження

Джерело: за результатами власного соціологічного дослідження.

Ключові HR-процеси, які персонал визначає як такі, що потребують удосконалення, відтворюють структуру експертної матриці ризиків майже дзеркально. Переважна більшість (83,1%) наголошує на проблемах мотивації та оплати праці, що підтверджує критичність ризиків «низької заробітної плати» та «недосконалості систем мотивації». Більше половини відзначають недоліки підбору і адаптації, що відповідає виявленому раніше ризику слабкої адаптації та фрагментарної кадрової політики. Понад 52% вказують на проблеми БПР, що відповідно підтверджує ризик «формалізованого БПР». Не менш значущими є потреби у плануванні кадрів (44,6%), цифровізації HR-процесів (36,9%) та оцінюванні компетентностей (40%), що підтверджує ризики інституційної незрілості HRM, низької цифровізації та відсутності компетентнісного менеджменту.

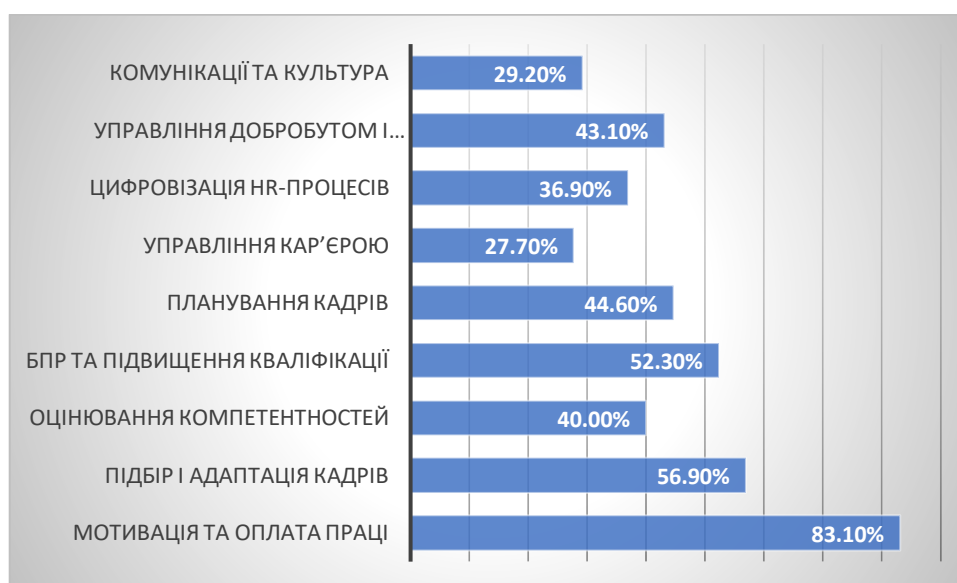


Рис. 3.8. Оцінка кадрових ризиків у закладах охорони здоров'я – об'єктах дослідження

Джерело: за результатами власного соціологічного дослідження.

Фактично працівники самі визначили ті ж сфери, які були ідентифіковані в експертній матриці ризиків, що підвищує валідність результатів і свідчить про реальність та глибину кадрових проблем. У

сукупності з попередніми висновками ці дані демонструють, що кадрова система функціонує у VANI-режимі:

- Brittle – крихкість, коли точкові кадрові втрати призводять до системних збоїв;
- Anxious – домінування тривожності та вигорання;
- Nonlinear – непропорційність між ресурсами й наслідками;
- Incomprehensible – фрагментарність та непередбачуваність кадрових рішень.

Логічним продовженням цієї картини є сформований працівниками набір стратегічних пріоритетів, які вказують на запит системи на нову архітектуру HRM у закладах охорони здоров'я, що були об'єктами дослідження (рис. 3.9).

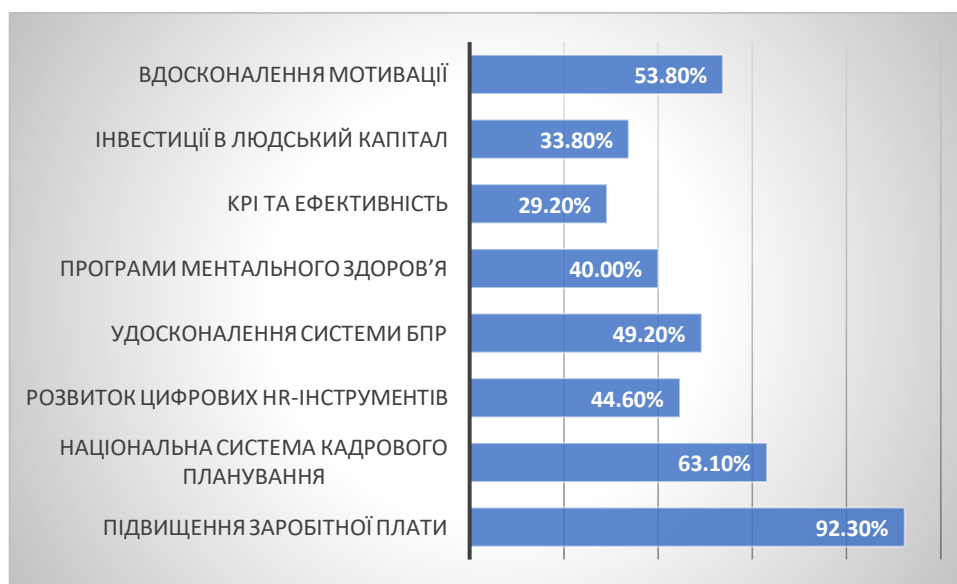


Рис. 3.9. Оцінка стратегічних пріоритетів розвитку HRM у закладах охорони здоров'я – об'єктах дослідження

Джерело: за результатами власного соціологічного дослідження.

Переважає більшість (92,3%) вважає ключовим пріоритетом підвищення заробітної плати, що підтверджує фінансовий вимір кадрової кризи та її прямиї зв'язок із ризиками демотивації, вигорання та плинності. Другим за важливістю кроком респонденти називають створення

національної системи кадрового планування (63,1%), яка має усунути структурні диспропорції та забезпечити прогнозованість кадрової політики на рівні країни. Далі йдуть пріоритети цифровізації HR-процесів (44,6%), вдосконалення БПР (49,2%), програм ментального здоров'я (40%) та інвестицій у людський капітал (33,8%). Цей набір пріоритетів майже повністю повторює логіку ризиків, описану раніше: фінанси – планування – цифровізація – БПР – добробут – стратегічні інвестиції, що підтверджує цілісність кадрової проблематики.

Окремо варто виділити сильний запит на HR-аналітику та національну платформу HRH-моніторингу (Додаток Е). Підтримка стратегічної HR-аналітики на рівні 4-5 балів становить 70%. Це означає, що медична спільнота чітко усвідомлює необхідність переходу до підходу до управління людськими ресурсами на основі даних (data-driven HRM) у закладах охорони здоров'я. Без аналітичної основи кадрова політика залишатиметься фрагментарною, реактивною та непередбачуваною. У VANI-логіці це означає спробу перейти від стану *incomprehensible*, коли система не має цілісної картини кадрових процесів, до стану керованості, передбачуваності та стратегічної системності.

Узагальнений висновок полягає в тому, що всі блоки аналізу: дефіцит кадрів, вигорання, низька мотивація, слабкість БПР, інституційна незрілість HRM та потреба у цифровізації – формують єдиний контур VANI-кризи людських ресурсів закладів охорони здоров'я. Система не лише стикається з крихкістю, тривожністю, нелінійністю та непрозорістю – вона вже їх відтворює. Водночас працівники формують чіткий запит на нову стратегічну архітектуру HRM, а саме справедливу винагороду, системне планування кадрів, інвестиції в компетентності, цифрові інструменти та HR-аналітику. Це свідчить, що трансформація кадрової системи є не просто можливою, а необхідною умовою виживання й розвитку української системи охорони здоров'я в турбулентному середовищі VANI.

Отже, можна зробити обґрунтований висновок, що як експертні оцінювання кадрових ризиків, так і результати соціологічного опитування працівників узгоджуються у своїх аналітичних висновках, а саме в українських закладах охорони здоров'я має місце не просто кадрова криза, а системна криза людського капіталу. Експертна матриця ризиків фіксує критичну інституційну незрілість HRM, дефіцит критичних спеціальностей, низьку частку інвестицій у розвиток персоналу, формалізований характер БПР, слабку цифровізацію та нерозвиненість програм добробуту. Соціологічні дані, у свою чергу, емпірично підтверджують ці висновки «зсередини системи»: високий рівень вигорання (86%), домінування невдоволеності оплатою праці, відчуття психологічної небезпеки та браку підтримки керівництва, дефіцит ключових компетентностей, формальність БПР і майже повну відсутність доступу до симуляційного навчання.

Такий збіг експертних і суб'єктивно-емпіричних даних свідчить, що кадрова криза має накопичувальний та багатовимірний характер. Вони підтверджують результати нашого власного емпіричного дослідження, здійсненого у Розділі 2. Ця криза формується на перетині фінансових обмежень, інституційної слабкості HR-функції, відсутності стратегічного кадрового планування, недостатніх інвестицій у компетентності та хронічної психологічної перенапруги персоналу. У парадигмі VANI ця конфігурація набуває ознак:

- крихкості (*brittle*), коли система легко руйнується під тиском шоків;
- тривожності (*anxious*), коли працівники функціонують у режимі постійної невизначеності;
- нелінійності (*nonlinear*), коли локальні дефіцити й збої породжують масштабні наслідки;
- незбагненності (*incomprehensible*), коли фрагментарні HR-практики не дають цілісної картини й не дозволяють керувати людськими ресурсами на основі даних.

Таким чином, інтеграція експертних оцінок та результатів опитування переконливо підтверджує, що криза людського капіталу в охороні здоров'я не може бути подолана за рахунок поодиноких, локальних інтервенцій. Вона вимагає структурних реформ системи управління людськими ресурсами, переходу до даноорієнтованого HRM, стратегічних інвестицій у розвиток компетентностей, БПР, навчання й програми добробуту, а також глибокої інституційної модернізації HR-інфраструктури на рівні закладів, регіонів і національної політики.

Узагальнені результати аналізу демонструють, що наявні підходи більше не відповідають ані масштабам кадрових викликів, ані динаміці глобальних трансформацій, посилених війною. Стає очевидним, що подальший розвиток системи охорони здоров'я потребує не стільки коригування окремих елементів HR-політики, скільки переходу до цілісної, інноваційної та адаптивної моделі стратегічного управління людськими ресурсами. Така модель має враховувати глобальні мегатренди, національні реформаторські пріоритети та специфічні потреби післявоєнної відбудови, забезпечуючи водночас стійкість, гнучкість і здатність до трансформації на всіх рівнях системи.

Саме ці передумови обумовлюють логічну необхідність переходу до наступного етапу дослідження, а саме розробки інноваційної моделі стратегічного управління людськими ресурсами, здатної забезпечити якісно нову архітектуру HRM у закладах охорони здоров'я України в умовах глобалізації та відновлення держави.

3.2 Розробка моделі стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я в умовах глобалізації та післявоєнної відбудови України

Сучасні заклади охорони здоров'я України функціонують у багаторівневому турбулентному контексті, який доцільно описувати крізь

призму VANI-парадигми. Як зазначалося у пп. 3.1, зовнішнє середовище для ЗОЗ характеризується одночасною наявністю крихкості (brittle) організаційних структур і фінансування, підвищеної тривожності (anxious) персоналу та керівництва, нелінійності (non-linear) наслідків управлінських рішень і регуляторних змін, а також незбагненності (incomprehensible), що проявляється у фрагментарності інформаційних потоків, швидкій зміні правил гри та ускладненні прогнозування. Ефекти повномасштабної війни та мегатренди додатково підсилюють VANI-характер середовища. До цього накладаються перманентні реформотворчі процеси, пов'язані з діяльністю НСЗУ, запровадженням оплати за пролікованими випадками, акцентом на доказовість та стандартизовані клінічні маршрути, а також швидка цифровізація клінічних і управлінських процесів, що потребує нових компетентностей та інституційних практик. Паралельно українські ЗОЗ дедалі більше включаються у глобальну конкуренцію за медичні таланти, де здатність утримати та розвивати людські ресурси визначає не лише якість послуг, а й саме виживання ЗОЗ.

За таких умов класичні, лінійні моделі управління персоналом, орієнтовані на стабільні організаційні структури, відносно передбачувані кар'єрні траєкторії та повільні цикли змін, виявляються інституційно недостатніми. Просте перенесення традиційних HR-підходів не забезпечує ні стійкості, ні адаптивності кадрових систем. Необхідною стає інтегрована архітектура стратегічного управління людськими ресурсами, яка поєднує кілька теоретико-практичних підходів і дає змогу одночасно забезпечувати структурованість, аналітичність, ціннісну орієнтацію, стратегічну узгодженість та гнучкість у прийнятті рішень. У цьому контексті доцільно розглядати комбіновану модель, що інтегрує системний підхід HR-моделі Пола Бозелі, розширену модель HR Value Chain, архітектуру, що забезпечує структурованість (HR-модель Ульріха), аналітичність (HR-модель Ворвіка), ціннісність (HR-модель Сторі), стратегічне узгодження (HR-модель 5Ps) та гнучкість (Agile), як це було обґрунтовано у Розділі 1.

Візуальна схема запропонованої HR-моделі представлена на рис. 3.10.

Запропонована модель демонструє багаторівневу та системно інтегровану архітектуру стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я, яка поєднує макрорівневі чинники (мегатренди, зовнішній ринок праці, загальнонаціональні інституції), мезорівневі передумови (економічні умови, джерела надходження людських ресурсів) та мікрорівневі управлінські інструменти (організаційний контекст, загальноорганізаційну стратегію, HR-стратегії, HR-політики, HR-практики) з кінцевими результатами – сталим розвитком (що включає HR, фінансові, стратегічні, клієнтські та процесні результати) та довгостроковим ефектом.

Роль зовнішніх детермінант (мегатренди, зовнішній ринковий контекст ринку праці, загальний інституційний контекст, економічний контекст, трудовий інституційний контекст) у моделі є фундаментальною й багатовимірною. Вони формують стратегічне середовище, у межах якого функціонує заклад охорони здоров'я, визначають доступність людських ресурсів, обмеження та можливості розвитку, а також задають рамки для формування HR-стратегії. У науковому розумінні зовнішні детермінанти виступають неконтрольованими, але критично впливовими чинниками, що опосередковують ефективність внутрішніх управлінських рішень.

У запропонованій моделі *мегатренди* розглядаються як довготривалі системоутворюючі сили, що задають стратегічну траєкторію розвитку системи охорони здоров'я та ринку медичної праці. Вони породжують структурні виклики, пов'язані зі старінням кадрового потенціалу, демографічними процесами та територіальними дисбалансами, що прямо впливають на доступність і якість медичних послуг. Паралельно мегатренди створюють запит на формування нових компетентностей і професійних ролей у сфері охорони здоров'я, спричинених цифровізацією, поширенням телемедицини, розвитком персоналізованої медицини й інноваційних клінічних технологій.

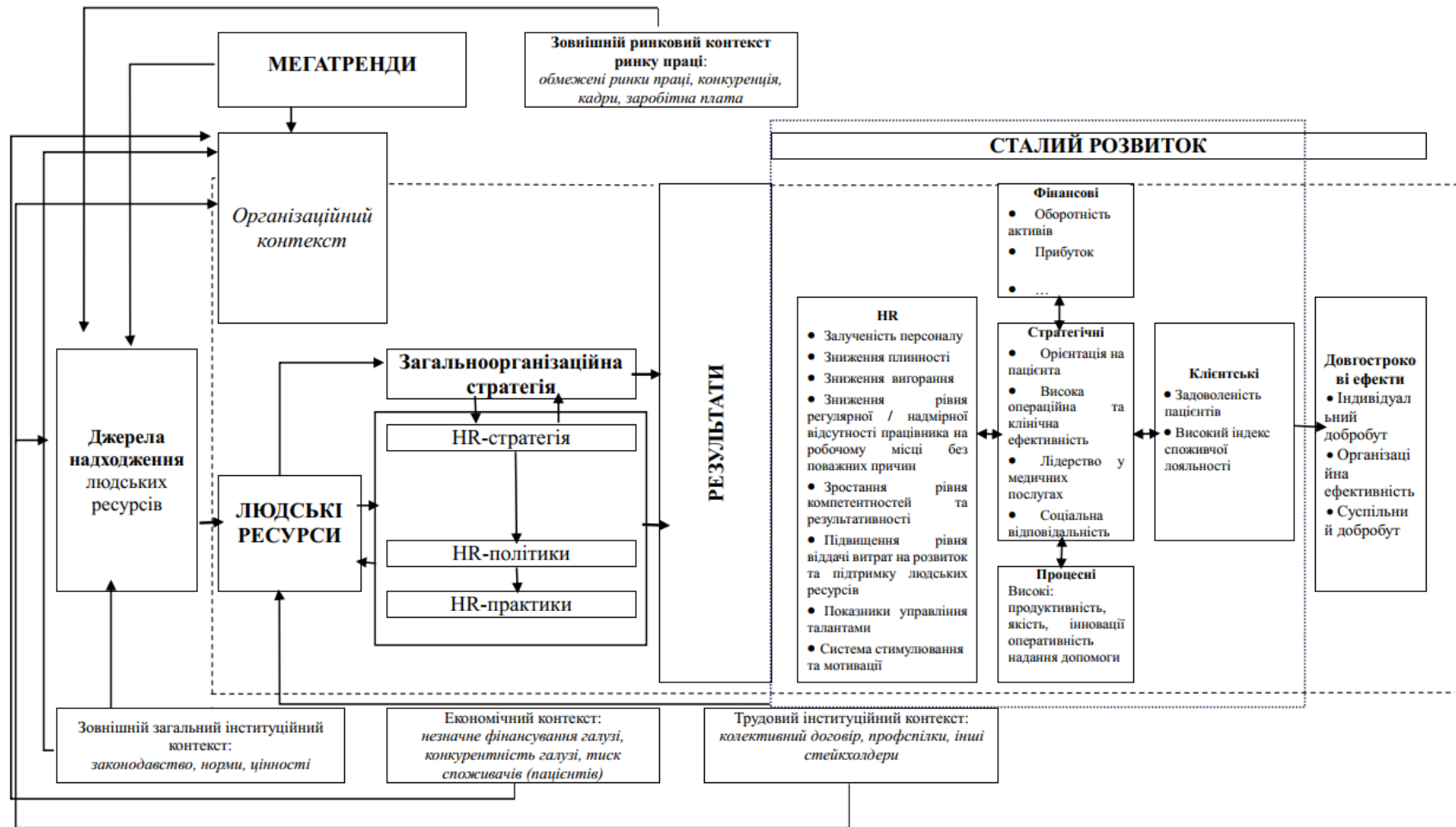


Рис. 3.10. Інтегрована адаптивно-резилієнтна стратегічна модель управління людськими ресурсами

Джерело: сформовано автором.

Вони також трансформують мотиваційні очікування працівників, оскільки глобальна мобільність, конкуренція за таланти та зміна ціннісних орієнтацій персоналу формують нові вимоги до умов праці, гнучкості, можливостей розвитку та психологічної безпеки.

Одночасно мегатренди суттєво впливають на зміст і пріоритети кадрової політики, яка у післявоєнний період має забезпечувати не лише відновлення кадрового потенціалу, а й підвищення рівня резиліентності, створення безпечного виробничого середовища, модернізацію управлінських практик та інтеграцію нових стандартів професійної діяльності. У межах моделі мегатренди виступають макросилами, що визначають не лише необхідність глибокої трансформації HRM у сфері охорони здоров'я, але й задають орієнтири цієї трансформації, а саме її темп, зміст, структуру та фокус на стійкість, адаптивність і інноваційність системи стратегічного управління людськими ресурсами закладу.

У запропонованій моделі *зовнішній ринок праці* пропонується розглядати як середовище, що формує систему обмежень і можливостей для закладів охорони здоров'я, безпосередньо визначаючи доступність людських ресурсів. Він постає одночасно і як джерело дефіцитів, і як драйвер конкуренції, і як структурний ризик для кадрової стабільності. Насамперед ринок праці виконує роль ресурсного обмеження, а саме нестачу фахівців, посилену наслідками війни, міграційними процесами та регіональними дисбалансами, та змушує заклади охорони здоров'я вести активну конкуренцію за кожного кваліфікованого працівника. Одночасно він формує конкурентну динаміку, у межах якої рівень заробітної плати, умови праці, кар'єрні можливості та репутація роботодавця визначають мобільність персоналу і рівень плинності кадрів. Нарешті, зовнішній ринок праці виступає і як структурний ризик. Міжнародна конкуренція за медичний персонал, відкритість кордонів, релокація кадрів та доступність роботи за кордоном посилюють нестійкість кадрової системи, навіть якщо внутрішні HR-процеси закладу є належно організованими. Таким чином, на

рівні моделі зовнішній ринок праці функціонує як екзогенний чинник, який впливає на кадрову стратегію незалежно від внутрішніх управлінських рішень, встановлюючи об'єктивні межі для формування кадрового потенціалу.

Інституційний контекст у моделі виступає системою формальних і неформальних правил, що визначають рамкові умови функціонування HRM. Він охоплює професійні стандарти, нормативи оплати праці, вимоги НСЗУ до контрагування, регуляції якості та доказовості, акредитаційні процедури, трудове законодавство та положення щодо безперервного професійного розвитку. Саме інституційний контекст задає юридично-організаційні межі, в яких формуються HR-політики та практики, визначаючи, що заклад має право робити, що зобов'язаний робити та що є неефективним або забороненим. У науковому вимірі він виконує функцію регулятора діяльності HRM, перетворюючи зовнішні норми та правила на внутрішні управлінські рішення, які забезпечують відповідність кадрової політики вимогам держави, ринку та професійної спільноти.

Організаційний контекст та внутрішні ресурси у моделі стратегічного управління людськими ресурсами виступають ключовою ланкою, що опосередковує вплив зовнішніх детермінантів на кадрову систему закладу охорони здоров'я. Саме цей рівень визначає здатність ЗОЗ адаптуватися до нестабільного середовища, інтерпретувати виклики у форматі управлінських рішень, формувати кадрову стійкість і забезпечувати ефективність HRM у довгостроковій перспективі. У BANI-контексті організаційний контекст стає центральним механізмом перетворення невизначеності на керовані процеси. Він створює внутрішню інфраструктуру, яка дозволяє закладу не лише реагувати на хаотичні зміни, але й підвищувати власну адаптивність, резилієнтність та антикрихіть.

Першим і фундаментальним елементом організаційного контексту є структура управління, яка визначає взаємодію підрозділів, швидкість та якість прийняття управлінських рішень, а також можливість інтеграції HR-

функції у стратегічні процеси. У VANI-середовищі чіткість управлінської архітектури набуває особливої ваги, адже централізовані моделі забезпечують стандартизовані та передбачувані рішення, що зменшують крихкість, тоді як децентралізовані – посилюють гнучкість і дозволяють швидко реагувати на нелінійні зміни. Водночас надмірна фрагментація може підсилити непрозорість процесів та управлінську тривожність, якщо вони не супроводжуються якісною координацією.

Фінансова спроможність закладу є ключовим ресурсом управління невизначеністю. В умовах, коли зовнішнє середовище є нелінійним і нестабільним, фінансовий потенціал дозволяє компенсувати структурні ризики, забезпечувати конкурентну мотивацію, впроваджувати інновації та підтримувати програми добробуту, які знижують рівень організаційної тривожності й підвищують психологічну стійкість персоналу. Недостатнє фінансування, навпаки, посилює крихкість HR-системи, робить її беззахисною перед міграційними та ринковими шоками, а також знижує її адаптаційні можливості.

Рівень управлінської автономії визначає здатність закладу самостійно формувати кадрову політику й оперативно впроваджувати зміни. У VANI-контексті автономія – це ключ до маневреності та адаптивності. ЗОЗ, що мають можливість самостійно ухвалювати кадрові та управлінські рішення, зменшують часові лаги, швидше реагують на зміни середовища та здатні впроваджувати інноваційні моделі оплати праці, гнучкі формати зайнятості й сучасні HR-практики. Водночас низька автономія робить систему ригідною, залежною від зовнішніх регуляторів і вразливою до нелінійних коливань попиту й пропозиції.

Корпоративна культура в умовах VANI стає критичним елементом організаційної антикрихкості. Вона формує поведінковий та емоційний простір, у якому відбуваються процеси залучення, мотивації, командної взаємодії та професійної соціалізації. Культура психологічної безпеки знижує рівень тривожності, прозорість управління долає ефекти

непрозорості, а культура відповідальності та довіри забезпечує стійкість у ситуаціях крихкості. Отже, корпоративна культура – це не лише ціннісний компонент, а й потужний регулятор поведінкових реакцій персоналу на нестабільність.

Система джерел надходження людських ресурсів формує кадрову «вхідну воронку», яка забезпечує заклад персоналом та визначає якість професійної бази. Зовнішній ринок праці, університети, післядипломна освіта, стажування та інститут наставництва являють собою взаємопов'язані канали, які формують професійні компетентності, мотивацію та ідентичність фахівців. У VANI-реальності якість цих джерел визначає, чи зможе заклад забезпечити безперервність кадрового відтворення, а також наскільки швидко й ефективно нові працівники адаптуватимуться до складних умов.

У моделі організаційний контекст виконує трансформаційну функцію, перетворюючи зовнішні стимули та ризики на внутрішні рішення; модеративну, посилюючи або пом'якшуючи вплив зовнішнього середовища; стратегічну, визначаючи вектор і характер HR-стратегії; та ресурсну – формуючи можливості для реалізації кадрових інтервенцій. У VANI-вимірі ці функції стають ключовими механізмами адаптації, що дозволяють закладу не лише виживати, а й активно розвиватися.

Таким чином, організаційний контекст і внутрішні ресурси є ядром інституційної антикрихкості та стратегічної адаптивності системи управління людськими ресурсами. Саме на цьому рівні визначається здатність закладу охорони здоров'я трансформувати зовнішні виклики у стійкі кадрові рішення, забезпечити ефективне використання людського потенціалу та сформувати довгострокову кадрову стабільність. У VANI-середовищі організаційний контекст перетворюється на ключовий механізм резилієнтності, від якого залежить не лише ефективність HR-стратегії, але і стійкість всього закладу в умовах непередбачуваних змін.

У запропонованій моделі блок «*Людські ресурси*» виконує роль стратегічного ядра, через яке зовнішні детермінанти та організаційний контекст трансформуються у конкретні управлінські рішення й результати. Саме на цьому рівні відбувається перетворення вимог мегатрендів, інституційного середовища, ринку праці та внутрішніх умов функціонування закладу (структура управління, фінансова спроможність, культура, рівень автономії) на цілі, інструменти й щоденні практики роботи з персоналом. У BANI-середовищі людські ресурси перестають бути лише статтею витрат і набувають статусу ключового стратегічного активу, здатного як підсилювати вразливість закладу, так і слугувати головним джерелом його резилієнтності.

Взаємодія організаційного контексту з блоком «*Людські ресурси*» є двоспрямованою. З одного боку, саме контекст задає рамки формування HRM-стратегії, а саме тип закладу та його місце в мережі (первинка, спеціалізована, університетська клініка, приватний сектор) визначають потрібний профіль компетентностей; фінансові можливості обмежують або розширюють простір для компенсаційних пакетів, БПР, навчання та програм добробуту; рівень автономії впливає на свободу конструювання власної кадрової політики; корпоративна культура задає стиль лідерства, комунікації, ставлення до змін та помилок. З іншого боку, саме через людські ресурси організаційний контекст може цілеспрямовано змінюватися. Стратегічні програми розвитку лідерства, командної роботи, цифрових компетентностей, підтримки ментального здоров'я та залученості поступово трансформують культуру, підвищують керованість і знижують крихкість ЗОЗ. Таким чином, HRM-стратегія є водночас продуктом і інструментом зміни організаційного контексту.

Загальноорганізаційна стратегія та HRM-стратегія в моделі пов'язані відносинами функціональної взаємозалежності. Загальна стратегія визначає місію, стратегічні цілі, пріоритетні напрямки розвитку (наприклад, розширення спектра послуг, фокус на певних клінічних лінійках, участь у

клінічних дослідженнях, цифрову трансформацію, вихід на нові ринки). HRM-стратегія, у свою чергу, відповідає на запитання: яким має бути кадровий потенціал, щоб ці цілі стали досяжними; які компетентності, ролі, моделі зайнятості, системи мотивації, механізми навчання й управління продуктивністю потрібні для підтримки обраної стратегічної траєкторії. У VANI-умовах важливо, що HRM-стратегія не є статичним документом – вона формується як гнучка рамка (Agile-орієнтований підхід), яка передбачає регулярні ітерації, перегляд кадрових пріоритетів, експериментування з новими моделями організації праці (кросфункціональні команди, гнучкі графіки, дистанційні формати, розширені ролі) та швидкий зворотний зв'язок через HR-аналітику й опитування персоналу. Таким чином, HRM-стратегія перетворює загальноорганізаційну стратегію на «живий» процес, забезпечуючи її адаптацію до нелінійних змін середовища.

Рівень HR-політик у моделі виконує роль інституційного «містка» між стратегічним баченням та практичною реалізацією. Якщо HRM-стратегія задає напрями («що» і «навщо»), то HR-політики визначають «як» саме це буде реалізовано в межах нормативних, етичних і ресурсних обмежень. Вони конкретизують принципи відбору, просування, оцінювання, оплати, навчання, адаптації, управління добробутом і ризиками. У VANI-контексті саме якість політик визначає, чи будуть реакції ЗОЗ на стресові події крихкими (brittle) й хаотичними, чи, навпаки, передбачуваними, прозорими та справедливими. Agile-логіка передбачає, що HR-політики не мають бути раз і назавжди фіксованими; вони потребують періодичного перегляду на основі даних (data-driven HRM), аналізу інцидентів, зворотного зв'язку від працівників та керівників, пілотування альтернативних рішень у «малих масштабах» перед масштабуванням.

HR-практики є операціональним рівнем моделі – саме тут стратегічні орієнтири і політичні рамки перетворюються на конкретні дії: процедури рекрутингу, моделі onboarding і наставництва, формати CPD, використання

симуляційних центрів, інструменти оцінювання компетентностей і продуктивності, системи матеріальної й нематеріальної мотивації, програми добробуту й психологічної підтримки, алгоритми кадрового планування та заміщення, механізми HR-аналітики. У взаємодії з організаційним контекстом саме HR-практики зменшують VANI-виміри. Наприклад, крихкість (brittle) долається через створення кадрового резерву, мультидисциплінарних команд і перехресного навчання; тривожність (anxious) пом'якшується завдяки програмам ментального здоров'я, прозорій комунікації, участі персоналу в прийнятті рішень; нелінійність (nonlinear) враховується через сценарне кадрове планування, регулярні «спринти» з перегляду навантаження і складу команд; незбагненність (incomprehensible) знижується через розвиток HR-аналітики, дашбордів, інформування про критерії рішень і очікувані результати. Усе це безпосередньо впливає на HR-, процесні, клієнтські та фінансові KPI, що у моделі веде до сталого розвитку закладу.

Нарешті, взаємодія блоку «Людські ресурси» з іншими елементами моделі носить характер замкненого циклу з численними зворотними зв'язками. Мегатренди, ринок праці та інституційний контекст формують нові виклики (наприклад, масова міграція медичних кадрів, нові стандарти НСЗУ, цифрові платформи), які через організаційний контекст потрапляють у фокус HRM-стратегії. Остання, у зв'язці з HR-політиками та практиками, генерує зміни в кадровому потенціалі й поведінці персоналу, що відображається в системі показників (KPI) і довгострокових ефектах – як для закладу, так і для окремих працівників та пацієнтів. Отримані результати через систему моніторингу та аналітики повертаються назад у стратегічний контур і стають основою для коригування як загальноорганізаційної стратегії, так і HRM-стратегії. У такій конфігурації людські ресурси виступають не лише об'єктом управління, а й активним суб'єктом стратегічних змін, що дозволяє закладу охорони здоров'я зменшувати VANI-

вразливість і формувати Agile-здатність до безперервного навчання, адаптації та інновацій.

Запровадження інтегрованої адаптивно-резиліентної стратегічної моделі управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я вимагає трансформації самої логіки функцій кадрового менеджменту. В основі такої трансформації ми поклали принципи Agile-менеджменту та концепція організаційної стійкості, які дозволяють підвищити здатність кадрової системи до передбачення ризиків, гнучкого реагування на зміни й підтримання безперервності надання медичної допомоги навіть у турбулентному середовищі.

Блок «Загальноорганізаційна стратегія – HRM-стратегія – HR-політики – HR-практики» у запропонованій моделі виконує саме таку роль, а саме – центрального елементу системи стратегічного управління людськими ресурсами, через який проходить увесь ланцюг перетворення зовнішніх викликів ВАНІ-середовища на конкретні дії в закладі охорони здоров'я. Саме на цьому рівні відбувається інтеграція стратегічних цілей закладу, вимог мегатрендів, інституційного контексту та можливостей організаційного середовища з інструментами Agile-управління персоналом.

У центрі підходу до формування цього блоку стратегічного управління у закладі охорони здоров'я має бути використано Agile підхід (від англ. гнучкий, адаптивний), тобто набір принципів і практик, спрямованих на швидку адаптацію управлінських процесів до мінливих умов. У HR-менеджменті ЗОЗ Agile означає:

- 1) гнучке планування: кадрові рішення приймаються короткими циклами (ітераціями), що дозволяє швидко реагувати на зміни кількості пацієнтів, інтенсивності навантаження у відділеннях чи появу надзвичайних ситуацій;
- 2) командну самоорганізацію: лікарі, медичні сестри, акушерки та інші спеціалісти можуть формувати мультидисциплінарні команди

для вирішення конкретних завдань (наприклад, COVID-бригади чи групи для ведення критичних пологів);

- 3) пріоритетність потреб пацієнта та персоналу: HR-політика орієнтується не тільки на формальне дотримання нормативів, а й на забезпечення безпечних умов праці та якісного медичного сервісу;
- 4) безперервне навчання та вдосконалення: постійний розвиток компетенцій через тренінги, симуляційні центри, мікронавчання;
- 5) ітеративні зміни: замість глобальних реформ – поступові, але регулярні оновлення в кадрових та організаційних процесах.

У підсумку, під Agile-підходами ми розуміємо методологію управління персоналом, орієнтовану на гнучкість, адаптивність і колективну відповідальність [10].

Інтеграція Agile та BANI-підходів у систему стратегічного управління персоналом закладів охорони здоров'я України ґрунтується на взаємодоповненні цих концепцій. Разом, Agile та BANI-підходи утворюють інтегровану модель стратегічного HR-менеджменту, що забезпечує стійкість, ефективність і адаптивність ЗОЗ України.

BANI-парадигма описує складність і виклики середовища, в якому функціонують заклади охорони здоров'я: крихкість організаційних структур, підвищену тривожність персоналу, нелінійність подій та незрозумілість управлінських процесів. У свою чергу, Agile надає практичні інструменти для подолання цих викликів, пропонуючи гнучке планування, самоорганізацію команд, ітеративність змін та прозору комунікацію.

Так, проти крихкості (brittle) системи, коли робота відділення може залежати від обмеженої кількості ключових фахівців, Agile пропонує механізми гнучкого управління ресурсами: резервування кадрів, перехресне навчання та ротацію персоналу. У відповідь на тривожність (anxious), що супроводжує медичний персонал у кризових умовах, Agile створює культуру довіри й підтримки через регулярні командні зустрічі, відкриту комунікацію та швидкий зворотний зв'язок. У ситуаціях нелінійності (non-linear), коли

навіть незначна кадрова втрата може спричинити системний збій, ітеративний характер Agile-процесів дозволяє здійснювати поступові зміни, швидко адаптуватися до нових умов і мінімізувати ризики «ефекту доміно». Нарешті, проти незрозумілості (incomprehensible), що виникає через інформаційний хаос, швидку зміну стандартів та інструкцій, Agile пропонує інструменти прозорості комунікації: ретроспективи, цифрові трекери та візуалізацію завдань, що забезпечує ясність і спільне бачення для всіх членів команди.

Таким чином, BANI-підходи фіксують проблеми сучасного управлінського середовища, тоді як Agile надає інструментарій для їх вирішення (табл. 3.2). У поєднанні вони формують інтегровану HR-модель, яка дозволяє підвищити організаційну стійкість закладів охорони здоров'я, підтримати психологічне благополуччя персоналу та зробити систему управління більш гнучкою, зрозумілою та ефективною в умовах глобальної нестабільності [10].

Таблиця 3.2

Інтеграція Agile та BANI-підходів у HR-менеджмент закладів охорони здоров'я України

BANI-виклик	Agile-відповідь	Приклади HR-інструментів у ЗОЗ
Brittle (крихкість)	Гнучкість, адаптивне планування	Резерв кадрів, перехресне навчання, кадровий пул для кризових ситуацій, мобільність персоналу
Anxious (тривожність)	Командна взаємодія, прозора комунікація	Програми психологічної підтримки, кризовий коучинг, регулярні командні зустрічі, peer-support
Nonlinear (нелінійність)	Ітеративні цикли, короткі «спринти»	Сценарне планування, мультидисциплінарні бригади, автономія відділень, оперативні кадрові ротації
Incomprehensible (незрозумілість)	Прозорість процесів, візуалізація завдань, зворотний зв'язок	Цифрові HR-платформи, Kanban-дошки, аналітика персоналу, чіткі алгоритми комунікації

Джерело: сформовано на основі [182; 188; 214; 236;].

У моделі загальноорганізаційна стратегія задає базовий вектор розвитку закладу, а саме клінічні пріоритети, цільові групи пацієнтів, модель фінансування, співраця з НСЗУ, рівень інтеграції в освітній та науковий простір, ступінь цифрової трансформації. У VANI-контексті вона має враховувати крихкість фінансування, ризики втрати ключових фахівців, нелінійність пацієнтопотоків, регуляторну нестабільність. Відповідно, стратегія не може залишатися суто декларативною. Вона повинна описувати, яку саме кадрову архітектуру, компетентнісний профіль, рівень автономії команд, резерви персоналу та механізми соціальної та психологічної підтримки потрібно забезпечити, щоб заклад зберігав стійкість і здатність до розвитку. На цьому рівні відбувається усвідомлення того, що людські ресурси базовий стратегічний актив, без якого фінансові, клінічні й інноваційні цілі залишаються недосяжними.

HR-стратегія виступає функціональним продовженням загальноорганізаційної стратегії та одночасно виконує роль її внутрішнього інтеграційного механізму, що забезпечує перетворення стратегічних цілей ЗОЗ на системні управлінські, кадрові та поведінкові практики. Вона конкретизує, якою має бути цільова модель управління людськими ресурсами закладу в умовах VANI-середовища і як до цієї моделі рухатися в логіці Agile. Якщо загальноорганізаційна стратегія відповідає на питання «куди ми рухаємося як заклад», то HR-стратегія деталізує «якими людськими ресурсами, в якій конфігурації та за рахунок яких управлінських рішень ми зможемо цього досягти». У ній формулюються цілі щодо залучення й утримання критичних спеціальностей, зниження крихкості за рахунок кадрового резерву та перехресного навчання, підтримки психологічної стійкості персоналу, цифрової грамотності, розвитку лідерства, впровадження мультидисциплінарних команд, розгортання HR-аналітики. У термінах Agile-підходу HR-стратегія формує методологічну основу для реалізації так званих «кадрових спринтів» – циклічних, структуровано організованих етапів планування, впровадження та

періодичної переоцінки пріоритетів у сфері управління персоналом. Застосування такої логіки дає змогу не лише забезпечити оперативну відповідь на змінність зовнішнього та внутрішнього середовища, але й створити умови для інституційно узгодженої та ресурсно оптимізованої адаптації ЗОЗ до нових викликів. У результаті мінімізуються часові, кадрові та організаційні втрати, а процес стратегічного управління людськими ресурсами набуває властивостей гнучкості, контекстної чутливості та підвищеної стійкості в умовах невизначеності.

HR-політики в цій логіці виступають інституційним каркасом, який перетворює стратегічні орієнтири на стабільні, прозорі й відтворювані правила гри всередині закладу. Це не просто набір наказів і положень. Це система норм, що визначають стандарти функцій кадрового прогнозування та планування, набору, адаптації, навчання, оцінювання, оплати праці, добробуту, управління конфліктами, ротації кадрів, захисту від вигорання тощо (рис. 3.11).

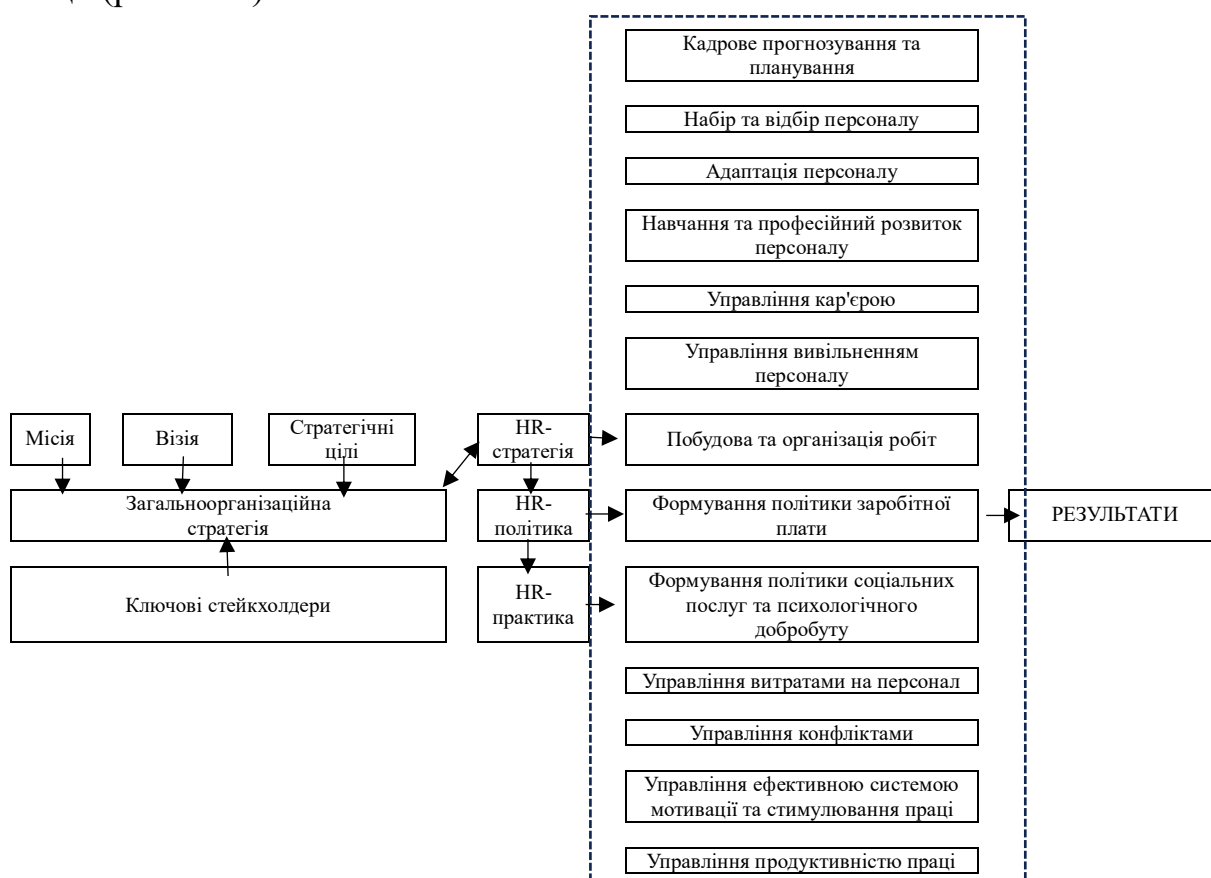


Рис. 3.11. Функціональна характеристика HR-моделі

Джерело: розроблено автором.

У моделі HR-політики виконують подвійну роль. З одного боку, вони зменшують компонент *incomprehensible* BANI-середовища, роблячи кадрові процеси передбачуваними й зрозумілими для працівників і керівників. З іншого – вони задають рамки для Agile-гнучкості: фіксують не жорсткі процедури «раз і назавжди», а принципи, всередині яких можливі ітерації, експерименти, пілотні проекти, швидке коригування підходів. Наприклад, політика безперервного професійного розвитку може одночасно містити обов'язковий мінімум БПР і механізми мікронавчання, симуляційних спринтів, індивідуальних траєкторій навчання, що переглядаються щороку.

HR-практики становлять операційний рівень цього блоку й є тим місцем, де стратегія, політики та Agile-принципи запроваджуються у щоденну HR-практику. Саме через практики – процедури рекрутингу, алгоритми адаптації, роботу інституту наставництва, планування змін, графіки чергувань, симуляційні тренінги, програми ментального здоров'я, регулярні командні зустрічі, використання Kanban-дошок, HR-дашбордів – заклад фактично долає BANI-виклики.

У цьому зв'язку нами запропонований підхід інтеграції agile-HR інструментів та пріоритетних HR-функцій для подолання кадрових ризиків у ЗОЗ. Він виконує функцію структурної матриці відповідності між основними кадровими ризиками та набором Agile-орієнтованих HR-інструментів, що формують тактичний та стратегічний арсенал адаптивно-резилієнтного HRM. Для кожного ризику нами визначено пріоритетні функції HRM, а саме планування, рекрутинг, адаптація, навчання, управління кар'єрою, мотивація, організація робіт, управління конфліктами, продуктивністю та добробутом, які стають «точками впливу» для цілеспрямованих змін (табл. 3.3).

Такий підхід дозволяє інтегрованій адаптивно-резилієнтній стратегічній моделі управління людськими ресурсами забезпечувати:

- системність, оскільки ризики розглядаються не ізольовано, а в контексті інституційної архітектури HRM;

- адаптивність, адже рішення формуються у коротких циклах (спринтах), дозволяючи оперативно тестувати й масштабувати ефективні практики;
- резилієнтність, бо знижують структурну крихкість кадрової системи та підсилюють здатність ЗОЗ функціонувати в ВАНІ-середовищі;
- стратегічну узгодженість, оскільки кожен інструмент прив'язаний до конкретних HR-функцій, що забезпечує логічну цілісність і вимірність впливу.

Таблиця. 3.3

Agile-HR інструменти та пріоритетні HR-функції для подолання кадрових ризиків у ЗОЗ

Категорія ризику	Agile-HR інструменти	Пріоритетні HR-функції
1	2	3
Дефіцит критичних спеціальностей	Прискорене картування кадрового потенціалу; рекрутингові спринти; впровадження гнучких моделей зайнятості; оперативне тестування та оптимізація каналів залучення персоналу.	<ul style="list-style-type: none"> – Кадрове прогнозування та планування; – Набір і відбір персоналу; – Управління продуктивністю праці
Старіння кадрового потенціалу	Спринти наступництва (succession sprints); міні-цикли інтенсивного навчання; гнучко організовані програми менторства на засадах Agile-підходу.	<ul style="list-style-type: none"> – Кадрове прогнозування; – Управління кар'єрою; – Навчання та професійний розвиток
Плинність персоналу	Пульсові опитування персоналу (pulse surveys); спринти з утримання кадрового потенціалу (retention sprints); короткі цикли отримання та опрацювання зворотного зв'язку.	<ul style="list-style-type: none"> – Управління мотивацією; – Соціальні послуги та добробут; Адаптація; – Управління конфліктами
Інституційна незрілість HRM	Мінімально життєздатна модель HR-системи (HR-MVP); канбан-дашборд для візуалізації HR-процесів (Kanban HR-board); щоквартальні ретроспективні сесії аналізу та вдосконалення HR-практик.	<ul style="list-style-type: none"> – Кадрове планування; – Побудова та організація робіт; – Управління продуктивністю
Низький рівень стратегічного підходу до HRM	Система цілей та ключових результатів (OKR); стратегічний HR-канвас (HR Strategy Canvas) для візуалізації моделі управління персоналом; кварталні цикли стратегічного планування та перегляду пріоритетів.	<ul style="list-style-type: none"> – Кадрове прогнозування; – Управління продуктивністю; – Побудова та організація робіт
Низька заробітна плата	Гнучкі компенсаційні пакети; проектні бонуси; спринт оцінювання та забезпечення компенсаційної справедливості	<ul style="list-style-type: none"> – Політика заробітної плати; – Управління витратами на персонал; – Управління мотивацією
Відсутність HR-стратегії	Спринт розроблення HR-стратегії (HR strategy sprint); модульне (поетапне) впровадження стратегічних HR-рішень; динамічно оновлювана дорожня карта розвитку системи управління персоналом (HR-roadmap).	<ul style="list-style-type: none"> – Кадрове прогнозування; – Побудова та організація робіт; – Управління витратами

1	2	3
Недостатня цифровізація HR-процесів	Полегшені електронні системи управління персоналом (e-HR); HR-аналітичні дашборди; автоматизація рутинних процесів	<ul style="list-style-type: none"> – Кадрове планування; – Управління продуктивністю; – Адаптація персоналу
Нерозвиненість HR-функцій	Спринт формування та розвитку компетентнісної моделі HR-підрозділу (HR competency sprint); мікронавчання; стандартизація стандартних операційних процедур (Standard Operating Procedures, SOP) у сфері управління персоналом.	<ul style="list-style-type: none"> – Побудова та організація робіт; – Навчання і розвиток; – Управління продуктивністю
Формалізований БПР без компетентностей	Перелік із пріоритизацією необхідних компетентностей персоналу; спринти оновлення БПР; індивідуальні програми навчання та професійного розвитку	<ul style="list-style-type: none"> – Навчання та професійний розвиток; – Управління кар'єрою
Недосконала система мотивації	Швидкі цикли винагородження персоналу (rapid rewards); впровадження мотиваційної моделі «3R» (recognition, responsibility, rotation); експериментальне тестування та коригування стимулюючих інструментів у рамках коротких спринтів.	<ul style="list-style-type: none"> – Управління мотивацією та стимулюванням; – Політика соціальних послуг та добробуту
Професійне навантаження та вигорання	Мікропрактики підтримання добробуту персоналу (wellbeing micro-practices); гнучке управління професійним навантаженням на засадах Agile (Agile workload management); цикли відновлення та регенерації кадрового потенціалу (recovery cycles).	<ul style="list-style-type: none"> – Соціальні послуги та психологічний добробут; – Управління продуктивністю; – Управління конфліктами
Відсутність KPI / управління результативністю	Мінімально життєздатний набір ключових показників ефективності (MVP-KPI); щотижневі сесії перегляду результативності (weekly review); компактні аналітичні дашборди формату «одна сторінка» для візуалізації ключових HR-показників.	<ul style="list-style-type: none"> – Управління продуктивністю; – Управління мотивацією; – Побудова та організація робіт
Слабка адаптація (onboarding)	Програми адаптації; програми менторства	<ul style="list-style-type: none"> – Набір і відбір; – Адаптація персоналу; – Управління мотивацією
Низькі інвестиції у людський капітал	Мікробюджетування (micro-budgeting) із поетапним перерозподілом ресурсів; пілотні проєкти БПР з оцінюванням їх ефективності; короткі спринти навчання, спрямовані на цільове нарощування критичних компетентностей персоналу.	<ul style="list-style-type: none"> – Навчання та професійний розвиток; – Управління витратами; – Управління кар'єрою
Недостатній розвиток wellbeing-програм	Перелік з пріоритизацією ініціатив із підтримання добробуту персоналу (wellbeing backlog); цілеспрямовані психосоціальні мікроінтервенції, спрямовані на зниження стресу, профілактику вигорання та зміцнення психологічної стійкості колективу.	<ul style="list-style-type: none"> – Соціальні послуги та психологічний добробут; – Управління мотивацією; – Управління конфліктами
Фрагментарна кадрова політика	Циклічне оновлення (перегляд) кадрових політик (policy refresh cycles) із подальшою уніфікацією та стандартизацією підходів до управління персоналом (стандартизація HR-підходів).	<ul style="list-style-type: none"> – Кадрове прогнозування; – Побудова та організація робіт
Застарілі посадові інструкції	Спринт розроблення та оновлення посадових інструкцій (job description sprint) із їх узгодженням із цілями закладу; впровадження цілісної компетентнісної моделі персоналу як бази для добору, оцінювання, навчання та управління кар'єрним зростанням.	<ul style="list-style-type: none"> – Побудова та організація робіт; – Управління продуктивністю; – Навчання і розвиток

Джерело: сформовано автором.

Таким чином, матриця Agile-HR рішень, представлена у таблиці 3.3, є не просто інструментом аналізу, а ключовим елементом операціоналізації інтегрованої адаптивно-резилієнтної HRM-моделі для закладів охорони здоров'я. Вона визначає, як саме HR-служба може переходити від пасивного реагування до активного формування кадрової стійкості, перетворюючи людські ресурси на стратегічний актив, здатний підтримувати життєздатність, гнучкість і конкурентоспроможність ЗОЗ в умовах постійних викликів.

Важливо, що всі чотири елементи блоку утворюють єдиний вертикально інтегрований контур. Якщо загальноорганізаційна стратегія не містить чітко визначеної ролі людського капіталу, HR-стратегія перетворюється на формальність, політики – на набір суперечливих документів, а практики – на хаотичні локальні ініціативи, які не змінюють системи. Якщо ж HR-практики не підтримуються політиками та не підживлюються стратегічними цілями, Agile-елементи залишаються на рівні ентузіазму окремих команд і не дають ефекту для всього закладу. У добре налаштованій моделі стратегія задає напрям і цільові показники; HR-стратегія трансформує їх у кадрову архітектуру та план змін; HR-політики фіксують інституційні правила й гарантії; HR-практики забезпечують щоденну реалізацію, постійний зворотний зв'язок і можливість ітеративного вдосконалення. Саме цей блок є місцем, де BANI-опис реальності поєднується з Agile-інструментами управління й перетворюється на конкретні механізми підвищення стійкості, ефективності й адаптивності закладів охорони здоров'я.

У запропонованій моделі блок *результатів діяльності з багатовимірною системою KPI* виступає завершальною ланкою логічного ланцюга «загальноорганізаційна стратегія – HRM-стратегія – HR-політики – HR-практики – результати – сталий розвиток». Саме через систему показників ефективності (KPI) робота з людськими ресурсами перестає бути сукупністю декларативних намірів і перетворюється на керований,

вимірюваний та адаптивний процес. У VANI-середовищі, де події є крихкими, тривожними, нелінійними та часто мало прозорими, а у відповідь застосовуються Agile-підходи, система KPI стає центральним інструментом зворотного зв'язку, навчання ЗОЗ та коригування управлінських рішень у коротких ітераціях.

HR-результати (зниження плинності, підвищення продуктивності, скорочення прогулів та непрацездатності, посилення компетентностей, зростання залученості й задоволеності персоналу) є найближчим рівнем виходу HR-політик та HR-практик. Вони відображають, наскільки впроваджені Agile-алгоритми (гнучке планування, мультидисциплінарні команди, програми добробуту, симуляційне навчання, перехресне навчання, кадрові резерви, регулярні командні зустрічі) реально впливають на повсякденне функціонування колективу. У VANI-логіці саме HR-результати є первинними індикаторами зниження крихкості (brittle) та тривожності (anxious). Якщо знижується плинність кадрів, зростає залученість і зменшується частота прогулів. Це свідчить, що система перестає бути надкрихкою та меншою мірою продукує хронічний стрес. Крім того, посилення компетентностей через БПР і симуляційні програми зменшує нелінійну вразливість системи. Навіть у випадку раптових змін стандартів чи навантаження заклад має достатній запас знань, навичок і гнучкості для адаптації. Саме HR-результати є основою для Agile-спринтів. Їх постійне вимірювання дозволяє виявляти, які HR-практики працюють, а які потребують переформатування, і робити це не раз на кілька років, а у коригувальних циклах щомісяця/щокварталу.

Стратегічні KPI виступають мостом між стратегічним управлінням людськими ресурсами і місією закладу. Орієнтація на пацієнта, операційна та клінічна ефективність, якість медичної допомоги, стандарти лідерства й відповідальності є прямими наслідками того, наскільки стратегічно зорієнтована HRM-архітектура. Тут VANI-парадигма виявляється через те, що навіть мінімальні кадрові збої або недоопрацювання в мотивації та

розвитку можуть призвести до непропорційно великих втрат якості й безпеки. Agile-підходи дозволяють пов'язати стратегічні KPI із конкретними HR-інтервенціями. Наприклад, зростання кількості інцидентів безпеки може ініціювати короткий «спринт» із розвитку командної взаємодії, репроектування графіків, симуляційних тренінгів. Стратегічні показники тут виконують роль «маяків», які сигналізують, чи справді реалізована HR-стратегія підтримує організаційні пріоритети, чи, навпаки, створює приховані зони ризику.

Клієнтські KPI (задоволеність пацієнтів, індекс лояльності, репутаційний капітал) у цій моделі є зовнішнім відображенням внутрішнього стану HR-системи. Пацієнтський досвід є інтегрованим результатом компетентностей персоналу, його мотивації, психологічної стійкості, якості командної роботи, а також організаційної культури. У BANI-реальності невеликі кадрові дефіцити, збої у комунікації чи вигорання окремих ланок персоналу можуть різко погіршити сприйняття закладу пацієнтами – це класичний прояв нелінійності. Agile-методологія робить клієнтські KPI не просто звітною категорією, а постійно діючим джерелом фідбеку: регулярні опитування, аналіз скарг і відгуків, швидкі міні-інтервенції у процесі догляду, комунікації й маршрутів пацієнтів. Таким чином, клієнтські показники одночасно виступають «лакмусовим папірцем» кадрової політики та тригером для оперативних змін у HR-практиках.

Процесні KPI (продуктивність, своєчасність надання допомоги, операційна ефективність) демонструють, як саме людські ресурси інтегровані в організаційні потоки. Вони фіксують, чи вдається закладу, завдяки HR-політикам і практикам, уникати надмірної крихкості й хаосу в щоденних процесах: чи вчасно надається допомога, чи не формується «вузьких місць», чи розподілено навантаження між підрозділами, чи правильно налаштовано графіки й маршрути пацієнтів. У BANI-середовищі саме процесні показники відображають ступінь нелінійності. Незначна втрата кадрової одиниці або зміна у попиті можуть призвести до

лавиноподібного зростання очікування, перенавантаження окремих команд і зниження якості. Agile-практики, такі як візуалізація потоків (Kanban), регулярні оперативні наради, мікроперерозподіл ресурсів, дозволяють на основі процесних KPI швидко коригувати конфігурацію команд, графіки, завантаження, тим самим зменшуючи ризики системних збоїв.

Фінансові KPI (прибуток, оборотність активів, ROI, ефективність використання ресурсів) є кінцевим агрегованим результатом взаємодії всіх попередніх рівнів. Вони показують, чи перетворюється стратегічне управління людськими ресурсами на реальну фінансову сталість і конкурентоспроможність закладу. У BANI-умовах фінансові показники особливо чутливі до кадрових рішень: висока плинність збільшує витрати на рекрутинг і адаптацію, вигорання – на лікарняні, помилки й конфлікти – на юридичні ризики, низька компетентність – на втрату контрактів і пацієнтів. Agile-орієнтований HRM дозволяє не чекати річного звіту, а пов'язувати кадрові інтервенції з фінансовими результатами в коротких циклах: тестувати нові моделі стимулювання, графіків, навчання, аналізувати їхній вплив на витрати й доходи та масштабувати лише ті підходи, які показали позитивний ROI.

Завершальним виміром моделі є *сталий розвиток закладу охорони здоров'я та довгострокові ефекти*. Індивідуальний добробут персоналу (фізичне, психологічне, професійне здоров'я) тут постає не як гуманістичне додаткове благо, а як базова умова кадрової стійкості й ефективності. У BANI-середовищі, де тривожність і невизначеність є нормою, а не винятком, саме системні програми добробуту, гнучкі моделі зайнятості, підтримка ментального здоров'я та можливості професійного розвитку знижують ризик хронічної нестабільності й постійної втрати фахівців. Agile-культура з її акцентом на прозорій комунікації, командних ретроспективах, мікронавчанні та залученні персоналу у прийняття рішень створює середовище, де працівник відчуває контроль над власною траєкторією й підтримку колективу.

Організаційна ефективність у довгостроковій перспективі проявляється через інноваційність, резилієнтність і стратегічну стійкість. Заклад, який використовує багатовимірну систему KPI та Agile-цикл «планування – реалізація – оцінювання – корекція», здатен не лише реагувати на кризи, а й навчатися на них, перетворюючи стресові ситуації на джерело розвитку. VANI-парадигма, що фіксує крихкість, тривожність, нелінійність і незрозумілість, у такій конфігурації переходить із розряду «загрози» в розряд «контексту», з яким заклад вміє працювати. Крихкість зменшується завдяки резервам і перехресному навчанню, тривожність – за рахунок підтримки й прозорої комунікації, нелінійність – через сценарне планування й моделювання, незбагненність – через розвиток HR-аналітики й системний моніторинг KPI.

Соціальний добробут, що включає зниження нерівностей у доступі до медичної допомоги та покращення показників здоров'я населення, у цій моделі є найбільш віддаленим, але ключовим ефектом. Стійкі кадрові системи, які здатні утримувати й розвивати компетентні команди, забезпечувати якість і доступність послуг у різних регіонах, формують передумови для вирівнювання територіальних і соціальних диспропорцій. У термінах управління це означає, що інвестиції у HRM, реалізовані через Agile-підходи й керовані через багатовимірну систему KPI, мають мультиплікативний ефект: вони впливають не лише на внутрішню ефективність закладу, а й на загальну спроможність системи охорони здоров'я реагувати на демографічні, економічні та кризові виклики.

Отже, блок результатів із багатовимірною системою KPI у поєднанні з Agile- та VANI-підходами виконує функцію «замкнення контуру» стратегічного управління людськими ресурсами. Він перетворює HR-політики й практики на вимірювані зміни у поведінці, стані та продуктивності персоналу, у якості процесів, фінансових результатах і соціальних ефектах. Така конфігурація доводить, що ефективне HRM у VANI-середовищі неможливе без системи показників, яка одночасно

відображає складність реальності й забезпечує інструменти для її адаптивного, гнучкого та науково обґрунтованого управління.

Запропонована інтегрована адаптивно-резилієнтна стратегічна модель управління людськими ресурсами постає як цілісна управлінська рамка, здатна адекватно відповісти на системні виклики, що визначають функціонування української системи охорони здоров'я в умовах післявоєнної турбулентності, демографічного спаду, кадрового виснаження та високої стратегічної невизначеності. Її концептуальна інноваційність полягає у науково виваженому синтезі класичних моделей стратегічного управління людськими ресурсами (Ульріх, Шулер, Сторі, Ворвік) із сучасними підходами Agile-менеджменту та BANI-парадигми, що дозволяє одночасно забезпечити структурованість HR-системи, її адаптивність, здатність до самооновлення та стійке функціонування в умовах високої складності та невизначеності.

Інтегрована HR-модель спрямована на формування кадрової політики та стратегії, яка одночасно враховує ризики середовища і пропонує механізми для їх подолання. Розглянемо її розробку та дію на трьох рівнях: стратегічному, тактичному та операційному.

На стратегічному рівні модель передбачає розробку кадрової політики, орієнтованої на сталий розвиток та організаційну резилієнтність. Це означає створення резерву кадрів, впровадження сценарного планування на випадок кризових ситуацій, розподіл ключових компетенцій між декількома працівниками для зменшення вразливості. Agile-підхід забезпечує можливість швидкого оновлення HR-стратегії через регулярні цикли перегляду залежно від змін у середовищі.

На тактичному рівні модель передбачає створення мультидисциплінарних Agile-команд у закладах охорони здоров'я, які мають автономію для прийняття рішень на місцях. Такий підхід мінімізує ефект нелінійності, адже невеликі кризи не паралізують всю систему, а вирішуються локально. BANI-контекст підказує, що таке децентралізоване

управління особливо потрібне у кризових ситуаціях, коли головне – швидкість реакції.

На операційному рівні акцент робиться на психологічну підтримку та розвиток компетенцій. ВANI-середовище вимагає особливої уваги до тривожності та вигорання персоналу. Тому HR-модель включає програми кризового коучингу, системи моніторингу ментального стану, внутрішні сервіси підтримки. Agile у цьому випадку забезпечує культуру відкритих комунікацій, щоденні короткі зустрічі команд, швидкий зворотний зв'язок та мікронавчання. Це дає змогу знижувати рівень стресу і підтримувати професійну готовність персоналу.

Інтегрована модель базується на цифровізації HR-процесів. Використання ERP-систем, цифрових трекерів, HR-аналітики та телемедицини дозволяє робити управління прозорим, передбачуваним і швидким.

Загальний вплив, що має здійснити запропонована модель може бути описаний декількома ефектами.

По-перше, запропонована модель усуває ключові суперечності традиційного управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я. У середовищі, де кадрові ризики виникають одночасно на структурному, компетентнісному, психологічному й організаційному рівнях, класичні, лінійні HR-моделі втрачають ефективність. Інтегрована модель демонструє, що стратегічне HRM у закладах охорони здоров'я має розглядатися як динамічна організаційна здатність, яка:

- забезпечує безперервну адаптацію до змін регуляцій, попиту, клінічних стандартів та кадрових дефіцитів;
- трансформує HR-підрозділ з адміністративної функції у стратегічного бізнес-партнера;
- дозволяє швидко перезапускати або коригувати HR-процеси в умовах непередбачуваних сценаріїв.

По-друге, інтеграція BANI-логіки дозволяє інтерпретувати кадрові проблеми не як окремі явища, а як компоненти системної вразливості. У моделі розроблено цілеспрямовані управлінські відповіді на кожен елемент BANI. Це створює багаторівневу кадрову резилієнтність, що є вирішальною умовою стабільності системи охорони здоров'я у кризовому середовищі.

По-третє, модель поєднує стратегічну цілісність і операційну гнучкість, утворюючи нову якість HR-управління. Вона одночасно забезпечує довгострокові кадрові плани, розвиток компетентностей, відповідність міжнародним і національним стандартам та, водночас, дозволяє ухвалювати рішення короткими ітераціями, організовувати автономні мультидисциплінарні команди, швидко адаптувати навантаження та оперативно реагувати на кадрові збої. Такий багаторівневий дизайн відповідає фундаментальним вимогам BANI-середовища, а саме підтримувати структуру, не втрачаючи здатності до швидкої перебудови.

По-четверте, модель забезпечує аналітичну прозорість та керованість HRM. У ситуації фрагментарних даних і стратегічної невизначеності ключову роль відіграє HR-аналітика, яка дозволяє прогнозувати кадрові потреби, оцінювати компетентності, моделювати ризики та визначати вплив HR-інтервенцій на результати закладу. Багатовимірною системою КРІ формує причинно-наслідковий зв'язок між кадровою політикою та клінічними, операційними й фінансовими результатами, усуваючи компонент *incomprehensible*.

По-п'яте, модель підсилює людський фактор як стратегічний ресурс. Її інтегрованість забезпечує стабілізацію ядра персоналу, розвиток компетентностей через БПР і навчання, формування культури довіри, співробітництва та відповідальності, тобто перетворює людські ресурси на основу стратегічної конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.

По-шосте, модель є масштабованою та відповідною до нормативних вимог, що дозволяє впроваджувати її в закладах різного профілю, типу

власності та рівня спеціалізації, забезпечуючи єдність кадрових стандартів та розвиток кадрової екосистеми на національному рівні.

У підсумку, інтегрована адаптивно-резилієнтна стратегічна модель управління людськими ресурсами постає як інституційна рамка, практично релевантна та стратегічно необхідна для трансформації закладів охорони здоров'я України. Вона дає змогу працювати в умовах високої невизначеності, забезпечувати кадрову стійкість, підтримувати якість медичної допомоги навіть у кризових сценаріях та формувати довгостроковий розвиток людських ресурсів як ключового активу закладів охорони здоров'я.

3.3. Інвестиційна концепція стратегічного розвитку людських ресурсів в закладах охорони здоров'я

Як було доведено у розділі 1 цього наукового дослідження, у сучасних умовах людські ресурси є найціннішим активом будь-якої організації, зокрема закладів охорони здоров'я. Стратегічний розвиток людських ресурсів у закладах охорони здоров'я дедалі активніше розглядається як ключовий інструмент забезпечення стійкості, результативності та конкурентоспроможності систем охорони здоров'я у глобальному масштабі. Концепція інвестування в людський капітал та ресурси ґрунтується на положеннях теорій Т. Шульца та Г. Беккера [118; 218]. У сфері охорони здоров'я роль людських ресурсів є ще масштабнішою. Компетентний персонал забезпечує безпеку пацієнтів, впровадження інновацій, раціональне використання ресурсів та високу якість медичної допомоги [242]. Саме тому інвестування в стратегічний розвиток людських ресурсів є критично важливим для кожного закладу охорони здоров'я, що прагне залишатися конкурентоспроможним, забезпечувати високу якість медичних послуг та функціонувати ефективно.

Стратегії інвестування в людські ресурси на рівні організації є різноманітними та динамічними, постійно доповнюються новими управлінськими тенденціями. Далі розглянемо найефективніші з них та їхній потенційний вплив на діяльність закладів охорони здоров'я (рис. 3.12).



Рис. 3.12. Ключові напрямки інвестиційної концепції стратегічного розвитку людських ресурсів в закладах охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором.

За результатами аналізу наукових джерел [173; 225; 111], ми дійшли до висновку, що інвестиції у стратегічний розвиток людських ресурсів в закладах охорони здоров'я мають виходити за межі традиційного підходу до перепідготовки персоналу і трансформуватися в стратегічну систему розвитку компетентностей, формування кадрової стійкості, підтримання добробуту персоналу та створення умов, що підсилюють інноваційність і організаційну ефективність. Саме тому нами були виділені чотири ключові напрямки інвестиційної концепції стратегічного розвитку людських ресурсів в ЗОЗ, а саме:

- 1) кар'єрний розвиток як інвестиція у кадрову стійкість та управлінську спроможність;
- 2) інвестиції у компенсаційні пакети та соціальні гарантії як детермінанти залученості персоналу;

- 3) формування культури безперервного навчання як основи інноваційної організації;
- 4) формування позитивного й психологічно безпечного робочого середовища як стратегічна інвестиція у стійкість персоналу.

OECD та ВООЗ рекомендують розглядати такі інвестиції не як окремі витратні статті, а як компонент загальної стратегії інвестицій у стійкість і результативність закладів охорони здоров'я [169; 171].

Кар'єрний розвиток як інвестиція у кадрову стійкість та управлінську спроможність. У сучасних моделях стратегічного HRM кар'єрний розвиток розглядається як потужний механізм формування кадрового резерву, підвищення продуктивності та зниження плинності персоналу [226; 111].

У сфері охорони здоров'я це має особливе значення, оскільки траєкторії професійного зростання виступають елементом протидії кадровій міграції та емоційному вигоранню. Працівники, які бачать чітку траєкторію професійного та кар'єрного розвитку в межах закладу, значно рідше змінюють місце роботи та демонструють вищий рівень мотивації [1].

У закладах охорони здоров'я ефективні інвестиції в кар'єрний розвиток включають:

- програми наставництва й когортного лідерського навчання;
- ротації та управлінські стажування, що формують мультидисциплінарну компетентність;
- участь у професійних школах, симуляційних тренінгах, міждисциплінарних освітніх програмах;
- формування кадрового резерву для клінічних і адміністративних керівних посад.

Світові дослідження доводять, що наявність структурованих програм кар'єрного росту знижує рівень плинності медичних кадрів, а саме середнього медичного персоналу – на 12-19% [107], а серед лікарів – до 15% у довгостроковій перспективі [107]. Для українських закладів охорони

здоров'я ці інвестиції є основою для формування антикрихкої системи персоналу, здатної до адаптації в умовах кризи.

Інвестиції у компенсаційні пакети та соціальні гарантії як детермінанти залученості персоналу. Міжнародні дослідження демонструють чіткий зв'язок між конкурентною заробітною платою, соціальними гарантіями та рівнем мотивації медичного персоналу [123; 143; 173]. У контексті української системи охорони здоров'я проблема компенсаційного розриву є одним із ключових факторів кадрової нестабільності, що підтверджується результатами досліджень [210].

Структурно виділяють компенсаційні механізми, які представлені нами на рис. 3.13.



Рис. 3.13. Ключові компенсаційні механізми

Джерело: адаптовано автором [143].

Розглянемо наведені на рис. 3.13 групи компенсаційних механізмів, які можуть бути використані у закладах охорони здоров'я, більш детально.

Комплекс мотиваційних стимулів і компенсаційних механізмів у закладах охорони здоров'я охоплює взаємопов'язані інструменти, спрямовані на підвищення продуктивності, задоволеності персоналу,

стабілізацію ключових фахівців та посилення конкурентних переваг роботодавця. Мотиваційні стимули формуються як система матеріальних і нематеріальних інструментів, що забезпечують зростання індивідуальної й командної результативності, активізацію внутрішньої мотивації та підвищення рівня залученості. До матеріальних стимулів належать конкурентоспроможна заробітна плата, премії за досягнення КРІ та показників якості медичної допомоги, надбавки за інтенсивність і складність роботи, гнучкі бонусні програми та розширені компенсаційні пакети. Нематеріальні стимули включають механізми професійного визнання, розширення можливостей впливу на організаційні процеси та підтримку позитивної етичної й партнерської культури. Важливою складовою мотивації стає професійний розвиток. Завдяки цій системі зростає продуктивність, якість клініко-діагностичних рішень та індивідуальна відповідальність персоналу.

Інструменти, спрямовані на підтримання та підвищення задоволеності працівників працею, формують середовище психологічного комфорту й професійного благополуччя. Підхід, орієнтований на добробут персоналу, охоплює програми профілактики вигорання, психологічної підтримки, гнучкі графіки роботи та підходи до раціонального розподілу навантаження, а також заходи зі збереження фізичного здоров'я. Цей підхід виділений нами окремо як напрямок для інвестування.

Важливими також є якісні умови праці, сучасне оснащення, дотримання стандартів інфекційного контролю та систем протидії насильству. Розвинені механізми комунікації (прозорі HR-процеси, регулярний зворотний зв'язок, наставництво) посилюють довіру та сприяють формуванню стабільного організаційного клімату. Високий рівень задоволеності працівників корелює зі зниженням кількості помилок, підвищенням якості лікування та зміцненням командної ефективності.

Механізми утримання та стабілізації ключових працівників забезпечують зменшення плинності кадрів і збереження стратегічно

важливих компетенцій. До них належать довгострокові контракти для дефіцитних спеціальностей, індивідуальні кар'єрні траєкторії, програми лояльності та додаткових соціальних гарантій. Стабілізаційні інструменти включають планування наступництва, картування кадрового складу для прогнозування кадрових потреб та системи управління талантами, що дозволяють розвивати високопотенційних співробітників і формувати кадровий резерв. Фінансовими інструментами стабілізації виступають надбавки за стаж, довгострокові бонуси лояльності, стипендіальні програми для молодих фахівців. Завдяки цьому забезпечується безперервність медичних процесів, стійкість кадрової структури та зменшення витрат на рекрутинг.

Окрему групу утворюють механізми, що підтримують і посилюють конкурентоспроможність HR-бренду закладу охорони здоров'я. Їхня роль полягає у формуванні позитивної репутації роботодавця, здатного приваблювати, утримувати та розвивати висококваліфікованих фахівців. Ефективний HR-бренд вибудовується завдяки позиціюванню закладу як інноваційного, безпечного й етичного середовища з прозорими освітніми та кар'єрними можливостями та конкурентним компенсаційним пакетом. Інструменти зовнішнього HR-брендингу включають партнерства з університетами, участь у професійних заходах і активну комунікацію результатів роботи в публічному просторі. Внутрішній брендинг ґрунтується на сильній корпоративній ідентичності, залученні працівників до інноваційних проєктів та систематичних програмах визнання. Репутаційні гарантії, такі як відповідність міжнародним стандартам, впровадження цифрових технологій, високі оцінки пацієнтів, формують додаткову довіру у персоналу до закладу. Сильний HR-бренд зменшує витрати на підбір персоналу, розширює кадровий резерв та підвищує загальну якість людського капіталу.

У комплексі ці чотири групи інструментів формують стратегічно цілісну, стійку та конкурентоспроможну модель управління людськими

ресурсами в закладах охорони здоров'я, здатну ефективно реагувати на кадрові виклики, зміцнювати організаційну спроможність і забезпечувати високу якість медичної допомоги.

Компенсаційні механізми мають бути структуровані так, щоб підвищувати мотивацію та залученість працівників. Тому необхідно регулярно оцінювати систему компенсаційних механізмів, перевіряючи її ефективність, справедливість і релевантність з огляду на внесок працівників і систему винагород.

Дослідження Deloitte 2023 року підтверджують, що організації, які застосовують комплексні компенсаційні пакети, демонструють на 25-30% вищу залученість персоналу та вдвічі нижчу плинність [158].

Формування культури безперервного навчання як основи інноваційної організації. Концепція «learning organization» [216] у сфері охорони здоров'я є фундаментом для забезпечення високого професійного рівня та впровадження клінічних інновацій. За рекомендаціями ВООЗ, безперервний професійний розвиток має бути інтегрованою складовою стратегічного управління персоналом і фінансуватися як інвестиція високої окупності.

В економічній теорії інвестиції в освіту працівників є найпоширенішим напрямом оцінювання інвестицій у контексті аналізу людського капіталу. Розвиток потрібних навичок працівників забезпечується переважно двома ключовими елементами:

- 1) особистісним розвитком;
- 2) освітою та професійним навчанням.

Особистісний розвиток можна розуміти як процес формування особистості індивіда. Освіта – це форма розвитку та формування особистості. Обидва елементи є важливими компонентами діяльності з управління персоналом. Управління персоналом, впливаючи на поведінку й навички працівників, прагне ефективно досягати цілі ЗОЗ в рамках його стратегій. У цьому процесі визначальну роль відіграє створення сприятливих умов для реалізації індивідуальної освітньої траєкторії

працівників, організованого неформального навчання та розбудови якісної корпоративної системи навчання [143].

Існують різні способи інвестування в людські ресурси. Заклад охорони здоров'я може інвестувати у сукупні людські ресурси, тобто в загальну чи спеціальну підготовку, яка забезпечує набуття знань, придатних до використання в різних сферах та закладах. Це веде до зростання очікуваної майбутньої віддачі інвестицій. Друга опція – це інвестування у специфічний людський капітал, а саме в розвиток компетентностей і навичок для виконання конкретної роботи на певній посаді. Така форма інвестування є менш ризикованою з точки зору плинності кадрів, оскільки специфічні знання складніше застосувати в інших закладах [143].

Основні напрями інвестування за цим напрямком для закладів охорони здоров'я мають включати:

- симуляційні центри та практико-орієнтоване навчання;
- цифрові освітні платформи;
- міждисциплінарні освітні програми у партнерстві з університетами;
- часткове або повне фінансування БПР роботодавцем;
- впровадження компетентнісних моделей розвитку персоналу [5].

Виділяють також два ключових шляхи інвестування в людські ресурси:

- внутрішня форма навчання;
- зовнішня форма навчання (поза межами організації).

Кожен з цих шляхів має свої переваги й недоліки. Внутрішня форма навчання, яка включає коучинг, наставництво, роботу у мультидисциплінарних групах, внутрішні брифінги в процесі виконання роботи тощо, більшістю ЗОЗ розглядається як ефективніша [143]. Водночас головною перешкодою для її реалізації часто є нестача фінансових ресурсів та кваліфікованих тренерів чи менторів (наставників) в закладах охорони здоров'я України.

Зовнішня форма навчання, яка реалізується поза межами ЗОЗ, вважається швидшою й простішою для впровадження.

Особливе місце обіймає сьогодні розвиток цифрових навичок у медичного персоналу. Цифровий контекст у сучасній системі охорони здоров'я постає невід'ємним і стратегічно важливим компонентом розвитку людських ресурсів, оскільки саме він визначає якість залучення, ефективність використання та потенціал відтворення людського капіталу в умовах цифрової трансформації галузі охорони здоров'я. Цифрова екосистема закладу охорони здоров'я виступає не просто технічною інфраструктурою, а системоутворюючим середовищем, яке формує нову якість професійної діяльності медичних працівників. Вона об'єднує електронні медичні записи, клінічні інформаційні системи, телемедичні платформи, інструменти аналізу клінічних даних, системи підтримки прийняття рішень, симуляційні центри та цифрові платформи для безперервного професійного розвитку (LMS). У межах трансформації сфери охорони здоров'я цифрова екосистема набуває ключового значення з кількох причин.

По-перше, цифровізація змінює зміст роботи лікаря, медичної сестри, менеджера та аналітика. Уміння працювати з електронними медичними записами, цифровими даними, телемедичними сервісами, алгоритмами штучного інтелекту та інструментами клінічної аналітики стає не факультативною навичкою, а обов'язковим компонентом професійної компетентності.

У цьому контексті цифрова екосистема є навчальним середовищем, що забезпечує постійне оновлення знань, доступ до цифрових інструментів у реальному часі, а також можливість практикувати нові навички у симуляційних умовах.

Таким чином, цифрова компетентність розглядається як компетентність людських ресурсів, що безпосередньо впливає на

продуктивність праці, здатність до інновацій та здатність працювати в складних технологічних середовищах.

По-друге, цифрова екосистема забезпечує інтеграцію даних на різних етапах надання допомоги, що скорочує час виконання рутинних операцій, знижує ризик помилок, підвищує точність і швидкість клінічних рішень, оптимізує взаємодію між підрозділами закладу.

Для людських ресурсів це означає перехід до роботи в середовищі, керованому даними (data-driven), де компетентність у роботі з даними стає основою професійної успішності.

По-третє, цифрова екосистема створює фундамент для інституціоналізованого БПР. Через LMS, e-learning, симуляційні платформи заклад охорони здоров'я сьогодні може забезпечити персоналізовані траєкторії навчання, оперативне оновлення контенту відповідно до доказових стандартів, інтеграцію навчання у робочий процес, моніторинг прогресу та компетентнісних пробілів [4].

Таким чином, цифрова екосистема виступає не лише інфраструктурою, а й механізмом відтворення людського капіталу.

А отже, інвестиції в цифрові компетентності та цифрову інфраструктуру є не технічними витратами, а стратегічними вкладеннями у майбутнє закладу, що забезпечують зростання продуктивності, стійкість до криз і підвищення якості медичної допомоги.

Таким чином, цифровий контекст у межах інвестиційної концепції стратегічного розвитку людських ресурсів у закладах охорони здоров'я має розглядатися як двошаровий інвестиційний пріоритет. З одного боку, інвестиції в цифрову компетентність персоналу як нову форму людського капіталу, що підвищує індивідуальну продуктивність, адаптивність та здатність до інновацій; з іншого – інвестиції в цифрову екосистему закладу як цілісний інфраструктурний актив, який інтегрує економічну ефективність, інноваційність закладу охорони здоров'я та інституціалізовану безперервність професійного розвитку. Саме на перетині

цих двох вимірів формуються нові стратегічні можливості для підвищення стійкості закладів охорони здоров'я, їхня конкурентоспроможності та спроможності відповідати на виклики поствоєнної відбудови й глобальної цифрової трансформації.

Підсумовуючи, внутрішня система безперервного навчання має орієнтуватися на формування професійних, цифрових навичок і соціальних характеристик, необхідних для побудови здорових міжособистісних взаємин працівників. Це повторюваний цикл, заснований на цілях загальноорганізаційної стратегії та принципах політики навчання. Цикл спирається на організаційні та інші умови забезпечення безперервного навчання. Він складається з чотирьох фаз довгострокового процесу ефективного навчання й розвитку, представлених на рисунку 3.14.

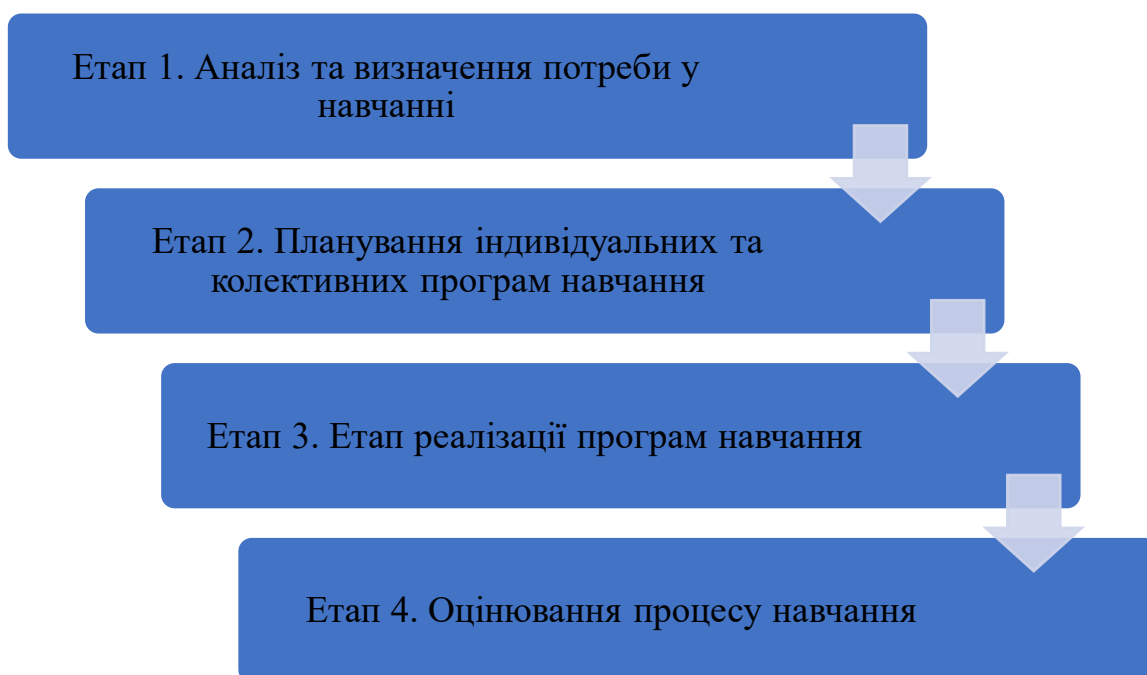


Рис. 3.14. Етапи професійного навчання та розвитку

Джерело: адаптовано автором [143].

Інвестуючи в людські ресурси через розвиток навичок і компетентностей, організації підвищують свої психологічні та професійні активи [143]. Українські дослідження [12; 77; 82] підтверджують, що

системний безперервний професійний розвиток корелює зі зниженням помилок на 10-15 %, покращенням командної взаємодії та підвищенням готовності персоналу до роботи з новими технологіями.

Формування позитивного й психологічно безпечного робочого середовища як стратегічна інвестиція у стійкість персоналу. Соціальний добробут та психологічна безпека розглядаються провідними міжнародними організаціями (WHO, APA, ILO) як ключові компоненти кадрової стійкості у сфері охорони здоров'я. В умовах високого рівня стресу, загрози емоційного виснаження та наслідків війни для українських медиків ці інвестиції набувають критичного значення.

Ефективні організаційні інвестиції мають включати:

- покращення умов праці за рахунок застосування більш ефективних та інноваційних засобів індивідуального й колективного захисту та робочих інструментів;
- якісні соціальні програми та програми підтримки ментального здоров'я;
- заходи з профілактики емоційного вигорання;
- інституціоналізовані практики психологічної безпеки;
- регулярні опитування організаційного клімату;
- командоутворюючі заходи та програми визнання;
- розвиток внутрішніх комунікацій і прозорість управління.

Дослідження [235] показують, що психологічно безпечні команди мають на 27 % кращі результати і на 50 % нижчий рівень вигоріння. Для України це є інвестиційним пріоритетом, який прямо впливає на якість медичної допомоги та стабільність кадрового складу.

Усі вище зазначені форми інвестування в людські ресурси спрямовані на загальний розвиток особистості працівника, набуття нових навичок, компетентностей та здібностей, а також на зміну поведінки й ставлення працівників до ЗОЗ та його цілей [62].

Визначення та вимірювання інвестицій у людські ресурси. Для оцінювання ефективності інвестицій у людські ресурси важливо здійснювати детальний аналіз «витрати-вигоди» цих інвестицій. Для успішної інвестиції необхідно не лише правильно визначити економічні параметри кожного напрямку, а й врахувати певні специфічні особливості та їхній вплив на очікувану віддачу в часі й у конкретному середовищі діяльності.

Інвестуючи у стратегічний розвиток людських ресурсів, заклад охорони здоров'я має враховувати критерії, що застосовуються до інвестицій у основний капітал, з урахуванням специфіки й чинників, які впливають на загальний інвестиційний процес. При формуванні філософії стратегічного планування інвестицій у людські ресурси необхідно враховувати два критерії:

Перший – здійсненність інвестиції, який відповідає на ключові запитання щодо доступності необхідних ресурсів, ефективності, часового фактору, обсягу інвестованого капіталу тощо.

Другий критерій – доцільність інвестиції. На цьому етапі ЗОЗ підтверджує правильність рішення про реалізацію інвестиційного проєкту.

В оцінюванні враховуються відповідні підходи та методи, включно з часовим фактором і ризиками, пов'язаними з інвестиціями в людські ресурси закладу [58].

Таким чином, під час визначення витрат, пов'язаних з інвестиціями в людські ресурси, оцінювання ефективності має включати всі витрати, що стосуються ідентифікації та аналізу потреб у навчанні, витрати на розроблення й реалізацію навчальних заходів, оренду приміщень, проживання, інформаційно-комунікаційні технології, навчальні матеріали, оплату зовнішніх тренерів і лекторів, прямі кадрові витрати на внутрішніх тренерів (менторів, наставників) та учасників (проїзд, добові, страхування та інші пільги, що надаються роботодавцем), а також інші витрати, пов'язані з різними формами й методами навчання.

Ці витрати, як і інші витрати на навчальну діяльність, пов'язані з конкретними фазами процесу інвестування, тому їх можна поділити на:

1. Типи витрат – витрати на оплату праці, амортизація основних засобів, матеріальні витрати, експлуатаційні витрати тощо;
2. Конкретні активності – наприклад, мовні курси, тренінги з комунікації, компенсаційні заходи тощо;
3. Етапи інвестування – ідентифікація та аналіз потреб, планування, реалізація й оцінювання заходів.

Щоб забезпечити економічну ефективність обраної інвестиційної активності, заклад повинен насамперед визначити оптимальний обсяг витрат, залежний від (мінімальної) кількості працівників, залучених до цієї активності. Інвестиції в людські ресурси також можуть включати витрати втрачених або нереалізованих можливостей, що відображають потенційний дохід, який могли б отримати працівники (і ЗОЗ), але який не був реалізований через участь у таких заходах. Додатково ці витрати можуть включати втрату прибутку від невиконаної роботи на користь, наприклад, навчальної активності. Зазвичай такі витрати не оцінюються в грошовій формі, однак якщо заклад охорони здоров'я прагне коректно й об'єктивно проаналізувати економічну ефективність освітніх заходів, він має враховувати й ці витрати [48].

Для того щоб ефективно оцінити інвестиції в людські ресурси, необхідно ретельно планувати усі інвестиційні напрямки, заходи та бюджет інвестицій в закладі охорони здоров'я, оскільки поширеною проблемою інвестицій є недостатній бюджет на потрібний обсяг зазначених вище заходів. Брак фінансування є основною причиною того, що інвестиції у стратегічний розвиток людських ресурсів реалізуються у закладах охорони здоров'я нерегулярно і несистематично.

Ще одним питанням, яке слід брати до уваги під час прийняття рішень щодо інвестування в людські ресурси, є обмеженість таких рішень, що зумовлена насамперед кореляцією між оцінюваним обсягом і доступністю

капітальних витрат, а також очікуваним обсягом доходу від управління інвестиціями, вартістю капіталу й оптимально визначеним періодом окупності інвестиції [46; 143].

Загальні очікувані доходи від інвестування у людські ресурси закладу охорони здоров'я за певний період залежать від успішності працівників і здатності застосовувати отримані знання, навички, покращені умови праці тощо, а також від загальних результатів діяльності ЗОЗ в цей період. Основні проблеми у визначенні прибутку від інвестиційних заходів полягають у такому:

- Встановлення періоду оцінювання ефективності інвестицій. Не існує універсального способу визначення оптимального часу для оцінювання ефектів, тому важливо, щоб відповідальна особа задавала конкретний період активності, спираючись на власну експертну оцінку.
- Визначення ефекту обраного заходу на очікуваний грошовий потік (cash flow). На цей показник впливають численні фактори, що часто ускладнює точне визначення, чи є спостережуваний ефект наслідком саме цього напрямку інвестицій, чи результатом інших змін в ЗОЗ.

Як показано у [143], інвестиції в людські ресурси є прибутковими (ефективно використаними), якщо загальна очікувана віддача (грошовий потік) перевищує інвестовані витрати. Іншими словами, інвестиція є вигідною, якщо ставка віддачі інвестованих коштів (r) вища за вартість капіталу – так звану процентну ставку (i).

Заклад охорони здоров'я отримує дохід від інвестиції, якщо виконується нерівність $r > i$. Інвестиції в розвиток людських ресурсів залишаються доцільними до тих пір, поки ставка віддачі (r) не зрівняється з процентною ставкою (i). Унаслідок тенденції до зниження додаткового доходу від додаткового навчання й розвитку персоналу внутрішня норма рентабельності інвестицій (r) має природні обмеження.

Водночас оцінювати ефективність інвестиційних заходів виключно на основі їхніх витрат є ненадійним підходом. Прийняті на такій основі рішення можуть виявитися дорожчими, ніж скорочення витрат за цим напрямком. Тому доцільно використовувати протилежний підхід – оцінювання ефективності шляхом відстеження вигод (корисних результатів) інвестиційних заходів, які можуть відобразитися як позитивні індикатори змін, представлені на рисунку 3.15.

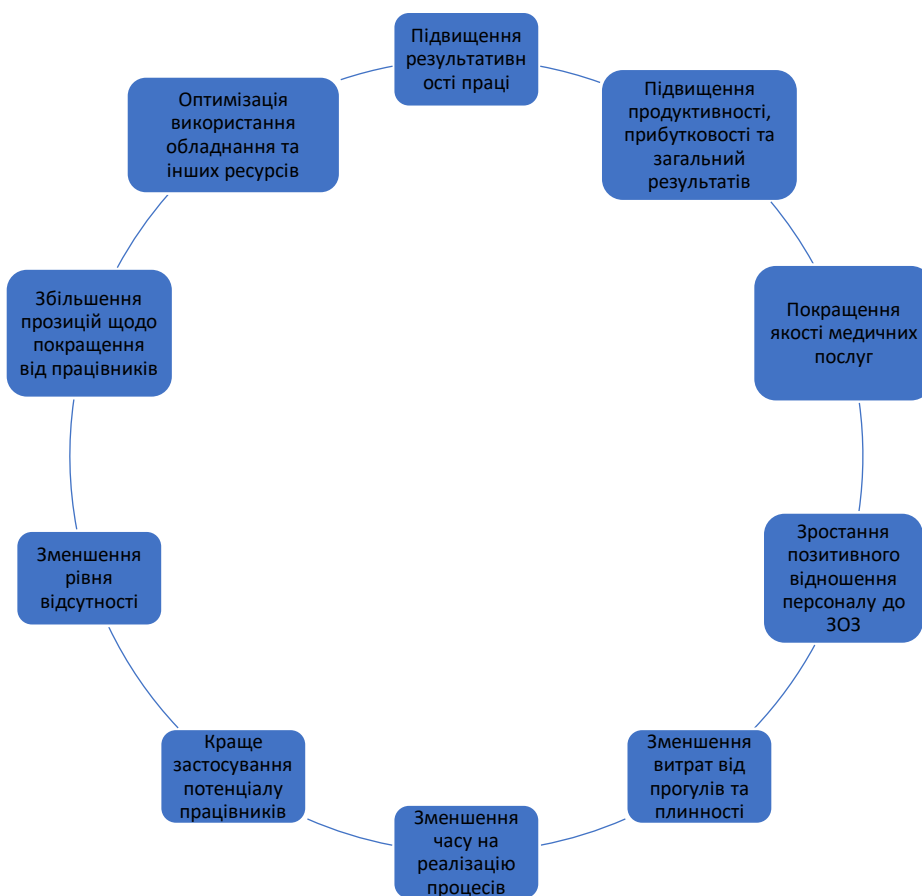


Рис. 3.15. Можливі ефекти від інвестицій у розвиток людських ресурсів
Джерело: сформовано автором.

В охороні здоров'я ефект від інвестицій у людські ресурси проявляється на кількох рівнях:

- 1) організаційний – підвищення продуктивності праці, якісних показників (зниження рівня ускладнень, летальності, повторних госпіталізацій), економія прямих і непрямих витрат;
- 2) пацієнтський – покращення досвіду пацієнтів, зростання довіри до закладу, підвищення прихильності до лікування;
- 3) системний – посилення спроможності системи охорони здоров'я протидіяти кризам, забезпечувати універсальне покриття послугами.

Емпіричні дослідження зв'язку між HR-практиками та результативністю в ЗОЗ підтверджують, що стратегічні інвестиції в управління людськими ресурсами асоціюються зі зростанням фінансових та нефінансових показників діяльності лікарень [211].

Аналіз існуючих підходів до оцінки ефективності інвестицій у людські ресурси [48; 58; 143; 211-212], дав змогу виділити п'ять ключових показників, які в цілому найчастіше використовуються:

1. Human economic value added (HEVA) – відображає частку одного працівника у створенні економічної доданої вартості;
2. Human capital value added (HCVA) – подібний до HEVA; частка працівника в доданій вартості, причому додана вартість визначається як виручка за мінусом витрат (за винятком витрат на пільги для працівників та витрат на оплату праці);
3. Human capital cost factor (HCCF) – відображає сумарні витрати на людський капітал;
4. Human capital return on investment (HCROI) – показник відображає величину валового прибутку в грн на одну гривню прямих витрат на людський капітал;
5. Human capital market value (HCMV) – ринкова вартість людського капіталу надає HR-менеджерам інформацію про величину чистої ринкової вартості в грн в розрахунку на одного працівника.

На основі досліджень, проведених більш ніж на 10 000 компаній, найвідоміші консультанти PricewaterhouseCoopers та Saratoga рекомендують

ключові показники для вимірювання ефективності інвестицій у людські ресурси. Вони наведені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Ключові показники для вимірювання ефективності інвестицій у людські ресурси

№	Показник	Характеристика
1	Співвідношення витрат	Порівнює час і витрати на людські ресурси з операційними витратами на надання медичних послуг.
2	Коефіцієнт рентабельності	Відображає час і витрати, пов'язані з людськими ресурсами, а також продуктивність працівників. Представляє собою показник доходу, що генерується кожним працівником. Є базовим вимірником ефективності людських ресурсів та результатом дії всіх динамічних елементів HR-управління, що впливають на загальну поведінку працівників.
3	Співвідношення прибутку і витрат	Показує співвідношення між часом і витратами, витраченими на формування людського капіталу, та операційним прибутком. Порівнює прибуток від операційної діяльності із загальною чисельністю працівників.
4	Показник ЕВІТДА (прибуток до сплати відсотків, податків, амортизації та знецінення)	Відображає співвідношення часу та витратами, витрачених на формування людського капіталу, до доходу до оподаткування з урахуванням амортизації, відсотків і знецінення.
5	Доходність інвестицій у людський капітал (ROI-НС)	Порівнює частку скоригованого показника прибутку з витратами на людський капітал, включно з витратами на навчання. Прямо показує величину прибутку, отриманого з кожної 1 грн, інвестованого у витрати на персонал.
6	Додана вартість людського капіталу (НСВА)	Показує модифікований індикатор операційної прибутковості, який враховує коригування всіх операційних витрат від операційного доходу з урахуванням загальної чисельності працівників.
7	Економічна додана вартість людського капіталу (НЕВА)	Демонструє багатство, створене середньообліковою чисельністю працівників. Показує, якою мірою економічна додана вартість (ЕВА) створюється середньообліковим працівником закладу.

Джерело: угруповано на основі [211].

Перехід до інвестиційно орієнтованої моделі стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я є не лише бажаним, а й

об'єктивно необхідним етапом трансформації закладів охорони здоров'я в умовах демографічної кризи, воєнних викликів, кадрового виснаження та ресурсної обмеженості. Йдеться про глибинну зміну управлінської парадигми, а саме від фрагментарного реагування на кадрові проблеми до системного, проактивного та довгострокового інвестування у персонал як у стратегічний актив, що формує стійкість, інноваційність і конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я.

Така модель передбачає створення цілісної системи планування, фінансування, реалізації й оцінювання інвестиційних програм, що охоплюють кар'єрний розвиток, компенсаційні механізми, безперервне навчання, розвиток компетентностей, а також формування позитивного, психологічно безпечного й інклюзивного робочого середовища. Її важливою складовою є застосування сучасних методів вимірювання ефективності інвестицій, таких як HEVA, HCVA, HCROI, HCMV та інших аналітичних індикаторів, що забезпечують точне, доказове та стратегічно орієнтоване ухвалення управлінських рішень у сфері розвитку людських ресурсів.

Ключовим результатом реалізації інвестиційної концепції є формування стійкого, висококваліфікованого та мотивованого кадрового потенціалу, здатного не лише підтримувати операційну ефективність, а й адаптувати заклад до швидкоплинних умов, інтегрувати інновації та забезпечувати високі стандарти якості медичної допомоги. Інвестиційно орієнтована модель зменшує плинність кадрів, підвищує продуктивність праці, покращує клінічні результати, досвід пацієнтів і зміцнює спроможність закладів охорони здоров'я протистояти кризам.

Важливо підкреслити, що реалізація такої інвестиційної моделі перебуває у тісному взаємозв'язку із запропонованою інтегрованою адаптивно-резилієнтною стратегічною моделлю управління людськими ресурсами, побудованою на принципах Agile-менеджменту та концепції організаційної стійкості. Їх спільне впровадження створює механізм реалізації інвестиційної концепції через:

- 1) гнучке планування й адаптацію HR-стратегій відповідно до зовнішніх ризиків та внутрішніх потреб закладу;
- 2) циклічні ітеративні процеси розвитку персоналу, що забезпечують швидке оновлення компетентностей;
- 3) посилення організаційної резилієнтності, коли кадрові процеси здатні швидко відновлюватися та трансформуватися після кризових впливів;
- 4) системну інтеграцію інвестицій у навчання, компенсації та кар'єрний розвиток у загальну архітектуру стратегічного управління персоналом;
- 5) створення середовища психологічної безпеки та довіри, необхідного для високої продуктивності й інноваційності команд.

Таким чином, інвестиційно орієнтована модель та інтегрована адаптивно-резилієнтна стратегічна модель управління людськими ресурсами не є окремими чи паралельними системами. Вони утворюють єдиний стратегічний контур управління людськими ресурсами, у якому інвестиції стають інструментом формування кадрової стійкості, а інтегрована адаптивно-резилієнтна стратегічна модель управління людськими ресурсами – операційним механізмом реалізації цих інвестицій у динамічному й непередбачуваному середовищі.

У підсумку така спільна реалізація формує підґрунтя для розвитку високоефективних, інноваційних та адаптивних закладів охорони здоров'я, здатних забезпечувати якісну, доступну та технологічно прогресивну медичну допомогу населенню в умовах сучасних і майбутніх викликів.

Висновки до Розділу 3

1. Узагальнення результатів експертного оцінювання кадрових ризиків та соціологічного опитування персоналу закладів охорони здоров'я засвідчило, що вітчизняна система управління людськими ресурсами перебуває у стані системної кризи людського капіталу, яка розгортається в

умовах VANI-середовища. Поєднання дефіциту критичних спеціальностей, старіння кадрового потенціалу, високої плинності, інституційної незрілості HRM, низької конкурентоспроможності оплати праці, формального характеру БПР, слабкої цифровізації, недостатніх інвестицій у розвиток компетентностей і програм добробуту персоналу формує крихку, тривожну, нелінійну та малопрозору кадрову систему. Працівники одночасно декларують високий рівень вигорання, невдоволеність умовами праці та запит на справедливу винагороду, системне кадрове планування, сучасні інструменти HR-аналітики й підтримку ментального здоров'я, що повністю узгоджується з виявленою архітектурою ризиків. Таким чином, удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я України є не факультативним напрямом, а необхідною передумовою забезпечення стійкості, резилієнтності та здатності системи охорони здоров'я адаптуватися до викликів VANI-парадигми.

2. У дослідженні запропоновано інтегровану адаптивно-резилієнтну стратегічну модель управління людськими ресурсами, розроблену спеціально для закладів охорони здоров'я України та побудовану на поєднанні принципів Agile-менеджменту й концепції організаційної стійкості (resilience). Модель синтезує структурні елементи класичних підходів до стратегічного HRM, а саме архітектуру ролей (Ульріх), стратегічне узгодження (Шулер), ціннісно-орієнтоване управління (Сторі), аналітичні інструменти (Ворвік), із сучасними вимогами до гнучкості, швидкої адаптації та стійкого функціонування в умовах нестабільності. Її ключова інновація полягає в інтеграції Agile-практик (ітеративність, короткі цикли ухвалення рішень, автономні команди, прозора комунікація, безперервне навчання) із викликами VANI-середовища (крихкість, тривожність, нелінійність, незрозумілість), що визначають кадрову та управлінську реальність сучасних закладів охорони здоров'я.

Запропонована модель не лише структурує HR-процеси відповідно до стратегічних пріоритетів закладу, а й забезпечує їхню гнучкість та

здатність швидко адаптуватися до зовнішніх і внутрішніх змін. Завдяки цьому вона формує кадрову екосистему, що здатна витримувати шоки, швидко відновлюватися, підтримувати високу якість клінічної допомоги та забезпечувати стійку ефективність персоналу. Таким чином, розроблена модель є концептуально і практично обґрунтованим інструментом модернізації HRM у сфері охорони здоров'я України та відповідає умовам високої турбулентності, обмеженості ресурсів і необхідності швидкої трансформації галузі.

3. Узагальнюючи результати пп. 3.3, можна стверджувати, що людські ресурси в сучасних закладах охорони здоров'я виступають ключовим стратегічним активом, від якого безпосередньо залежать якість медичної допомоги, інноваційність, організаційна стійкість і здатність системи реагувати на кризові виклики. Інвестиції в людські ресурси слід розглядати не як витрати, а як довгострокову інвестицію, що створює додану вартість для закладу та для системи охорони здоров'я загалом.

Обґрунтовано, що перехід від фрагментарних підходів до підготовки кадрів до інтегрованої інвестиційної моделі стратегічного управління людськими ресурсами є критично важливим для формування стійкої кадрової структури. Така модель поєднує кар'єрний розвиток, ефективну систему компенсацій, культуру безперервного навчання та створення психологічно безпечного виробничого середовища. Комплексна реалізація цих напрямів формує високу залученість персоналу, знижує плинність кадрів, посилює інноваційний потенціал і підвищує здатність закладу адаптуватися до динамічних умов.

Інвестиції у професійний розвиток та навчання, цифрові освітні технології та компетентнісні моделі підтверджено як базу формування «організації, що навчається». Водночас створення сприятливих умов праці, підтримка ментального здоров'я, розвиток внутрішніх комунікацій і психологічна безпека стають стратегічними чинниками кадрової стійкості,

особливо в українському контексті війни та високого рівня професійного навантаження.

Показано, що результативність інвестицій у людські ресурси можливо оцінювати через інтегральні показники HEVA, HCVA, HCROI та інші метрики HR-аналітики, що дозволяють об'єктивно визначити внесок персоналу в економічну й нефінансову результативність закладу. Розвиток систем оцінювання сприяє раціональному плануванню інвестицій, обґрунтуванню їх масштабів і підвищенню прозорості управлінських рішень у закладах охорони здоров'я.

Разом з тим визначено ключові бар'єри впровадження інвестиційної моделі, серед яких ключовими є нестача фінансових ресурсів, нерегулярність інвестицій, недостатній рівень HR-аналітичної компетентності та фрагментарність даних. Їх подолання є умовою для інституціоналізації стратегічного управління персоналом і забезпечення його узгодженості з цілями розвитку системи охорони здоров'я.

Отримані результати переконливо доводять, що інвестиційна концепція стратегічного розвитку людських ресурсів здатна забезпечити системні позитивні ефекти на організаційному, пацієнтському та системному рівнях. Перехід до такої моделі є необхідною умовою модернізації українських закладів охорони здоров'я, їх стійкості та конкурентоспроможності. Саме вона створює підґрунтя для формування висококваліфікованого, мотивованого й адаптивного кадрового потенціалу, здатного гарантувати якісну, доступну та інноваційну медичну допомогу в сучасних і майбутніх умовах.

4. Результати дослідження, що викладено у Розділі 3, опубліковані автором у наступних літературних джерелах: 11-12, 17, 37, 39, 123, 212.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні здійснено комплексний аналіз науково-концептуальних засад стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я України в умовах глобалізації.

Результати дослідження дозволили досягти поставленої мети та сформулювати такі висновки:

1. Аналіз еволюції концептуальних підходів до стратегічного управління людськими ресурсами – від класичних і неокласичних підходів до системної, контингентної та агентської теорій – дозволив інтерпретувати дефініцію «стратегічного управління людськими ресурсами» як концепцію й практику довгострокового управління персоналом, що передбачає інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією організації та базується на розумінні людського капіталу як ключового стратегічного ресурсу. Поєднання логіки RBV/VRIN із компетентнісним підходом зміщує фокус із адміністративного «персоналу» на формування унікальних, важковідтворюваних компетенцій, інтегрованих у стратегію організації.

Для охорони здоров'я України це означає перехід від кадрового адміністрування до інвестицій у розвиток, утримання та мобільність фахівців, що критично важливо в умовах міграції, цифровізації та післявоєнного відновлення. Стратегічне управління людськими ресурсами забезпечує вертикальну й горизонтальну інтеграцію HR-практик, їх відповідність контексту (best fit) і узгодження інтересів «принципал–агент», що знижує агентські витрати та підсилює організаційну стійкість. Отже, стратегічне управління людськими ресурсами формує підґрунтя довгострокової конкурентоспроможності та сталого розвитку закладів та системи охорони здоров'я, підвищуючи їхню здатність відповідати викликам глобалізації й реформ.

2. Проведений аналіз сучасних HR-моделей засвідчує, що еволюція управління людськими ресурсами відбувалася від

адміністративно-нормативних систем до стратегічно-гуманістичних підходів, де людина розглядається не як витратний елемент, а як стратегічний актив організації. Він дозволив запропонувати авторське визначення змісту поняття «HR-моделі (моделі управління людськими ресурсами)», під якою слід розуміти цілісну концептуальну рамку, що описує принципи, логіку та інструменти організації роботи з персоналом і забезпечує інтеграцію HR-стратегії з корпоративною стратегією. Така дефініція підкреслює роль HR-моделі у розвитку людського капіталу, цифровій трансформації, впровадженні HR-аналітики та формуванні компетенцій, що відповідають VRIN-критеріям (цінність, рідкісність, унікальність, інтегрованість).

Таким чином, сучасні HR-моделі виступають концептуальним і практичним базисом стратегічного управління людськими ресурсами, перетворюючи людський капітал з об'єкта адміністративного впливу на головний фактор інноваційного розвитку та стійкої конкурентоспроможності організацій.

3. Проведене дослідження теоретико-методичних засад інвестування у людські ресурси закладів охорони здоров'я дозволяє надати авторське визначення «інвестицій у людські ресурси закладів охорони здоров'я», що розглядає їх як систему цілеспрямованих економічних, організаційних, інтелектуальних, цифрових і соціально-ціннісних вкладень у формування, розвиток, збереження та ефективне використання професійного потенціалу медичних працівників, яка забезпечує зростання їх компетентності, адаптивності та психологічної стійкості, сприяє інноваційності й якості медичної допомоги та створює довгострокову соціально-економічну віддачу для закладу охорони здоров'я, системи охорони здоров'я і суспільства загалом.

Запропонована парадигма інвестування у людські ресурси є міждисциплінарною і багатовимірною. Вона інтегрує економічний, соціально-гуманітарний, психологічний, цифровий та етичний виміри.

Автор зауважує, що інвестиції у людські ресурси у закладах охорони здоров'я включають не лише фінансування навчання, а й розвиток емоційної стійкості, цифрових навичок, командної взаємодії та культури довіри. Такий підхід розглядає медичного працівника як носія знань, цінностей і психоемоційного ресурсу, від якого залежить якість медичної допомоги та безпека пацієнтів.

4. Узагальнюючи результати проведеного аналізу сучасний трендів та викликів управління людськими ресурсами в охороні здоров'я, запропонований концептуальний підхід дозволив перейти від фрагментарного розгляду окремих факторів до цілісного бачення системи глобальних мегатрендів, що формують середовище стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я. Інтеграція дефіциту й структурного дисбалансу кадрів, старіння кадрового потенціалу, гендерних диспропорцій, глобалізації ринку медичної праці та міжнародної мобільності, цифровізації, психологічного тиску й вигорання та добробуту персоналу в єдину аналітичну рамку дала змогу інтерпретувати їх як взаємопов'язаний комплекс стратегічних викликів, що системно впливають на стійкість і результативність HR-менеджменту закладів охорони здоров'я.

Отримані результати свідчать, що сучасна охорона здоров'я функціонує в умовах глибокої трансформації людських ресурсів, де поєднуються демографічні, соціально-економічні, технологічні та психологічні чинники. Нелінійна динаміка глобального дефіциту кадрів, структурний дисбаланс між країнами, регіонами, професійними групами та рівнями допомоги, посилення міжнародної мобільності медичних працівників і конкуренції за таланти формують нову архітектуру ринку медичної праці, у якій кадрова політика стає одним з ключових детермінантів досягнення цілей загального охоплення послугами охорони здоров'я. Технологічні інновації, цифровізація та розвиток ШІ радикально змінюють зміст медичної праці, загострюючи ризики цифрової нерівності й

потребу у переорієнтації з технікоцентричного на людиноцентричний підхід до управління компетентностями.

Поєднання розробленої аналітичної рамки з PESTEL-аналізом та експертним оцінюванням сили впливу мегатрендів за 5-бальною шкалою забезпечило можливість не лише кількісно порівняти їхню значущість і ранжувати за пріоритетністю для кадрової політики, а й обґрунтувати напрями адаптації стратегічного управління людськими ресурсами на макро-, мезо- та мікрорівнях. Зокрема, добробут, психічне здоров'я та професійне вигорання медичних працівників запропоновано розглядати як систему жорстких, вимірюваних HR-показників, тісно пов'язаних із якістю медичної допомоги, безпекою пацієнтів, плинністю кадрів і привабливістю медичних професій. У контексті України, яка переживає воєнні дії та готується до післявоєнного відновлення, такий підхід дозволяє трансформувати глобальні тренди в конкретні управлінські рішення щодо зміцнення кадрового потенціалу, інвестування в розвиток людських ресурсів, інтеграції цифрових рішень і підтримки добробуту персоналу, що є критично важливим для стійкості закладів та системи охорони здоров'я.

5. Кадрова криза у вітчизняній системі охорони здоров'я має системний та багатовимірний характер. Вона виявляється одночасно у дефіциті лікарів і середнього медичного персоналу, диспропорціях між лікарями загальної практики та вузькопрофільними спеціалістами, а також у стійких територіальних перекосах, коли кадровий потенціал концентрується у великих містах і суттєво бракує у сільських громадах та прифронтових регіонах. Таким чином, навіть формально прийнятний середній рівень забезпеченості вкриває глибокі структурні дисбаланси, які визначають нерівність доступу населення до медичних послуг.

Параметри кадрового складу продовжують відображати пострадянську модель із перевагою лікарів над середнім персоналом, що суперечить сучасним світовим підходам до інтегрованої та сестринсько-орієнтованої медичної допомоги. Динаміка чисельності лікарів на 10000

населення демонструє стан квазістабільності з різкими кризовими спаданнями, що були спричинені війною, міграційними хвилями та реформами. Лінійні тренди та ковзні середні підтверджують, що кадрові процеси в Україні залежать не від поступальної еволюції, а від зовнішніх шоків, які визначають амплітуду й напрям змін.

Сценарний прогноз до 2030 року окреслює вузький діапазон можливих траєкторій розвитку кадрової забезпеченості. Інерційний сценарій передбачає утримання показника на рівні близько 34-34,5 лікаря на 10 тис. населення, оптимістичний допускає його наближення до 36, тоді як песимістичний прогнозує падіння до 31,5-32. Такий спектр підтверджує, що кадрова спроможність системи не є гарантованою і залишається критично залежною від державної політики, якості управління та інституційної готовності до змін.

Зростання кількості вакантних посад і зниження коефіцієнтів укомплектованості свідчать про перехід системи у фазу структурного виснаження. Високий рівень вакансій серед лікарів і медичних сестер, особливо в деокупованих та високоризикових регіонах, сигналізує про хронічний дефіцит, який традиційні механізми підготовки кадрів вже не компенсують. Територіальні дисбаланси, зокрема багаторазово вища забезпеченість лікарями у міських агломераціях, перетворюють кадрову кризу на фактор просторової нерівності, що підриває доступність і якість медичних послуг у найбільш уразливих громадах.

Вікова структура працівників охорони здоров'я засвідчує виражену тенденцію до старіння. Частка фахівців віком 55+ років переважає, тоді як молоді кадри становлять лише близько п'ятої частини персоналу. Поєднання старіння з низьким рівнем приходу молодих спеціалістів формує «вузьке вікове місце», яке створює ризик масового виходу кадрів на пенсію без адекватної генераційної заміни у найближчі роки.

Якісний профіль кадрового потенціалу демонструє поєднання відносно високого рівня формальної кваліфікації із суттєвою

нерівномірністю розподілу наукового, інноваційного та управлінського потенціалу. Висока частка лікарів із вищою категорією та концентрація наукових кадрів в університетських клініках забезпечують наявність «сильного ядра», однак периферійні заклади та первинна ланка значно меншою мірою залучені до сучасних клінічних практик та інноваційних моделей управління.

Кадрове навантаження досягає майже граничних параметрів стійкості. Високий коефіцієнт використання робочого часу та велика кількість пролікованих випадків на одного лікаря свідчать про інтенсивне використання персоналу, що в умовах війни, дефіциту кадрів і старіння робочої сили суттєво підвищує ризики професійного вигорання, помилок та зниження якості медичної допомоги.

Інвестиційна спроможність системи у розвиток людських ресурсів є істотно обмеженою. Домінування фонду оплати праці у структурі витрат за умов загального недофінансування створює «інвестиційну пастку», коли практично весь бюджет закладу поглинається оплатою праці, що сама по собі залишається неконкурентною. Це мінімізує можливості для системного фінансування навчання, стажувань, внутрішніх програм розвитку та підтримки ментального здоров'я персоналу. У результаті формально обов'язкова система безперервного професійного розвитку базується переважно на донорських ресурсах.

Політика гарантованих мінімумів заробітної плати не забезпечила реального підвищення престижності медичних професій, оскільки вона не відображає економічної динаміки і швидко втрачає здатність утримувати кадри в системі. Особливо вразливим залишається становище медичних сестер, чий гарантований рівень оплати значно відстає від середньої зарплати по економіці, що сприяє їх відтоку в інші галузі або за кордон.

Розвиток людського капіталу охорони здоров'я в Україні надмірно залежить від рішень міжнародних організацій та грантових програм. Відсутність стабільного внутрішнього фінансування навчання,

психосоціальної підтримки, формування управлінських і цифрових компетенцій робить кадрову систему вразливою та нестійкою. Після завершення проєктів значна частина інституційних змін ризикує бути втраченою.

Недостатня розвиненість внутрішніх HR-систем, аналітики та структурованих програм розвитку додатково знижує спроможність закладів проактивно реагувати на кадрові ризики. Відсутність системного моніторингу вікової, гендерної, територіальної та професійної структури ускладнює передбачення критичних точок і планування кадрової політики.

Загалом виявлені кількісні та якісні характеристики свідчать, що українська система охорони здоров'я перебуває в умовній «зоні квазістабільності», коли наявний кадровий потенціал дозволяє підтримувати функціонування системи, але не забезпечує достатнього запасу стійкості для модернізації, впровадження інновацій та адаптації до довготривалих воєнних і демографічних викликів. За таких умов ефективна відповідь на кадрові виклики можлива лише за умови переходу від реактивного до проактивного, сценарно-орієнтованого управління людськими ресурсами, що включає формування національної кадрової політики, інституціалізацію HR-аналітики, перегляд моделі оплати праці, виділення стабільних бюджетних ліній на розвиток персоналу та посилення ролі середнього та немедичного управлінського персоналу. У підсумку людські ресурси охорони здоров'я України виступають одночасно її ключовою цінністю та визначальним джерелом уразливості, що потребує системного інвестування, оновлення моделей управління та інтеграції кадрових стратегій у політику післявоєнного відновлення та євроінтеграції.

6. Узагальнення результатів дослідження засвідчує, що сучасний стан HR-стратегій та інвестицій у людський капітал у закладах охорони здоров'я України є структурно неоднорідним і характеризується вираженою стратифікацією. Заклади чітко групуються за рівнем інституційної HR-

зрілості та масштабом інвестицій у персонал, що безпосередньо корелює з рівнем кадрової стійкості та динамікою плинності.

По-перше, виділяється група закладів із комплексною та інтегрованою інвестиційною стратегією, у яких людські ресурси розглядаються як стратегічний актив. Такі заклади демонструють найбільші вкладення у БПР, симуляційні технології, цифровізацію та програми добробуту персоналу, що забезпечує найвище зниження плинності та формує проактивні HR-моделі.

По-друге, існує група закладів із помірним рівнем інвестування, але нерозвиненою кадровою інфраструктурою. Хоча ці ЗОЗ вкладають кошти у розвиток персоналу та цифрові рішення, відсутність системної HR-стратегії та симуляційних потужностей обмежує ефективність таких інвестицій.

По-третє, значна частина комунальних закладів, включно з ПМД і районними лікарнями, характеризується мінімальними інвестиціями у людські ресурси та низькою HR-зрілістю, що призводить до збереження високої плинності персоналу, дефіциту компетентностей та вразливості до кадрових ризиків.

Системний аналіз підтверджує, що структурна асиметрія HR-стратегій та моделей управління людськими ресурсами є закономірною й визначається поєднанням інституційних, фінансових і регіональних чинників. Фактична наявність кадрової документації або елементів БПР не гарантує стратегічного характеру HRM: ключовим є ступінь інтеграції HR-політики у стратегічний контур управління, наявність HR-аналітики, прогнозування та інвестиційної логіки розвитку персоналу.

Виявлена трирівнева модель HR-зрілості демонструє, що кадрові дисбаланси, дефіцит критичних спеціальностей, низька привабливість медичних професій та високий рівень професійного вигорання є наслідком не лише зовнішніх чинників, а й відсутності стратегічного HR-виміру у значної частини закладів охорони здоров'я.

У цьому контексті розвиток HR-стратегій, інституціоналізація сучасних HR-політик, цифровізація HRM, розбудова систем БПР та програм

добробуту персоналу є ключовими напрямками модернізації та підвищення резилієнтності галузі. Ці заходи створюють основу для формування стійкого, компетентнісного та інноваційного кадрового потенціалу в умовах глобалізаційних, технологічних та воєнних викликів.

Таким чином, отримані результати не лише окреслюють сучасний стан HRM у закладах охорони здоров'я, а й формують науково обґрунтовану стратегічну рамку трансформації управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я України.

7. Узагальнення результатів експертного оцінювання кадрових ризиків та соціологічного опитування персоналу закладів охорони здоров'я засвідчило, що вітчизняна система управління людськими ресурсами перебуває у стані системної кризи людського капіталу, яка розгортається в умовах VANI-середовища. Поєднання дефіциту критичних спеціальностей, старіння кадрового потенціалу, високої плинності, інституційної незрілості HRM, низької конкурентоспроможності оплати праці, формального характеру БПР, слабкої цифровізації, недостатніх інвестицій у розвиток компетентностей і програм добробуту персоналу формує крихку, тривожну, нелінійну та малопрозору кадрову систему. Працівники одночасно декларують високий рівень вигорання, невдоволеність умовами праці та запит на справедливу винагороду, системне кадрове планування, сучасні інструменти HR-аналітики й підтримку ментального здоров'я, що повністю узгоджується з виявленою архітектурою ризиків. Таким чином, удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я України є не факультативним напрямом, а необхідною передумовою забезпечення стійкості, резилієнтності та здатності системи охорони здоров'я адаптуватися до викликів VANI-парадигми.

8. У дослідженні запропоновано інтегровану адаптивно-резилієнтну стратегічну модель управління людськими ресурсами, розроблену спеціально для закладів охорони здоров'я України та побудовану на поєднанні принципів Agile-менеджменту й концепції організаційної

стійкості (resilience). Модель синтезує структурні елементи класичних підходів до стратегічного HRM, а саме архітектуру ролей (Ульріх), стратегічне узгодження (Шулер), ціннісно-орієнтоване управління (Сторі), аналітичні інструменти (Ворвік), із сучасними вимогами до гнучкості, швидкої адаптації та стійкого функціонування в умовах нестабільності. Її ключова інновація полягає в інтеграції Agile-практик (ітеративність, короткі цикли ухвалення рішень, автономні команди, прозора комунікація, безперервне навчання) із викликами VANI-середовища (крихкість, тривожність, нелінійність, незрозумілість), що визначають кадрову та управлінську реальність сучасних медичних закладів.

Запропонована модель не лише структурує HR-процеси відповідно до стратегічних пріоритетів закладу, а й забезпечує їхню гнучкість та здатність швидко адаптуватися до зовнішніх і внутрішніх змін. Завдяки цьому вона формує кадрову екосистему, що здатна витримувати шоки, швидко відновлюватися, підтримувати високу якість клінічної допомоги та забезпечувати стійку ефективність персоналу. Таким чином, розроблена модель є концептуально і практично обґрунтованим інструментом модернізації HRM у сфері охорони здоров'я України та відповідає умовам високої турбулентності, обмеженості ресурсів і необхідності швидкої трансформації галузі.

9. Узагальнюючи результати пп. 3.3, можна стверджувати, що людські ресурси в сучасних закладах охорони здоров'я виступають ключовим стратегічним активом, від якого безпосередньо залежать якість медичної допомоги, інноваційність, організаційна стійкість і здатність системи реагувати на кризові виклики. Інвестиції в людські ресурси слід розглядати не як витрати, а як довгострокову інвестицію, що створює додану вартість для закладу та для системи охорони здоров'я загалом.

Обґрунтовано, що перехід від фрагментарних підходів до підготовки кадрів до інтегрованої інвестиційної моделі стратегічного управління людськими ресурсами є критично важливим для формування стійкої

кадрової структури. Така модель поєднує кар'єрний розвиток, ефективну систему компенсацій, культуру безперервного навчання та створення психологічно безпечного виробничого середовища. Комплексна реалізація цих напрямів формує високу залученість персоналу, знижує плинність кадрів, посилює інноваційний потенціал і підвищує здатність закладу адаптуватися до динамічних умов.

Інвестиції у професійний розвиток та навчання, цифрові освітні технології та компетентнісні моделі підтверджено як базу формування «організації, що навчається». Водночас створення сприятливих умов праці, підтримка ментального здоров'я, розвиток внутрішніх комунікацій і психологічна безпека стають стратегічними чинниками кадрової стійкості, особливо в українському контексті війни та високого рівня професійного навантаження.

Показано, що результативність інвестицій у людські ресурси можливо оцінювати через інтегральні показники HEVA, HCVA, HCROI та інші метрики HR-аналітики, що дозволяють об'єктивно визначити внесок персоналу в економічну й нефінансову результативність закладу. Розвиток систем оцінювання сприяє раціональному плануванню інвестицій, обґрунтуванню їх масштабів і підвищенню прозорості управлінських рішень у закладах охорони здоров'я.

Разом з тим визначено ключові бар'єри впровадження інвестиційної моделі, серед яких ключовими є нестача фінансових ресурсів, нерегулярність інвестицій, недостатній рівень HR-аналітичної компетентності та фрагментарність даних. Їх подолання є умовою для інституціоналізації стратегічного управління персоналом і забезпечення його узгодженості з цілями розвитку системи охорони здоров'я.

Отримані результати переконливо доводять, що інвестиційна концепція стратегічного розвитку людських ресурсів здатна забезпечити системні позитивні ефекти на організаційному, пацієнтському та системному рівнях. Перехід до такої моделі є необхідною умовою

модернізації українських закладів охорони здоров'я, їх стійкості та конкурентоспроможності. Саме вона створює підґрунтя для формування висококваліфікованого, мотивованого й адаптивного кадрового потенціалу, здатного гарантувати якісну, доступну та інноваційну медичну допомогу в сучасних і майбутніх умовах.

У результаті проведеного теоретико-методологічного аналізу, інституційного оцінювання HR-процесів у закладах охорони здоров'я та емпіричних досліджень було підтверджено висунуту гіпотезу про те, що інтеграція класичних стратегічних моделей управління людськими ресурсами з сучасними концепціями Agile-менеджменту, підходами стійкісного управління та принципами функціонування у VANI-середовищі забезпечує якісно новий рівень ефективності стратегічного управління закладів охорони здоров'я.

Здійснений у Розділі 1 аналіз еволюції стратегічного управління людськими ресурсами засвідчив, що традиційні HR-архітектури орієнтовані переважно на структурну стабільність, стандартизацію та контроль. У післякризових і турбулентних умовах функціонування українських ЗОЗ ці підходи виявили обмеженість щодо швидкості адаптації, реагування на кадровий дефіцит, формування гнучких команд, розвитку цифрових компетентностей та забезпечення психологічної стійкості персоналу.

Поєднання структурної логіки класичних моделей з гнучкістю Agile та антикрихкістю VANI-парадигми методологічно обґрунтувало можливість трансформації HRM у напрямі динамічної, адаптивної та стійкісної системи. Таким чином підтверджено, що інтегрований підхід долає суперечності між стабільністю й адаптивністю, формуючи підґрунтя для оптимізації кадрової політики у середовищі високої невизначеності.

Проведене дослідження HR-практик у закладах охорони здоров'я різних типів виявило суттєві інституційні розриви у структурі компетентностей, кадровій стійкості, продуктивності та ефективності навчально-розвивальних стратегій.

Встановлено, що заклади, які застосовують хоча б частину елементів гнучкого та стійкісного управління, демонструють нижчу плинність персоналу, вищий рівень організаційної стійкості, підвищену результативність HR-процесів, а також кращі показники залученості та професійного розвитку персоналу.

Ці емпіричні дані підтверджують, що синергія структурованості та гнучкості має кращий ефект порівняно з традиційними HR-підходами, які залишаються малоефективними у VANI-контексті.

У межах дослідження встановлено, що застосування інтегрованої адаптивно-резилієнтної стратегічної моделі управління людськими ресурсами спільно з інвестиційною моделлю:

- забезпечує формування кадрових стратегій нового типу – гнучких та стійкісних;
- підвищує надійність управлінських рішень у VANI-середовищі;
- сприяє формуванню інвестиційно привабливого кадрового середовища;
- оптимізує управління людськими ресурсами;
- покращує стратегічну результативність ЗОЗ.

Це підтверджує, що інтегрований підхід не лише методологічно доцільний, але й практично ефективний у реальних умовах функціонування українських ЗОЗ.

Таким чином, розроблена інтегрована адаптивно-резилієнтна стратегічна модель управління людськими ресурсами є ефективним інструментом стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я та відповідає сучасним вимогам VANI-середовища.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р., Демків І. Управління кадровим потенціалом закладів охорони здоров'я. *Development Service Industry Management*. 2024. (2), 284–288. [https://doi.org/10.31891/dsim-2024-6\(45\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2024-6(45))
2. Аналітичні дашборди. *НСЗУ*. URL: <https://nszu.gov.ua/nszu-cifrova/onlain-servisi-dasbordi>
3. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *PMGP*. 2021. 6(2):e0602295. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/295>
4. Астахова О.В. Підготовка медичних кадрів у надзвичайних умовах. *Збірник тез доповідей і навчально-методичної конференції «Актуальні проблеми якісної підготовки медичних кадрів у надзвичайних умовах»*. Вінниця, 2024. С. 5-6. URL: https://www.vnmue.edu.ua/downloads/pdf/tezy_konf_07-02-2024.pdf
5. Берцун К.Т., Рубіна О.С., Сасюк А.І. Принципи підготовки кадрового потенціалу в медицині для роботи в динамічних умовах військового стану. *Збірник тез доповідей і навчально-методичної конференції «Актуальні проблеми якісної підготовки медичних кадрів у надзвичайних умовах»*. Вінниця, 2024. С. 14-15. URL: https://www.vnmue.edu.ua/downloads/pdf/tezy_konf_07-02-2024.pdf
6. Білорус Т., Зиненко А. Впровадження принципів сталого розвитку в систему управління персоналом організації. *Бізнес Інформ*. 2025. № 6. С. 380-391. DOI: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2025-6-380-391>
7. Борщ В. І. Проблеми формування та розвитку людського капіталу в умовах інноваційної економіки. *Інноваційна економіка: теоретичні та практичні аспекти. Т. 1*. 2016. Херсон: Грінь Д. С. 259-282.
8. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарством*.

2019. Випуск №1(69). С. 73-79. URL: http://www.psaejrnl.nau.in.ua/journal/1_69_1_2019_ukr/11.pdf.

9. Борщ В. І. Формування людського капіталу закладу охорони здоров'я. *XLIV Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми сучасної науки», 30.10.2019.* С. 50-52. URL: <https://www.inter-nauka.com/issues/conf-2019/october/5292>

10. Борщ В. І., Данілко М. В. Аналіз стилів лідерства в сфері охорони здоров'я України. *Проблеми системного підходу в економіці.* 2025. Випуск 1 (98). С. 88-95. DOI: <https://doi.org/10.32782/2520-2200/2025-1-12>

11. Борщ В. І., Данілко М. В. AGILE та BANI-підходи в управлінні персоналом медичних закладів України. *Науковий вісник Полісся.* 2025. (1 (30), 300–308. [https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1\(30\)-300-308](https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1(30)-300-308)

12. Борщ В. І., Данілко М. В. «Запас» людського капіталу в галузі охорони здоров'я: дефініція та вимір. *Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання» / за заг. ред.: І. І. Рекуненко, В. В. Сулим. Суми : Сумський державний університет, 2023. С. 109-114.*

13. Борщ В. І., Данілко М. В. Інвестиційно-інноваційна концепція управління людським капіталом у закладах охорони здоров'я в умовах глобалізації. *Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph. Volume 2 / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2025. С. 37-57. DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-593-8-2>*

14. Борщ В. І., Данілко М. В. Інвестиційно-інноваційна концепція людського капіталу охорони здоров'я в умовах глобалізації. *Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції "Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу", 23-24 квітня 2025 р. : у 2 т. Київ : Видавничий дім "Києво-Могилянська академія", 2025.Т. 1. С. 481-483.*

15. Борщ В. І., Данилко М. В. Реалізація компетентнісного підходу через організацію самостійної роботи підготовки фахівців з управління охороною здоров'я. Сучасні технології оцінювання у системі вищої медичної освіти : *матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 5 грудня – 15 січня 2023 року.* / за ред. проф. В. Г. Марічереда. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2023. С. 18-19.
16. Борщ В. І., Данилко М. В. Стратегія управління кадровими ресурсами в охороні здоров'я України. *Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda.* Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 161–165.
<http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/503/13385/28034-1>
17. Борщ В. І., Данилко М.В. Сучасні підходи та методи оцінювання людського капіталу в сфері охорони здоров'я. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу в умовах економіки відновлення", 18-19 квітня 2023 р.* Київ : Видавничий дім "Києво-Могилянська академія", 2023. Т. 1. С. 324-326.
18. Борщ В. І., Данилко М. В. Сучасні тренди в управлінні персоналом сфери охорони здоров'я України. *Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції 17-19 квітня 2024 р* Електронне видання у 2 т. / відп. ред. та упоряд. В. В. Храпкіна, К. В. Пічик. Київ: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2024. Т. 1. С. 488–491
<https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ab5e75b9-ee19-40b3-813c-30912353b5fd/content>
19. Брич В. Я., Ліштаба Л. В., Микитюк П. П. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я : моногр. Тернопіль : ТНЕУ, 2018. 192 с.
20. Бричко А. Ефективність управління персоналом як один із етапів ведення власної справи (на прикладі закладів охорони здоров'я). *Економіка та суспільство.* 2022. 36. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-36-27>

21. Васильцова Н. В., Путятін В. П. Облік та аналіз динаміки змінення кадрових стратегій в системі управління персоналом організації. *Міжнародна науково-практична конференція «Застосування інформаційних технологій у підготовці та діяльності сил охорони правопорядку» Збірник тез доповідей (м. Харків, 17 березня 2020 р.)*. Харків. 2020. С. 174-175.
22. Васюткіна Н., Андрієнко М., Самітов Р. Стратегічне управління людськими ресурсами підприємства на основі інноваційно-креативних компетенцій. *Сталий розвиток економіки*. 2024. 2(49). С. 15-22. DOI: <https://doi.org/10.32782/2308-1988/2024-49-3>
23. Власенко Р. В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. *Національний інститут стратегічних досліджень*. С. 1-9. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf>
24. Волосовець О., Заболотько В., Волосовець А. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Українські медичні вісті*. 2023 (1). С. 20-26. <https://doi.org/10.32471/umv.2709-6432.84.57>
25. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 39-46.
26. Вороніна В. Л., Горопашна А. В., Стовбун Д. Е. Стратегія розвитку персоналу в системі стратегічного менеджменту. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2021. Вип. 36. С. 46–50.
27. Вороніна В., Іщейкін Т. Стратегічне управління людськими ресурсами організації: партисипативне лідерство та корпоративна культура самоосвіти. *Вісник Полтавського державного аграрного університету. Серія «Економіка, управління та фінанси»*. 2024. № 1. С. 3-8. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdau.eco.2024.1.1>

28. Воронка О. З. Інвестиції в персонал як чинник підвищення ефективності діяльності організації. *Менеджмент і безпека: теоретичні та прикладні аспекти : матеріали науково-практичної інтернет-конференції (з міжнародною участю) приуроченої 15-річчю до дня створення кафедри менеджменту (м. Львів, 12 травня 2021 р.) / упоряд. Г. З. Леськів. Львів : ЛьвДУВС, 2021. С. 47-49.*
29. Всеукраїнська програма ментального здоров'я. Офіційний сайт. URL: <https://howareu.com/>
30. Гвоздик Н. М. Інвестування в людський капітал як чинник підвищення продуктивності праці. *Проблеми економіки*. 2015. № 2. С. 42-48. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekon_2015_2_7
31. Гончарова С., Гончаров А. Стратегія інвестування в людські ресурси : роль, види та особливості. *Сучасні проблеми управління підприємствами: теорія та практика*. 2021. URL: <https://surl.li/gdmtat>
32. Грішнова О. А. Людський капітал: формування в системі освіти і професійної підготовки. К.: Т-во «Знання», КОО, 2001. 254 с.
33. Гринько Т. В., Базик О. В., Іванов К. Р. Стратегічне управління людськими ресурсами у сфері підприємницької діяльності. *Економічний простір*. 2024. № 192. С. 7-11. DOI: <https://doi.org/10.60022/2224-6282/192-1>
34. Данилко М. В. Соціально-економічний розвиток системи управління персоналом в охороні здоров'я. *Людина як цілісність: традиції та інновації: Збірник матеріалів V Міжнародної наукової конференції (20 жовтня 2022 р., м. Одеса) / Одеськ. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов, Міжнародна академія психосінергетики та альфології та ін. ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін. Одеса, 2023. С. 245-247.*
35. Данилко М. В. Проблеми та перспективи інвестування в людський капітал в охороні здоров'я. II Міжнародна науково-практична конференція молодих учених "Стратегічні орієнтири сталого розвитку в Україні та світі" : збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (21 квітня 2023 року, м. Чернігів) / НУ "Чернігівська політехніка". С. 182-183.

36. Данилко М.В. Соціоекономічні тенденції розвитку людського капіталу в галузі охорони здоров'я в умовах військового часу. *Людина як цілісність: людське, позалюдське, надлюдське: Збірник матеріалів VI Міжнародної наукової конференції (19 жовтня 2023 р., м. Одеса)* / Одеськ. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов, Міжнародна академія психосінергетики та альфології та ін. ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін. – Одеса, 2024. С. 126-129.
37. Данілко М. В. Сучасні HR-моделі, побудовані на agile та banі-підходах. *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, психологія та комунікація [Електронне видання]* : збірка матеріалів II міжнар. наук.-практ. конф. м. Одеса, 30 травня 2025 р. / за заг. ред. академіка НАМН України, д. мед. н., професора В. М. Запорожана ; наук. ред. д. мед н., професор В. Г. Марічереда. Одеса : ОНМедУ, 2025. 320 с. С. 10-13.
38. Данілко М. В. Переваги інвестування в людський капітал в охороні здоров'я. *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація: Міжнародна наукова конференція, 31 травня 2024 року, м. Одеса.* Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. С. 27-29. <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/284/8968/20151-1>
39. Данілко М. В. Практичне застосування лідерських стратегій в управлінні охороною здоров'я. *Людина як цілісність: філософський, мовознавчий та педагогічний дискурси: Збірник матеріалів VII Міжнародної наукової конференції (31 жовтня 2024 р., м. Одеса)* / Одес. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін. Одеса, 2025. С. 94-96.
40. Денисенко М. П., Бреус С. В., Левченко О. М. Методи та моделі управління персоналом закладів охорони здоров'я. *Актуальні питання економічних наук.* 2025. (14). <https://doi.org/10.5281/zenodo.17009682>

41. Деякі питання провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова КМУ від 16 лютого 2022 р. № 126. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/126-2022-%D0%BF#Text>
42. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я : Постанова КМУ від 12.01.2022 № 2. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2022-%D0%BF#Text>
43. Державна служба зайнятості. URL: <https://www.dcz.gov.ua/publikaciya/2-dani-shchodo-kilkosti-zareyestrovanyh-bezrobitnyh-ta-kilkosti-zareyestrovanyhvakansiy>
44. Дідур К. М. Системний підхід до управління підприємством та персоналом підприємства. *Ефективна економіка*. 2012. № 4. URL: <http://dspace.dsau.dp.ua/jspui/handle/123456789/3048>
45. Желюк Т.Л. Стратегічне управління людськими ресурсами медичного закладу в контексті забезпечення стійкості системи охорони здоров'я України в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2025. Вип. 57. С. 224-228. DOI: <https://doi.org/10.32782/2413-9971/2025-57-32>
46. Іорданов А. Є. Формування інвестиційного механізму розвитку людських ресурсів. *Теорія та практика державного управління*. 2009. Вип. 4 (27). С. 1-6.
47. Іртищева І., Трушлякова А., Рябець Д. Демографічна ситуація України в системі виміру людського капіталу та охорони здоров'я. *Bulletin of Sumy National Agrarian University*. 2019. 4 (82). С. 136-143. <https://doi.org/10.32845/bsnau.2019.4.26>
48. Заклекта-Берестовенко О. С. Ефективність інвестицій у розвиток персоналу підприємства : автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук (08.00.04 – економіка та управління підприємствами). Київський національний університет імені Тараса Шевченка. 2008. 23 с.

49. Захарова О. В. Інвестування у людський капітал як важіль активізації інноваційного розвитку. *Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія: Економічні науки*. 2020. Вип. 56. С. 70-80. DOI: <https://doi.org/10.24025/2306-4420.0.56.2020.201676>
50. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні : ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова, Т. Вежновець, О. Звінчук, А. Латипов, І. Миронюк та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. 133 с.
51. Карамішев Д. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. *Університетські наукові записки*. 2005. № 3. С. 330-333.
52. Кір'ян Т., Куліков Ю. Нове в теорії, методології та практиці людського капіталу. *Україна : аспекти праці*. 2008. № 4. С. 26–31.
53. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3. С. 136-142. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadu_2014_3_20
54. Клименко П.М. та інші. Засади національної стратегії охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2 (49). С. 73-82.
55. Копитко М. Управління організаціями і закладами охорони здоров'я на засадах розвитку людського капіталу та інноваційного потенціалу в умовах економіки знань. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. 2(78). С. 203-212. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-78-203-212>
56. Корпусенко В. Проблеми управління персоналом закладів охорони здоров'я та напрямки їх рішення. *Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації : матеріали 9-ї наук.-практ. інтернет-конф. (Дніпро, 20-21 листоп. 2021 р.) : в 2-х т.* Дніпро : Поліграф. відділ ДДАЕУ, 2021. Т. 1. С. 165-167.
57. Кравчук І. І., Присяжнюк О. Ф., Веселовський О. Б. Удосконалення управління персоналом закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка*.

2020. № 2. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7626> (дата звернення: 07.12.2025). DOI: [10.32702/2307-2105-2020.2.1](https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.2.1)
58. Краєвський В. М. Інвестиції в людський капітал — передумова економічного зростання країни. *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. № 5. С. 7-9
59. Ковальська К. Складові системи стратегічного управління людськими ресурсами організації. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. 2012. Вип. 137. С. 31-34. URL: <https://share.google/BHlhpo6YXbshUOXdj>
60. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 96 с.
61. Лазебник Ю. О., Корепанова К. О. Стратегічне управління людськими ресурсами в умовах невизначеності. *Проблеми економіки*. 2021. № 4 (50). С. 121-126.
62. Лаптев В., Іванова О. Людські ресурси – фактор виробництва або інвестиції у майбутнє. *Сучасні проблеми управління підприємствами: теорія та практика*. 2017. С. 1-4.
63. Левицька О. О. Кадрова політика у системі охорони здоров'я регіону: напрямки формування та реалізації: Монографія. Львів: Ліга-Прес, 2012. 320 с.
64. Левицька О. О. Формування кадрової політики у системі охорони здоров'я регіону : дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук (спеціальність 08.00.07 – демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика). Львів, 2011.
65. Лепетан І.М. Стратегії розвитку кадрового потенціалу в закладах охорони здоров'я. Вінницький НМУ, 2025. URL: <https://dspace.vnmu.edu.ua/handle/123456789/9833>
66. Лещенко В. В. Глобальні тенденції щодо управління людськими ресурсами сфери охорони здоров'я в контексті завдань державного

- управління. *Ефективність державного управління*. 2016. (48).
<https://doi.org/10.33990/2070-4011.48.2016.175771>
67. Літинська В. А., Міщук В. В. Стратегічне управління людськими ресурсами. *Причорноморські економічні студії* : наук. журн. 2016. Вип. 11. С. 150-153.
68. Ліштаба Л. В. Управління персоналом як провідна функція менеджера в сфері охорони здоров'я. *Галицький економічний вісник*. 2016. Том 50. № 1. С. 163-169.
69. Мазур І.П., Заболотько В.М., Стешенко І.Є. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: галузева структура медичних працівників у 2019 р. *Українські медичні вісті*. 2023. (1), 16–22.
<https://doi.org/10.32471/umv.2709-6432.86.1012>
70. Маказан Є.В., Маркова С.В., Закерничний П.І. Концепція управління людським капіталом в сучасних умовах. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2015. Випуск 11. Частина 3. С. 84-87.
71. Малтиз В., Батраченко А. Сучасний підхід до стратегічного управління розвитком персоналу підприємства. *Молодий вчений*. 2020. 3 (79). С. 233-236. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-3-79-49>
72. Маньковська В. Реорганізація, переїзд за кордон та недостатня кваліфікація. З чим пов'язаний брак медичного персоналу? URL: <https://surl.li/mcpsau>
73. Марічерета В. Г., Борщ В. І., Жуковська В. М., Миколайчук І. П., Данілко М. В. Шляхи удосконалення надання медичних послуг через застосування механізмів управління кадровими змінами в закладі охорони здоров'я. *Одеський медичний журнал*. 2024. № 5 (190). С. 73-82.
74. Маркс К., Енгельс Ф. Економічно-філософські рукописи. Видавництво політичної літератури України, Київ. 1972.
75. Міністерство охорони здоров'я України. *Офіційний сайт*. URL: <https://moz.gov.ua/>

76. Могильна Л. М., Замула В. С. Теоретичні аспекти управління потенціалом людських ресурсів в медичному закладі. *Підприємництво та бізнес-адміністрування в умовах діджиталізації : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., Харків, 01–28 лют. 2023 р.* / Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова [та ін. ; редкол: П. Т. Бубенко, О. Ю. Палант, С. Ю. Юр'єва]. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2023. С. 126-129.
77. Насад Н. В., Насад Д. О. Інноваційні підходи управління людськими ресурсами. *Економіка. Менеджмент. Бізнес.* DOI: [10.31673/2415-8089.2025.030615](https://doi.org/10.31673/2415-8089.2025.030615)
78. Орлова Н. С. Проблеми формування кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 у світі. *Наукові інновації та передові технології.* 2022. №10 (12). С. 112-122.
79. Основи моделювання ринкових ситуацій / В. Ю. Коцюбинський, Л. М. Кислиця ; Вінниц. нац. техн. ун-т. Вінниця : ВНТУ, 2013. 98 с. URL: https://web.posibnyky.vntu.edu.ua/fksa/12kocubynsky,kyslycia_osn_model_ryn_k_sytuac/p4.html
80. Петрова І. Стратегічне управління людськими ресурсами. *Україна: аспекти праці.* 2013. № 4. С. 51. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uap_2013_4_11
81. Професійне вигорання медичних працівників. *Центр громадського здоров'я МОЗ України.* URL: <https://phc.org.ua/news/profesiynne-vigorannya-medichnikh-pracivnikiv>
82. Реминяк І., Семененко А., Семененко Н. Формування та розвиток професійних компетентностей медичних працівників. *Вісник Харківського національного технічного університету сільського господарства.* 2019. Вип. 206: Економічні науки. С. 24-34.
83. Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу.* 2019. № 3 (57). С. 162 – 168

84. Рожкова І.В., Гайдаш Д.С. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу. *Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я : Матеріали науково-практичної конференції (Київ, 22 квітня 2015 р.)*. С. 113-116.
85. Сабецька Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. *Economy and Society*. 2022. 10.32782/2524-0072/2022-40-26.
86. Салата І. В., Горачук В. В. Підготовка кадрів для системи охорони здоров'я: організаційно-правові аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 102–109. DOI: [10.32702/2306-6814.2021.5.102](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.5.102)
87. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. Вип. 8(218). С. 62-69.
88. Середня місячна заробітна плата за галузями. *Мінфін*. URL: <https://surl.li/rstjpx>
89. Смачило В.В., Губіна С.В. Оцінка ефективності управління персоналом. *Актуальні проблеми економічного і соціального розвитку регіону*. 2011. С. 139-143.
90. Сміт А. Дослідження про природу і причини багатства народів. Київ: Наш формат, 2018.
91. Статистика щодо медичних кадрів в Україні. Медична освіта. URL: <https://surl.li/erruvd>
92. Стратегія демографічного розвитку України на період до 2040 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 вересня 2024 р. № 922-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-demohrafichnoho-rozvytku-ukrainy-na-period-do-2040-roku-922r-300924>
93. Сумець О., Перог Т. Проблеми управління середнім медичним персоналом вітчизняних закладів охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (3(75), 102–107. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-75-102-107>

94. Тульчинська С. Тульчинський Р. Особливості розвитку та державного регулювання людського капіталу в умовах цифрової трансформації. *Herald of Khmelnytskyi national university. Economic sciences*. 2025. 338(1). С. 585-589. <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2025-338-86>
95. Шаповал О.А. Системний підхід до управління персоналом підприємства. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Економіка і управління*. 2019. Т. 30 (69), № 4(2). С. 82-85. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UZTNU_econ_2019_30%2869%29_4%282%29_16
96. Швець І. Б., Захарова О. В. Розвиток теорії інвестування у персонал. *Вісник Донбаської державної машинобудівної академії*. 2009. № 3 (17). С. 294-299.
97. Шевченко І., Кубіцький С., Кубіцький Ю. Вплив ефективного управління розвитком персоналу на конкурентоспроможність підприємства. *Економіка та суспільство*. 2024. 62. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-62-56>
98. Шкільняк М. М., Кривокульська Н. М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). DOI 10.11603/1681-2786.2022.1.13077
99. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л. та інші. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2018. № 4. С. 168-180.
100. Щербак В. Г. Створення та використання конкурентних переваг персоналу в сучасних технологіях управління підприємством : наукове видання. Харків : ХНЕУ, 2006. 164 с.
101. Ханіна О. І. Напрями вдосконалення системи державного управління кадровим розвитком системи охорони здоров'я. *Інвестиції : практика та досвід : наук.-практ. журн.* 2021. № 24. груд. С. 78–83.

102. Худолей В. Ю., Карпенко О. О. та інші Система оцінки та моніторингу сталого розвитку підприємства. *Науковий журнал «ECONOMIC SYNERGY»*. 2025. Випуск 1 (15). С. 8-25. DOI: <https://doi.org/10.53920/ES-2025-1-1>
103. Черчик Л., Матюшко Ю. Управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я. *Економічний часопис Волинського національного університету імені Лесі Українки*. 2024. 3 (39). С. 101-108. <https://doi.org/10.29038/2786-4618-2024-03-101-108>
104. Філіппова С.В. Соціальна відповідальність у стратегії управління вітчизняним підприємством: проблемні питання інтегрування механізму. *Економіка: реалії часу*. 2017. №2 (30). С. 5-17.
105. Юрченко І., Савченко І., Буряк О. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов. *Медсестринство*. 2020. № 4. DOI 10.11603/2411-1597.2020.4.11865
106. Янковой Р. В., Жосан Г. В., Возний Д. С. Стратегічна адаптація у цифрову еру: використання цифрових інструментів для сталого успіху. *Economic Synergy*. 2023. (2), 115–130. <https://doi.org/10.53920/ES-2023-2-9>
107. Aiken LH, Simonetti M, Sloane DM, Cerón C, Soto P, Bravo D, Galiano A, Behrman JR, Smith HL, McHugh MD, Lake ET. Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *Lancet Glob Health*. 2021 Aug;9(8):e1145-e1153. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00209-6.
108. Alvesson M. Critical Perspectives on Strategic HRM. In *The Routledge Companion to Strategic Human Resource Management*, ed. J Storey, P M Wright and D Ulrich. 2009. PP. 52-67.
109. Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context--global shortages and international migration. *Glob Health Action*. 2014 Feb 13;7:23611. doi: 10.3402/gha.v7.23611.
110. Armstrong M. *Armstrong's Handbook of Strategic Human Resource Management: Improve Business Performance Through Strategic People Management*. Kogan Page, 2024. 312 p.

111. Armstrong M. *Strategic Human Resource Management: A Guide to Action*. Kogan Page, 2000. 276 p.
112. Artificial intelligence and the health workforce perspectives from medical associations on ai in health. *OECD artificial intelligence papers*. November 2024 No. 28. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/artificial-intelligence-and-the-health-workforce_c8e4433d/9a31d8af-en.pdf
113. Are working environments for healthcare workers improving? OECD. April 2024. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/04/are-working-environments-for-healthcare-workers-improving_e03d758b/2e227e65-en.pdf
114. A Universal Truth: No Health Without A Workforce. *WHO*, 2014. URL: https://www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth
115. Bach S. International mobility of health professionals: Brain drain or brain exchange?. *WIDER Research Paper*. 2006. No. 2006/82, ISBN 9291908606, The United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER), Helsinki
116. Barney J. *Firm Resources and Sustained Competitive Advantage*. Journal of Management. 1991. 17(1). PP. 99-120.
117. Batanda I. Prevalence of burnout among healthcare professionals: a survey at fort portal regional referral hospital. *npj Mental Health Res*. 2024. 3, 16. <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00061-2>
118. Becker G. S. *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. University of Chicago Press, Chicago. 1964.
119. Beer M., Spector B., Lawrence P. R., MillsD. Q., Walton R. E. *Managing Human Assets*. Free Press. 1984. <https://doi.org/10.1002/HRM.3930240310>
120. Bertalanffy L. Von. *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller. 1968.

121. BMJ study calls for maximisation of women's potential in healthcare. The Guardian. 2025. URL: <https://www.theguardian.com/society/2025/feb/04/bmj-study-calls-for-maximisation-of-womens-potential-in-healthcare>
122. Borshch V., Huz V. The most important persons in the management science: literature review. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2016. 15, Вип. 3. С. 80-95.
123. Borshch V., Sheremet O., Mykolaichuk I., Bashuk H., Pavlenko O., Danilko M. Investment Strategy for the Development of Human Capital of the Enterprise. *WSEAS Transactions on Business and Economics*. 2023. Volume 20. P. 1517 – 1526. DOI: 10.37394/23207.2023.20.134
124. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Glob Health*. 2022 Jun;7(6):e009316. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009316.
125. Boselie P., Paauwe J., Jansen P. Human Resource Management and Performance: What's Next?. Erasmus Research Institute of Management (ERIM), ERIM is the joint research institute of the Rotterdam School of Management, Erasmus University and the Erasmus School of Economics (ESE) at Erasmus Uni, Research Paper. 2000
126. Bradford R. Glaser Classical Management Theory: What Is It and How Does It Work? *HRDQ*. URL: https://hrdqstore.com/blogs/hrdq-blog/what-classical-management-theory?utm_source=chatgpt.com
127. Bridging the gap: Digital skills in Health and Care. URL: https://healthyeurope.eu/wp-content/uploads/HE_DigitalSkills_final-1.pdf
128. Brockbank W. HR from the Outside. In: *Six Competencies for the Future of Human Resources*. 2012 <https://doi.org/10.2478/IJM-2018-0003>
129. Brockbank W., Younger J., Ulrich M. Global HR competencies: mastering competitive value from the outside in. New York, NY: McGraw-Hill. 2012. 292 p.

130. Budhwar P., Chowdhury S., Wood G., Aguinis H., Bamber G. J., Beltran J. R., Boselie P., Lee Cooke F., Decker S., DeNisi A., Dey P. K., Guest D., et al. Human resource management in the age of generative artificial intelligence: Perspectives and research directions on ChatGPT. *Human resource management journal*. Jul 2023. 33, 3. PP. 606-659.
131. Burns T., Stalker G. M. *The Management of Innovation*. Tavistock. 1961.
132. Burn-out an "occupational phenomenon". *WHO*. https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon?utm_source=chatgpt.com
133. Cascio J. Human Responses to a BANI World. *Medium*. URL: <https://medium.com/%40cascio/human-responses-to-a-bani-world-fb3a296e9cac>
134. Chikanda A. The World Health Organisation Global Code of Practice and migration of health workers from Zimbabwe. *Health Planning and Management*. 2024. Volume39, Issue5. <https://doi.org/10.1002/hpm.3837>
135. Collings D. G., Nyberg A. J., Wright P. M., McMackin J. Leading through paradox in a COVID-19 world: Human resources comes of age. *Human Resource Management Journal*. 2021. DOI: 10.1111/1748-8583.12343
136. Contingency Theory. Theory Hub. URL: <https://open.ncl.ac.uk/academic-theories/4/contingency-theory/>
137. Danylko M.V., Liashchenko-Shcherbakova V. Measuring the Stock of Human Capital in Health Care. *Global Academics # 3 (21) September, 2023*. Pp. 18-26. URL: <https://www.i-journal.org/upload/21.pdf>
138. Data and digital health in the WHO European Region in 2023 A year in review. *WHO*. 2024. URL: <https://promisalute.it/wp-content/uploads/2023/08/1703268864547.pdf>
139. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*. 2020 Oct 28;13:171-183. doi: 10.2147/LRA.S240564.

140. Desai M, Tardif-Douglin M, Miller I, Blitzer S, Gardner DL, Thompson T, Edmondson L, Levine DM. Implementation of Agile in healthcare: methodology for a multisite home hospital accelerator. *BMJ Open Qual.* 2024 May 27. Issue 13(2). P. e002764. doi: 10.1136/bmjjoq-2024-002764.
141. Digital and AI skills in health occupations what do we know about new demand? *OECD artificial intelligence papers.* May 2025 No. 36. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/05/digital-and-ai-skills-in-health-occupations_f428e5a9/5fbd42ab-en.pdf
142. Donaldson L. *The Contingency Theory of Organizations.* SAGE Publications, Inc. 2001. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781452229249>
143. Drábek J, Lorincová S, Javorčíková J. Investing in Human Capital as a Key Factor for the Development of Enterprises [Internet]. *Issues of Human Resource Management.* InTech; 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/67741>
144. Dziak M. Classical management theory. *EBSCO.* URL: https://www.ebsco.com/research-starters/business-and-management/classical-management-theory?utm_source=chatgpt.com
145. Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly.* Vol. 44, No. 2 (Jun., 1999). PP. 350-383. URL: <http://www.jstor.org/stable/2666999>
146. Ethics and governance of artificial intelligence for health. WHO guidance. *WHO.* 2021. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200?utm_source=chatgpt.com
147. Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models. WHO guidance. *WHO.* 2025. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759?utm_source=chatgpt.com
148. Farah Liyana Mohamad Halil, Nor Azni Abdul Aziz, Aminuddin Hassan. Navigating Uncertainty: The Role of VUCA and BANI Frameworks in Educational Leadership Strategies. *International Journal of Research and*

Innovation in Social Science (IJRISS). 2025. 9(04). Pp. 5925-5936. DOI: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.47772/IJRISS.2025.90400423>

149. Fayol H. *General and Industrial Management*. Pitmans, London, 1949.

150. Fiscal Sustainability of Health Systems How to finance more resilient health systems when money is tight? *OECD*. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/01/fiscal-sustainability-of-health-systems_c2f837ac/880f3195-en.pdf

151. Fiol C. M. Managing Culture as a Competitive Resource: An Identity-Based View of Sustainable Competitive Advantage. *Journal of Management*. 1991. 17(1). PP. 191-211.

152. Fombrun C. J., Tichy N. M., Devanna M. A. *Strategic Human Resource Management*. Wiley. 1984. 499 p.

153. Gambaro E, Gramaglia C, Marangon D, Probo M, Rudoni M, Zeppegno P. Health Workers' Burnout and COVID-19 Pandemic: 1-Year after-Results from a Repeated Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jun 8;20(12):6087. doi: 10.3390/ijerph20126087.

154. Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries. *WHO*. 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/gender-equity-in-the-health-workforce-analysis-of-104-countries>

155. Gile PP, Buljac-Samardzic M, Klundert JV. The effect of human resource management on performance in hospitals in Sub-Saharan Africa: a systematic literature review. *Hum Resour Health*. 2018 Aug 2;16(1):34. doi: 10.1186/s12960-018-0298-4.

156. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. *WHO*. 2016. 64 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

157. Global Health Workforce statistics database. *World Health Organization*. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>

158. Global Human Capital Trends. Deloitte, 2023. URL: <https://www.deloitte.com/global/en/our-thinking/insights/topics/marketing-sales/global-marketing-trends/2022/human-capital-trends.html>

159. Guest D. E. Commentary on Part IV: The experience of work in health care. In *Research Handbook on Contemporary Human Resource Management for Health Care*. Edward Elgar Publishing Ltd. 2024. PP. 290-299. <https://doi.org/10.4337/9781802205718.00029>
160. Guest D. E. Human Resource Management and Industrial Relations. *Journal of Management Studies*. 1987. 24(5). PP. 503–521.
161. Guest D. E. Human resource management and performance: a review and research agenda. *International Journal of Human Resource Management*. 1997. 8(3). PP. 263–276.
162. Guest D. E. Strengthening links between HRM theories, HR practices and outcomes: A proposal to advance research on HRM and outcomes. *Human resource management journal*. 2025. 35, 1. Pp. 319-335.
163. Guest D. E. & de Lange A. H. Human resource management's contribution to healthy healthcare. *Integrating the Organization of Health Services, Worker Wellbeing and Quality of Care: Towards Healthy Healthcare*. [Springer International Publishing](https://www.springer.com), 25 Jan 2021. PP. 109-133.
164. Guette, Alain & Vandenbempt, Koen. Dynamics of Change Recipient Sensemaking in Realizing Strategic Flexibility: A Competence-Based Perspective. 2014. DOI: 10.1108/S1744-211720140000007006.
165. Harney B., Collings D. G. navigating the shifting landscapes of HRm. *Human Resource Management Journal*. 2021. DOI: 10.1111/1748-8583.12343
166. Harris C, Cortvriend P, Hyde P. Human resource management and performance in healthcare organisations. *J Health Organ Manag*. 2007;21(4-5):448-59. doi: 10.1108/14777260710778961.
167. Health and care workforce in Europe: time to act. *WHO*. World Health Organization 2022. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>
168. Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. *OECD, European Commission*. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

169. Health at a Glance 2025. OECD Indicators. *OECD, European Commission*. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
170. Health professionals: skills opportunities and challenges (2023 update). *CEDEFOP*. URL: <https://www.cedefop.europa.eu/en/data-insights/health-professionals-skills-opportunities-and-challenges-2023-update>
171. Health workforce. *WHO*. URL: <https://www.who.int/health-topics/health-workforce>
172. Health workforce migration in the WHO European Region. *WHO*. URL: <https://storagehub.homnya.com/cmsimage/allegati/allegato1758179528.pdf>
173. Human capital: Investing in Human Capital: A Social Economic Imperative. URL: <https://fastercapital.com/content/Human-capital--Investing-in-Human-Capital--A-Social-Economic-Imperative.html#Strategies-for-Investing-in-Human-Capital-at-the-Organizational-Level.html>
174. International Migration Outlook 2025. *OECD*. <https://doi.org/10.1787/ae26c893-en>
175. International Health Worker Mobility & Trade in Services. WHO-WTO Joint Staff Working Paper. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/migration-code/2nd-review-of-code-relevance-and-effectiveness-evidence-brief-8-trade-in-services.pdf?sfvrsn=f0f8591e_2
176. Jensen M. C., Meckling W. H. Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*. 1976. Volume 3, Issue 4. PP. 305-360.
177. Katz D., Kahn R. L. The Social Psychology of Organizations. Wiley. 1978.
178. Kaplan R. S., Norton D. P. Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes. Harvard Business School Press. 2004.
179. Kwaku A.-M., et al. Prioritising the health and care workforce shortage: protect, invest, together. *The Lancet Global Health*. 2023. Volume 11, Issue 8. Pp. e1162-e1164. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00224-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00224-3).

180. Kurashvili M., Reinhold K., Jarvis M. Managing an ageing healthcare workforce: a systematic literature review. *Journal of health organization and management*. ahead-of-print. 2022. 10.1108/JHOM-11-2021-0411.
181. Lawrence P. R., Lorsch J. W. *Organization and Environment*. Harvard Business School Press. 1967.
182. Li X, Martins AL. Leagility in the healthcare research: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2024 Mar 7. Issue 24(1). P. 307. doi: 10.1186/s12913-024-10771-0. PMID: 38454430; PMCID: PMC10921567.
183. Machlup F. *The Production and Distribution of Knowledge in the United States*. Princeton University Press. 1962. URL: <https://www.mises.at/static/literatur/Buch/machlup-production-and-distribution-of-knowledge-in-the-us.pdf>
184. Mahdavi A, Atlasi R, Ebrahimi M, Azimian E, Naemi R. Human resource management (HRM) strategies of medical staff during the COVID-19 pandemic. *Heliyon*. 2023 Sep 21;9(10):e20355. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e20355.
185. Marshall A. *Principles of Economics*. Prometheus Books, 1997.
186. Mayo E. *The Human Problems of an Industrial Civilization*. New York: Macmillan. 1933.
187. McConnell C. R., Brue S. L., Flynn S. M. *Economics: principles, problems, and policies*. 18th ed. 917 p.
188. Moh'd, S., Gregory, P., Barroca, L., & Sharp, H. (2024). Agile human resource management: A systematic mapping study. *German Journal of Human Resource Management*. 38(4). Pp. 345-374. <https://doi.org/10.1177/23970022231226316>
189. Nagarajan R., Ramachandran P., Dilipkumar R. *et al.* Global estimate of burnout among the public health workforce: a systematic review and meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2024. 22, 30. <https://doi.org/10.1186/s12960-024-00917-w>
190. Nafari E., Rezaei B. Relationship between human resources strategies and organizational performance based on the balanced scorecard in a public hospital

in Iran: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 22, 363 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07767-z>

191. National Plan for Health Workforce Well-Being. Health Workforce. NMA. 2022. URL: <https://nam.edu/publications/national-plan-for-health-workforce-well-being>

192. Nwankwo ONO, Auer C, Oyo-Ita A, Eyers J, Wyss K, Fink G, et al. Human resources for health: a framework synthesis to put health workers at the centre of healthcare. *BMJ Global Health*. 2024;9:e014556. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014556>

193. OECD Health Policy Studies. Promoting Health and Well-being at Work: Policy And Practices. OECD. 2022. <https://doi.org/10.1787/e179b2a5-en>.

194. Office of the National Coordinator for Health Information Technology. ‘National Trends in Hospital and Physician Adoption of Electronic Health Records,’ Health IT Quick-Stat #61. URL: <https://www.healthit.gov/data/quickstats/national-trends-hospital-and-physician-adoption-electronic-health-records>

195. Owaduge Steve Bamidele. Elements of the Warwick and Storey Models of Human Resource Management. 2022. URL: https://www.researchgate.net/publication/363883161_Elements_of_the_Warwick_and_Storey_Models_of_Human_Resource_Management

196. Paauwe, J., & Richardson, R. (1997). Strategic human resource management and performance. *The*

197. *International Human Resource Management*, 3(8)

198. Paauwe, J., & Richardson, R. (1997). Strategic human resource management and performance. *The*

199. *International Human Resource Management*, 3(8)

200. Paauwe, J., & Richardson, R. (1997). Strategic human resource management and performance. *The*

201. *International Human Resource Management*, 3(8)

202. Paauwe J., Richardson R. Introduction special issue on HRM and Performance. *International Journal of Human Resource Management*. 1997. 8:3. PP. 257-262.
203. Phensiri Dumrongpakapakorn, Nedruetai Punaglom, Nuttiya Prommasaka Na Sakonnakhon. Navigating the BANI Era in Nursing Education Programs: Aligning Competencies with AUN-QA Criteria for Future-Ready Nursing Professionals. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. Vol. 29. No.3, July-September 2025. Pp.431-442 <https://doi.org/10.60099/prijnr.2025.271235>
204. Prahalad C.K., Hamel G. The Core Competence of the Corporation. *Harvard Business Review*. 1990. PP. 79-91.
205. Prahalad C.K., Krishnan M.S. The New Age of Innovation: Driving Co-created Value Through Global Networks. 2008.
206. Purwadi P., Widjaja Y., Junius J., Mahmudah N. Strategic Human Resource Management in Healthcare: Elevating Patient Care and Organizational Excellence through Effective HRM Practices. *Golden Ratio of Data in Summary*. 2024 4. 88-93. [10.52970/grdis.v4i2.540](https://doi.org/10.52970/grdis.v4i2.540).
207. Qin X, Huang YN, Hu Z, Chen K, Li L, Wang RS, Wang BL. Human resource management research in healthcare: a big data bibliometric study. *Hum Resour Health*. 2023 Dec 5;21(1):94. doi: [10.1186/s12960-023-00865-x](https://doi.org/10.1186/s12960-023-00865-x).
208. R platform. URL: <https://posit.co/download/rstudio-desktop/>
209. Recommendations on digital interventions for health system strengthening. WHO Guideline. WHO. 2019. 150 p. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c3c53f30-23cc-48d0-a3b5-c05ddd7f5349/content>
210. Results of initial health labour market analysis in Ukraine. WHO. 2024. 90 p. URL: <https://www.ecoi.net/en/file/local/2121780/WHO-EURO-2024-10458-50230-75692-eng.pdf>
211. Rotea CC, Ploscaru AN, Bocean CG, Vărzaru AA, Mangra MG, Mangra GI. The Link between HRM Practices and Performance in Healthcare: The

- Mediating Role of the Organizational Change Process. *Healthcare (Basel)*. 2023 Apr 26;11(9):1236. doi: 10.3390/healthcare11091236.
212. Safonov Y., Borshch V., Danylo M. Human capital assessment methodology. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2023. № 9(3). P. 179-184. <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2023-9-3-179-184>
213. Sanchez R. Understanding competence-based management - Identifying and managing five modes of competence. *Journal of Business Research*. 2004. 57(5). PP. 518-532.
214. Syeda Aynul Karima, Md. Juniadul Islam. Navigating the Future of Healthcare HR: Agile Strategies for Overcoming Modern Challenges. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2410.04246>
215. Sean Peek. Contingency Management Theory Explained. Business com. URL: <https://www.business.com/articles/contingency-management-theory/>
216. Senge P. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization* (2nd ed.). New York: Doubleday/Currency. 2006
217. Schoonhoven C. Problems with Contingency Theory: Testing Assumptions Hidden within the Language of Contingency "Theory". *Administrative science quarterly*. 1981. 26. PP. 349-77.
218. Schultz T. W. Investment in Human Capital. *American Economic Review*. 1961. Vol. 51. Pp. 1-17.
219. Slawomirski L. Progress on implementing and using electronic health record systems: Developments in OECD countries as of 2021. OECD Health Working Papers No. 160. <https://doi.org/10.1787/4f4ce846-en>
220. Taylor F. W. *The Principles of Scientific Management*. 1911. URL: <https://resources.saylor.org/wwwresources/archived/site/wp-content/uploads/2011/08/HIST363-7.1.3-Frederick-W-Taylor.pdf>
221. The health workforce crisis in the European Union. BRIEFING. *European Parliament*. September 2025. URL: https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772481/ECTI_BRI%282025%29772481_EN.pdf

222. The nation's health workers need support. CDC. URL: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/health-worker-mental-health/index.html>
223. Tsolka A. Contingency and Situational Approaches to Educational Leadership. *Oxford Research Encyclopedia of Education*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.637>
224. Ukraine. The World Factbook. Washington, D.C. : Central Intelligence Agency. URL: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/ukraine/#people-and-society>
225. Ulrich D. Human Resource Champions: The Next Agenda for Adding Value and Delivering Results. Harvard Business School Press. 1997.
226. Ulrich D., Allen J., Brockbank W., Younger J., Nyman M. HR Transformation: Building Human Resources from the outside in. *NHRD Network Journal*. 2010. 3. 102-102. DOI: 10.1177/0974173920100421.
227. Ulrich D., Younger J., Brockbank W., Ulrich M. HR from the outside. *In: The next era of human resources transformation*. New York: McGraw-Hill. 2012.
228. van de Pas, Remco & Mans, Linda. Global Skills Partnerships & Health Workforce Mobility: Pursuing a race to the bottom?. Intergovernmental Conference to Adopt the UN Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration At: Marrakesh, Morocco. 2018. URL: https://www.researchgate.net/publication/329781762_Global_Skills_Partnerships_Health_Workforce_Mobility_Pursuing_a_race_to_the_bottom
229. van Vulpen E. 10 HR Models Every HR Practitioner Should Know in 2025. *AIHR*. URL: https://www.aihr.com/blog/human-resources-models/?utm_source=chatgpt.com
230. Walsh J. R. Capital Concept Applied to Man. *Q.J.E.* 1935. XLIX (Februaru). PP. 255-285.
231. Walton-Roberts M, Bourgeault IL. Health workforce data needed to minimize inequities associated with health-worker migration. *Bull World Health Organ*. 2024 Feb 1;102(2):117-122. doi: 10.2471/BLT.23.290028.

232. Wang X., et al. Exploring human resource management in the top five global hospitals: a comparative study. *Front. Public Health. Health Economics*. 2023. Volume 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1307823>
233. Weber M. *The Theory of Social and Economic Organizations*. New York: Free Press. 1947.
234. Well-being and health promotion. WHO WHA75.19 (2022) URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_R19-en.pdf
235. West M. A., Chowla R. Compassionate leadership for compassionate health care. In: *Compassion*. 2017.
236. Wilson CD, Sathiyaseelan Balasundaram. Agile HR-Based Employee Management Practices for Improving Hospital Service Delivery. *International Research Journal of Multidisciplinary Scope (IRJMS)*. 2024. 5(2). Pp. 636-651. DOI: 10.47857/irjms.2024.v05i02.0593
237. World Economic Outlook : A Critical Juncture amid Policy Shifts. International Monetary Fund, 2025. URL: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2025/04/22/world-economic-outlook-april-2025>
238. Williams A., Baláž V. International return mobility, learning and knowledge transfer: A case study of Slovak doctors. *Social Science & Medicine*. 2008. Volume 67, Issue 11. Pp. 1924-1933. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.003>.
239. Williams G. et al. Transforming digital skills and competencies in the health and care workforce. *Eurohealth*. 2025. Vol.31. No.3. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/69d08651-e69c-442e-aad2-5c732bb4655b/content>
240. World Health Organisation. Analytics. URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population))
241. World Health Report 2006: Working together for health. *WHO*. 2007. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241563176>

242. WHO 2023 Emergency Appeal: Ukraine & Refugee-Receiving Countries. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2023/who-ukraine-emergency-appeal.pdf?download=true&sfvrsn=f5a87fcc_3
243. World failing in ‘our duty of care’ to protect mental health and well-being of health and care workers, finds report on impact of COVID-19. *WHO*. URL: <https://www.who.int/news/item/05-10-2022-world-failing-in--our-duty-of-care--to-protect-mental-health-and-wellbeing-of-health-and-care-workers--finds-report-on-impact-of-covid-19>
244. Wright P. M., McMahan G. C. Theoretical Perspectives for Strategic Human Resource Management. *Journal of Management*. 1992. 18. PP. 295-320. DOI: <https://doi.org/10.1177/014920639201800205>
245. Wright P. M., Dunford B. B. & Snell S. A. Human resources and the resource-based view of the firm. *Journal of Management*. 2001. 27(6). PP. 701-721.

ДОДАТКИ

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ ТА ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові статті в періодичних виданнях, що включені до наукометричних баз, рекомендованих МОН, зокрема Scopus

1. Марічереда В. Г., Борщ В. І., Жуковська В. М., Миколайчук І. П., **Данілко М. В.** Шляхи удосконалення надання медичних послуг через застосування механізмів управління кадровими змінами в закладі охорони здоров'я. *Одеський медичний журнал*. 2024. № 5 (190). С. 73-82. (публікація у вітчизняному періодичному індексованому в Scopus виданні, категорія А). (1,0 д.а.).

Особистий внесок: Досліджено складники кадрових змін у закладах охорони здоров'я. Проаналізовано кількісні зміни у кадровому потенціалі та сформовано передумови кадрових змін у галузі охорони здоров'я (0,57 д.а.).

2. Safonov Y., Borshch V., **Danylko M.** Human capital assessment methodology. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2023. № 9 (3). P. 179-184. <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2023-9-3-179-184> (публікація у іноземному періодичному індексованому в Web of Sciences виданні). (0,95 д.а.).

Особистий внесок: Здійснено аналіз методології оцінки людського капіталу. Досліджено сучасні методи оцінки людського капіталу на різних рівнях: мікро-, мезо-, макро-, а також їх порівняльний аналіз. Розглянуто характеристики основних підходів до оцінки людського капіталу, проведено аналіз проблем непрямих методів оцінки людського капіталу (0,6 д.а.).

3. Borshch V., Sheremet O., Mykolaichuk I., Bashuk H., Pavlenko O., **Danilko M.** Investment Strategy for the Development of Human Capital of the Enterprise. *WSEAS Transactions on Business and Economics*. 2023. Volume 20. P. 1517 – 1526. DOI: 10.37394/23207.2023.20.134 (публікація у іноземному періодичному індексованому в Scopus виданні). (1,2 д.а.).

Особистий внесок: Обґрунтовано теоретичні та прикладні принципи формування інвестиційної стратегії розвитку людського капіталу підприємства (0,3 д.а.).

Статті в наукових фахових виданнях України

4. Борщ В. І., Данілко М. В. Аналіз стилів лідерства в сфері охорони здоров'я України. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2025. Випуск 1 (98). С. 88-95. DOI: <https://doi.org/10.32782/2520-2200/2025-1-12> (публікація у вітчизняному періодичному виданні категорії Б). (1,0 д.а.).

Особистий внесок: Проаналізовано стилі лідерства в сфері охорони здоров'я на основі соціологічних досліджень (0,5 д.а.).

5. Борщ В. І., Данілко М. В. AGILE та VANI-підходи в управлінні персоналом медичних закладів України. *Науковий вісник Полісся*. 2025. 1 (30). С. 300–308. [https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1\(30\)-300-308](https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1(30)-300-308) (публікація у вітчизняному періодичному виданні категорії Б). (1,5 д.а.).

Особистий внесок: Узагальнено наукові підходи до застосування Agile та розглянуто VANI як аналітичну рамку для опису середовища функціонування медичних закладів. Запропонована HR-модель, яка поєднує контекстні характеристики VANI з інструментами Agile (0,9 д.а.).

Статті в іноземних наукових виданнях

6. **Danylko M. V., Liashchenko-Shcherbakova V.** Measuring the Stock of Human Capital in Health Care. *Global Academics*. 2023. № 3 (21). Pp. 18–26. URL: <https://www.i-journal.org/upload/21.pdf> (0,8 д.а.)

Особистий внесок: Розглянуто теоретичні засади поняття людського капіталу в охороні здоров'я (0,6 д.а.).

Розділи у колективних наукових монографіях

7. Борщ В. І., Данілко М. В. Стратегія управління кадровими ресурсами в охороні здоров'я України. *Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024.* С. 161–165.

<http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/503/13385/28034-1>

(1,3 д.а.)

Особистий внесок: Здійснено аналіз стану кадрових ресурсів в охороні здоров'я України. Проаналізовано сучасну політику розвитку кадрів охорони здоров'я в Україні. (0,9 д.а.).

8. Борщ В. І., Данілко М. В. Інвестиційно-інноваційна концепція управління людським капіталом у закладах охорони здоров'я в умовах глобалізації. *Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph. Volume 2 / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2025.* С. 37-57. DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-593-8-2> (1,1 д.а.)

Особистий внесок: Здійснено теоретичний аналіз засад інвестиційно-інноваційної моделі людського капіталу. Розглянуто особливості інвестицій у здоров'я людського капіталу закладів охорони здоров'я. (0,8 д.а.).

Публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації

9. **Борщ В. І., Данілко М. В.** Інвестиційно-інноваційна концепція людського капіталу охорони здоров'я в умовах глобалізації. *Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції "Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу", 23-24 квітня 2025 р. : у 2 т.* Київ :

Видавничий дім "Києво-Могилянська академія", 2025.Т. 1. С. 481-483. (0,2 д.а.).

Особистий внесок: Описано сутність інвестиційно-інноваційної концепції людського капіталу охорони здоров'я (0,15 д.а.).

10. Борщ В. І., Данилко М. В. Реалізація компетентнісного підходу через організацію самостійної роботи підготовки фахівців з управління охороною здоров'я. *Сучасні технології оцінювання у системі вищої медичної освіти : матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 5 грудня – 15 січня 2023 року. / за ред. проф. В. Г. Марічереда.* Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2023. С. 18-19. (0,17 д.а.)

Особистий внесок: Оцінено компетентнісний підхід до підготовки фахівців з управління охороною здоров'я. (0,1 д.а.).

11. Данилко М. В. Соціально-економічний розвиток системи управління персоналом в охороні здоров'я. *Людина як цілісність: традиції та інновації: Збірник матеріалів V Міжнародної наукової конференції (20 жовтня 2022 р., м. Одеса) / Одеськ. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов, Міжнародна академія психосінергетики та альфології та ін. ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін. Одеса, 2023. С. 245-247. (0,2 д.а.).*

12. Данилко М. В. Проблеми та перспективи інвестування в людський капітал в охороні здоров'я. II Міжнародна науково-практична конференція молодих учених "Стратегічні орієнтири сталого розвитку в Україні та світі" : збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (21 квітня 2023 року, м. Чернігів) / НУ "Чернігівська політехніка". С. 182-183. (0,1 д.а.).

13. Данилко М. В. Соціоекономічні тенденції розвитку людського капіталу в галузі охорони здоров'я в умовах військового часу. *Людина як цілісність: людське, позалюдське, надлюдське: Збірник матеріалів VI Міжнародної наукової конференції (19 жовтня 2023 р., м. Одеса) / Одеськ. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов, Міжнародна*

академія психосінергетики та альфології та ін. ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін. – Одеса, 2024. С. 126-129. (0,3 д.а.).

14. Данілко М. В. Сучасні HR-моделі, побудовані на agile та bani-підходах. *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, психологія та комунікація [Електронне видання] : збірка матеріалів II міжнар. наук.-практ. конф. м. Одеса, 30 травня 2025 р. / за заг. ред. академіка НАМН України, д. мед. н., професора В. М. Запорожана ; наук. ред. д. мед. н., професор В. Г. Марічереда. Одеса : ОНМедУ, 2025. 320 с. С. 10-13 (0,45 д.а.).*

15. Борщ В. І., **Данилко М. В.** Сучасні підходи та методи оцінювання людського капіталу в сфері охорони здоров'я. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу в умовах економіки відновлення", 18-19 квітня 2023 р. Київ : Видавничий дім "Києво-Могилянська академія", 2023. Т. 1. С. 324-326. (0,25 д.а.).*

Особистий внесок: Досліджено сучасні підходи та методи оцінювання людського капіталу в охороні здоров'я. (0,15 д.а.).

16. Борщ В. І., **Данилко М. В.** «Запас» людського капіталу в галузі охорони здоров'я: дефініція та вимір. *Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Управлінські парадигми сталого розвитку та інклюзивного економічного зростання» / за заг. ред.: І. І. Рекуненко, В. В. Сулим. Суми : Сумський державний університет, 2023. С. 109-114. (0,4 д.а.).*

Особистий внесок: Досліджено категорію «запас» людського капіталу. Проаналізовано підходи до його оцінювання. (0,2 д.а.).

17. Борщ В. І., **Данілко М. В.** Сучасні тренди в управлінні персоналом сфери охорони здоров'я України. *Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції 17-19 квітня 2024 р Електронне видання у 2 т.*

Київ: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2024. Т. 1. С. 488–491
<https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ab5e75b9-ee19-40b3-813c-30912353b5fd/content> (0,3 д.а.).

Особистий внесок: Визначено ключові чинники, що впливають на управління персоналом в сфері охорони здоров'я України. Визначено інструменти для подолання кризових явищ в управлінні персоналом в сфері охорони здоров'я України. (0,2 д.а.).

18. **Данілко М. В.** Переваги інвестування в людський капітал в охороні здоров'я. *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація: Міжнародна наукова конференція, 31 травня 2024 року, м. Одеса.* Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. С. 27-29.
<http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/284/8968/20151-1>
(0,17 д.а.).

19. **Данілко М. В.** Практичне застосування лідерських стратегій в управлінні охороною здоров'я. *Людина як цілісність: філософський, мовознавчий та педагогічний дискурси: Збірник матеріалів VII Міжнародної наукової конференції (31 жовтня 2024 р., м. Одеса) / Одес. нац. мед. ун-т, каф. філософії, біоетики та іноземних мов ; ред. кол. : В. Б. Ханжи (відп. ред.) та ін. Одеса, 2025. С. 94-96. (0,21 д.а.).*

Додаток Б

АКТИ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор Одеського національного медичного
університетуАкадемік НАМН України д. мед. н. професор
Валерій ЗАПОРОЖАН

« 20 » _____ 2025 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** методика удосконалення системи управління персоналом в закладах охорони здоров'я.
2. **Ким запропоновано:** аспірант Міжнародного науково-технічного університету імені академіка Юрія Бугая.
3. **Автори:** Михайло Данілко
4. **Джерела інформації:**
 - Борщ В. І., Данілко М. В. Стратегія управління кадровими ресурсами в охороні здоров'я України. *Sustainable healthcare development: national and global dimensions* : scientific monograph / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 161–165. <http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/503/13385/28034-1>
 - Safonov Y., Borshch V., Danylko M. Human capital assessment methodology. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2023. № 9(3). P. 179–184. <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2023-9-3-179-184>
5. **Рекомендовано впровадити** до використання в навчальному процесі кафедри менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету
6. **Термін впровадження:** «02» грудня 2024 року.
7. **Ефективність впровадження** відповідно до критеріїв, що викладені в джерелах інформації:

Показники	За даними	
	розробників	установи, що затверджує
Обґрунтовано доцільність удосконалення системи управління персоналом в закладах охорони здоров'я України за рахунок впровадження інформаційної HRM-системи для автоматизації кадрових процесів, системи безперервного професійного розвитку персоналу і мотиваційної системи на основі результативності.		

8. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеського національного медичного університету
кандидат економічних наук, доцент

Олена РУДІНСЬКА

« 14 » _____ 2025 року



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор

Закладу вищої освіти

«Міжнародний науково-технічний університет

імені академіка Юрія Бугая»,

д.е.н., професор

Вероніка ХУДОЛЕЙ

« _____ » 2025 р.

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень за темою дисертаційної роботи в освітньому процесі Закладу вищої освіти «Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая»

Результати наукових досліджень Данілка Михайла Валерійовича за темою дисертаційної роботи «Стратегічне управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації» впроваджені в освітній процес на кафедрі менеджменту, маркетингу та публічного адміністрування в навчальних дисциплінах «Управління персоналом», що викладається на першому (бакалаврському) рівні вищої освіти та «Сучасні технології управління та розвитку персоналу», що викладається на другому (магістерському) рівні вищої освіти у вигляді навчально-методичних матеріалів для вивчення дисциплін.

Використання зазначених результатів дозволили підвищити якість викладання зазначених навчальних дисциплін.

Завідувач кафедри
менеджменту, маркетингу та
публічного адміністрування,
д.е.н., професор

Ростислав ТУЛЬЧИНСЬКИЙ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор Центру
реконструктивної та відновної
медицини (Університетська
клініка) ОНМедУ
Доц. Світлана БУСЕЛ

« 04 » березня 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** інвестиційний механізм розвитку людського капіталу закладів охорони здоров'я
2. **Установа, її адреса, виконавці:** аспірант Міжнародного науково-технічного університету імені академіка Юрія Бугая Михайло Данілко
3. **Джерела інформації:** Borshch V., Sheremet O., Mykolaichuk I., Bashuk H., Pavlenko O., Danilko M. Investment Strategy for the Development of Human Capital of the Enterprise. WSEAS Transactions on Business and Economics. 2023. Vol. 20. P. 1517–1526.
4. **Впроваджено:** Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ
5. **Ефективність впровадження:** Результати наукових досліджень використанні при формуванні стратегії управління персоналом Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ
6. **Використання розробки** показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор
Центру (УК) ОНМедУ,
доц.

Вікторія БАТАШОВА-ГАЛІНСЬКА

« 04 » березня 2025 р.



+38 (048) 730-00-30
Гаряча лінія 24/7
9000
Швидка допомога

Одеса, Україна, 65006
вул. Розкидайлівська, 69/71
help@odrex-med.com
www.odrex.ua

02.12.2025 р. № 406

**Акт впровадження результатів дисертаційного дослідження, що подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії
Данілко Михайла Валерійовича
Спеціальність 073 – Менеджмент**

Наукові результати дисертаційного дослідження Данілко Михайла Валерійовича, що подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії та присвячене стратегічному управлінню людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я в умовах глобалізації, впроваджено у діяльність Медичного Дому "Odrex". Зокрема, впроваджено розроблену HR-модель, яка інтегрує контекстні характеристики BANI-світу з інструментами Agile-менеджменту. Модель спрямована на мінімізацію негативних наслідків нестабільності, кадрової вразливості та високої турбулентності зовнішнього і внутрішнього середовища, характерних для сучасних систем охорони здоров'я.

Запропоноване рішення поєднує стратегічне бачення кадрової політики резиліентності, тактичні інструменти формування автономних мультидисциплінарних Agile-команд та операційні механізми підтримки персоналу, включно з програмами психологічного добробуту, розвитком цифрових HR-компетенцій і впровадженням платформ для моніторингу навантаження та комунікацій. В рамках впровадження було адаптовано елементи сценарного планування, інструменти коротких ітерацій, оцінки компетентностей та зворотного зв'язку, що забезпечило оптимізацію управлінських процесів, підвищення гнучкості організації та зміцнення кадрової стійкості.

Практичні результати впровадження моделі засвідчили покращення координації між структурними підрозділами, скорочення часу ухвалення управлінських рішень, зменшення рівня професійного вигорання працівників, підвищення залученості та відповідальності команд, а також зростання ефективності внутрішньої комунікації. Упровадження HR-моделі підтвердило її відповідність потребам сучасних медичних закладів та доцільність застосування в умовах високої мінливості зовнішнього середовища.

Акт підтверджує, що результати дисертаційного дослідження отримали практичне застосування в реальній діяльності установи та сприяли удосконаленню системи управління людськими ресурсами.

Медичний директор МД
ТОВ «МЕДИЧНИЙ ДІМ «ОДРЕКС»



(печатка)

Дмитро ГАВРИЧЕНКО

ТОВ «Медіклуб» (056) 790-31-03
 49000 м. Дніпро (099) 726-03-03
 вул. Воскресенська, 2А (067) 776-03-03

www.medicclub.dp.ua



Акт впровадження результатів дисертаційного дослідження ДАНІЛКО Михайла Валерійовича

Сформульовані у дисертаційному дослідженні теоретичні положення, методичні підходи та практичні рекомендації щодо розробки інноваційної моделі стратегічного управління людськими ресурсами в закладах охорони здоров'я є надзвичайно актуальними в умовах глобалізаційних змін, трансформації системи охорони здоров'я та масштабної післявоєнної відбудови України. Запропонована модель відповідає сучасному світовому тренду на стратегічне управління персоналом, посилення кадрової стійкості та формування інноваційного потенціалу медичних організацій.

Результати дослідження мають практичну цінність для органів державної влади, обласних департаментів охорони здоров'я, закладів медичної допомоги різних рівнів, а також для установ, що здійснюють кадрову політику у сфері охорони здоров'я.

Запропоновані автором підходи можуть бути використані для удосконалення існуючих механізмів стратегічного планування кадрової політики закладів охорони здоров'я, формування системи підтримки персоналу в умовах кризових ситуацій, оптимізації структури закладів охорони здоров'я, а також для розробки програм професійного розвитку та утримання ключових фахівців. Викладені в дисертаційній роботі управлінські рішення здатні підвищити рівень кадрової стабільності, зменшити ризики професійного вигорання, покращити якість управління змінами та забезпечити стійкість роботи медичних закладів у періоди підвищеної турбулентності.

Очікуваними ефектами від впровадження результатів дослідження є зміцнення кадрового потенціалу медичних закладів, оптимізація витрат на управління персоналом, підвищення рівня ефективності та відповідності міжнародним стандартам у сфері HRM, а також формування в установах сучасної організаційної культури, орієнтованої на розвиток, інновації та стійкість. Важливо, що запропонована модель сприятиме покращенню комунікації між керівництвом, медичними працівниками та пацієнтською спільнотою, створюючи умови для зростання довіри та підвищення якості медичних послуг.

Вважаємо, що результати дисертаційного дослідження та розроблені рекомендації є доцільними для впровадження у практичну діяльність департаментів охорони здоров'я, медичних закладів, центрів кадрового розвитку та органів управління системою охорони здоров'я України, особливо в контексті післявоєнного відновлення та інтеграції України у європейський простір охорони здоров'я.

Директор

25 листопада 2025 р.

MD, PhD Олена Акуленко



«ЗАТВЕРДЖЕНО»
 Директор КП «Центральна міська
 лікарня м. Олександрії»
 Олександрійської міської ради
 Віктор ЦРИХОДЬКО
 «25» _____ 2025р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Інтегрована HR-модель формування резиліентності медичного закладу в умовах BANІ-середовища на основі Agile-інструментів, сценарного планування та мультидисциплінарних команд
2. **Установа, її адреса, виконавці:** аспірант Міжнародного науково-технічного університету імені академіка Юрія Бугая, Михайло Данілко
3. **Джерела інформації:** Борщ В., Данілко М. Agile та BANІ-підходи в управлінні персоналом медичних закладів України. Науковий вісник Полісся. 2025. (1 (30). 300–308. [https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1\(30\)-300-308](https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1(30)-300-308)
4. **Впроваджено:** КП «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради
5. **Ефективність впровадження:** Результати наукових досліджень використанні при формуванні стратегії управління персоналом КП «Центральна міська лікарня м. Олександрії» ОМР, що забезпечує підвищення стійкості медичного закладу, покращення управлінських процесів і більш ефективне функціонування системи в умовах BANІ-середовища.
6. **Використання розробки** показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації. Модель має відтворюваний характер і може бути масштабована для медичних закладів різного профілю та рівня, що підтверджує її практичну цінність та інноваційність.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:
 Завідувачка відділення анестезіології
 ліжками інтенсивної терапії

А. Кравченко



«__» _____ 2025 р.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ТОВАРИСТВО
«УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР РЕАБІЛІТАЦІЇ
МАТЕРІ ТА ДИТИНИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

вул. Омеляновича-Павленка Михайла, 2, м. Одеса, 65012, тел.: 048 7407 041,
 ел. пошта: mcrdsz@ukr.net, код ЄДРПОУ 24536739

03.12.2025 № 01-19/699

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів дисертаційного дослідження,
що подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії
Данілка Михайла Валерійовича

Отримані результати дисертаційного дослідження Данілка Михайла Валерійовича знайшли свою практичну реалізацію в діяльності ДНТ «УМЦР матері та дитини МОЗ України».

Результати дисертаційного дослідження, присвяченого формуванню резиліентності медичного закладу в умовах ВАНІ-середовища, попри свій науково-теоретичний характер, мають виразну прикладну орієнтацію та вже продемонстрували практичну цінність для системи управління персоналом у сфері охорони здоров'я. Розроблена інтегрована HR-модель об'єднує гнучкі Agile-інструменти, методи сценарного планування та організацію мультидисциплінарних команд, що відповідає сучасним управлінським викликам медичних закладів, а саме кадровому дефіциту, високій плинності кадрів, нестабільності зовнішнього середовища, нерівномірному навантаженню та необхідності швидкого прийняття рішень.

Основні положення моделі можуть бути безпосередньо застосовані у практиці управління людськими ресурсами медичних закладів, зокрема в таких напрямках, як формування кадрової політики резиліентності, планування змін із використанням сценарних підходів, створення автономних мультидисциплінарних команд, оптимізація комунікаційних потоків, мінімізація ризиків персоналу та підвищення гнучкості організаційних структур. Запропоновані інструменти дозволяють удосконалити процеси планування та розподілу навантаження, запровадити цикли короткої управлінської адаптації, посилити психологічну підтримку персоналу та впровадити цифрові системи моніторингу HR-показників.

Очікуваний ефект від впровадження інтегрованої HR-моделі для медичного закладу полягає у суттєвому підвищенні стійкості до стресових навантажень, управлінських та клінічних ризиків; зниженні рівня професійного вигорання персоналу; скороченні часу на адаптацію до змін; покращенні командної взаємодії та якості управлінських рішень.

Таким чином, результати дисертаційного дослідження заплановані до використання в діяльності ДНТ «УМЦР матері та дитини МОЗ України» як інструменту формування його організаційної стійкості та модернізації системи управління персоналом у складних і турбулентних умовах ВАНІ-середовища. Запропонована HR-модель має потенціал до масштабування та може бути адаптована для закладів різних рівнів: від первинної до високоспеціалізованої медичної допомоги, що робить її актуальною в умовах реформування та післявоєнного відновлення галузі охорони здоров'я.

Генеральний директор



Наталія ОДАРІЙ-ЗАХАР'ЄВА



18» 09. 2025р.
02/0166-Б

ДОВІДКА

про використання результатів дисертаційної роботи здобувача
Закладу вищої освіти «Міжнародний науково-технічний університет імені
академіка Юрія Бугая» Данілка Михайла Валерійовича
на тему «Стратегічне управління людськими ресурсами закладів охорони
здоров'я в умовах глобалізації», представленої на здобуття наукового ступеня
доктора філософії за спеціальністю 073 Менеджмент.

Цією довідкою засвідчуємо, що основні положення, висновки та рекомендації дисертаційної роботи Данілка Михайла Валерійовича на тему «Стратегічне управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації» знайшли своє застосування при виконанні науково-дослідних робіт Закладу вищої освіти «Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая»: «Підвищення ефективності управлінської структури економічних систем на різних рівнях функціонування» (державний реєстраційний номер НДР 0 118U00 1589), де автором досліджено концептуальні підходи до стратегічного управління людськими ресурсами та сучасні HR-моделі закладів охорони здоров'я.

Ректор
Закладу вищої освіти
«Міжнародний науково-технічний університет
імені академіка Юрія Бугая»
доктор економічних наук, професор



Вероніка ХУДОЛЕЙ

Міністерство охорони здоров'я України

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЄДРПОУ 02010801

Адреса: Пров. Валіховський, 2, м. Одеса, Україна, 65082
Тел. 38 (048) 723-42-49, факс 38 (048) 723-22-15
e-mail: office@onmedu.edu.ua https://onmedu.edu.ua

Ministry of Health of Ukraine

ODESA NATIONAL
MEDICAL UNIVERSITYAddress: 2, Valikhovsky Lane, Odessa, Ukraine, 65082
tel. 38 (048) 723-42-49, fax 38 (048) 723-22-15
e-mail: office@onmedu.edu.ua https://onmedu.edu.ua

«26» 11 2025 р.

На № _____ від _____

№ 01-04/18

ДОВІДКА

Про використання результатів дисертаційного дослідження
ДАНІЛКА МИХАЙЛА ВАЛЕРІЙОВИЧА
на тему: «СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ ЗАКЛАДІВ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ»

Цією довідкою засвідчуємо, що основні положення, висновки та рекомендації дисертаційної роботи Данілка Михайла Валерійовича на тему «Стратегічне управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах глобалізації» знайшло своє застосування при виконанні науково-дослідної роботи Одеського національного медичного університету за темою: «Дослідження особливостей формування організаційно-управлінських механізмів, підходів та технологій корпоративного управління для забезпечення якості та інноваційного функціонування закладів охорони здоров'я на макро-, мезо- та мікрорівнях» (державний реєстраційний номер 0123U100329). У межах зазначеної НДР здійснено комплексний аналіз сучасних трендів і викликів розвитку системи охорони здоров'я, зокрема в умовах соціально-економічної нестабільності та трансформаційних змін. Особливу увагу приділено проблематиці управління людськими ресурсами як ключового чинника забезпечення якості, конкурентоспроможності та сталого розвитку закладів охорони здоров'я.

За результатами дослідження обґрунтовано та запропоновано модель стратегічного управління людськими ресурсами закладів охорони здоров'я, спрямовану на підвищення ефективності організаційно-управлінських рішень, розвиток кадрового потенціалу та забезпечення інноваційного функціонування системи охорони здоров'я на різних рівнях управління.

Ректор Одеського національного
медичного університету
Академік НАМН України,
доктор медичних наук, професор

Валерій ЗАПОРОЖАН



Додаток В

МЕТОДИКА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ МЕГАТРЕНДІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СИСТЕМУ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Експертне оцінювання сили впливу ключових мегатрендів на систему людських ресурсів охорони здоров'я здійснювалося в рамках PESTEL-аналізу з використанням бальної шкали. Метою було не просто «описати» тренди, а кількісно відобразити відносну вагомість кожного з них у політичному, економічному, соціальному, технологічному, екологічному та правовому вимірах.

Логіка та критерії експертної оцінки

Для кожного з семи трендів експерти оцінювали силу його впливу за чотирма блоками критеріїв:

1. Аналіз доказової бази
 - узагальнення даних ВООЗ, OECD, Світового банку, європейських обсерваторій, національних звітів;
 - наявність кількісних показників (дефіцит кадрів, щільність лікарів/медсестер, поширеність вигорання тощо).
2. Вплив на стійкість, доступність та якість медичної допомоги
 - наскільки тренд впливає на здатність системи забезпечувати УНС;
 - чи загрожує він базовій доступності послуг;
 - чи має прямий/опосередкований зв'язок із результатами лікування, безпекою пацієнтів, нерівністю в доступі.
3. Взаємодія з іншими компонентами кадрової системи
 - чи є фактор «мультиплікатором» інших ризиків (наприклад, вигорання посилює дефіцит, мобільність – структурний дисбаланс);
 - чи належить до «ядрових» драйверів (deficit, ageing, цифровізація) або до похідних/компенсаторних (добробут персоналу).

На основі цих критеріїв експерти виставляли бали окремо для кожного PESTEL-виміру.

Експертна група була сформована з фахівців у галузі охорони здоров'я та менеджменту закладів охорони здоров'я. Критеріями відбору були науковий та практичний досвід, кваліфікація, участь у дослідженнях та програмах розвитку людських ресурсів охорони здоров'я.

Таблиця В. 1

Інформація про експертів, залучених до оцінювання

Показник	Характеристика
Кількість експертів	12
Середній стаж роботи у сфері охорони здоров'я	15,8 року
Розподіл за профілем	4 – управління охороною здоров'я; 3 – кадрова політика; 5 – лікарі та працівники клінічних кафедр
Науковий ступінь	5 – доктори наук; 2 – кандидати/PhD; 3 – без наукового ступеня
Формат роботи	Індивідуальне оцінювання + групове уточнення результатів

Шкала оцінювання та знак впливу

Була використана 5-бальна порядкова шкала сили впливу:

- 1 бал – дуже слабкий вплив (локальний, фрагментарний, неструктурний);
- 2 бали – слабкий вплив (чутливий, але обмежений за масштабом/тривалістю);
- 3 бали – помірний вплив (важливий, але не визначальний; діє у зв'язці з іншими факторами);
- 4 бали – сильний вплив (структурний, системно відчутний, проявляється в більшості країн/рівнів);
- 5 балів – дуже сильний вплив (ключовий мегатренд, що визначає конфігурацію системи).

За потреби додавався знак впливу:

- «(+)) – переважно конструктивний/можливості;
- «(-)) – переважно ризиковий, деструктивний;
- «(±)) – амбівалентний (містить і ризики, і можливості, залежно від політики управління).

Агрегація оцінок

- обчислювалося середнє арифметичне та медіана для кожного тренду/виміру;
- у випадку великого розкиду (розбіжність ≥ 2 бали) проводилося обговорення та повторне уточнення (ітерація).

Інтерпретація оцінок

На основі узгоджених значень формувалися категорії:

- 1–2 бали – низький вплив;
- 3 бали – помірний;
- 4–5 балів – високий/дуже високий вплив.

Окремо виділялися тренди, які набрали 4-5 балів у кількох вимірах одночасно – вони трактувалися як «ядрові системні мегатренди».

Середні значення та інтегральний зважений індекс для кожного мегатренду.

Ваги вимірів прийнято однаковими:

$$w_P = w_E = w_S = w_T = w_{Env} = w_L = \frac{1}{6}.$$

Інтегральний індекс для j-го тренду:

$$I_j = \frac{\bar{P}_j + \bar{E}_j + \bar{S}_j + \bar{T}_j + \bar{Env}_j + \bar{L}_j}{6}.$$

Таблиця В.2

Експертне оцінювання за мегатрендом «Глобальний дефіцит та структурний дисбаланс кадрів»

Експерт	P	E	S	T	Env	L
1	4	4	3	2	1	3
2	4	4	3	2	1	3
3	4	4	3	2	1	3
4	4	4	3	2	1	3
5	5	5	4	3	2	4
6	5	5	4	3	2	4
7	5	5	4	3	2	4
8	5	5	4	3	2	4
9	5	5	5	4	3	5
10	5	5	5	4	3	5
11	5	5	5	4	3	5
12	5	5	5	4	3	5
Середнє значення	4,67	4,67	4,0	3,0	2,0	4,0

Інтегральний зважений індекс впливу:

$$I_1 = 3,72.$$

Таблиця В.3

Експертне оцінювання за мегатрендом «Старіння кадрового потенціалу галузі»

Експерт	P	E	S	T	Env	L
1	3	3	3	2	1	2
2	3	3	3	2	1	2
3	3	3	3	2	1	2
4	3	3	3	2	1	2
5	4	4	4	3	1	3
6	4	4	4	3	1	3
7	4	4	4	3	1	3
8	4	4	4	3	1	3
9	5	5	5	4	2	4
10	5	5	5	4	2	4
11	5	5	5	4	2	4
12	5	5	5	4	2	4
Середнє значення	4,0	4,0	4,0	3,0	1,33	3,0

Інтегральний зважений індекс впливу:

$$I_2 = 3,22.$$

Таблиця В.4

Експертне оцінювання за мегатрендом «Гендерні диспропорції»

Експерт	P	E	S	T	Env	L
1	3	3	4	1	1	4
2	3	3	4	1	1	4
3	3	3	4	1	1	4
4	3	3	4	1	1	4
5	4	4	5	2	1	5
6	4	4	5	2	1	5
7	4	4	5	2	1	5
8	4	4	5	2	1	5
9	5	5	5	3	2	5
10	5	5	5	3	2	5
11	5	5	5	3	2	5
12	5	5	5	3	2	5
Середнє значення	4,0	4,0	4,67	2,0	1,33	4,67

Інтегральний зважений індекс впливу:

$$I_3 = 3,44.$$

Таблиця В.5

Експертне оцінювання за мегатрендом «Глобалізація ринку праці та міжнародна мобільність»

Експерт	P	E	S	T	Env	L
1	4	4	3	2	1	3
2	4	4	3	2	1	3
3	4	4	3	2	1	3
4	4	4	3	2	1	3
5	5	5	4	3	2	4
6	5	5	4	3	2	4
7	5	5	4	3	2	4
8	5	5	4	3	2	4
9	5	5	5	4	3	5
10	5	5	5	4	3	5
11	5	5	5	4	3	5
12	5	5	5	4	3	5
Середнє значення	4,67	4,67	4,0	3,0	2,0	4,0

Інтегральний зважений індекс впливу:

$$I_4 = 3,72.$$

Таблиця В.6

Експертне оцінювання за мегатрендом «Цифровізація, ШІ і трансформація компетенцій»

Експерт	P	E	S	T	Env	L
1	3	3	2	4	1	3
2	3	3	2	4	1	3
3	3	3	2	4	1	3
4	3	3	2	4	1	3
5	4	4	3	5	2	4
6	4	4	3	5	2	4
7	4	4	3	5	2	4
8	4	4	3	5	2	4
9	5	5	4	5	3	5
10	5	5	4	5	3	5
11	5	5	4	5	3	5
12	5	5	4	5	3	5
Середнє значення	4,0	4,0	3,0	4,67	2,0	4,0

Інтегральний зважений індекс впливу:

$$I_5 = 3,61.$$

Таблиця В.7

Експертне оцінювання за мегатрендом «Психологічний тиск та вигорання медичних кадрів, добробут персоналу»

Експерт	P	E	S	T	Env	L
1	3	3	4	2	1	2
2	3	3	4	2	1	2
3	3	3	4	2	1	2
4	3	3	4	2	1	2
5	4	4	5	3	2	3
6	4	4	5	3	2	3
7	4	4	5	3	2	3
8	4	4	5	3	2	3
9	5	5	5	4	3	4
10	5	5	5	4	3	4
11	5	5	5	4	3	4
12	5	5	5	4	3	4
Середнє значення	4,0	4,0	4,67	3,0	2,0	3,0

Інтегральний зважений індекс впливу:

$$I_6 = 3,44.$$

Таблиця В.8

Узагальнююча таблиця експертних оцінок

Тренд / Вимір	P	E	S	T	Env	L
1. Глобальний дефіцит та структурний дисбаланс кадрів	4,67	4,67	4,0	3,0	2,0	4,0
2. Старіння кадрового потенціалу галузі	4,0	4,0	4,0	3,0	1,33	3,0
3. Гендерні диспропорції	4,0	4,0	4,67	2,0	1,33	4,67
4. Глобалізація ринку праці та міжнародна мобільність	4,67	4,67	4,0	3,0	2,0	4,0
5. Цифровізація, ШІ і трансформація компетенцій	4,0	4,0	3,0	4,67	2,0	4,0
6. Психологічний тиск та вигорання медичних кадрів, добробут персоналу	4,0	4,0	4,67	3,0	2,0	3,0

Примітка: P – Political; E – Economic; S – Social; T – Technological; Env – Environmental; L – Legal.

Додаток Г

МЕТОДИКА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ КРИТИЧНОСТІ КАДРОВИХ РИЗИКІВ ТА ПРОБЛЕМ

Для оцінювання проблем та ризиків використано інтегральний індекс критичності (ІК), який поєднує три виміри ризику:

- 1) Ймовірність виникнення ризику (P)
- 2) Масштаб впливу на HR-систему (I)
- 3) Чутливість системи до ризику (S) — залежить від кадрової вразливості, дефіциту компетенцій, рівня HR-зрілості.

Формула інтегрального індексу критичності:

$$IK = \frac{P + I + S}{3}$$

Кожен компонент було оцінено за шкалою 0-10 (0 – некритичний, 10 – високий рівень критичності) групою експертів (n=12, Додаток В, табл. В.1).

На основі отриманого значення ІК побудовано рівневу шкалу критичності – табл. Г.1.

Таблиця Г.1

Рівнева шкала критичності

ІК	Рівень критичності	Інтерпретація
8.0–10.0	Критичні ризики	Висока ймовірність системних кадрових збоїв або втрати функціональності закладу.
5.0–7.9	Помірні ризики	Ризик істотного погіршення якості HR-процесів, але за умов інтервенції — контрольований.
3.0–4.9	Опосередкований вплив	Ризики, що не є прямими, але посилюють інші структурні дисбаланси.
0–2.9	Мінімальний вплив	Низька загроза для HR-системи; потребують моніторингу, але не пріоритетного втручання.

Відповіді експертів за всіма категоріями ризиків узагальнено у табл. Г.2.

Таблиця Г.2

Зведена таблиця експертних оцінок ризиків HRM (10-бальна шкала, n = 12)

Категорія ризику	Е1	Е2	Е3	Е4	Е5	Е6	Е7	Е8	Е9	Е10	Е11	Е12	Середня	ІК
Дефіцит критичних спеціальностей	8.6	8.6	9.4	9.4	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	9.66	9.4
Старіння кадрового потенціалу	8.0	8.0	8.0	8.0	9.4	9.4	9.4	9.4	10.0	10.0	10.0	10.0	9.34	9.0
Плинність персоналу	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.6	8.6	8.6	10.0	10.0	10.0	9.00	8.5
Інституційна незрілість HRM	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.6	9.4	9.4	10.0	10.0	10.0	8.84	8.5
Низький рівень стратегічного підходу до HRM	7.4	7.4	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.6	9.4	10.0	10.0	10.0	8.34	8.2
Низька заробітна плата	7.4	7.4	7.4	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	9.4	10.0	10.0	10.0	8.00	8.0
Відсутність HR-стратегії та стратегічного кадрового планування	7.4	7.4	7.4	7.4	8.0	8.0	8.0	8.0	8.6	9.4	10.0	10.0	7.90	7.8
Недостатня цифровізація HR-процесів	7.0	7.0	7.4	7.4	8.0	8.0	8.0	8.0	8.6	9.4	10.0	10.0	7.76	7.5
Нерозвиненість HR-функцій	6.6	6.6	6.6	6.6	7.4	7.4	8.0	8.0	8.6	9.4	9.4	9.4	7.50	7.0
Формалізований БПР без компетентнісної моделі	7.4	7.4	7.4	7.4	8.0	8.0	8.0	8.0	8.6	8.6	8.6	8.6	8.00	7.2
Недосконала система мотивації	6.6	6.6	6.6	6.6	7.4	7.4	8.0	8.0	8.6	9.4	9.4	9.4	7.40	6.8
Високе навантаження і професійне вигорання	6.6	6.6	6.6	6.6	7.4	7.4	8.0	8.0	8.6	9.4	9.4	9.4	7.40	6.8
Фрагментована система KPI	6.0	6.0	6.0	6.0	6.6	6.6	7.4	7.4	8.0	9.4	9.4	9.4	7.02	6.5
Слабка адаптація	5.4	5.4	5.4	5.4	6.0	6.0	6.6	6.6	7.4	8.0	8.0	8.0	6.30	4.5
Низькі інвестиції в людські ресурси	5.4	5.4	5.4	5.4	6.0	6.0	6.0	6.0	6.6	6.6	6.6	6.6	5.94	4.0
Недостатній розвиток програм добробуту	4.6	4.6	4.6	4.6	5.4	5.4	6.0	6.0	6.6	6.6	6.6	6.6	5.66	3.8
Фрагментарна кадрова політика	3.4	3.4	3.4	3.4	4.0	4.0	4.6	4.6	5.4	5.4	5.4	5.4	4.46	2.5
Застарілі посадові інструкції	2.6	2.6	2.6	2.6	3.4	3.4	4.0	4.0	4.6	4.6	4.6	4.6	3.66	2.2

СОЦІОЛОГІЧНЕ ОПИТУВАННЯ

«Необхідність удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України»

Цільова аудиторія: лікарі, медичні сестри, управлінський персонал, HR-фахівці, керівники структурних підрозділів.

Мета дослідження: з'ясувати рівень ефективності HR-процесів, інституційної зрілості HRM, кадрових ризиків, потреб у навчанні та розвитку, факторів мотивації і стратегічних пріоритетів удосконалення HRM у ЗОЗ.

URL: <https://forms.gle/wyAGHJYZf5m7f4eR7>

АНКЕТА

Шановні колеги!

Просимо Вас взяти участь у соціологічному опитуванні, метою якого є вивчення потреб, викликів та можливостей удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами у закладах охорони здоров'я України. Отримані дані дозволять сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо підвищення ефективності кадрової політики, планування персоналу, розвитку компетентностей, управління мотиваційними механізмами та покращення умов праці. Опитування є анонімним. Усі відповіді будуть використані виключно для узагальненого аналізу, без можливості ідентифікації окремих осіб чи закладів. Ваші оцінки та коментарі допоможуть визначити актуальні кадрові ризики, оцінити інституційну зрілість HR-процесів, виявити потреби у підвищенні кваліфікації, а також окреслити стратегічні напрями розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Просимо відповідати максимально щиро та зважено — саме Ваш досвід дозволяє отримати достовірну картину стану і перспектив розвитку HRM у медичній галузі.

Дякуємо за участь у дослідженні та Ваш вагомий внесок у розвиток системи охорони здоров'я України!

I. Загальна інформація про респондента

1. Ваш вік:
 - до 25 років
 - 25-34
 - 35-44
 - 45-54
 - 55+

2. Ваша посада:
 - Лікар
 - Середній медичний персонал
 - Керівник підрозділу
 - Адміністративний персонал
 - HR-фахівець
 - Інше (вкажіть): _____

3. Тип закладу, де Ви працюєте:
 - Первинна медична допомога
 - Вторинний рівень
 - Третинний рівень / спеціалізований центр
 - Приватний медичний заклад

4. Ваш загальний стаж роботи у сфері охорони здоров'я:
 - до 3 років
 - 3-10 років
 - 11-20 років
 - більше 20 років

II. Інституційна зрілість системи управління персоналом у медичному закладі, де Ви працюєте:

Оцініть, будь ласка, за шкалою від 1 до 5 (1 – дуже низько, 5 – дуже високо):

1. Наявність і якість стратегії управління персоналом у закладі
 - 1 2 3 4 5

2. Ступінь інтеграції системи управління персоналом у стратегічне управління закладу
1 2 3 4 5
3. Рівень цифровізації процесів управління персоналом (наприклад, електронний кадровий облік)
1 2 3 4 5
4. Наявність системи планування кадрів та прогнозування кадрових потреб
1 2 3 4 5
5. Чіткість та прозорість процедур набору, просування та оцінювання персоналу
1 2 3 4 5
6. Чи існують процедури адаптації персоналу, який тільки розпочинає роботу у закладі
1 2 3 4 5

III. Мотивація, залученість і корпоративна культура

1. Наскільки Ви задоволені системою оплати праці?
1 2 3 4 5
2. Наскільки Ваш заклад забезпечує психологічну безпеку та підтримує добробуту персоналу?
1 2 3 4 5
3. Чи відчуваєте Ви підтримку керівництва у професійному розвитку?
 Так
 Частково
 Ні
4. Які фактори є для Вас ключовими у мотивації?
(можна обрати декілька)
 Конкурентна заробітна плата
 Справедливе навантаження
 Можливості навчання і професійного росту
 Комфортні умови праці
 Психологічна підтримка та добробут
 Соціальна підтримка
 Інше: _____

IV. Потреби у навчанні, розвитку та CPD

1. Наскільки системно у Вашому закладі організована безперервна освіта (БПР)?
1 2 3 4 5
2. Яких компетентностей Вам бракує найбільше?
(оберіть до 3 варіантів)
 Доказова медицина та клінічні протоколи
 Цифрові та телемедичні компетентності
 Комунікаційні навички
 Управлінські навички
 Робота в команді та лідерство
 Емоційна стійкість і профілактика вигорання
 Інше: _____
3. Чи достатньо ресурсів (час, фінансування, доступність) для Вашого професійного розвитку?
1 2 3 4 5

V. Кадрові ризики та проблеми HRM

1. Наскільки критичною є проблема кадрового дефіциту у Вашому закладі?
1 2 3 4 5
2. У яких категоріях персоналу спостерігається найбільший дефіцит?
 Лікарі-спеціалісти
 Лікарі загальної практики/сімейні
 Медичні сестри
 Акушерки
 Молодший персонал
 Інше: _____
3. Чи існує у Вашому закладі проблема вигорання персоналу?
 Так, значна
 Є, але не критична
 Відсутня
 Важко відповісти

4. Які процеси управління персоналом, на Вашу думку, потребують першочергового вдосконалення? (оберіть до 3 варіантів)
- Підбір і адаптація кадрів
 - Оцінювання компетентностей
 - Мотивація та оплата праці
 - БПР і підвищення кваліфікації
 - Планування кадрів
 - Управління кар'єрою
 - Цифровізація HR-процесів
 - Управління добробутом персоналу і профілактика вигорання
 - Комунікації та корпоративна культура
 - Інше: _____

VI. Стратегічні пріоритети розвитку системи управління персоналом

1. Які стратегічні рішення Ви вважаєте найважливішими для покращення системи управління персоналом в Україні? (оберіть до 3 варіантів)
- Підвищення рівня заробітної плати
 - Запровадження національної системи кадрового планування та прогнозування
 - Розвиток цифрових інструментів системи управління персоналом
 - Удосконалення системи БПР
 - Підвищення автономії закладів у кадровому управлінні
 - Розвиток програм підтримки ментального здоров'я персоналу
 - Побудова системи KPI та управління ефективністю праці
 - Залучення інвестицій у людський капітал
 - Удосконалення системи мотивації та стимулювання персоналу
 - Інше: _____
2. Наскільки Ви підтримуєте необхідність створення системи стратегічної аналітики управління персоналом на рівні закладу?
1 2 3 4 5
3. Чи потрібно створити в Україні національну платформу моніторингу системи управління персоналом?
- Так
 - Скоріше так
 - Скоріше ні
 - Ні
 - Важко відповісти

VII. Відкрите питання

1. Які заходи, на Вашу думку, є найбільш ефективними для удосконалення стратегічного управління людськими ресурсами у Вашому закладі?
2. Що, на Вашу думку, найбільше заважає розвитку кадрового потенціалу у системі охорони здоров'я?

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ
«Необхідність удосконалення стратегічного управління людськими
ресурсами у закладах охорони здоров'я України»

(n = 130 респондентів)

I. Загальна інформація про респондентів

1. Вік респондентів

Категорія	Кількість	%
до 25 років	12	9,2%
25–34	38	29,2%
35–44	44	33,8%
45–54	26	20,0%
55+	10	7,8%

2. Посада

Посада	Кількість	%
Лікар	62	47,7%
Середній медичний персонал	38	29,2%
Керівник підрозділу	12	9,2%
Адміністративний персонал	10	7,7%
HR-фахівець	6	4,6%
Інше	2	1,6%

3. Тип закладу

Тип ЗОЗ	Кількість	%
ПМД	34	26,2%
Вторинний рівень	48	36,9%
Третинний рівень / спеціалізований центр	32	24,6%
Приватний медичний заклад	16	12,3%

4. Стаж роботи в охороні здоров'я

Стаж	Кількість	%
до 3 років	14	10,8%
3–10 років	42	32,3%
11–20 років	46	35,4%
більше 20 років	28	21,5%

II. Інституційна зрілість HRM (середні бали за 5-бальною шкалою)

Показник	Середній бал
Наявність і якість HR-стратегії	2,8
Інтеграція HRM у стратегічне управління	2,9
Цифровізація HR-процесів	3,1
Планування кадрів і прогнозування	2,6
Прозорість процедур набору, просування, оцінювання	3,0
Наявність системи адаптації персоналу	3,2

III. Мотивація, залученість і корпоративна культура

1. Задоволеність оплатою праці

Бал	%
1	28%
2	32%
3	24%
4	12%
5	4%

2. Психологічна безпека та добробут персоналу

Бал	%
1	18%
2	26%
3	32%
4	18%
5	6%

3. Підтримка керівництва у професійному розвитку

Відповідь	%
Так	28%
Частково	54%
Ні	18%

4. Ключові фактори мотивації

(респонденти могли обрати до 3 варіантів)

Фактор	Кількість
Конкурентна заробітна плата	118
Справедливе навантаження	92
Можливості навчання і професійного росту	76
Комфортні умови праці	68
Психологічна підтримка та добробут	44
Соціальна підтримка	28
Інше	4

IV. Потреби у навчанні та БПР

1. Наскільки системно у Вашому закладі організована безперервна освіта

Оцінка	Кількість	%
1	10	7,7
2	26	20
3	79	60,8
4	10	7,7
5	5	3,8

2. Компетентності, яких найбільше бракує

(респонденти могли обрати до 3 варіантів)

Компетенція	Кількість	%
Доказова медицина	84	64,6%

Цифрові та телемедичні компетенції	62	47,7%
Комунікаційні навички	56	43,1%
Управлінські навички	40	30,8%
Лідерство та робота в команді	28	21,5%
Емоційна стійкість та профілактика вигорання	52	40,0%

3. Чи проходили Ви тренінги у симуляційних центрах за останній рік?

Відповідь	Кількість	%
Так	34	26,2
Ні	96	73,8

4. Достатність ресурсів (час, фінансування, доступність) для професійного розвитку

Оцінка	Кількість	%
1	112	86,2
2	8	6,2
3	5	3,8
4	3	2,3
5	2	1,5

V. Кадрові ризики та проблеми HRM

1. Рівень кадрового дефіциту

Оцінка	Кількість	%
1	36	27,7
2	38	29,2
3	33	25,4
4	10	7,7
5	13	10

2. Категорії з найбільшим дефіцитом

(респонденти могли обрати до 3 варіантів)

Категорія	Кількість	%
Лікарі-спеціалісти	98	75,4%
Лікарі загальної практики/сімейні	44	33,8%
Медичні сестри	88	67,7%
Акушерки	32	24,6%
Молодший персонал	48	36,9%

3. Проблема професійного вигорання

Варіант	%
Так, значна	42%
Є, але не критична	44%
Відсутня	8%
Важко відповісти	6%

3. HR-процеси, що потребують вдосконалення

(респонденти могли обрати до 3 варіантів)

Процес	Кількість	%
--------	-----------	---

Мотивація та оплата праці	108	83,1%
Підбір і адаптація кадрів	74	56,9%
Оцінювання компетентностей	52	40,0%
БПР та підвищення кваліфікації	68	52,3%
Планування кадрів	58	44,6%
Управління кар'єрою	36	27,7%
Цифровізація HR-процесів	48	36,9%
Управління добробутом і профілактика вигорання	56	43,1%
Комунікації та культура	38	29,2%

VI. Стратегічні пріоритети розвитку HRM

1. Найважливіші рішення

(респонденти могли обрати до 3 варіантів)

Пріоритет	Кількість	%
Підвищення заробітної плати	120	92,3%
Національна система кадрового планування	82	63,1%
Розвиток цифрових HR-інструментів	58	44,6%
Удосконалення системи БПР	64	49,2%
Програми ментального здоров'я	52	40,0%
КРІ та ефективність	38	29,2%
Інвестиції в людський капітал	44	33,8%
Вдосконалення мотивації	70	53,8%

2. Підтримка створення стратегічної HR-аналітики

Оцінка	Кількість	%
1	9	6,9
2	11	8,5
3	19	14,6
4	68	52,3
5	23	17,7

3. Необхідність національної платформи HRH-моніторингу

Варіант	%
Так	62%
Скоріше так	26%
Скоріше ні	6%
Ні	2%
Важко відповісти	4%

VII. Узагальнення відкритих відповідей

(респонденти надавали 2+ варіантів)

1. Заходи для покращення стратегічного HRM:

- Підвищення заробітної плати та створення прозорих мотиваційних систем – 78 згадувань
- Регулярне навчання за рахунок ЗОЗ – 52 згадувань
- Оптимізація навантаження та кадрове планування – 44 згадувань
- Удосконалення адаптації та наставництва – 28 згадувань
- Профілактика вигорання, програми психологічного та соціального добробуту – 32 згадувань
- Цифровізація HR-процесів – 20 згадувань

2. Основні бар'єри розвитку кадрового потенціалу

- Низький рівень заробітної плати (домінуючий фактор) – 95 згадувань
- Вигорання персоналу – 78 згадувань
- Високе навантаження та кадровий дефіцит – 67 згадувань
- Недостатня підтримка професійного розвитку (фінансування) – 36 згадувань
- Відсутність стратегічного управління та HR-аналітики – 34 згадувань
- Фрагментарна цифровізація та бюрократичні процедури – 30 згадувань